



## **La intervención *encarnada:***

reflexiones en torno a  
las experiencias de  
trabajadoras/es sociales  
del Sector Salud frente  
al COVID-19



**dgapa**  
Dirección General de Asuntos  
del Personal Académico

**Berenice Pérez Ramírez  
Norma Cruz Maldonado  
(Coordinadoras)**

Proyecto PAPIIT IN305021



# LA INTERVENCIÓN ENCARNADA

REFLEXIONES EN TORNO A LAS EXPERIENCIAS  
DE TRABAJADORAS/ES SOCIALES DEL SECTOR  
SALUD FRENTE AL COVID-19

## Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Enrique Luis Graue Wiechers  
*Rector*

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas  
*Secretario General*

Dr. Hugo Alejandro Concha Cantú  
*Abogado General*

Dr. Luis Álvarez Icaza Longoria  
*Secretario Administrativo*

Dra. Patricia Dolores Dávila Aranda  
*Secretaria de Desarrollo Institucional*

Lic. Raúl Arcenio Aguilar Tamayo  
*Secretario de Prevención, Atención y Seguridad Universitaria*

Mtro. Néstor Martínez Cristo  
*Director General de Comunicación Social*

## Escuela Nacional de Trabajo Social

Mtra. Carmen Guadalupe Casas Ratia  
*Directora*

Mtro. Efraín Esteban Reyes Romero  
*Secretario General*

Lic. María Eunice García Zúñiga  
*Secretaria Académica*

Lic. Ricardo Martín Cuevas Pórraz  
*Secretario Administrativo*

Mtro. Edgar Zamora Carrillo  
*Secretario de Planeación y Vinculación*

Lic. Elia Rosa González Martínez  
*Secretaria de Apoyo y Desarrollo Escolar*

Lic. David Martínez Dorantes  
*Jefe de la Oficina Jurídica*

Dra. Julia del Carmen Chávez Carapia  
*Coordinadora del Programa de Maestría en  
Trabajo Social*

Mtra. Luz Noemí Navarro Márquez  
*Jefa de la División de Estudios de Posgrado*

Lic. Norma Angélica Morales Ortega  
*Jefa de la División de Estudios Profesionales*

Mtra. G. Araceli Borja Pérez  
*Coordinadora de Investigación*

Lic. Alma Gloria Pérez García  
*Coordinadora del Sistema Universidad  
Abierta y Educación a Distancia*

Lic. Teresa Gabriela González Flores  
*Coordinadora del Centro de Educación  
Continua*

Lic. Roxana Denisse Medina Guzmán  
*Coordinadora de Comunicación Social*

Lic. María Reyna Ramos Martínez  
*Coordinadora de Gestión*

# LA INTERVENCIÓN ENCARNADA

REFLEXIONES EN TORNO A LAS EXPERIENCIAS  
DE TRABAJADORAS/ES SOCIALES DEL  
SECTOR SALUD FRENTE AL COVID-19

BERENICE PÉREZ RAMÍREZ  
NORMA CRUZ MALDONADO  
Coordinadoras



Dirección General de Asuntos  
del Personal Académico

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información**

**Nombres:** Pérez Ramírez, Berenice, 1978- , editor. | Cruz Maldonado, Norma, editor.

**Título:** La intervención encarnada : reflexiones en torno a las experiencias de trabajadoras/es sociales del sector salud frente al COVID-19 / Berenice Pérez Ramírez, Norma Cruz Maldonado, coordinadoras.

**Otros títulos:** Reflexiones en torno a las experiencias de trabajadoras/es sociales del sector salud frente al COVID-19

**Descripción:** Primera edición digital. | Ciudad de México : Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social, 2023.

**Identificadores:** LIBRUNAM 2221990 (libro electrónico) | ISBN 9786073082419 (libro electrónico) (pdf).

**Temas:** Trabajo social de casos. | Trabajadores sociales -- Actitud (Psicología). | Pandemia de COVID-19, 2020- -- Aspectos sociales.

**Clasificación:** LCC HV43 (libro electrónico) | DDC 361.32—dc23



Primera edición, 27 de octubre de 2023

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México  
Av. Universidad núm. 3000  
C. P. 04510 Ciudad Universitaria, Alcaldía Coyoacán  
Ciudad de México, México  
Escuela Nacional de Trabajo Social-UNAM

ISBN: 978-607-30-8241-9

El cuidado de la edición estuvo a cargo del Departamento de Publicaciones ENTS

Imágenes de la portada: Octavio Garay Angulo

Diseño de la portada: Octavio Garay Angulo

La edición y sus características son propiedad de la  
Universidad Nacional Autónoma de México.

Esta obra se publicó con la aportación de recursos del Programa de Apoyo a  
Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) IN305021.

Prohibida su reproducción parcial o total por cualquier medio sin autorización escrita  
de su legítimo titular de derechos.

Hecho en México

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
PREÁMBULO	13
<i>Jorge Salas Hernández</i>	
PRÓLOGO	15
<i>Paula Mara Danel</i>	
PRIMERA PARTE	
INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN	21
“Me puse en el lugar de los pacientes”: la intervención de Trabajo Social como experiencia encarnada en el contexto pandémico	23
<i>Berenice Pérez Ramírez</i>	
Inflexiones del Trabajo Social ante la contingencia sanitaria por COVID-19: reflexiones necesarias sobre la práctica disciplinar en el área de la salud	47
<i>Norma Cruz Maldonado</i>	
Efectos psicosociales causados por la pandemia en las y los trabajadores sociales que laboran en el sistema de salud en México	65
<i>Martín Castro Guzmán, Claudia Yudith Reyna Tejada y Josué Méndez Cano</i>	
La contratación eventual del personal de salud. El caso del trabajador social en el Hospital General de Cuautitlán, México	85
<i>Julio Cesar Medina Arellano y Reyna Vigdalia Zúñiga Gómez</i>	
Impactos en la profesión del Trabajo Social en Cali-Colombia durante la pandemia por COVID-19	103
<i>Vivian Andrea Ladino Mosquera, Laura Sofía Chacón Gironza y Natalia Ramírez Moncada</i>	

Trabajo Social y COVID-19: un llamado a la acción. Experiencia desde un Instituto Nacional de Salud	125
<i>Karla Jacqueline Gutiérrez Estrada</i>	
La intervención de Trabajo Social ante la emergencia sanitaria por SARS-COV-2: experiencia desde la Coordinación Operativa de Trabajo Social, CdMx	135
<i>Verónica Martínez Velasco</i>	
La función gerencial de Trabajo Social en hospitales reconvertidos del Instituto Mexicano del Seguro Social durante la pandemia por COVID-19: retos y aprendizajes	147
<i>Francisco de la Rosa Ávila, Verónica Fernández Fuentes y Maribel Maldonado Pérez</i>	
Perfil del usuario y la voz de familiares de pacientes con diagnóstico de COVID-19: el caso del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” de la Ciudad de México	157
<i>José Luis Alfaro Hernández, María Soledad Norma Arzate Rodríguez y Susana Alatraste Aguilar</i>	
Satisfacción profesional, sobrecarga laboral y dilemas en trabajadoras y trabajadores sociales de hospitales de la ciudad de México y zona metropolitana	167
<i>Marlene Barragán Osornio</i>	
Hacia una bioética de la intervención en Trabajo Social. COVID-19 como necesidad de agenda de prevención de injusticias sociales, laborales y comunitarias	181
<i>Pedro Isnardo De la Cruz Lugardo</i>	
Pendientes de formación profesional pospandemia en el área de la salud: sugerencias del personal de Trabajo Social	199
<i>Guadalupe Cañongo León</i>	
Factores psicosociales del confinamiento por la contingencia por COVID-19 en madres universitarias: el caso de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México	211
<i>Celeste Lucero Romero Castro</i>	



Dilemas habitacionales en la formación de futuros profesionales de Trabajo Social, hiatos laborales de sujetos inesperados	223
<i>Irving Vázquez Cruz</i>	
“Tú duelo, tú desafío”. Intervención de Trabajo Social en el proceso de duelo de niñas, niños y adolescentes, durante la pandemia por COVID-19	249
<i>Blanca Paulina Cárdenas Carrera</i>	
Implicaciones del trabajo en primera línea de atención ante la pandemia por COVID-19: experiencias desde Trabajo Social	267
<i>Nadia Karina Franco García</i>	
SEGUNDA PARTE	
TESTIMONIOS	283
Reconversión hospitalaria ante la emergencia sanitaria por COVID-19: procesos de intervención desde el Trabajo Social	285
<i>Viridiana Judith González Zavala</i>	
“Debo estar bien para mi familia”: experiencia laboral frente al COVID-19, en un hospital de segundo nivel	297
<i>María Eugenia Martínez Valera y María de los Ángeles Rodríguez Casillas</i>	
Trabajo Social en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez” ante la pandemia	307
<i>Virginia Emilia Fajardo Martínez</i>	
Trabajo Social: desafío y respuesta en la emergencia sanitaria por COVID-19, Hospital de la Mujer Comitán, Chiapas	315
<i>Yolanda Pérez Lara y Alejandra Gabriela Moreno Fernández</i>	
DE LAS AUTORAS Y LOS AUTORES	329



## INTRODUCCIÓN

A finales del año 2019, a través de redes sociales, por primera vez se tiene conocimiento de la presencia de una nueva enfermedad en China. Llama la atención el equipo de protección que utiliza el personal sanitario al momento de recibir a los pacientes. Asimismo, se viralizan videos de personas que se encuentran en la calle y oponen resistencia a ser llevadas a hospitales por el temor de no saber su destino final. Ese escenario aún no tenía mucho sentido para quienes nos encontramos al otro lado del mundo.

En 2020 a escala internacional inicia la declaratoria de emergencia de salud pública ante el brote de un nuevo coronavirus (2019-nCoV) y de inmediato se implementan algunas medidas de distanciamiento; por ejemplo, evitar saludar de beso y no asistir a los centros de trabajo si se padece de alguna enfermedad respiratoria. En México, entre la población, va en aumento la alerta sobre el coronavirus, como consecuencia de todas las notas que al respecto se difunden en redes sociales.

El escenario en nuestro país presentaba más incertidumbres que certezas para la atención de pacientes con COVID-19:

- El endeble Sistema Nacional de Salud tiene que hacer frente a esta pandemia en medio de ajustes a su política.
- La población mexicana presenta diversos riesgos que la hacen vulnerable al contagio de COVID-19, en especial, por la presencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad; además, un alto porcentaje no es derechohabiente de los servicios de salud.
- El uso de cubrebocas, gel antibacterial y sanitizantes representa un impacto en la economía de las familias, pues no todas tienen acceso a estos insumos de protección y pronto hay escasez, lo que provoca su encarecimiento.

Entre la expectativa, la incertidumbre y el temor, el 27 de febrero de 2020 se reconoce el primer caso de COVID-19 en México. Once días después, la Organización Mundial de la Salud declara que la nueva enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) puede caracterizarse como una pandemia, alertando sobre su rápida propagación y la gravedad de su impacto. Este contexto lleva al Gobierno mexicano a implementar, a partir del 23 de marzo de 2020, la “Jornada Nacional de Sana Distancia”, con la finalidad de disminuir los riesgos mediante el distanciamiento social y diversas medidas sanitarias.

El primer caso registrado de COVID-19 en México es atendido en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y Trabajo Social es una de las primeras áreas que brinda orientación y apoyo a los familiares para accionar una

técnica esencial de la intervención, es decir, la entrevista para realizar el estudio socioeconómico. Sin embargo, en los medios de comunicación y en la vida cotidiana poco se habla del trabajo fundamental que realiza esta área en los hospitales. En los medios masivos se exalta la labor de medicas/os y enfermeras/os, pero la del personal de Trabajo Social pasa desapercibida.

Si bien los estudios sobre el síndrome de desgaste profesional son tradicionales en el área de salud, más bien se concentran en el personal médico y de enfermería, basándose en el estrés que provoca salvar la vida de pacientes, así como las largas jornadas laborales en los diferentes servicios. Empero, las y los trabajadores sociales regularmente no son considerados en este tipo de análisis a pesar de estar en constante contacto con el dolor humano.

Por tanto, se comienzan a cuestionar las condiciones laborales en las que se desarrollan las actividades de trabajadoras/es sociales y los efectos psicosociales que presentan frente al riesgo de contagio, así como la proximidad al dolor de familiares, la escasez de equipo de protección y la falta de reconocimiento como un actor importante en la atención del paciente con diagnóstico de COVID-19.

Las respuestas a estas interrogantes las obtenemos por dos vías:

- a) La primera está relacionada con la elaboración de un proyecto de investigación propuesto al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), proyecto que es aprobado y financiado en su momento. En él se propone la realización de entrevistas a trabajadoras/es sociales adscritos a instituciones de segundo y tercer nivel de atención, para después sumar a colegas del primer nivel. Esta investigación nos permite acceder a la experiencia de trabajadoras/es sociales, para identificar los desafíos que la pandemia les impone y cómo los afrontan de manera institucional. No se puede dejar de mencionar que, de manera general, este grupo de profesionistas no sólo muestra su convicción por proporcionar su conocimiento especializado, sino también aporta sus propios recursos económicos para costear su equipo personal de protección, además de que utilizan sus dispositivos y pagan el Internet que permite que los usuarios se comuniquen con sus familiares en este contexto de COVID-19.
- b) La segunda vía se presenta en las conferencias, mesas y paneles de trabajo incluidos en el 1<sup>er</sup> Seminario de Investigación e Intervención sobre las Condiciones Laborales de las y los Trabajadores Sociales, realizado el 13, 14 y 15 de octubre de 2021 (se puede consultar en el canal de YouTube de la Escuela Nacional de Trabajo Social). Esta estrategia nos ha permitido reflexionar sobre las condiciones laborales, los efectos psicosociales y las estrategias de

intervención junto con las y los trabajadores sociales del sector salud que atendían a pacientes con diagnóstico de COVID-19 y a sus familiares.

Estos espacios reafirman varios de los supuestos con los que se inicia nuestro proyecto de investigación y develan algunos otros caminos que resulta necesario explorar:

1. El sentir general de falta de reconocimiento gubernamental y social; sin embargo, se percibe y siente el agradecimiento de familiares y pacientes.
2. Existen diversos aspectos que se manifiestan en su cuerpo como resultado de su labor: dolor de cabeza y espalda, tensión, incremento de la presión arterial, sobrepeso, fatiga, sueño, sobrepensamientos, estrés y llanto; así como sentimientos de miedo, angustia, preocupación, ansiedad, tristeza, irritación y enojo.
3. Las condiciones laborales del gremio no son las mejores. No se reconocen los posgrados que algunas/os han cursado; el salario que perciben es de los más bajos en el tabulador de las instituciones y en ocasiones las personas que ingresan a laborar en el sector salud son contratadas mediante plazas eventuales.
4. La mayoría del personal de Trabajo Social de las instituciones son mujeres. Lo que implica que, en muchos casos, participan o en ellas recae el trabajo de cuidados hacia hijos e hijas, personas mayores, personas con discapacidad o que tienen alguna enfermedad.
5. En cuanto a la intervención más importante que desarrollan se encuentra el acompañamiento a familiares, que se brinda durante la hospitalización del o la paciente. Cabe resaltar que uno de los momentos más importantes con los familiares es durante el apoyo para la entrega de cadáver de pacientes fallecidos; acompañamiento que ningún otro profesionalista brinda en el momento más complicado de la emergencia sanitaria. El acompañamiento en los procesos de defunción de los/las pacientes es la labor trascendental que despliegan en el contexto de COVID-19; no obstante, esta labor se presenta como un desafío adicional, toda vez que en su formación profesional ese tipo de conocimientos y habilidades usualmente no se fortalecen.

Un aspecto de suma importancia durante nuestra investigación es que las y los trabajadores sociales adscritos al sector salud se sientan escuchadas/os y también plasmen su experiencia de manera escrita, así que les invitamos a relatarla en procesos de investigación e intervención. De modo tal que esta obra se integra con las reflexiones y vivencias de trabajadoras/es sociales, tanto de personal operativo como de quienes ostentan jefaturas de departamento.

El libro se divide en dos partes. En la primera se presentan los resultados de investigación e intervención con respecto a los efectos psicosociales y las condiciones laborales, mientras que la segunda parte está enfocada a los testimonios sobre el efecto de la pandemia en las personas, en sus cuerpos, y en la organización de los departamentos de Trabajo Social para responder a la contingencia sanitaria.

El contexto sanitario ha evidenciado la necesidad de estudiar los efectos psicosociales que presentamos los y las trabajadoras sociales en nuestra proximidad con el dolor/sufrimiento humano, así como retomar de manera colectiva la búsqueda de mejores condiciones laborales para nuestro gremio. Para ello, sugerimos teorizar desde nuestra disciplina algunas categorías indispensables en la intervención, como la del cuerpo, el acompañamiento y el cuidado (hacia otros como hacía una/o misma/o).

Estamos seguras de que en este libro se verán reflejados varios momentos difíciles vividos por nuestras y nuestros colegas que se encuentran en el ejercicio profesional de Trabajo Social en el área de la salud, y tal vez más que encontrar respuestas, encontraremos líneas de investigación pendientes y necesidades formativas necesarias para las próximas generaciones de trabajadoras/res sociales.

Por último, con esta publicación deseamos expresar nuestro reconocimiento y gratitud a quienes durante la emergencia sanitaria nos han brindado su tiempo para dar a conocer su valioso trabajo.

*Berenice Pérez Ramírez*  
*Norma Cruz Maldonado*

## PREÁMBULO

*Jorge Salas Hernández*

Director General del

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias,

2013-2023

El impacto de la pandemia de COVID-19 en la humanidad ha sido de la mayor trascendencia, como nunca se había registrado en la historia; la salud, la economía, la educación, el trabajo, la convivencia social e incluso la seguridad nacional se han visto vulneradas en prácticamente todo el mundo. Esta pandemia se presenta en un momento de desarrollo de la humanidad en el que las distancias no existen, la tecnología se aplica más que nunca a la ciencia y la salud, el número de pobladores del planeta es el más alto, las inequidades sociales no se logran superar, así como otros muchos factores que, sin duda, han contribuido a la propagación de esta enfermedad por SARS-CoV-2.

La pandemia de COVID-19 en México inicia el 27 de febrero de 2020, fecha en que es diagnosticado y confirmado el primer paciente en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). Este impacto ha sido el mayor desde el punto de vista sanitario: millones de enfermos de todos los grupos de edad, miles de defunciones, altos costos de la atención médica, personal de salud extremadamente fatigado, cambios en los protocolos de actuación en los servicios de salud, además de los ya conocidos en otras esferas de la vida económica y social.

Desde el punto de vista positivo, lo que nos ha dejado la pandemia es el rápido desarrollo de diversas vacunas, la disponibilidad de medicamentos antivirales intravenosos y orales, la adopción de las medidas de seguridad para la atención y nuevos esquemas de rápida actuación ante una emergencia sanitaria. Por tanto, debe resaltarse la importancia del trabajo multidisciplinario en salud que se ha desarrollado en este escenario, la labor de cada uno de sus integrantes ha sido determinante para controlar, de forma progresiva, la pandemia y asegurar la salud de la población.

En este contexto, la labor de las y los profesionales de Trabajo Social me parece en especial relevante, pues el abordaje de la enfermedad no sólo está determinada por las funciones biológicas del organismo humano, sino también de las personas como seres sociales; de manera que contribuyen para hacer frente a las demandas, necesidades y problemáticas que manifiestan individual y colectivamente los usuarios de los servicios de salud, transformando sus esquemas de trabajo tradicionales para replantear nuevos conceptos y formas de conocimiento. Y es esa experiencia la que puntualmente se observa en los diversos capítulos que integran esta obra

colectiva, y que genera grandes reflexiones sobre el actuar profesional mediante prácticas objetivas, sensibles y de saber.

Desde sus primeras páginas *La intervención encarnada: reflexiones en torno a las experiencias de trabajadoras/es sociales del Sector Salud frente al COVID-19* despierta interés y permite entender mejor la gran responsabilidad del Trabajo Social en el sistema de salud. A partir del humanismo de esta profesión, pasando por la mejora de la práctica profesional –como el Tele-Trabajo Social– y cruzando por la empatía, las emociones intensas, los riesgos personales y profesionales, la intimidad de sus sentimientos y pensamientos, así como por el intenso trabajo cotidiano desarrollado en los meses de la prolongada pandemia, el lector encontrará experiencias, testimonios y propuestas que evidencian el valor incalculable de esta obra.

Las coautoras/es le dan voz viva a uno de los principales protagonistas en esta pandemia: el personal de Trabajo Social. Así, a lo largo del texto, son abordados diversos aspectos que analizan, con gran sensibilidad, temas como la situación laboral, las dificultades en la formación de licenciados en Trabajo Social, aportando, además, propuestas metodológicas para mejorar el perfil profesional, los actuales protocolos de trabajo y su proceso de adaptación.

Es importante destacar que el libro tiene gran valor testimonial y analítico de trabajadoras/es sociales que han participado directamente en esta gran labor sanitaria, lo que permitirá trazar nuevas rutas, investigaciones y reconocimiento del Trabajo Social. Sin duda, se está frente a grandes oportunidades para evolucionar en sus métodos de intervención; entre otros: el desarrollo de nuevos análisis, la organización de actividades estratégicas para la intervención multidisciplinar, la toma de decisiones ejecutivas, la conformación de un nuevo modelo de intervención en salud al rescatar su papel central durante la pandemia. El Trabajo Social cuenta ya con gran reconocimiento en nuestro país, el futuro es promisorio.



# PRÓLOGO

*Paula Mara Danel*

Investigadora CONICET - IETSyS y  
Profesora de la Facultad de Trabajo Social  
de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina

## URDUMBRES Y TRAMAS DEL TRABAJO SOCIAL EN PANDEMIA

*La intervención encarnada: reflexiones en torno a las experiencias de trabajadoras/es sociales del Sector Salud frente al COVID-19* propone una acción reflexiva sobre la categoría profesional en el marco de la pandemia global más lacerante de los años recientes. Los capítulos producen una trama argumentativa que permite adentrarse en los temas organizativos de la experiencia de intervención de trabajadoras/es sociales.

Esta obra puede ser transitada de diversas maneras, por lo que comparto un modo que permite identificar la urdimbre y trama del Trabajo Social contemporáneo (Ageitos *et al.*, 2021) durante la experiencia pandémica. Recordando que la trama del Trabajo Social contemporáneo encuentra en la intervención uno de sus tensores que lo dota de forma, junto a las perspectivas de derechos y las nociones sobre sujetos.

Para Ageitos *et al.* (2021: 225) “la urdimbre está configurada por aquellos ejes verticales que sustentan los hilos transversales de la trama”. La misma se configura con las acciones profesionales, los debates sobre las matrices teóricas y la dimensión herramental de la profesión. Por ello, señalamos que la urdimbre que propone esta obra tematiza sobre los modos en que se despliega la intervención, en contexto de emergencia sanitaria, en el concierto de las decisiones estatales.

Y, en ese sentido, se retoman debates de la disciplina (Rozas, 2001) que hemos trabajado en artículos previos (Danel, Velurtas y Favero Avico, 2021 y 2023) en torno a que, para la profesión, se constituye un tema medular para el debate con relación a las posiciones estatales. La estatalidad es habitada incómodamente por el Trabajo Social, en especial porque es el Estado quien produce deseos y poder (Raffin, 2021). El Estado produce poder entre luces y sombras, con opacidad y tensando ambigüedades. Es decir, se reconocen los derechos al tiempo que se profundizan brechas de acceso. La pandemia ha operado como filtro cristalino hacia las desigualdades, las debilidades estatales frente a las ambiciosas lógicas empresariales.

Este libro se inscribe en la tradición del Trabajo Social que reconoce la necesidad de un pensar situado (Carballeda, 2013; Hermida, 2020) para explorar nuestras formas de ver y hacer Trabajo Social. En ese sentido, en el capítulo inicial de

la primera parte, Berenice Pérez Ramírez señala que: “Sus narraciones permiten conocer sus experiencias, dilemas, nociones e íntimas sensaciones y emociones vividas durante la pandemia por COVID-19” (p. 23). La apuesta desde el giro afectivo se liga con otras producciones de la disciplina que también exploran las emociones, los soportes corporales (Danel y Favero, 2021; Hermida, 2020; Castrillón y Martínez, 2023).

Así, con esta investigación se logra que los cuerpos, las acciones, los tiempos y espacios se encuentren y dialoguen desde diferentes escenarios. Dan lugar a las experiencias de intervención, por lo que recrean la malla para ingresar con hilos diferentes que irrumpen en la pandemia (Ageitos *et al.*, 2021). Al igual que Danel (2020 y 2022), Castrillón y Martínez (2023) reconocen que la intervención es una experiencia corporal.

De acuerdo con Castrillón y Martínez (2023: 185) “reconocerse a sí misma(o) como sujeto de emociones, con historia y en interacción con otras(os), es altamente favorable al cumplimiento de la premisa sistémica sobre la(el) profesional como la principal herramienta de la intervención”. Entendemos que el reconocimiento situado de nuestras existencias, en el marco de condiciones estructurales que constriñen nuestro accionar, supone complejizar el debate disciplinar. Y, en ese sentido, cuando las autoras/es identifican desde las narrativas de colegas en ejercicio los obstáculos institucionales, los efectos psicosociales y las acciones e intervención social, amplían registros para comprender de modo profundo las formas, los bordes, las texturas del Trabajo Social en la experiencia de pandemia.

En ese punto surge como categoría sustantiva el *acompañamiento* en tanto dimensión central de la intervención. Esto lo enlazamos con las discusiones que proponen Serra (2021), Favero (2020), Clemente (2014 y 2020), Laurino y Leopold (2021), Carballeda (2013) y Danel (2020) en torno al acompañar, a lo próximo como condición de posibilidad de la intervención. Pesar lo cercano es asumir que los repertorios corporales cobran protagonismo en los modos en que se habita la intervención.

Carballeda (2013) hace un tiempo nos hablaba de la mirada, la palabra y la escucha como dimensiones entrelazadas, y agregamos que las mismas hacen parte de la caja de herramientas de nuestro accionar. Al mismo tiempo supone reconocer que la intervención es una práctica social (Rozas, 2002) y una relación social.

La idea de inflexiones en la intervención que nos trae Norma Cruz Maldonado, en el capítulo de su autoría, se torna relevante en relación con los dos polos que analiza, es decir, los cambios que imponen los protocolos de actuación pandémicos y las políticas de salud en contextos de tensión entre lógicas de derechos y mercantilización de la vida.

Y volviendo a la referencia del acompañamiento, que, si bien resulta una categoría emergente en el debate disciplinar, en el libro aparece desde una dimensión

poco explorada como es el acompañamiento en situaciones de duelo, muerte, padecimientos críticos. La muerte, como aquella experiencia universal y poco nombrada, se hace presente en las experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales. Recordando los aportes de Elías advertimos que “la respuesta a la pregunta de qué es lo que pasa con el hecho de morir ha ido cambiando en el curso del desarrollo de la sociedad” (2009: 24), y agrega que en la actualidad existe una incapacidad de manifestar a los moribundos afectividad. Pregunta que es colocada por las autoras/es del libro con claras referencias a protocolos, barbijos o mascarillas, distanciamientos y modos ritualizados del estar cerca sin riesgo de contagio.

Los equipos de salud interdisciplinarios resultan uno de los soportes del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados. A partir de la lectura de esta obra quedan evidenciadas las disputas con el modelo médico hegemónico y las apuestas colectivas por transformar las políticas de salud.

La trama del Trabajo Social vuelve a ser conmovida con un tema sustancial del debate, ligado a las condiciones de trabajo. Nuestro continente evidencia las formas precarizadas que afectan a nuestra categoría profesional presentando condiciones laborales desventajosas para las generaciones más jóvenes. El principio básico del derecho del trabajo de igual remuneración para igual tarea se resquebraja frente a experiencias de desigualdad en la contratación. El libro también pone en diálogo experiencias de México y Colombia, que resuenan similares a lo que acontece en el Cono Sur del continente.

Julio Cesar Medina Arellano y Reyna Vigdalia Zúñiga Gómez mencionan que “El sector salud requiere una transformación en el modo en que administra la contratación de sus recursos humanos, de manera que se les proporcione seguridad social y representatividad legítima” (p. 100). El derecho a la seguridad social de trabajadores constituye un tema significativo en tiempos de precariedad. Agradecemos a sus autores que coloquen en el debate estas preocupaciones.

El libro instituye en la urdimbre de la intervención, que se sostiene desde las acciones profesionales, la dimensión del acompañamiento, la comunicación y la escucha; además de las historias de vida, las estrategias metodológicas de ampliación de derechos y la búsqueda por mayor igualdad. Para ello, incluyen debates sobre la dimensión gerencial o de la “hechura de las políticas sociales”, al decir de Aguilar Villanueva (1996). Otra cuestión que se tematiza y se vincula con las brechas de acceso que la pandemia devela está asociada a la vivienda y la distribución equitativa de bienes. La trama de la desigualdad presenta facetas diferentes que, en nuestro continente, muchas veces, ponen en evidencia las luchas de sus pueblos por evitar las profecías autocumplidas.

La segunda parte del libro propone ensayos en los que toman la palabra colegas que, desde diferentes posiciones, asumen el derecho a narrar sus experiencias

interventivas. En tanto, señalamos que el texto se lee como una narración que logra presentar las particularidades de un tiempo histórico singular en el que la categoría profesional ocupa un lugar central en los procesos de producción de lo público.

Asimismo, se incluyen reflexiones en torno a las madres universitarias de 20 a 30 años, de la Escuela Nacional de Trabajo Social, inscritas ya sea en el sistema escolarizado, abierto o a distancia. Esto vuelve a incluir, en el texto general, la dimensión de género como rasgo estructurante en la vida social y como expresión indispensable en el análisis del Trabajo Social. La feminización como indicador de relaciones asimétricas en la división del trabajo y al mismo tiempo como posibilidad de contribuir a dilucidar los atravesamientos en los cuerpos, las percepciones y las relaciones sociales de esa división.

Los debates por la ética, por los marcos ético-políticos están presentes de manera aguda, persistente. También interrogantes con relación a las generaciones, las infancias, los cambios en los perfiles epidemiológicos.

Sin duda, se trata de una obra que, de manera profunda y heterogénea, aporta al pensar situado del Trabajo Social en el marco de los debates de la producción soberana de la salud de nuestros pueblos.

## REFERENCIAS

- Ageitos, P., M. Calvo, P. Danel, A. Favero Avico, S. López, A. Santana Quintero y M. Velurtas (2021), “De urdimbres y tramas en las reflexiones, debates y apuestas del Trabajo Social contemporáneo”, en P. Danel y M. Velurtas (coord.) (2021), *Entre precariedades y derechos: amudando debates del Trabajo Social, las políticas sociales y la intervención*, Libros de Cátedra, La Plata: EDULP, <sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/120938>.
- Aguilar, L.F. (1996), *La hechura de las políticas públicas*, México: Miguel Ángel Porrúa.
- Castrillón, N.A. y L.M. Martínez Gómez (2023), “Apuntando al trabajo con las emociones desde la formación en Trabajo Social con sujetos y familias”, *Trabajo Social*, 25(1): 169-197, <doi.org/10.15446/ts.v25n1.101943>.
- Carballeda, A. (2013), *La intervención en lo social como proceso. Una aproximación metodológica*, Buenos Aires: Espacio.
- Clemente, A. (comp.) (2013), *Territorios urbanos y pobreza persistentes*, Buenos Aires: Espacio.
- Clemente, A. (comp.) (2020), “Abordajes locales de adolescentes y jóvenes de los sectores populares. Políticas, programas e intervenciones en el conurbano de la Provincia de Buenos Aires. Informe 2019”, *Acuerdo de Cooperación*, UNICEF Argentina-Centro de Estudios de Ciudad (CEC Sociales).
- Danel, P. (2021), “Habitar la incomodidad desde el Trabajo Social”, *Escenarios. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, año 20, núm. 3, Universidad Nacional de La Plata-Facultad de Trabajo Social.

- Danel, P., M.C. Velurtas y A.M. Favero-Avico (2020), “Gubernamentalidad neoliberal: miradas desde las intervenciones del Trabajo Social en el Gran La Plata, Argentina”, *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, 30: 221-238, <doi: 10.25100/prts.v0i30.8876>.
- Danel, P. y A. Favero (2021), “Intervenciones, cuerpos y escuchas en el Trabajo Social contemporáneo”, en S. Sande e Y. Capurro (comp.), *Trabajo Social contemporáneo en contextos de pandemias: nuevos desafíos a la intervención gerontológica*, Montevideo, Uruguay: Universidad de la República-Facultad de Ciencias Sociales, <sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/126100>.
- Danel, P. (2022), “De usuarios y accesos en la gestión de la información”, en M. Bonicatto y M. Solis (comp.), *Políticas Sociales en tiempo real: reflexiones desde la gestión*, Montevideo, Uruguay: Universidad de la República-Facultad de Ciencias Sociales, <sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/144151>.
- Danel, P.M., M.C Velurtas y A.M. Favero-Avico (2022), “Pandemia, gubernamentalidad y Trabajo Social: desmontando los pliegues de las resistencias”, *Revista Perspectivas. Notas sobre Intervención y Acción Social*, <ediciones.ucsh.cl/index.php/Perspectivas/article/view/3206>.
- Elias, N. (2009), *La soledad de los moribundos*, México: Fondo de Cultura Económica.
- González, L. y S. Leopold (2021), “Méritos y merecimientos”, en P. Danel y M. Velurtas (coord.) (2021), *Entre precariedades y derechos: anudando debates del Trabajo Social, las políticas sociales y la intervención*, Libros de Cátedra, La Plata: EDULP, <sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/120938>.
- Hermida, M. (2020), “La tercera interrupción en Trabajo Social: descolonizar y despatricularizar”, *Revista Libertas*, 20(1, enero-junio), <doi.org/10.34019/1980-8518.2020.v20.30534>.
- Raffin, M. (2021), “Lecturas foucaultianas del liberalismo y el neoliberalismo: entre una arqueo-genealogía de las formas del gobierno contemporáneo y la historia de la gubernamentalidad”, *Revista Valenciana*, 27(enero-junio): 305-338.
- Rozas, M. (2001), *La intervención profesional en relación a la cuestión social: el caso del Trabajo Social*, Buenos Aires: Espacio.
- Sierra. N. (2021), “El acompañamiento como categoría y las instituciones contemporáneas”, *Revista Debate Público*, <trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2021/08/20\_Sierra.pdf>.



PRIMERA PARTE

INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN





# “ME PUSE EN EL LUGAR DE LOS PACIENTES”: LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL COMO EXPERIENCIA ENCARNADA EN EL CONTEXTO PANDÉMICO<sup>1</sup>

*Berenice Pérez Ramírez*

## INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presentan reflexiones a partir del diálogo establecido con colegas de Trabajo Social que laboran en distintas instituciones de salud en México. Sus narraciones permiten conocer sus experiencias, dilemas, nociones e íntimas sensaciones y emociones vividas durante la pandemia por COVID-19. Gracias a nuestro encuentro, pero en especial a su generosidad para compartir, es que identificamos problemáticas importantes, así como posibilidades de acción a mediano y largo plazo.

Como eje central se propone pensar la intervención como una experiencia encarnada y, por tanto, como una experiencia que nos atraviesa en distintas direcciones e intensidades. Plantearlo así nos permite discutir qué entendemos por intervención en Trabajo Social y resaltar elementos para una reflexión gremial de largo alcance que también trastoque cuestiones epistemológicas y metodológicas de nuestro hacer profesional.

## NOTA METODOLÓGICA

A continuación, se presentan datos extraídos de 10 entrevistas realizadas a tres trabajadores y siete trabajadoras sociales que laboran en distintos hospitales de la Ciudad de México, el Estado de México, Sinaloa, Puebla y Querétaro. El objetivo de dialogar con ellas/ellos es desvelar los efectos psicosociales que han experimentado y conocer las estrategias de intervención implementadas en las unidades hospitalarias durante la contingencia sanitaria por COVID-19.

La entrevista se estructura a partir de seis dimensiones: 1) conversión de su centro de trabajo a Hospital COVID; 2) si enfermaron de COVID; 3) sobre el trabajo, sus

<sup>1</sup> Este capítulo forma parte de los resultados del proyecto “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el Sector Salud frente al COVID-19” (IN305021), financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Universidad Nacional Autónoma de México.

relaciones familiares y laborales; 4) acerca de la intervención de Trabajo Social; 5) tocante a los efectos psicosociales que experimentaron, y 6) respecto a las buenas prácticas que identificaron en este periodo. Las entrevistas se desarrollaron vía Zoom y tuvieron una duración variable, de 57 minutos a 3 horas; se realizaron entre mayo y noviembre de 2021.

Tabla 1. Datos de las y los informantes que participan en las entrevistas

<i>Núm.</i>	<i>Seudónimo</i>	<i>Estado</i>	<i>Iniciales de unidad hospitalaria</i>	<i>Puesto</i>	<i>Duración de la entrevista</i>	<i>Fecha en que se realiza la entrevista</i>
1	Jorge	CdMx	IMSS	Trabajador social	1 hora + 9 minutos	05/05/2021
2	Javier	CdMx	HIMFG	Trabajador social	2 horas + 45 minutos	07/05/2021
3	Sonia	Michoacán	HM Hospital híbrido <sup>2</sup>	Jefa de Trabajo Social	1 hora + 26 minutos	07/05/2021
4	Raquel	Sinaloa	HGM	Trabajadora social	57 minutos	14/05/2021
5	Andrés	CdMx	HGAM	Trabajador social	1 hora + 22 minutos	15/05/2021
6	Micaela	CdMx	IMSS	Trabajadora social	1 hora + 11 minutos	17/05/2021
7	Nadia	CdMx	ISSSTE	Trabajadora social	1 hora + 26 minutos	17/05/2021
8	Verónica	EdoMex	HRAEI	Jefa de Trabajo Social	2 horas + 52 minutos	19/05/2021
9	Andrea	EdoMex	IMSS	Trabajadora social	1 hora + 45 minutos	30/09/2021
10	Grecia	Puebla	HGT Hospital COVID <sup>3</sup>	Jefa de Trabajo Social	1 hora + 17 minutos	09/11/2021

Fuente: elaboración propia.

Al transcribir sus relatos se utilizan seudónimos para identificarlos y así resguardar la identidad de las personas que participan, quienes firmaron un consentimiento informado al inicio o previamente al encuentro; documento en el que se les indicó

<sup>2</sup> Unidades hospitalarias que dieron atención a pacientes con COVID-19 y otras enfermedades.

<sup>3</sup> Espacio con determinadas áreas confinadas y equipo especializado donde se dio atención prioritaria a personas con síntomas de SARS COVID-19.

cómo se manejará la información compartida y en el que dan su consentimiento para utilizarla en escritos y eventos académicos.

Realizar las entrevistas vía Zoom fue muy propicio para acercarnos con colegas interesadas/os en participar pero que tienen jornadas laborales extensas y, por tanto, no pueden trasladarse a otro sitio para realizar la entrevista o porque viven en otros estados de la República. Entre los obstáculos se identifica que aun cuando disponemos toda nuestra escucha y concentración en el diálogo con ellas y ellos media una pantalla que vuelve distinto el encuentro y dificulta alcanzar una cercanía con todas y todos. También se identifica que, si bien el espacio de escucha ofrecido es importante para las colegas, se nota agotamiento y en algunos casos la búsqueda de que el encuentro no se extienda por mucho tiempo.

Las diez entrevistas se videograban, transcriben y analizan con el procedimiento tradicional, es decir, releerlas varias veces y señalar, mediante el uso de colores, las categorías más importantes que, sin duda, implican una selectividad subjetiva sobre las narrativas a considerar para este ensayo. Para definir esos ejes temáticos se consulta de nuevo la guía de la entrevista, pues este instrumento está directamente relacionado con las preguntas y objetivos de la investigación, aunque también emergen ejes no previstos (obstáculos institucionales, prácticas corporales, entre otros). En la revisión de las transcripciones, seleccionamos fragmentos de las entrevistas vinculados a los ejes temáticos planteados que derivan en las categorías a examinar. Así, el análisis de datos implica la conceptualización, la reducción y la vinculación de categorías con los datos, así como la posterior elaboración teórica de los fenómenos expresados en el material de análisis (Strauss y Corbin, 2002: 13).

Las categorías por discutir son las siguientes:

- a) obstáculos institucionales
- b) efectos psicosociales
- c) acciones e intervención social

### *Frente a los obstáculos institucionales, la asunción personal y profesional*

En todas las conversaciones con profesionales de Trabajo Social que laboran en el sector salud se aprecian dificultades institucionales para afrontar la pandemia. Si bien existen narrativas donde se observa un sostenimiento y apoyo institucional, la mayoría nos muestra un panorama sombrío del sistema de salud mexicano.

Cabe recordar que desde la década de los años setenta se sabía que los sistemas de salud latinoamericanos son poco equitativos e ineficientes y que los niveles de salud de América Latina están por debajo de lo que debe esperarse, como consecuencia de su limitado desarrollo económico. Alrededor de 1980, el Fondo Monetario Internacional (FMI) requirió a los gobiernos que recortaran los gastos dirigidos a

los sectores sociales, entre ellos el sector salud. Ello ha provocado un mayor deterioro de los servicios y el aumento de la insatisfacción de los proveedores y de los usuarios. Por su parte, el Banco Mundial (BM) promovió una reforma de salud sustentada en los principios básicos de que el sector privado es más eficiente que el sector público y por lo cual sugería impulsar su descentralización (Homedes y Ugalde, 2005). No obstante,

[...] la descentralización neoliberal no consiguió los objetivos que anunciaban sus promotores, tales como mejorar la calidad, la eficiencia, la equidad y la participación comunitaria. Por el contrario, en los países latinoamericanos, las reformas han contribuido a aumentar la desigualdad (Homedes y Ugalde, 2005: 217).

Los problemas históricos de los sistemas de salud, así como la pobreza, el desempleo y la desigualdad generan grandes retos frente a la pandemia. Por ello, es relevante analizar este fenómeno desde un enfoque múltiple que incluya la dimensión sanitaria, así como la cuestión económica, social, política y estatal.

El comportamiento de la pandemia y la gestión de la crisis sanitaria fueron el resultado de la decisión política de los gobiernos, pero, además, de los rasgos estructurales de los países, las capacidades estatales, las características sociodemográficas y los índices relacionados con el desarrollo humano (Nercesian, Cassaglia y Castro, 2021: 68).

Entre los obstáculos institucionales que mencionan los y las colegas están la poca claridad para establecer la reconversión hospitalaria y que en un inicio las instituciones consideraron que el personal de Trabajo Social no requería equipo de protección:

[...] si bien nos dijeron que no íbamos a ser un Hospital COVID, también ahí se empezó la reconversión del hospital, donde el área de cirugía ambulatoria se convirtió en área COVID. Por lo tanto, pues se cerró la consulta programada de cirugía ambulatoria o las pacientes programadas. Y también se hizo una reconversión en el área de urgencias, todo lo que era la sala de espera de urgencias se tuvo que reconvertir en camas para pacientes COVID, entonces para nosotros pues eso era una contradicción. Si no éramos Hospital COVID ¿por qué esta reconversión física de ingeniería? Pero <vocal> también nos decían que no porque no fuéramos Hospital COVID, no íbamos a recibir pacientes. O sea, teníamos que estar preparados porque esta indicación podría cambiar de un momento a otro (Sonia).

Sí, de hecho, sí. Había unos compañeros que sí compraron su equipo de protección, bueno, sus cubrebocas [...] porque se le solicitaba a la autoridad y consideraban que Trabajo Social no lo necesitaba (Verónica).

También se observa un vacío con relación a la capacitación al área de Trabajo Social sobre las medidas de protección, al menos al inicio de la pandemia.

Directamente como Trabajo Social, no [nos dieron una capacitación con relación al tema de COVID, por ejemplo, sobre cómo colocarse el equipo de protección al atender a los pacientes]. Como parte de todo el hospital, del personal hospitalario, sí recibimos cierta información, todo era de manera virtual. Entrábamos a cursos virtuales para <vocal> mantenernos actualizados sobre la información que se estaba dando, pero como además nosotros, Trabajo Social, no estábamos insertados en la gráfica donde aparecíamos como personal paramédico, sino estábamos como personal administrativo, entonces pues tampoco podíamos tener una capacitación de todo lo que era la vestimenta adecuada [...] y pues nada más al principio nos decían que, pues, la sana distancia, que no debíamos usar cubrebocas. De hecho, esa fue la primera indicación que se nos dio, que nosotros no éramos personal de primera línea (Sonia).

Este contexto afecta la experiencia diaria de los/as profesionales, quienes la experimentan como obstáculos institucionales para llevar a cabo su labor:

Entonces a buscar recursos, <vocal> había situaciones en las que sí se lograba tener el 100% del recurso, había ocasiones en que no, pues, nada más la mitad; no, no hay. Entonces fue básicamente esa la participación que en algún momento pude tener en el Hospital Infantil, buscar y gestionar recursos (Javier).

No, en el primer año no tuvimos vacaciones, no tuvimos permisos, no tuvimos días festivos nosotros seguimos trabajando, solamente nos daban sábados y domingos y nosotros trabajamos en nuestro horario normal y en el siguiente año sí nos autorizaron los 15 días de vacaciones que es lo único que ahorita hemos tomado en la Secretaría de Salud y afortunadamente los días festivos ya nos los están dando [...]. Como a los seis meses de que inicia la pandemia nos envían unas tabletas, lamentablemente nunca se usaron porque el internet no fue suficiente (Grecia).

Quienes ocupan una jefatura de Trabajo Social narran que experimentan una mayor demanda, pues además fungen como enlace entre el personal y las autoridades:

Algunas externaban molestia conmigo <vocal>, muy contado el personal, y me decían que <vocal> pues que no estaban de acuerdo en trabajar bajo esas circunstancias. Yo le decía, estoy completamente de acuerdo contigo, tú puedes externar tu molestia, pero hay instancias y yo estoy tomando nota de lo que me estás diciendo, y yo estoy peleando por ustedes, aquí están todas las pruebas, aquí están todos los oficios que he metido [...] inclusive tuvimos una reunión con los directivos para que ellas pudieran

expresar todas estas inconformidades [...]. Pero posterior a la contingencia, posterior a la crisis mayor cuando se empezó a relajar un poquito, ahí sí ya empecé a ver un poco más de situaciones [...] alguna de repente llegaba con problemas de su casa y ya lo exteriorizaba ahí en el departamento. O tenía un conflicto con la compañera y, lejos de arreglarlo con la compañera, venía conmigo para decirme y demás. Entonces yo sentía en algún momento que era un papel mío, como de mamá (Sonia).

Dentro de las narrativas desalentadoras sobre el apoyo institucional, emergen algunas experiencias en las que se reconoce que sí funciona como sostén:

Sí, sí hemos estado apoyadas <por la institución> [...] apoyo porque ha puesto líneas para que nosotros nos comuniquemos con psicólogos de parte de la Secretaría de Salud (Grecia).

Sí, se han hecho. Se hicieron grupos de apoyo del personal, no se forzó a nadie a ir, sino por áreas nos hacían la invitación. Entonces, nosotros podíamos ir con nuestro propio equipo o podíamos ir a cualquier, o sea, ellos daban los horarios que iba a haber y nosotros nos inscribíamos. Generalmente, procurábamos ir donde no fuera de nuestro mismo departamento. Íbamos con otros departamentos para poder hablar tranquilamente, a veces ¿no? Eso, por un lado. Y también hicieron talleres. Nos dieron talleres para estrategias de relajación durante el tiempo laboral, de respiración, de movimiento corporal y de todo para desestresarnos y relajarnos en poco tiempo (Sonia).

Uno de los principales aspectos que genera molestia en los/as profesionales es el poco reconocimiento que se da a Trabajo Social:

Trabajo Social debe de tener plenamente el reconocimiento de las autoridades como personal de primera línea en intervención. Se hablaba mucho en los medios, inclusive, y en todas partes sobre los riesgos médicos, pero nadie al inicio hablaba sobre los riesgos sociales que todo esto implicaba [...]. Entonces, esa discriminación de no pertenecer al área médica, pues es un estigma, a lo mejor hasta lo pudiera calificar así [...]. Realmente estábamos en un hacinamiento y con un riesgo de contagio mayor (Sonia).

Como se observa, en las unidades médicas la nueva pandemia se experimenta como un fuerte golpe que cambia súbitamente las acciones y funciones que tenía el personal de Trabajo Social. La escasez de recursos, junto con el poco reconocimiento de la profesión como parte del equipo médico, implica que ellas y ellos se movilicen para buscar recursos y equipo de protección. La escasez también tiene

como consecuencia que el personal utilice sus propios recursos para el desarrollo de algunas actividades, como el uso de sus equipos celulares para realizar llamadas telefónicas entre pacientes y familiares. Sumado a ello la “sensación” de no ser reconocidas/os durante ese periodo y aún hoy en día como parte del personal de salud; reconocimiento que siempre ha recibido el personal médico y de enfermería (García, Trujillo, Volkens, Ochoa, 2020). El bajo reconocimiento a la profesión en los equipos interprofesionales apunta a distintas cuestiones; por ejemplo, la dificultad para identificar el componente social en la afectación por COVID-19. No se trata de atender únicamente al cuerpo físico, sino al “cuerpo social”, a sus relaciones, sus afectos, su lugar en el mundo social, y de eso se hace cargo Trabajo Social.

### *Prácticas corporales y efectos psicosociales*

En 1934, en *Les techniques du corps*, Marcel Mauss describe detalladamente las técnicas corporales que ejecutamos diariamente, mostrando que el ser humano se sirve de su cuerpo, cual herramienta, para desenvolverse de forma práctica. Mauss, demuestra que el cuerpo es una herramienta inherente al ser humano y que está investida simbólicamente porque las técnicas corporales adquieren distintos significados dependiendo de la sociedad de la que hablemos y por ello tienen especificidades. De hecho, “la especificidad es la característica de todas las técnicas” (Mauss, 1934: 6).

Desde este punto de vista, las técnicas corporales desplegadas en el trabajo que realizamos cotidianamente tienen un significado y se vuelven gestos codificados. Así, la dimensión corporal de la interacción está impregnada de una simbólica inherente a cada grupo social y se origina en una educación informal, impalpable, cuya eficacia podemos asegurar (Muñiz, 2010). Esa educación impalpable es lo que en términos de Bourdieu refiere a los condicionamientos asociados a las condiciones de existencia que producen *habitus*. Los *habitus* son principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones, pueden no ser producto de obediencia a reglas y, al mismo tiempo, colectivamente orquestados (Bourdieu, 2008). Entendiendo al *habitus* como sistema de estructuras cognitivas y motivacionales que produce conductas “razonables” y “sentido común” se considera que existen “fines ya realizados, modos de empleo o caminos a seguir” (Bourdieu, 2008: 93), constituyendo de ese modo el mundo práctico.

Desde esta perspectiva no hay oposición entre “exterior” e “interior” de los sujetos, sino una “interiorización de la exterioridad” y su rasgo distintivo reside en la lógica del organismo que lo está incorporando (Bourdieu, 2008: 95). Los aportes de Mauss y Bourdieu coinciden en el sentido práctico con el que enfocan al cuerpo. “El cuerpo socialmente diferenciado es signo a interpretar y generador de estados afectivos, así como espacio fundamental de experiencia y productor de

un tipo particular de sentido: el práctico” (Sabido, 2010: 14). Si bien Mauss le ve como una herramienta y Bourdieu desde las prácticas a partir del *habitus*, ambos explican la inmersión corporal de los sujetos en distintos contextos.

En el caso de las y los colegas que laboran en unidades hospitalarias durante la pandemia se observa que las prácticas de cuidado se instauran como un *habitus*, con la finalidad de afrontar, de la mejor manera, los efectos adversos de la enfermedad por SARS-CoV-2 y disminuir el riesgo de contagio. El uso constante de gel antibacterial, el empleo permanente de cubrebocas y, durante el horario laboral, la utilización del equipo completo de protección (que puede incluir: cubrebocas quirúrgico triple capa, respirador N95, FPP2 o equivalente, *goggles* o careta, gorro desechable, bata de manga larga impermeable desechable y guantes de látex o de nitrilo desechables) se asumen como una regla seguida individualmente y orquestada en lo colectivo. Asimismo, se convierte en una práctica corporal cotidiana mantener un distanciamiento físico con las personas. La práctica profesional antes de la pandemia a veces se configuraba en el acercamiento físico para mostrar empatía y/o brindar un sostén emocional a las personas. Sin embargo, estas prácticas se modifican y tienen un impacto en la subjetividad de las y los profesionales:

Sí, y pues <se entrecorta su voz> cambió la manera de intervención porque no es lo mismo hacerlo por videollamada que estar con el familiar, que estar con el usuario, estar con el paciente directamente porque pues igual acá, aunque estuviéramos directamente con los pacientes no podíamos tocarlos. Al principio teníamos prohibido tocarlos. Por lo general, Trabajo Social tiene la característica de ser la parte humana, de ser el contacto [...]. Yo lo que hice fue poner en mi careta un letrero que decía mi nombre, Andrés, Trabajo Social, y era la manera que los pacientes me identificaban [...]. Tenían mucho miedo, mucho miedo, se ponían a llorar y yo los abrazaba [...] y se sentía bien porque los pacientes tenían esa necesidad de contacto físico [...]. Pero es en este acompañar y el que tú los toques, el que pongas tu mano en su espalda, en su hombro, ellos se sienten acompañados en este proceso (Andrés).

[...] antes de la pandemia había un fallecimiento, dabas el informe del fallecimiento, dabas esa contención, pues en ocasiones el momento se daba como para el abrazo, pues para decir algo más cercano, de agarrarle las manos [...] pero en este momento no lo podías hacer, no podías hacer un abrazo, no podías, no podías agarrarle las manos. Entonces, pues sí, como que cambió la dinámica ¿no? cambió la dinámica total (Javier).

Y en la piel, en la parte de aquí de la cara <kinesic>, se me hizo una inflamación; tenía un eczema en todo esto. Ya logré quitarlo, pero tuve que estar en tratamiento para que se me quitara, porque cada que usaba el cubrebocas me quedaba inflamada, esta



parte roja y eran unas manchas más grandes que otras [...]. Yo tuve que conseguir mi propio gel antibacterial [...] porque me reseca mucho la piel (Sonia).

Se entiende por efectos psicosociales al impacto que experimentan los/as profesionales por mantener una relación continua e incluso íntima con las personas. Es un desgaste corporal-intelectual que deriva en agotamiento emocional, estrés y probablemente en una serie de trastornos, considerados así por la psiquiatría. Los efectos psicosociales se relacionan con las condiciones laborales que tienen los y las trabajadoras porque los efectos se atenúan o agudizan de acuerdo con las funciones del puesto, el tipo de jornada y la exposición a acontecimientos traumáticos severos o a actos de violencia laboral. Por tanto, el término efectos psicosociales refiere a lo que se experimenta interna, intelectual, emocional y corporalmente, en el contexto de las condiciones que se viven en el ambiente de trabajo y el contexto inmediato, ya que son reflejo de condiciones sociales más amplias:

A mí me tuvieron que dar medicamento controlado para poder dormir [...] llegaban días que no dormía y me ponía muy alterada, muy nerviosa. O sea, más angustiada de lo normal [...]. Ya cuando dejé la jefatura, de ya no poder dormir ahora era lo contrario, nada más me la quería pasar dormida y ya sin el medicamento [...]. Hasta que yo empecé ya que de verdad no quería salir a nada fue que dijeron, ah no, te vas a levantar y te vas a bañar y te vas a cambiar y vas a empezar a salir y demás. Entonces, ya fue que me empezaron a tratar ahora por la depresión (Sonia).

Caminaba para disminuir el estrés, me salía unos momentitos de la oficina y me iba a caminar o me ponía a cantar, ¿no? Y pues así se me disminuía [...]. Empecé como a apretar los dientes y se me aflojaron; bueno, sentí en un momento como que se iban a caer los dientes, no sé si era la ansiedad que yo tenía, que sentía de repente, me movía o me cepillaba los dientes y sentía como que se iban a caer como granos de elote. No sé, fue muy intenso (Verónica).

Hay un nexo entre el desgaste corporal y emocional que experimenta singularmente cada colega. Los síntomas no son los mismos, pero sí se describe un panorama similar relacionado con agotamiento y “sentirse rebasadas”. Se identifica un panorama común relacionado con afectación, pérdida de control y desgaste.

Ver el desgaste de los pacientes, ver a los familiares, que comúnmente el familiar puede entrar a ver al paciente, aquí no se puede ver al paciente, toda esta dinámica cambió [...] íbamos aprendiendo sobre el error, de cometer un error al realizar nuestras actividades. Entonces, mi cuerpo lo reflejó con dolor estomacal, empecé a presentar

diarreas por lo mismo del estrés, dolor de cabeza <ehm>. Al ver tanta muerte, tantos fallecimientos, tenía muchos sueños vívidos (Andrés).

Por otro lado, teníamos a las familias que venían atravesadas por dolor y que querían informes de sus pacientes y que nadie quería hablar con ellos y nadie quería escucharlos, y que se sentían muy mal. Por otra parte, la cantidad de cuerpos que se apilaban porque es impresionante <solloza>; en el hospital hay ocho gavetas, eran insuficientes. Pues hablábamos y llorábamos, o sea, era como descargar esta parte de pasó esto, pasó lo otro, ¿qué hacemos? (Verónica).

Como observamos en el apartado anterior, para quienes fungen como jefas de Trabajo Social, la jefatura y las demandas institucionales se exageran:

Sí, por la pérdida de mi padre sí, sí me afectó y... cambia tu vida por completo, el ser jefe de Trabajo Social es estar al pendiente las 24 horas del día, tener personal nuevo que hay que capacitarlo para todo lo que se implementó, es que te hablen a la una, dos, tres, cinco de la mañana, a las cuatro o seis de la tarde y estar ahí desde las siete de la mañana hasta las cuatro o cinco y, pues sí, te afecta emocionalmente, llegó un momento en el que lo que vives y lo que escuchas da como un poquito de pánico, miedo, pero lo vas entendiendo y lo vas superando y ya cuando yo sentía que ya estaba más estable emocionalmente y toda la presión que se vive porque te piden información de Puebla (Grecia).

Para mí fue diferente [por ser jefa de Trabajo Social] porque pues yo tenía que estar en todos los turnos, entonces, pues para mí sí fue muy desgastante [...] he perdido la vista paulatinamente durante todo este año. Ya van tres graduaciones que me hacen este año [...] ahora ya me encontraron un problema de artritis [...] he empezado a enfermarme de una cosa, de otra [...] como me dicen los médicos, lo que pasa es que tu cuerpo ya se relajó, ya te estás soltando y están saliendo. Utilizó una palabra la psicóloga, ya se somatizaron todas tus... todas esas cosas que viviste. Bajé de peso en ese tiempo, no recuerdo cuantos kilos, pero yo creo que más o menos unos siete kilos aproximadamente, en el trascurso de, en pocos meses (Sonia).

Estas experiencias les permiten advertir cuestiones sobre su cuerpo; la relación entre su cuerpo y el trabajo que realizan. También entre su cuerpo, el bienestar y el desempeño profesional:

No son solamente las palabras o los instrumentos con los que trabajamos, sino que también está el cuerpo para poder <eh> desempeñar ese ejercicio profesional (Andrés).

Sí, sí he llegado a reflexionar [...] quizás yo solita me quemé al quedarme solita a trabajar tantas horas, pero yo en el afán de querer optimizar todos los recursos. Creo que debí también haber pensado más en mí [...] y a lo mejor ahorita estaría en mejores condiciones (Sonia).

La idea de estar en un área contaminada y de ser susceptible a contaminarse es muy poderosa y es significativo, porque si bien sabemos que la transmisión por COVID-19 era latente, la idea de contagio que prevalece se acerca más a lo ocurrido con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que a una enfermedad respiratoria. Además de las medidas de cuidado que se deben tomar, se tiene que lidiar con los requerimientos institucionales y los desacuerdos gremiales durante este periodo. Externan que las emociones que más experimentan son la incertidumbre, el miedo y la angustia.

En una palabra [...] miedo [...]. Ahora responsabilidad porque tenemos muchas cosas que hacer todavía (Grecia).

[...] empecé a tener mucha inquietud, me sentía como <vocal> nerviosa, estresada, después vino el cansancio, pero sobre todo me sentía muy agitada, esa es la palabra (Sonia).

Durante este periodo casi todas las personas entrevistadas reflexionan sobre su experiencia corporal como un elemento importante del ejercicio profesional. En buena medida esto ocurre porque advierten en su propio cuerpo los efectos de la pandemia, no en un sentido limitado del miedo a contagiarse, sino en un sentido más amplio, que tiene que ver con la relación que establecemos los y las trabajadoras sociales con las personas en las instituciones: una proximidad con los avatares que atraviesan las personas en el tránsito institucional. Somos el primer contacto, el profesional que escucha, que acompaña en los momentos difíciles, en la cercanía con el dolor y la muerte de las personas enfermas y sus familiares que, sin duda, remite también a la propia vulnerabilidad, el dolor y la fragilidad de nosotros/os mismas/os.

### *Acciones e intervención social*

La intervención en Trabajo Social en el contexto mexicano y latinoamericano ha sido comúnmente denominada intervención social o intervención en lo social. Entre los principios básicos de este concepto encontramos que opera en un registro distinto a la investigación, recae con y sobre los sujetos concretos en campo y se propone encauzar procesos hacia un cambio social (Barranco, 2004; Tello, 2010).

La intervención desde Trabajo Social implica hacernos preguntas como las siguientes: ¿con quién(es) intervenimos?, ¿para qué lo hacemos?, ¿cuál es mi lugar en la intervención? y ¿cuáles son mis premisas acerca de los sujetos y sobre la situación en la que intervenimos? Los sujetos, es decir, nuestras/os interlocutoras/es, ¿qué opinan de esta intervención? y ¿qué me ocurre a mí durante este proceso? Estos interrogantes siempre estarán actualizándose y es probable que las respuestas sean contradictorias o lo que inicialmente respondimos se modifique conforme avanzamos en el proceso de intervención.

La noción de intervención es una “construcción sociohistórica, que actúa en la compleja trama social” (Muñoz, 2011: 87). La parte operativa es lo más visible de nuestras intervenciones, pero siempre alude a la parte analítica que la sostiene. Es decir, para apuntar a una intervención y no sólo una serie de acciones inconexas debemos explicitar los conceptos, las nociones y el posicionamiento político de la propuesta. En caso contrario, la intervención será sólo un gesto vacío, inmediateista e inconcluso. Por tanto, la intervención “no se define por el objeto o la unidad de intervención, sino por los sustratos epistemológicos que la sustentan explícita o implícitamente” (Muñoz, 2011: 93).

De acuerdo con Saavedra (2015), desde la tradición positivista se define a la intervención social como acción práctica sujeta a una razón instrumental: “la argumentación práctica de la intervención se enfoca al carácter organizado de la acción y su capacidad para resolver problemas sociales” (p. 137). Desde nuestro punto de vista, la acción práctica se distingue de la intervención porque la primera se basa en la búsqueda de una solución inmediata. Si por el contrario nos distanciamos desde el enfoque positivista y entendemos a la intervención desde los enfoques interpretativo y posestructural, se sitúa como un proceso de interpretación y categorización que distingue múltiples subjetividades específicas para interpretar la compleja red de significados que configuran un problema social. Desde esta perspectiva, la intervención se configura en un tiempo y lugar determinado para explorar las expresiones de malestar singular y colectivo.

Con relación a lo que hacen los/as colegas, encontramos:

Yo hasta los tocaba a los pacientes, les tomaba fotos, hacíamos llamadas a sus casas, videollamadas, de todo. *Me puse en el lugar de los pacientes* e ingresé a hacer videollamadas [...]. Trabajo Social le realiza su nota de ingreso del paciente. Primero, se realiza el estudio médico social a todos los pacientes [...] esto para tener en el expediente todos los datos del paciente, si era derechohabiente o no era derechohabiente. De hecho, a los derechohabientes pasaban ¿no? y los no derechohabientes se va a llevar un registro para que el gobierno resarza este cobro al Instituto [...] altas voluntarias que es lo que también le corresponde a Trabajo Social: la coordinación de altas voluntarias de los pacientes [...]. Se le realiza su nota de ingreso, se le toman sus

datos y, posteriormente, si es ingresado a piso se le solicitan sus artículos de higiene personal. Posteriormente, ahí se le pueden hacer llegar cartas a los pacientes de los familiares. Y bueno, Trabajo Social se las ingresa y las lleva a los pacientes. En caso de una defunción, primero se realiza la localización de los familiares solicitando la documentación. Nunca se les da el reporte por teléfono. Primero, se les indica que lleven la documentación, que estos son: el acta de nacimiento, el CURP, el INE, y la cartilla de salud, que los da como derechohabientes del Instituto [...]. Posteriormente, ya teniendo a la funeraria [...] se les orienta sobre todo este proceso de la defunción: qué tiempo tiene para llevar a la funeraria, se les ofrece la funeraria de aquí del gobierno que es totalmente gratuita; también los datos administrativos: que saquen copias, que hay que traer copias, los carnets a la mano, dos familiares para realizar la identificación (Jorge).

Me tocó interactuar con familiares y en el caso de medicina interna con pacientes contagiados de COVID-19. Cuando estaba en urgencias lo que hacía era realmente, pues, yo tenía que interceptar a los familiares para poder obtener todos los datos que se pidieran con respecto a la entrevista de Trabajo Social que se les hace [...] nosotros usábamos un instrumento que ahí en el hospital le llamaban fichero, súper sencillas, pero que, la verdad, resultaban súper útiles sobre todo cuando no tienes como tantas compañeras de trabajo que te auxilien. En total, en un piso que era de atención COVID de medicina interna <este> habíamos dos trabajadoras sociales trabajando en ese piso en el turno de la tarde. Entonces eran alrededor de unas ochenta camas, entonces a cada quien nos tocaba cuarenta camas aproximadamente (Micaela).

Como se puede observar, las actividades cambian dependiendo de la institución de que se trate. En ocasiones, los/as colegas están en contacto directo con pacientes COVID, en otros casos no sucede así, sino el contacto principal es con las familias. La mayoría de las/os colegas se encargan de la entrega de personas fallecidas a sus familiares. Sin embargo, se observan constantes en la intervención de Trabajo Social: la elaboración de distintos estudios (estudio médico social, estudio o ficha socioeconómica, expedientes de apoyo psicosocial y apoyo tanatológico, la elaboración del familiograma), brindar seguimiento a la atención y la salud del paciente contagiado de COVID y fungir como vínculo entre los servicios de medicina, enfermería y la familia. Son el epicentro entre la población y la institución de salud. Por otro lado, se desarrollan acciones intempestivas y que surgen abruptamente frente a la problemática que se experimenta: dar orientación a familiares una vez que el paciente se queda internado (sobre los objetos con los que se podía quedar y aquellos con los que no, entre otros); canalizar a los familiares con las distintas opciones funerarias; realizar videollamadas entre pacientes y familiares; solicitar cartas a familiares para ser entregadas a sus pacientes; por mencionar algunas.

Todas, acciones e intervenciones, resultan sustanciales para hacer frente a la pandemia y mostrar que la enfermedad afecta a las personas como seres sociales: los/as pacientes requieren saber de sus afectos, sentirse escuchadas/os, contener a las familias frente a la angustia de no estar cerca y el miedo de enfrentar una enfermedad mortal y aún desconocida, que los/as pacientes experimentan dolor, posiblemente sufrimiento y soledad, frente a todo, los/as colegas sostienen esos lazos sociales.

Yo creo que todos en algún momento nos rompimos <llanto>, pero nuestra profesión, nuestro profesionalismo, nuestra ética, nuestro amor por lo que hacemos fueron los elementos, son los elementos que nos ayudan a construirnos nuevamente y empezar el otro día, avanzar al otro día con la misma actitud y las mismas ganas de servir a nuestra patria, a nuestra gente, acompañando. Acompañando, porque creo que eso es lo más difícil, ninguna otra profesión se encarga de la familia, nadie toca a la familia, la familia hace al Trabajo Social (Verónica).

Con relación a la intervención, se debe mencionar que se observan vacíos; por ejemplo:

Pues no [se ha creado un protocolo], yo opino que esto falta. Yo creo que al principio no hubo nada [sobre una metodología], nos agarraron ahora sí sin nada. Haz como puedas, aquí está un poco de material, aquí tienes a los pacientes, aquí tienes a los familiares. Arréglatelas tú (Jorge).

Pues yo creo que, como tal metodología, o sea, estructurada o que la tengamos pues no sé si, o sea, yo al determinar o al trabajar, yo me doy cuenta que estamos utilizando la de crisis, porque cada situación es distinta, pero yo lo estoy analizando desde mi percepción podríamos decir. Sí, creamos instrumentos más que nada. Los instrumentos que ya existían de estudio socioeconómico, de bitácoras; tenemos muchas bitácoras de seguimientos [...]. Entonces, sí se adaptaron nuevos instrumentos sobre todo para la entrega de medicamentos. No, no se ha sistematizado (Raquel).

Pues no, de hecho no [implementamos ninguna metodología]. Inclusive ni siquiera contábamos con el protocolo bien establecido de ingreso, no contábamos con un reglamento para la Unidad Temporal, de hecho, hemos ido aprendiendo sobre el error (Andrés).

Aquí todo se maneja por un Manual de Trabajo que viene por categorías y viene de manera, pues, tal vez muy escueta en lo que uno tiene que hacer. No viene, por ejemplo,

una metodología de la intervención de la defunción, no la hay. Y si la hay, no fue algo que a mí se me comunicara o en lo que a mí se me capacitará o sea fue algo que yo fui aprendiendo sobre la marcha <este> preguntando, ¿no? (Micaela).

Pues de metodología, a mi parecer, es mucho de Trabajo Social de casos porque ni siquiera familiar o de grupo porque realmente nada más te enfocas en el paciente, ¿no? [...]. Y en cuanto a sistematización de la experiencia, realmente creo que era poca porque nada más era ver cuánto haces (Nadia).

Frente a la pregunta ¿cuál ha sido la principal contribución de Trabajo Social? encontramos estas respuestas:

Pues, es el trabajo con los pacientes. A mí lo que en realidad me ha enriquecido es el ingreso con los pacientes, la convivencia, el estar ahí. Tal vez ese apoyo que han recibido, mucho o poco para ellos ha sido muy, muy bueno y creo que esto es con lo que me quedo, el apoyo (Jorge).

Pues la contribución también que pudimos... o yo siento que también la cuestión de estar como mediador, y estar utilizando los instrumentos en la cuestión de cuando los pacientes <vocal>, sobre todo con la entrega de cadáveres, esa cuestión del acompañamiento. Aunque yo no tenga mucho contacto con el paciente [...] pero con los familiares, siento que tienen que estar muy cobijados por nosotros (Raquel).

[...] estoy muy en contacto con médicos especialistas, con enfermería, con asistentes médicas, con médicos generales, con médicos que llegaron de apoyo, incluso con el subdirector médico (Micaela).

Pues yo pienso que una de las contribuciones mayores, precisamente fue la modificación de las visitas, o sea, el trato directo con los usuarios. El personal médico estaba tan enfocado, como debe de ser, a su atención médica y demás, que a lo mejor en muchas ocasiones no se tenía la sensibilidad para la atención con los usuarios, con los informes médicos; y entonces teníamos que, Trabajo Social, prácticamente solicitarle al médico que saliera a dar la información. Entonces, pienso que la aportación que nosotros tuvimos, pues, fue la sensibilización sobre la atención al usuario (Sonia).

Entonces, yo creo que esa fue la mayor contribución, la posición clave o la función clave de Trabajo Social en este proceso de pandemia: el acompañamiento, la escucha, pues el involucrarte, porque no dejas de no estar ahí presente con el familiar, ya sea vía telefónica o cara a cara (Nadia).

Al recordar nuestra contribución y verbalizarla, se visibiliza la importancia de la profesión. Esto permite evaluar su desempeño y exponer cómo se sienten con el trabajo que realizan:

A mí me gusta mucho lo que hago, me gusta mucho mi trabajo, lo disfruto (Raquel).

Y ahorita, yo por parte de los doctores tengo ese respeto (Andrés).

Si bien no todo lo que realiza Trabajo Social durante la pandemia puede ser considerado intervención en su definición formal, nos abre la posibilidad para cuestionar las definiciones que seguimos utilizando y con las que formamos al estudiantado. Recuperar los vacíos y necesidades de los/as profesionales en el campo de la salud y trabajar colaborativamente sobre esas nociones de intervención hegemónicas, con el fin de abonar a que nuestro hacer tenga un sostén epistemológico y metodológico frente a las realidades que encaran los/as colegas. Así como, sistematizar las experiencias para construir conocimiento en torno a ellas.

#### INTERVENCIÓN COMO EXPERIENCIA ENCARNADA

La intervención, entendida como experiencia encarnada, implica pensar e interactuar con y desde el cuerpo, porque así se genera sentido y se toma posición a partir de la vulnerabilidad y la intimidad donde se producen nuestras relaciones con los otros y con el mundo (Cortés, 2013). En Trabajo Social se suele concebir la intervención como una acción racional, objetiva y con propósitos claros. Sin embargo, se propone replantear esta noción de intervención, ya que la experiencia encarnada supone una forma de conocimiento desde la experiencia manifiesta en la carne, en el cuerpo, implica no centrar todo en la cognición y memoria, pues las formas de conocimiento no sólo son textuales, sino sensoriales y sociales (Aguilar, 2014; Esteban, 2013). El concepto experiencia encarnada deviene de la articulación del concepto memoria incorporada (Fassin, 2016) y el de individualidad encarnada (Kontos, 2005). El primero, indica que “incluso antes de tener tiempo para reflexionar, el cuerpo recuerda” (2016: 35). La acción está precedida por una intuición consciente o inconsciente para alcanzar finalidades determinadas y que, en ocasiones, nos protege del peligro. Son experiencias empíricas vividas a través de nuestra historia. El segundo, muestra que el cuerpo no es una tabula rasa, ahí se libran procesos reflexivos, tiene una habilidad inherente para aprender y vehicular significado, así las personas definimos marcos de sentido mediante la vestimenta, los gestos, los movimientos y los modos de llevar al cuerpo según el género, la clase o la edad (Kontos, 2005; García y Sabido, 2014). La intervención con perspectiva de género



implica asumir que las mujeres están ubicadas en el espacio social en una posición subalterna por ser mujeres, en este sentido, se plantea el apoyo implícito y explícito hacia las mujeres, tratando de contestar colectivamente para estar con ellas, contenerlas y apoyarlas (Esteban, 2013).

En su mayoría la profesión está abanderada por mujeres. En nuestros diálogos observamos que todas, además de su desempeño profesional, realizan tareas de cuidados y de trabajo doméstico: crianza de hijas/os; cuidado a personas mayores; cuidado a familiares con alguna condición en particular (enfermedad, discapacidad, situaciones emocionales, etcétera); elaboración de alimentos; sostenimiento del hogar; entre muchas otras actividades. De ahí, se vuelve necesario sostener que cuando hablamos de intervención en Trabajo Social, se apoye desde perspectivas feministas y de género, que nos permitan señalar los trabajos que llevan adelante las mujeres y la inequidad que aún persiste en las relaciones de género.

Mier (2002) afirma que intervenir es ya una forma de vínculo. En este sentido, para reconocer la experiencia del otro requerimos del vínculo que está en constante transformación; siendo así, “[l]a intervención implica, necesariamente, una transformación de las posiciones recíprocas de los sujetos en juego, de sus regulaciones, de sus marcos” (Mier, 2002: 21). Las posibilidades de intervención están directamente relacionadas con la apertura epistémica, su huella metodológica, el vínculo y nuestra biografía.

La intervención social se despliega en contextos marcados por una creciente diferenciación social, pobreza y explotación. La intervención en Trabajo Social abarca un conjunto de procesos y estrategias vinculadas a acciones colectivas en torno al acceso a derechos. En este marco, el Estado se concibe como garante de derechos sociales y regulador de demandas (Peralta, 2020). Al mismo tiempo, en muchos casos, las prácticas cotidianas del Trabajo Social están situadas en instituciones donde predominan formas de organización hegemónicas con recursos disponibles limitados, usualmente para ofrecer servicios y beneficios que se limitan a la supervivencia de las personas, evidenciando una contradicción entre una perspectiva emancipatoria de la intervención social y las condiciones reales de existencia capitalistas (Faleiros, 2011). La desigualdad “aparece como natural” (Faleiros, 2011: 119), como condición ahistórica y como algo a superar de forma individual.

Es evidente que el sector salud incrementa de modo exponencial su carga de trabajo como consecuencia de la pandemia. El personal de Trabajo Social en las unidades hospitalarias desarrolla su labor en condiciones de riesgo de contagio permanente y frente a retos relacionados con el contacto directo con pacientes y sus familiares; por ejemplo, establecer canales de comunicación y trato con los familiares, la escasez de recursos institucionales, el agotamiento emocional y corporal que cada una/o experimenta, así como la cercanía con el dolor y la muerte. En este marco, se asume que la intervención nos afecta, porque es una forma de

establecer un vínculo en el trabajo con otras/os y surge “una trama de afectos”, de demandas, de incertidumbre y de asimetrías (Mier, 2002: 13). Lo anterior significa que no estamos por fuera de la intervención, el trabajo con el otro nos implica y experimentaremos efectos psicosociales. A continuación, se detalla cómo entendemos que eso ocurre:

- I. El campo nos interviene. La atención al cuerpo, a los cuerpos, es fundamental, porque sea de forma consciente y explícita o inconsciente e implícitamente se genera una interconexión entre la experiencia corporal propia y con las/os interlocutores en la intervención. A lo largo de las experiencias hemos corroborado como el cuerpo “se cansa” en cada ingreso, enfermamos cuando las sesiones exigen contención emocional o cuando las experiencias narradas “nos rebasan” y no podemos digerirlas. Aquí la experiencia de Nadia:

Primero se alteró mi organismo, porque, de hecho, ahora sí, de lo que fue de mayo a octubre, mi periodo se descontroló. O sea, tuve etapas en las que pasaban cuarenta-cincuenta días y mi regla no me bajaba. Entonces me hice estudios y, pues me dijo, pues probablemente es por el cambio que hiciste y todo el estrés que tienes y todo esto. Entonces me hizo estudios y me mando hormonas [...]. Sí, fui con el endocrino <sic> y me mando a hacer como seis-siete estudios y todo eso. Afortunadamente no fue nada de la tiroides, me dijo que fue un desajuste metabólico [...]. <Este> yo ya me sentía muy cansada, o sea, había días en que yo sabía que ya me tenía que levantar de la cama, pero mis ojos no me dejaban, mi cuerpo no quería reaccionar [...] ya no quería hacer nada (Nadia).

- II. Las emociones a la escena de la acción política. Ahmed (2015) propone que debemos traer los vínculos al ámbito de la acción política. En el ejercicio de las y los colegas el dolor, el estrés y el sentirse rebasadas/os son emociones recurrentes. Traerle a la acción política significa, por un lado, reconocer que el daño tiene una historia y ocurre en un contexto determinado y, por otro, identificar las condiciones de posibilidad para que estas historias sean escuchadas de manera justa: “una escucha imposible de este tipo sólo es posible si respondemos a un dolor que no podemos reivindicar como propio” (Ahmed, 2015: 71). Por tanto, no se trata de sentir o empatizar con el dolor del otro. Queremos decir, el dolor es una conexión con ellas/os, pero sólo aprendemos a leer el dolor en la otra persona reconociendo que no hay forma de saber de él con exactitud, sino asumir que estamos conectadas/os. La construcción de ese conocimiento

se manifiesta en nuestros cuerpos o, en las palabras de Ahmed (2015), el conocimiento está ligado a lo que nos hace sudar, estremecernos, temblar, etcétera. Aquí una experiencia que da cuenta de esto:

Pues yo me sentía muy cansada y hasta un poquito harta, ¿no? Porque, por ejemplo, yo soy de la idea de que la gente que está en un hospital no está por gusto, ¿no? <entonces ver> el trato que le daban las compañeras, los compañeros a los familiares, a los pacientes, el ver que no ponían la atención debida a ciertos procesos [...]. Yo ya me sentía como harta, asqueada de que, pues uno quiere dar la mejor atención y el mejor servicio a los familiares o a cualquier persona dentro del hospital, dentro de la institución, y otras personas que realmente pues les valía y hacían lo que querían (Nadia).

Scribano (2010: 25) menciona que “las emociones son una ruta de entrada privilegiada por donde se observa cómo lo social se hace cuerpo y por medio de las cuales se constata el desarrollo de las conexiones entre ambiente e individuo”. En este sentido, las emociones si bien se experimentan personalmente, remiten a nuestras interacciones, dinámicas y procesos sociales en los que estamos inmersas/os. El personal que trabaja en el sector salud está expuesto a emociones contrastantes, fuertes y profundas. Todo relacionado con la enfermedad, el dolor, la muerte, las distintas dinámicas sociales que se generan, pero, además, a las condiciones laborales extremas que experimentan día con día. Visto así, las acciones e intervenciones que despliegan no están exentas de ese peso emocional.

- III. La intervención constreñida por la pandemia: exigencia y malestar. Aquí lo podemos ejemplificar con los abrumantes datos de la cantidad de personas del equipo de salud que se contagian por COVID. En 2020, México es declarado el país con más muertes de personal de salud por COVID-19 (*México Social*, 2020). Observamos que la mayoría no tiene un reposo extendido y ahora sabemos que la enfermedad no desaparecía del todo a los 14 días, sino que, en muchas ocasiones, algunos síntomas se prolongan e incluso se define el “*long covid*” como un padecimiento común. Además, escuchamos a colegas que comparten que aun cuando enferman por SARS-CoV-2 no tienen descanso. Sin duda, esto tiene efectos en el desempeño profesional. ¿Cómo intervenir en estas condiciones? A continuación, se exponen algunas reflexiones de un colega:

Y me acuerdo que esa ocasión que mandé el mensaje me dicen [...] “Andrés, me puedes realizar la llamada en este preciso momento porque se acaba de

presentar una urgencia” <ehm>. En ese momento yo colgué la videollamada que estaba haciendo con otro paciente [...] en ese momento la esposa había fallecido [...]. Todo el personal estaba ocupado, no tenía quién me orientara para poder auxiliar a la familiar, en ese momento la que estaba atendiendo la videollamada era la nieta, me dijo, “Andrés es que no sé qué hacer, mi abuelita está aquí desmayada, esta morada” <este>. En ese momento la familiar estaba escupiendo agua por la boca [...] y fue muy impactante esa situación, esa videollamada duró media hora [...] o sea fue ver como cambió nuestra, nuestra... <intenta contener llanto> ¡Ah! Disculpa <llanto> (Andrés).

- IV. Trabajo Social, error y malestar. La pandemia deja al descubierto que nuestra práctica profesional suele lidiar con un espacio de incertidumbre. El y la profesional están frente a dificultades y dilemas éticos de forma constante. Se experimentan malestares vívidamente: dolor estomacal, dolor de cabeza, sentirse en estado de *shock*, estado de ánimo decaído, muy cansada o hartazgo, entre otros. Los malestares exigen energía y cuerpo para sobrellevarlos. El trabajo cercano con personas y, en este contexto, con el dolor, la enfermedad y la muerte por COVID-19 se complica aún más porque toca lidiar con esto por cerca de dos años, en condiciones adversas y al límite. El Trabajo Social se desarrolla en estas condiciones con frecuencia, pero la pandemia lo agudiza y lo expone con mayor fuerza. Aquí una frase dicha por nuestra interlocutora que lo indica:

[...] cuando el médico no sabía que hacer o enfermería, nos mandaban como la bolita, ¿no? “Es que véanlo en Trabajo Social”. Y cuando, por ejemplo, en asistentes de la Dirección se les complicaba algo: “Es que, eso lo tiene que ver Trabajo Social”. Y no lo podíamos ver porque eran cuestiones que no estaban en nuestro alcance [...] realmente en muchas cosas no teníamos injerencia, realmente nosotros no somos un área en la que podamos disponer (Nadia).

Si bien los relatos refieren al error o a lo que falla, consideramos que este concepto engloba la incertidumbre. La incertidumbre de no saber qué hacer en determinadas situaciones, pero, además, en una visión más amplia, la incertidumbre propia de un contexto neoliberal que nos coloca con escasos recursos en el área de la salud, procesos complejos que tienden a simplificarse e individualizarse, instituciones con fuertes contradicciones en su interior, condiciones laborales adversas que en el día a día afectan la salud emocional y física de servidores públicos, etcétera. Se observa que los efectos de la actividad profesional de alta demanda y de exposición al sufrimiento humano tienen implicaciones que se subestiman o normalizan. El personal de Trabajo Social en su servicio durante la pandemia asume la demanda

de cuidado y ha tenido efectos psicosociales importantes. Cabría preguntarse sobre su duración y cómo incorporar la discusión de las implicaciones corporales, psicológicas y emocionales en nuestro trabajo cotidiano, porque quizá estos efectos también están relacionados con que “[u]n hecho, no menor, y también a considerar, es la cantidad de personal que fue enviado a su domicilio por presentar [desde antes] diversas comorbilidades, como: hipertensión, diabetes, obesidad y problemas pulmonares crónicos, entre otros” (García, Trujillo, Volkens y Ochoa, 2020: 90).

## CONSIDERACIONES FINALES

La experiencia encarnada puede confirmar lo que ya es conocido y perturbar lo que parecía obvio. La relevancia de indagar en las experiencias de colegas es apuntar a lo que nos ha pasado durante la pandemia en un espacio peculiar y rastrear, a partir de ello, sobre lo que se venía gestando en la práctica profesional antes de la pandemia y que este hecho coyuntural saca a la luz. En ese sentido, mostrar que el cuerpo, las prácticas corporales y las emociones siempre han estado intrínsecamente vinculadas con nuestro quehacer, pero de lo que poco, colegiadamente, hemos hablado al respecto.

Entre los espacios emergentes que surgen a partir de este análisis se señala:

- Establecer un puente de diálogo entre las instituciones de salud y la universidad.
- ¿Cómo hacer para que las acciones que se realizan se acerquen a la noción de intervención, en el sentido de estar sustentadas teórica, pero en especial metodológicamente, abriendo así la posibilidad de su estudio y reconfiguración sustentada? Una posibilidad es atender que las tácticas metodológicas son también decisiones políticas como la escucha que reconoce la diferencia y la contradicción (Rufer, 2012).
- ¿Cómo intervenir cuando el malestar nos atraviesa? Si bien es relevante plantear estrategias de cuidado personal, es fundamental una reconfiguración de las condiciones laborales de las y los colegas en el sector salud: establecer tabuladores idóneos que atiendan a la profesionalización constante; ofrecer salarios dignos acordes a las jornadas y funciones que realizan; evitar jornadas extenuantes de trabajo y rotación constante; incentivar la capacitación y actualización; ofrecer acompañamiento psicoterapéutico gratuito y anónimo, por mencionar algunas.
- Al considerar que la profesión de Trabajo Social es desempeñada en su mayoría por mujeres, qué podemos reflexionar sobre el lugar subalterno que ocupa frente a la medicina, pero también frente a la enfermería. Promover

estrategias que expliciten el apoyo a las mujeres trabajadoras que son madres, mayores, con discapacidad, etcétera.

- El error puede ser una posibilidad de diálogo abierto y acompañado. Todas y todos hemos estado frente a dilemas importantes. Sin duda, estos dilemas se pueden afrontar de mejor manera en una discusión seria, al mismo tiempo que cercana y cuidadosa entre colegas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Díaz, M.Á. (2014), “Corporalidad, espacio y ciudad: rutas conceptuales”, en A. García Andrade y O. Sabido Ramos (coords.), *Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea*, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Ahmed, S. (2015), *La política cultural de las emociones*, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Barranco Expósito, C. (2004), *La intervención en Trabajo Social desde la calidad integrada*, Cuadernos de Trabajo Social, España: Alternativas.
- Bourdieu, P. (2008), *El sentido práctico*, España: Siglo XXI Editores.
- Esteban, M.L. (2013), *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*, Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Faleiros, V. de P. (2011), “Desafíos del Trabajo Social frente a las desigualdades”, *Revista Emancipação*, 11(1): 117-128.
- Fassin, D. (2016), *La fuerza del orden. Una etnografía del accionar policial en las periferias urbanas*, Argentina: Siglo XXI Editores.
- García Andrade, A. y O. Sabido Ramos (coords.) (2014), *Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea*, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- García-Pastrana, C., Z. Trujillo-De los Santos, G. Volkens-Gaussmann y A. Ochoa-Morales (2020), *Participación del personal de Trabajo Social durante la pandemia de COVID-19, en un instituto de tercer nivel de atención*, México: Archivos de Neurociencias.
- Homedes, N. y A. Ugalde (2005), “Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso”, *Revista Panamericana Salud Pública*, 17(3): 210-220.
- Kontos, P. (2005), “Embodied Selfhood in Alzheimer’s: Rethinking Person-Centred Care”, *Dementia. Sage Journals*, 4(4): 553-570.
- Mauss, M. (1934), *Les techniques du corps*, Canadá: Bibliothèque Paul-Émile-Boulet de l’Université du Québec à Chicoutimi.
- México Social* (2020), “México: el país con más muertes de personal de salud por COVID-19”, <sinembargo.mx/09-04-2021/3961065>
- Mier, R. (2002), *El acto antropológico: la intervención como extrañeza*, México: Universidad Autónoma Metropolitana.

- Muñiz, E. (coord.) (2010), *Disciplinas y prácticas corporales. Una mirada a las sociedades contemporáneas*, México: Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco/Anthropos.
- Muñoz, G. (2011), *Contrapuntos epistemológicos para intervenir lo social: ¿cómo impulsar un diálogo interdisciplinar?*, Chile: Cinta Moebio.
- Nercesian, I., R. Cassaglia y V. Morales Castro (2021), *Pandemia y políticas socio-sanitarias en América Latina*, Perú: Universidad del Pacífico.
- Peralta, M.I. (2020), “La intervención social como categoría teórica y campo de conocimiento de las ciencias sociales. Una mirada desde la acumulación del Trabajo Social”, *Revista Escenarios*, 20(31): 2-6.
- Rufer, M. (2012), “El habla, la escucha y la escritura. Subalternidad y horizontalidad desde la crítica poscolonial”, en S. Corona Berkin y O. Kaltmeier, *Diálogo. Metodologías horizontales en ciencias sociales y culturales*, México: Gedisa, pp. 55-84.
- Sabido Ramo, O. (2010), Una reflexión teórica sobre el cuerpo. A propósito de una contingencia sanitaria, *Estudios Sociológicos*, XXVIII(84): 813-845.
- Strauss, A. y J. Corbin (2002), *Bases de la investigación cualitativa*, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Tello Peón, N. (2010), *Ires y venires de la intervención de Trabajo Social*, México: Universidad Nacional Autónoma de México.





# INFLEXIONES DEL TRABAJO SOCIAL ANTE LA CONTINGENCIA SANITARIA POR COVID-19: REFLEXIONES NECESARIAS SOBRE LA PRÁCTICA DISCIPLINAR EN EL ÁREA DE LA SALUD<sup>1</sup>

*Norma Cruz Maldonado*

## INTRODUCCIÓN

Todos los que vivimos la pandemia por COVID-19 aún guardamos en nuestra memoria diversas singularidades presentes durante el periodo de 2020 a 2022. Ese silencio abrumador en la calle con el peculiar sonido de fondo de la ambulancia, el miedo que implica escucharlo o saber que alguien presentaba síntomas de resfriado, además de lo estresante que se torna el salir de casa. Lo cierto es que la aparición del SARS-CoV-2 nos obliga a modificar hábitos, conductas, formas de pensar y socializar, en pocas palabras, de realizar las cosas de manera diferente.

Los cambios impactan en el actuar profesional de las disciplinas del área de salud. En este periodo se generan nuevos protocolos de atención, se modifican los manuales de procedimientos e incluso la normatividad también tiene cambios importantes. Algunos son resultado de la contingencia sanitaria, otros venían gestándose derivados de las transformaciones que se han suscitado en México. Nuestra disciplina, Trabajo Social, no podría estar alejada de este contexto como consecuencia de las intervenciones que despliega, de manera directa, con las personas.

Las páginas que siguen invitan a reflexionar sobre dos actividades de importancia extrema para cualquier trabajador/a social que se desempeñe en el área de la salud, así como acerca de los cambios en la ejecución de estas actividades. El primero como resultado de una nueva política en salud y el segundo como consecuencia de la transición epidemiológica por la que atraviesa el país, y que se acentúa con la contingencia sanitaria; en específico me refiero a la aplicación del estudio socioeconómico y al acompañamiento a familiares en caso de defunción del usuario/a.

Estas actividades se efectúan sólo en algunas instancias del Sistema Nacional de Salud; sin embargo, es un momento coyuntural el que se tiene frente a nosotros/as para reconsiderar su horizonte metodológico y teórico, incluso me atrevería a seña-

<sup>1</sup> Este capítulo forma parte de los resultados del proyecto “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el Sector Salud frente al COVID-19” (IN305021), financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Universidad Nacional Autónoma de México.

lar que estos cambios propician una nueva caracterización del Trabajo Social en el área de la salud. La discusión se presenta en tres subapartados. En el primero se contextualiza, de manera breve, el impacto de la pandemia por COVID-19 en los profesionales de la salud, en el segundo apartado se reflexiona sobre algunas implicaciones que la política de gratuidad tiene para el Trabajo Social, en particular con el estudio socioeconómico, y, por último, se discute sobre los conocimientos y habilidades para el acompañamiento que brindan las trabajadoras y los trabajadores sociales en caso de defunción del paciente.

Con seguridad, en estas líneas encontrarán más preguntas que respuestas, pero la reflexión colectiva es imperativa y crucial hoy en día. Asimismo, espero que el texto abone en la recuperación de la trascendente intervención de trabajadoras/es sociales del Sistema Nacional de Salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19.

#### PUNTO DE RUPTURA: ¿DE DÓNDE SURGE ESTA REFLEXIÓN?

En los albores de la celebración por el año nuevo 2020, al igual que el resto del mundo, nuestro país es testigo de imágenes sin precedente de lo que acontecía en China, y en ese entonces no se comprende ni dimensiona lo que esas imágenes significarían a escala internacional. Las redes sociales digitales, el medio de comunicación más poderoso que se tiene en la actualidad, dan cuenta de una nueva enfermedad que se propaga con la misma facilidad y características de una gripe común. Bastan sólo unos meses para identificar que el contagio de la enfermedad por SARS-CoV-2, un nuevo coronavirus, compromete la vida de las personas infectadas, al ocasionar un síndrome respiratorio agudo grave, siendo ésta la complicación más importante por COVID-19 que puede conducir a la muerte.

A finales de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara al COVID-19 como una emergencia de salud pública internacional, y para el 11 de marzo anuncia que la nueva enfermedad se había convertido en una pandemia (OPS, 2020). En este contexto, y la inevitable llegada del SARS-CoV-2 a México, el Gobierno federal implementa la “Jornada Nacional de Sana Distancia”, que implica la suspensión temporal de actividades no esenciales con el propósito de disminuir el riesgo de contagio. Por tanto, las actividades laborales y escolares tienen que adoptar el uso de la tecnología para continuarlas desde los hogares, mientras que las actividades esenciales se mantienen con las medidas de protección dispuestas. En paralelo, el Sistema Nacional de Salud se prepara para la atención de personas contagiadas por SARS-CoV-2, y se espera que la concentración para atender a estos enfermos sea sostenida por hospitales de segundo nivel. De forma tal que se inicia su reconversión a Hospitales COVID, mientras que el primer y tercer nivel de

atención se encuentran desarrollando protocolos que les permitan continuar con la atención a los usuarios.

Muy rápido el virus del SARS-CoV-2 se esparce por todo el país. Entre el miedo y la incredulidad los espacios públicos lucen solitarios, aunque pronto las zonas aledañas a las instituciones de segundo y tercer nivel de atención, que inician con la atención a pacientes contagiados por COVID-19, concentran escenas de dolor, angustia, desesperación y enojo de familiares ante la incertidumbre del pronóstico de los pacientes que ingresan a este tipo de nosocomios.

El contexto es por demás desafiante no sólo para el sistema de salud y el equipo multidisciplinario del área médica, sino también para las familias. Día a día se incrementa el número de personas contagiadas, lo que lleva a la pronta saturación de las instancias de salud.

De marzo de 2020 a noviembre de 2022 se reconocen al menos tres momentos críticos de la pandemia, cada uno marcado por diversas singularidades que no se analizan en este momento. No obstante, la variante, la vacunación, la preparación del equipo multidisciplinario, el tratamiento y las medidas para evitar la propagación de este virus, así como la situación del Sistema Nacional de Salud, las condiciones de salud y económicas de la población, además de las medidas adoptadas por el Gobierno mexicano influyen, de alguna manera, en los indicadores de contagio y mortalidad por COVID-19.

De modo sorprendente, los informes de 2020 y 2021 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía revelan que el COVID se instaló como una de las tres principales causas de muerte en el país:

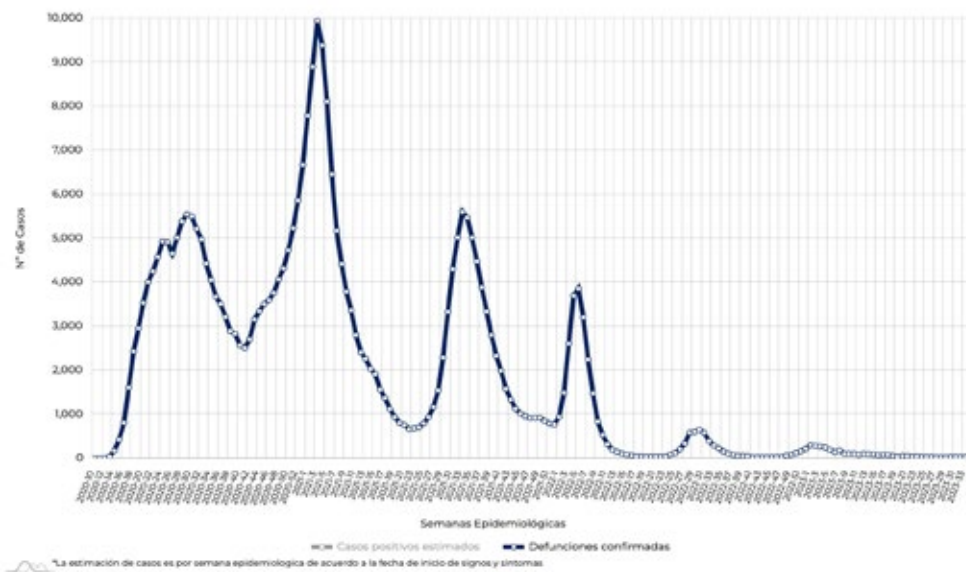
- a) 2020: en este primer año de pandemia se registran 200 270 personas fallecidas por COVID-19; 60.7% ocurren en hombres y el resto en mujeres. En el ámbito nacional se coloca como segunda causa de muerte, mientras que en hombres y en mujeres se sitúa como primera y tercera causa de defunción, respectivamente.
- b) 2021: el COVID-19 se sitúa como la primera causa de muerte, al registrar 238 772 fallecimientos. El comportamiento por sexo no sufre modificaciones con respecto al año anterior (INEGI, 26 de octubre de 2022).

A partir de marzo de 2020, mes en el que se identifica y reconoce el primer fallecimiento por COVID-19 en el territorio mexicano, la mortalidad muestra diferentes comportamientos. En resumen, se logran distinguir tres grandes picos relacionados con este indicador:

- a) De la semana número 27 a la 31 de 2020 se advierte el primer repunte que suma un total de 26 637 decesos.

- b) El segundo repunte inicia en la semana 52 de 2020 con 5 231 fallecimientos y éste desciende hasta la semana 7 de 2021 con 5 168 decesos. Cabe subrayar que las semanas 2, 3, 4 y 5 de 2021 concentran 36 291 defunciones, lo cual significa que en promedio 9 072 personas mueren en cada una de estas semanas. Las cifras anteriores representan el periodo con mayor mortalidad en la historia reciente del país.
- c) La suma de decesos de las semanas 32, 33, 34 y 35 de 2021 implican otro repunte, pero éstos no acumulan el número de casos que se registran durante los primeros doce meses del contexto de pandemia (Dirección General de Epidemiología, 2022).

Gráfica 1. Defunciones confirmadas en México



Fuente: “COVID-19, México: Datos epidemiológicos”, Dirección General de Epidemiología, <[covid19.sinave.gob.mx/Log.aspx](https://covid19.sinave.gob.mx/Log.aspx)>.

Si bien estas cifras representan la posibilidad de realizar diversos análisis minuciosos, sólo evidencian uno de los tantos ejes de investigación que expone la pandemia por COVID-19. Esta representación numérica de la pandemia tiene varios significados y diversos impactos, en particular hay dos que nos interesa destacar. El primero –que no se desarrolla en esta obra– es el referido al impacto que cada deceso tiene en las familias, mientras que el segundo hace referencia a las implicaciones que la pandemia por COVID-19 genera en el personal de las instancias de

salud. En este último resulta necesario analizar las condiciones de trabajo, el riesgo de contagio, así como las tensiones en el ejercicio de su profesión y en las familiares a las que se vieron sometidos como parte de su jornada laboral. En el caso de México debiera ser una situación por demás imperante de reflexionar, toda vez que nuestro país se encuentra entre las cinco naciones que concentran el mayor número de casos de contagio y defunciones entre el personal de salud a escala mundial, en este contexto.

Según el Informe Integral de COVID-19 en México (2022), desde el inicio de la pandemia y hasta julio de 2022 se habían registrado 508 954 casos confirmados de COVID-19 entre el personal de salud, de éstos es importante destacar que:

- La denominada cuarta ola (de diciembre de 2020 a enero de 2021) representa el periodo que concentra el mayor número de contagios por SARS-CoV-2, al sumar 127 136 profesionales de la salud que resultan positivos a la prueba COVID, seguido de la primera ola con 124 127 personas.
- Se concentran en la Ciudad de México y el Estado de México.
- Las mujeres (65.6%) se contagian más que los hombres.
- El promedio de edad entre el personal infectado por SARS-CoV-2 es de 33 años, concentrándose en los grupos de entre 30 y 34, seguido del grupo de 35 a 39 años.
- La hipertensión (10%) y la obesidad (12.2%) son las comorbilidades más comunes.

Con respecto a la mortalidad en este grupo, el Gobierno mexicano reconoce que han fallecido 4 820 profesionales de la salud que presentan características socio-demográficas diferentes al grupo descrito antes:

- a) La mayoría de los decesos ocurren entre el personal de salud con residencia habitual en la Ciudad de México y el Estado de México. Aunque, Veracruz, Puebla y Jalisco en algunos momentos de la pandemia se ubican entre el segundo y tercer lugar en el ámbito nacional
- b) Los hombres fallecen más que las mujeres.
- c) Mientras que los rangos de edad de las personas que pierden la vida son diferentes por sexo; el caso de los hombres se concentra entre los 60 y 69 años, en tanto que para las mujeres se ubica entre 55 y 84 años.
- d) Las áreas de enfermería y medicina registran el mayor número de decesos entre su personal, aunque el grupo denominado “Otros trabajadores de la salud” en algún momento de la pandemia se coloca en primer lugar; en éste se reúnen diversas áreas o profesionales, incluyendo a trabajadoras/es sociales.

Estas cifras plantean diversas interrogantes sobre las condiciones laborales y los efectos psicosociales que presenta el personal de salud como resultado de su ejercicio profesional en este complejo escenario. Si bien el estudio sobre las condiciones laborales, el clima laboral, el síndrome de *burnout*, la despersonalización, el agotamiento emocional, el desgaste por empatía, la falta de realización personal y el trauma vicario son líneas de investigación ampliamente estudiadas en el personal sanitario, principalmente en el campo de la medicina y la enfermería, entre los profesionales del Trabajo Social éstos suelen ser escasos. Por ello, mediante el proyecto de investigación denominado “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” se busca colocar la discusión en los efectos psicosociales y el desgaste emocional resultado de las experiencias de trabajadoras/es sociales durante la contingencia sanitaria por COVID-19, así como caracterizar las condiciones laborales en las que tienen que ejercer sus funciones y actividades en las diferentes instancias públicas de salud.

#### RUTA METODOLÓGICA: INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJADORAS SOCIALES EN HOSPITALES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Una de las tantas connotaciones que se le atribuye a la vivienda es el de la seguridad,<sup>2</sup> y en el caso de la contingencia sanitaria por COVID-19 se refuerza, pues todas las indicaciones tendientes a la disminución de riesgos de contagio y de propagación del SARS-CoV-2 se encaminan a situarnos en nuestras viviendas. Sin duda, esta indicación es imposible de seguir por el personal médico, paramédico y administrativo del Sistema Nacional de Salud, aunque cotidianamente el riesgo de contagio es muy alto en sus instancias laborales, no tienen la posibilidad de resguardarse en sus hogares.

A partir de las inquietudes que se originan, en el proyecto de investigación se entrevistan 35 trabajadoras/es sociales adscritas/os a hospitales con atención a pacientes con diagnóstico de COVID-19, sin importar la dependencia (ISSSTE, IMSS y Secretaría de Salud). Previo a esta fase, se diseña una guía de entrevista orientada a indagar las condiciones laborales, las actividades de Trabajo Social en los llamados Hospitales COVID, así como los efectos psicosociales derivados de las intervenciones que realizan con pacientes y familiares durante la contingencia sanitaria.

El trabajo de campo se efectúa en 2020 y 2021; cinco trabajadoras sociales, docentes de la Escuela Nacional de Trabajo Social (México) colaboran en la realización de las entrevistas de manera digital –plataforma Zoom–. Así, se obtiene

<sup>2</sup> Seguridad ante las inclemencias del tiempo; seguridad ante la delincuencia; seguridad de protección de la familia.

la grabación y transcripción de las conversaciones que, por aproximadamente 120 minutos, se tienen en cada una de ellas. Cabe señalar que la información emanada es analizada a partir de las categorías seleccionadas de manera apriorística en ATLAS.ti 8. No obstante, durante este proceso se identifican algunas categorías emergentes y, en ese sentido, para este capítulo se seleccionan únicamente dos de estas categorías: política pública y acompañamiento en caso de defunción del o la paciente. Se eligen porque de alguna manera contribuyen en la reconfiguración de las funciones y actividades del campo laboral del Trabajo Social en el área de la salud.

### PRIMERA INFLEXIÓN: LA POLÍTICA EN SALUD Y TRABAJO SOCIAL

El estudio socioeconómico (ESE), quizá el instrumento que está más asociado a la profesión del Trabajo Social en el área de la salud, merece un amplio análisis sobre su construcción, aplicación y resultados. El estudio se emplea, en especial, en las instancias dependientes del Gobierno federal, como hospitales de salud de segundo nivel de atención, hospitales regionales de alta especialidad, así como en los institutos nacionales de la salud. Tiene como objetivo conocer las condiciones económico-sociales del usuario/a, y de manera paralela determinar un nivel de recuperación económica “por concepto de consulta, procedimientos médicos o estudios auxiliares de diagnóstico, cuyo costo no es cubierto en su totalidad pues se relaciona con un porcentaje de subsidio, diferenciado para cada Nivel Socioeconómico” (*Diario Oficial de la Federación*, 27 de mayo de 2013). Aunque una definición más orientada hacia las oportunidades que brinda la información que recupera este instrumento del paciente la proporcionan Silva y Brain (2015: 69):

[...] como el método de indagación valorativa y clasificatoria cuanti-cualitativa de variables ponderadas, cuyo fin es descubrir en un sujeto las características que lo ubican en un nivel categórico estratificado, así como contribuir al conocimiento de su entorno familiar, económico y social para aproximar a los integrantes del equipo de salud a la realidad del usuario, con el fin de valorar en forma multidisciplinaria las posibilidades de recuperación que el ambiente y la familia ofrecen, e identificar factores contribuyentes o exposicionales de riesgo que participan en el proceso salud-enfermedad, para promover una atención médica social integral y más humana.

Para este fin, nuestra profesión tenía como marco legal el “Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría”, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* en

mayo de 2013, su importancia radica en establecer por primera vez cinco variables<sup>3</sup> y su ponderación para establecer el nivel socioeconómico (NSE) que permitiría a la institución médica cobrar al usuario un porcentaje del costo total del diagnóstico y tratamiento basado en el resultado de este instrumento.

Sin embargo, dos decisiones en el nivel de política pública han impactado en esta actividad. El primero de ellos se suscita con el cambio de partido político al frente del Gobierno mexicano, el presidente Andrés Manuel López Obrador implementa una de sus estrategias más importantes a finales del año 2019 al desaparecer la Comisión Nacional de Protección Social en Salud –instancia encargada de operar el Seguro Popular– y, al mismo tiempo, instaurar el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Con ello se busca garantizar la prestación gratuita de servicios de salud y medicamentos a las personas sin seguridad social que se encuentran en territorio nacional, independientemente de su estatus en éste –migrantes o residentes–. La implementación de este Decreto a principios de 2020 es complicada, ya que se desconocía cómo operaría la gratuidad. Con los primeros casos identificados de COVID este asunto administrativo no se considera prioritario, y se continúa realizando el estudio socioeconómico como se venía haciendo en años anteriores:

Se entendió mucho tiempo y me queda claro porque, incluso, cuando ingresa este tema de gratuidad dijeron, y bueno, ya ni las cajas ni los trabajadores sociales ya sirven porque uno ya no va a tener qué cobrar y la otra ya no va a tener nivel que asignar...

¡Ah! porque para esto en un inicio tampoco sabíamos cómo iba el tema de la gratuidad. ¿Quién iba a pagar la atención médica de los pacientes?

Entonces, en un primer momento, se extendieron cartas compromiso para pacientes con COVID porque no teníamos certeza (entrevista 13).

Después, ante el incremento de casos positivos de COVID-19 y reconociendo el impacto que esta enfermedad tenía a la economía de las familias mexicanas, el 30 de noviembre de 2020 se publica en el *Diario Oficial de la Federación* el “Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría”. Así, con la modificación del numeral cuarto, al margen del puntaje obtenido a través del ESE, los usuarios se encuentran exentos de cualquier cuota de recuperación económica.

<sup>3</sup> Las cinco variables que se indagaron para establecer el NSE se determinan por medio del ingreso familiar, ocupación, egresos familiares, vivienda y salud familiar.



Cuadro 1. Estudio socioeconómico: diferencias del numeral cuarto

<i>Puntuación obtenida en la evaluación socioeconómica</i>	<i>Clasificación socioeconómica (2013)</i>	<i>Clasificación socioeconómica (2020)</i>
0 - 12	IX(exento)	IX(exento)
13 - 24	1	1 (exento)
25 - 36	2	2 (exento)
37 - 52	3	3 (exento)
53 - 68	4	4 (exento)
69 - 84	5	5 (exento)
85 - 100	6	6 (exento)

Fuente: elaboración propia con base en el “Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría”, y en el “Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría”, publicado el 27 de mayo de 2013.

A la fecha se sigue aplicando el ESE, aunque uno de los objetivos prioritarios de este instrumento se diluye en estas instancias hospitalarias ante el Acuerdo publicado en noviembre de 2020. Reconocemos la necesidad de estudiar las condiciones sociales, culturales y económicas que inciden en los procesos de salud-enfermedad y que son fundamentales para el diagnóstico social, la intervención social y las estrategias implementadas para la adherencia al tratamiento, por ello, nos parece un momento coyuntural para reflexionar disciplinariamente sobre este instrumento:

- ¿Es necesario seguir aplicando el estudio socioeconómico desde la política de gratuidad de los servicios de salud?
- ¿O es necesario aplicar un instrumento diferente –estudio social o estudio médico-social– que permita conocer las determinantes sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad?
- ¿Cómo han gestionado las diferentes instituciones de salud la política de gratuidad frente a la aplicación del estudio socioeconómico? ¿Qué resultados han obtenido?
- ¿Cómo han gestionado la política de gratuidad con pacientes inesperados, por ejemplo, en personas migrantes?
- ¿Es necesario modificar o actualizar el estudio socioeconómico y su objetivo a la luz de la política en salud implementada en los dos años recientes?

- ¿Cuál ha sido la trascendencia del estudio socioeconómico en el ejercicio del derecho a la salud?
- ¿Qué variables o categorías necesita conocer el trabajador/ra social para incidir en la atención que proporciona la instancia de salud a sus usuarios/as?
- ¿Cuáles son los efectos de la política de gratuidad en el proceso de atención de los usuarios de las instancias médicas –gasto de bolsillo/adherencia al tratamiento/diagnósticos oportunos/tiempos de atención, calidad de la atención?
- ¿Qué perspectivas teóricas debiera fundamentar el ESE en la actualidad?

La coyuntura generada a partir de la implementación de una nueva política en salud, puede ser aprovechada por las jefas de departamento, supervisoras y personal operativo de Trabajo Social para reflexionar sobre la conveniencia de continuar aplicando este instrumento aun con los cambios en las políticas públicas y a casi una década de la publicación del primer Acuerdo, pero principalmente sobre la utilidad de sus variables e indicadores a la luz de las exigencias contextuales: género, discapacidad, derechos humanos, así como la modificación del consumo y las estructuras en los hogares mexicanos. Sin perder de vista que debemos:

[...] identificar –desde nuestra propia intervención– los mecanismos implementados en el estudio socioeconómico que pueden estar privando o dificultando el acceso de la población a bienes y servicios, al pasarse por alto la diversidad y particularidades de manifestaciones de la cuestión social a la que hacen frente, es un reto que supera la noción meramente operativa de este producto profesional, pues se posiciona en un entendimiento ético y alcance del rol del Trabajo Social (Cascante, 2022: 9).

## SEGUNDA INFLEXIÓN: ACOMPAÑAMIENTO DE TRABAJO SOCIAL EN CASO DE DEFUNCIÓN DEL USUARIO/A

La rapidez con la que se multiplican los casos de COVID-19 en la llamada primera ola, y con ello la adecuación de las instalaciones hospitalarias para la atención de estos pacientes, en un primer momento traza como prioridad la atención del estado de salud de usuarias/os. Por tanto, los primeros protocolos elaborados se concentran en la participación de medicina y enfermería para la atención de pacientes COVID, para el resto de las disciplinas no se visualiza cuál sería su contribución en esta atención, incluyendo a Trabajo Social. Esta circunstancia influye en dos discusiones fundamentales: 1) la relacionada con la negativa de dotar al personal de Trabajo Social de equipo de protección personal (EPP) y 2) la selectividad para la aplicación de la vacuna.

[...] es una parte súper polémica porque todo lo que era el equipo de protección; háblese el gorro quirúrgico, botas, la bata, el traje quirúrgico, el N95, todo era para enfermería y para médicos, porque las partes administrativas, el servicio de nutrición, Trabajo Social, rayos X, ellos no entraban en esa parte... ellos si se capacitaron para usar un equipo de protección y a nosotros nada más nos enseñaron cómo iba a ser el proceso, pero no se nos capacitó porque no íbamos a entrar, no íbamos a interactuar (entrevista 3).

[...] Trabajo Social en un inicio no fue contemplado como personal de primera línea, entonces, al momento de no tenernos como personal de primera línea no nos daban más que nuestro cubrebocas, entonces, sí era un poquito complicado porque finalmente pues los médicos si nos pedían que pasáramos, enfermería también nos pedía que pasáramos, epidemiología nos pedía cosas, entonces, nos exponemos demasiado hasta que tuvimos que presionar mucho con el área sindical para que nos dotarán de los equipos y del material necesario, posteriormente nos dieron, a lo mucho como en quince o treinta días después, equipo de protección, por lo menos a los que estábamos dentro de las zonas de alta densidad, que eran las que estaban en urgencias y las que estábamos ya con los pacientes hospitalizados (entrevista 21).

No obstante, las problemáticas y demandas sociales que se desprenden de la hospitalización de personas con diagnóstico COVID, pero sobre todo como resultado del protocolo implementado, exceden a las respuestas que las disciplinas médicas pudieran proporcionar, exigiendo la intervención de las disciplinas sociales del equipo multidisciplinario del área de la salud.

De manera general, se resume la intervención de Trabajo Social en tres grandes momentos:

- Ingreso: aplicación del estudio social o estudio socioeconómico para recuperar la información del usuario/a, la cual se obtiene a través de una breve entrevista –virtual o presencial– con el responsable legal del paciente. Esta actividad es fundamental para que el equipo multidisciplinario de salud tenga contacto con los familiares de pacientes hospitalizados, principalmente para proporcionar la información del estado de salud.
- Hospitalización: coadyuva a la vinculación entre el área médica y el/la responsable legal para el reporte del estado de salud del usuario/a. En los primeros meses de la contingencia sanitaria, las y los trabajadores sociales realizan videollamadas entre los pacientes y sus familiares, actividad que aunque parecía una buena alternativa se deja de hacer por la falta de condiciones para llevarlas a cabo; en las instancias de salud que permiten el acceso de celulares de sus familiares se responsabiliza a Trabajo Social de

este equipo, algunas otras instancias cuentan con una deficiente calidad del internet, en otras el personal de Trabajo Social solía utilizar su equipo personal y absorber el costo que implica realizar las videollamadas.

- Egreso: se presenta por alta voluntaria, mejoría o defunción. Como parte de las actividades relacionadas a la primera y segunda causa de egreso, Trabajo Social despliega un proceso de educación social sobre las medidas preventivas para evitar el contagio por COVID y las necesidades de cuidado que requieren; además de acciones de gestión social para la obtención de concentradores y tanques de oxígeno para quienes lo necesitan. Mientras que el egreso por defunción del paciente demanda el despliegue del acompañamiento a familiares bajo condiciones particulares nunca experimentadas.

Las y los profesionales de Trabajo Social tienen una actuación trascendental en el proceso de acompañamiento a familiares en el egreso por defunción de pacientes; la “Guía de manejo de cadáveres por COVID-19 (SARS-CoV-2)”, indica:

Se sugiere que Trabajo Social explore posibilidades de apoyo y guía de los deudos, así como facilitar el proceso de recepción y entrega de cadáveres de manera oportuna. De igual manera, en caso de ser posible, referir al familiar que lo requiera al equipo de salud mental institucional para soporte, asesoría sobre el manejo del cadáver, duelo y seguimiento.

En algunas instancias de salud, entre las actividades de trabajadoras/es sociales se encuentra el acompañar a los familiares durante la notificación de la defunción, el reconocimiento y entrega del cuerpo. Aunque intentaré describir el proceso que despliegan mis colegas, éste pudiera estar alejado de la subjetividad que permea este proceso, y más aún en el contexto de contingencia sanitaria por COVID-19, donde los sentimientos de incredulidad, miedo, angustia, desconocimiento, incertidumbre, enojo y desesperanza se desbordan; además, están acompañados de cambios importantes en el ritual funerario, en la dilación de la entrega del cuerpo o del entierro/incineración, así como las vicisitudes que cada instancia sortea.

[...] hubo un momento que hubo escases de certificados de defunción. Dices, bueno, ¿cómo? Sí, hubo escases ante la contingencia, de repente nos quedábamos sin certificado de defunción [...] y de quien pedimos apoyo era de la funeraria: “no tengo certificados nos podrá usted regalar un certificado para que mi médico certifique la defunción de la persona que se van a llevar” (entrevista 34).

Habría que iniciar aclarando que ésta no es una actividad nueva que realizan las y los trabajadores sociales, en los manuales de procedimientos de algunas instancias

médicas se encuentra señalado este acompañamiento; su incorporación se debe en gran medida a la necesidad de implementar áreas de cuidados paliativos, en las que cada vez es más común encontrar a estos profesionales formando parte del equipo multidisciplinario, así como su participación en procesos inherentes a la muerte del usuario en contextos hospitalarios, como en el caso de donación de órganos o de personas que ingresan a las áreas de urgencias.

Incluso, este proceso también atraviesa otras áreas de intervención profesional, como el de procuración y administración de justicia; por ejemplo, en el Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento (ADEVI). Trabajo Social tiene entre sus funciones el acompañamiento a las víctimas, que consiste en asistir-las cuando “acuden a las audiencias o exhumaciones a las agencias del Ministerio Público o al Instituto de Ciencias Forenses” (García, 2022). Además, el artículo 9 de la Ley General de Víctimas (2013), señala que:

[...] las víctimas contarán con asistencia médica especializada incluyendo la psiquiátrica, psicológica, traumatológica y tanatológica. Se entiende por atención, la acción de dar información, orientación y acompañamiento jurídico y psicosocial a las víctimas, con el objeto de facilitar su acceso a los derechos a la verdad, a la justicia y a la reparación íntegra.

El acompañamiento en casos de defunción tiene bastante tiempo de ser un eje de intervención en el área de la salud a la que no se le ha prestado la suficiente atención. No es un asunto menor el que las instituciones le han encomendado al Trabajo Social, y lamentablemente las y los trabajadores sociales suelen adquirir los conocimientos y habilidades en la práctica profesional, y no desde su formación profesional.

[...] la escuela sí nos debe o les debe de dar herramientas de tanatología. Yo ahorita estoy buscando casi un diplomado para meterme porque el trabajo que hacemos diario es la muerte (entrevista 15).

Esa parte es una situación que considero que hay muchísimo que trabajar [...] porque nosotros como profesionistas pues no estamos preparados, bueno yo en lo particular yo no tengo ningún curso de tanatología (entrevista 33).

Aunque durante años ha imperado en el área médica la visión reduccionista de mirar el cuerpo sólo desde su dimensión biológica y su relación con la enfermedad, la pandemia por COVID-19 obliga a reconsiderar los aspectos subjetivos que emanan de la restricción socioemocional que se mantiene con los pacientes, más aún tratándose de los procesos de duelo que viven los familiares de éstos.

Pues a grandes rasgos le comento que hemos tenido un total de dos mil sesenta y cuatro ingresos de pacientes COVID y que hemos tenido seiscientos noventa y cuatro altas por mejoría; y desafortunadamente mil doscientas veintiséis defunciones, o sea son cifras muy altas de muertes... pues han tenido la atención con nosotros y por eso te digo que cuando fallece el paciente se les entrega su cadáver (entrevista 25).

El acompañamiento emocional en los procesos de duelo va más allá de un abrazo o de brindar palabras de aliento para la “recuperación emocional” de los deudos, quien lo realiza debe tener los conocimientos y habilidades para decir palabras acertadas acorde al contexto de la pérdida humana, validar las emociones y dar cauce a vivir el duelo.

Entonces a nosotras nos fue muy difícil porque por una parte querían que nosotras hiciéramos todo lo de caja [...]. Por otro lado, teníamos a las familias que venían atravesadas por dolor y querían informes de sus pacientes y que nadie quería hablar con ellos y nadie quería escucharlos, y que se sentían muy mal. Por otra parte, la cantidad de cuerpos que se apilaban porque es impresionante <solloza>; en el hospital hay ocho gavetas, eran insuficientes (entrevista 13).

Bueno, el certificado de defunción es emitido por el doctor, el médico nos avisaba “Oye hubo una defunción ven y me acompañas a darle la información vía telefónica” y pues ahí vamos con el doctor [...] el doctor les informaba “oiga falleció su familiar, lo esperamos aquí por favor”. Luego los doctores nos hacían gestos como “ya, hable usted”, nosotros retomamos [la llamada], nos presentamos “yo soy la licenciada [...], el doctor ya le notificó de la defunción de su familiar”, y creo que todas tenemos esa habilidad de decir “disculpe quiere que le regresé la llamada en cinco minutos para poder orientarle o quiere que otra persona tomé la llamada” [...] a mí me cuesta mucho trabajo decir que hay una defunción, o sea no sé, a mí me cuesta trabajo (entrevista 12).

Llega una persona que te dice es que tenía treinta y cinco años, tenía cuatro hijos [...] por más que haya leído de tanatología no sé qué decir (entrevista 22).

Esas narrativas nos remiten a reflexionar sobre los conocimientos y habilidades necesarias que el contexto demanda de los profesionales en Trabajo Social en esta área, más aún, considerando que en los años recientes se han presentado diversas situaciones relacionadas con pérdidas humanas y de otra naturaleza que requieren de este tipo de acompañamiento, como el sismo de 2017 en la Ciudad de México, Oaxaca y Puebla, el colapso de la Línea 12 del Metro de la Ciudad de México, en casos de feminicidio, la explosión en Tlahuelilpan (Hidalgo), por mencionar algunas. A ello

se suma el cambio en las características de las enfermedades y causas de muerte entre los mexicanos, situación que ha llevado al aumento de áreas de cuidados paliativos, en donde el acompañamiento al usuario y sus familiares es protagonista.

Estas condiciones profundizan la necesidad de formar recursos humanos con conocimientos, habilidades y actitudes para acompañar a los familiares ante el deceso del usuario/a que fallece en las instancias hospitalarias. Este escenario invita a reflexionar sobre campos emergentes y demandas de actuación profesional, ya que desde los espacios formativos se debe contribuir en la formación de especialistas que la realidad social reclama.

No quisiera concluir esta reflexión sin poner en la mesa de discusión las implicaciones que genera para las y los trabajadores sociales la exposición al dolor del otro. En su discurso se logran identificar los efectos psicosociales que emergen, principalmente, de su participación en el acompañamiento en casos de defunción, pues no sólo el número de decesos contribuye al agotamiento, sino el dolor del otro y sus alcances.

[...] había veces que me daba como insomnio, no poder dormir, dar vueltas, acordarte de lo que pasaste, de lo que viste, de lo que escuchaste (entrevista 5).

[...] yo lo que noté mucho en mi cuerpo es el cansancio, o sea un cansancio muy profundo, pero sí he notado que era por esta situación de la pandemia, porque de que me duerma en las tardes no soy, desde que empecé a trabajar, como que todo el tiempo estoy cansado y con sueño, todo el tiempo, todo el tiempo, todo el tiempo. Mis demás amigos también tienen esa situación, están cansados y con el sueño [...]. Yo llegaba aquí a mi cama, me bañaba y me ponía a llorar porque pues eran muy tristes las historias que teníamos en el hospital [...] fue impactante la segunda ola te lo juro, fue muy fuerte, tuvimos fallecimientos hasta cinco en nuestro turno, más los otros turnos, creo que fue el momento en donde murieron más, entonces era muy fuerte, ya estaban terminando un protocolo cuando ya hablaban que ya había fallecido el otro y todavía no acababa en el otro y el otro (entrevista 7).

[...] distraída, normalmente soy una persona que estoy muy alerta, siempre, siempre estoy alerta entonces sí me, me veía yo misma distraída para varias cosas y con sueño, agotada, entonces sí había ocasiones en las que llegaba a casa pues después del protocolo cansadísimo, de bañarse y demás, este, de repente a dormir, sin tener la intención de dormirme me dormía (entrevista 15).

[...] me considero una mujer de un carácter muy fuerte [...] yo sentía que la sensibilidad me estaba ya llevando porque veía tantas muertes que a veces quisiera uno ser la más dura posible, pero ver uno, dos, tres, cuatro, cinco en un día; que tú estés ahí

viendo el proceso, la despedida, etcétera, respiraba y yo decía “Nombre tengo que hacer algo, porque éste me va a rebasar un día y me voy a poner a llorar con la familia aquí” (entrevista 18).

Estos párrafos textuales son reflejo de un agotamiento físico, psíquico y emocional, característico de fenómenos que han sido definidos como síndrome de *burn-out*, trauma vicario, tensión empática, fatiga por compasión o trauma secundario, éstos tienen una importante tradición de estudio e intervención entre el personal médico y de enfermería. Sin embargo, en el caso de trabajadoras/es sociales en México es escaso su estudio a pesar de ser la disciplina que brinda soporte emocional a pacientes y familiares. La pandemia por COVID-19 deja a su paso diversas líneas de investigación e intervención en nuestro campo profesional, y una de éstas implica mirar hacia nosotras/os mismas/os sobre las implicaciones –físicas, psicológicas y emocionales– que tiene en nuestro ejercicio profesional.

## REFLEXIONES FINALES

1. Las trabajadoras y los trabajadores sociales adscritos a una dependencia del Sistema Nacional de Salud durante la pandemia por COVID-19 tienen una experiencia singular que debe ser recuperada desde diversas aristas. No sólo en su aspecto operativo e instrumental, sino además en la implicación en su vida personal y profesional, su contribución como disciplina y los retos pospandemia que deberán enfrentar en la atención de los usuarios/as.
2. La pandemia por COVID-19 deja a su paso la necesidad de recuperar la experiencia profesional de trabajadoras/es sociales en las instancias de salud, no sólo referente a la atención de pacientes COVID y sus familiares, sino de las respuestas con las que han gestionado la presencia del sujeto/paciente inesperado: migrantes, personas en situación de calle, personas sin redes de apoyo, turistas, así como los dilemas éticos que han afrontado.
3. La coyuntura política, social, demográfica y epidemiológica está demandando una redefinición de la intervención del Trabajo Social en el área de la salud, desde sus funciones y actividades hasta sus técnicas e instrumentos, así como sus posicionamientos teóricos y éticos.
4. El estudio socioeconómico es un instrumento tradicional en nuestra disciplina, su uso no está restringido al área de la salud, sin embargo, es a la que se le atribuye su uso en mayor medida. Se desconoce la metodología empleada y el sustento teórico-metodológico que lleva a determinar las variables y su ponderación en el “Acuerdo por el que se emiten los crite-



- rios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría”. Hoy en día, ante la implementación de la política de gratuidad entre las instancias dependientes de la Secretaría de Salud, representa una oportunidad para repensar su objetivo, estructura, variables y operatividad, todo sustentado en la experiencia profesional y en marcos teórico-metodológicos.
5. El acompañamiento que brindan las y los trabajadores sociales a los familiares ante el deceso del usuario/a, en el contexto de pandemia, se consolida como una actividad primordial en su actuar profesional, pero difícilmente se encuentra integrado en su mapa curricular formativo. Se hace necesario que las instancias académicas que tienen como objetivo la formación de estos profesionales incluyan en sus programas académicos contenidos teóricos, metodológicos y prácticos relacionados con la muerte y el duelo; incluyendo aquellas perspectivas que puedan orientar a formas diferentes de vivir estos sucesos, como la terapia narrativa.
  6. Uno de los grandes aprendizajes de la pandemia por COVID-19 es el trabajo a distancia, mediado por las tecnologías de la información y la comunicación. Lo anterior aunado al trabajo colaborativo, que suele caracterizar los procesos de investigación en las instancias de salud, representa una oportunidad que no debe ser ignorada, al contrario, debe conseguir articular trabajos colaborativos de investigación entre trabajadoras/es sociales en el ejercicio profesional y trabajadoras/es sociales que se encuentran en los espacios académicos, que contribuyan al cuerpo de conocimientos del campo disciplinar.

## REFERENCIAS

- Cascante, R. (2022), “Estudio socioeconómico en Trabajo Social: reflexiones en torno a dicha competencia profesional”, *Margen. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 105: 3.
- Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos (2013), *Ley General de Víctimas*, *Diario Oficial de la Federación*, 9 de enero, <[diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf](http://diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf)>.
- Dirección General de Epidemiología (2022), “COVID-19, México: Datos epidemiológicos”, <[covid19.sinave.gob.mx/Log.aspx](http://covid19.sinave.gob.mx/Log.aspx)>.
- García Vázquez, N.G. (2022), “Asistencia social en el centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas del Delito Violento (ADEVI). Informe académico de la experiencia pro-

- fesional”, Escuela Nacional de Trabajo Social-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI (2022), “Estadísticas de defunciones registradas 2021”, Comunicado de prensa núm. 600/22, 26 de octubre, <inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/EDR/EDR2021\_10.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI (s.f.), “Nota técnica estadística de defunciones registradas 2020”, <inegi.org.mx/contenidos/programas/mortalidad/doc/defunciones\_registradas\_2020\_nota\_tecnica.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud-OPS (2020), “La OMS declara que el nuevo brote de coronavirus es una emergencia de salud pública de importancia internacional”, <paho.org/es/noticias/30-1-2020-oms-declara-que-nuevo-brote-coronavirus-es-emergencia-salud-publica-importancia>.
- Presidencia de la República Mexicana (2019), “Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud”, *Diario Oficial de la Federación*, <dof.gob.mx/nota\_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019#gsc.tab=0>.
- Secretaría de Salud (2022), “Informe integral de COVID-19 en México, núm. 08-2022, Análisis situacional de la pandemia en México”, 6 de julio, <epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/covid19/Info-08-22-Int\_COVID-19.pdf>
- Secretaría de Salud (2013), “Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría”, *Diario Oficial de la Federación*, 27 de mayo, <dof.gob.mx/nota\_detalle.php?codigo=5300256&fecha=27/05/2013#gsc.tab=0>.
- Secretaría de Salud (2020), “Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría”, *Diario Oficial de la Federación*, 30 de noviembre, <dof.gob.mx/nota\_detalle.php?codigo=5606225&fecha=30/11/2020#gsc.tab=0>.
- Silva R. y M.L. Brain (2006), *Validez y confiabilidad del estudio socioeconómico*, México: Universidad Nacional Autónoma de México.

# EFFECTOS PSICOSOCIALES CAUSADOS POR LA PANDEMIA EN LAS Y LOS TRABAJADORES SOCIALES QUE LABORAN EN EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

*Martín Castro Guzmán  
Claudia Yudith Reyna Tejada  
Josué Méndez Cano*

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP) de México el COVID-19 es una enfermedad infecciosa por SARS-CoV-2, que se descubre el 31 de diciembre de 2019 en Wuhan, China, a partir de un conglomerado de casos de neumonía (Tenorio, 2020) y luego se convertiría en la pandemia del siglo XXI. Los datos de la Universidad Johns Hopkins (2022) señalan que el COVID-19 afectó a casi 470 783 178 personas y ha provocado más de 6 078 162 muertes desde el inicio y hasta el 14 de marzo de 2022 (BBC, 2022), información que muestra la magnitud de la pandemia.

Como es evidente, el COVID-19 colapsó los sistemas de salud de diversos países al no estar preparados con infraestructura ni personal médico para la atención de las personas que se contagian con este nuevo virus. Por tanto, se constituye como un problema de salud pública sin precedentes. Asimismo, esta pandemia tiene efectos multidimensionales afectando las áreas de salud, economía, política, cultura, educación, entre otras.

Para el caso de México las políticas públicas y de salud establecidas en materia de control, prevención y mitigación muestran efectos positivos y negativos. Entre los elementos positivos se encuentran la apertura de canales de comunicación mediante “conferencias de prensa e informes diarios”, así como la contratación de personal para la atención médica y su capacitación oportuna. Entre los elementos negativos se visualiza la politización de los mensajes, la centralización en la toma de decisiones, marginación de organismos científicos, universidades y organizaciones de la sociedad civil (Sánchez, González, Sepúlveda, Abascal, Fieldhouse, del Río y Gallalee, 2020).

Aunado al tema anterior la preparación del sistema de salud y de servicios de atención se ve afectada por el aumento de contagios. Por ende, los servicios de salud se sobrecargan, generando la saturación de hospitales. Ante este panorama surge la necesidad de recurrir a médicos de diversos campos, médicos residentes, para responder a la emergencia. Sin embargo, una práctica recurrente se centra tanto

en la falta de capacitación como de equipo de protección personal adecuado (Sánchez, González, Sepúlveda, Abascal, Fieldhouse, del Río y Gallalee, 2020). Además, trabajadoras/es de la salud se exponen a altos niveles de estrés, depresión, *burnout*, así como a la discriminación y exclusión por parte de la sociedad (Monte-rrosa, Dávila, Mejía, Contreras, Mercado y Flores, 2020; García, Jiménez, García, Gracia, Cano y Abeldaño, 2020; Gutiérrez, 2021).

Al considerar esta problemática que enfrenta el equipo médico, nos damos a la tarea de realizar una investigación en el ámbito nacional con la finalidad de conocer el involucramiento de profesionales de Trabajo Social en el área de la salud en el marco de la pandemia por COVID-19, así como los aportes que ofrecen en los diversos equipos multi y transdisciplinarios que se crean en las distintas instituciones del sector salud.

La investigación se realiza mediante un muestreo no probabilístico, por bola de nieve, y participan 328 profesionales de Trabajo Social de 23 estados de la República Mexicana, la mayoría con estudios de licenciatura (59%) y con promedio de edad de 42 años. Se plantea como objetivo central conocer los problemas psicosociales, las condiciones laborales y la ética aplicada en la dinámica y quehacer profesional, así como la identificación de funciones y roles adquiridos como parte del equipo médico de salud durante el desarrollo de la pandemia (SARS-CoV-2) causante de COVID-19. Para ello se establece el uso de un diseño mixto y la aplicación de un instrumento con variables cuantitativas y cualitativas que indagan: a) puestos y funciones; b) efectos psicosociales vividos en la pandemia; c) condiciones laborales; d) ética profesional, y e) participación en equipos multidisciplinares.

El instrumento se diseña, codifica y aplica a través de la plataforma de Google Forms y se distribuye en las redes sociales electrónicas, en particular por WhatsApp, con un tiempo de duración activo de tres días. Es importante señalar que esta actividad académica se realiza en el marco de los proyectos de investigación PAPIIT-UNAM/SISTPROY-UADY, con la colaboración de tres instancias de educación superior: Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Autónoma de Yucatán y Universidad Autónoma de Coahuila.

## PANORAMA DE LA PANDEMIA (SARS-CoV-2) CAUSANTE DE COVID-19 Y LA PARTICIPACIÓN DE LAS Y LOS TRABAJADORES SOCIALES

Con la declaración de la pandemia del virus del síndrome respiratorio agudo grave tipo-2 (SARS-CoV-2), causante de COVID-19, el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) exhorta a todos los países a tomar medidas y sumar esfuerzos de control para contrarrestar los avances del virus, lo que hasta el momento parece ser la mayor emergencia en la salud pública registrada en tiempos modernos.

Así, a partir del surgimiento del COVID-19, aunado a la declaración de pandemia por parte de la OMS, a escala internacional la población empieza a enfrentar incertidumbre, temor y angustia, mucho más cuando los gobiernos del mundo establecen medidas de seguridad para prevenir, controlar y mitigar el virus causante de dicha enfermedad. Asimismo, los medios de comunicación masiva comienzan a informar y en algunos casos a desinformar sin importar las consecuencias por los efectos provocados en la población, a tal grado de generar pánico y desorden.

Además, se suman algunos sectores de la sociedad con acciones de discriminación, marginación y exclusión al personal médico que atiende a la población que ha contraído el COVID-19, e incluso algunos enfrentan amenazas y violencia física y emocional (Castro, 2020). Agresiones que se observan en todo el mundo: en México a una enfermera le lanzan café caliente aduciendo que estaba infectada o el caso de un médico que fue rociado con cloro; en Colombia grupos de enfermeras son agredidas verbal y físicamente, por mencionar algunos ejemplos. Asimismo, en Argentina, Bolivia, Brasil, España e India hay reportes de agresiones y discriminación hacia el personal de salud (Bedoya, 2020).

Las consecuencias físicas y psicológicas requieren de revisión y atención, ya que afectan de una u otra manera la actuación de profesionales del área de la salud. La inseguridad social en el seno de la población comienza a surtir efectos contiguos en la medida en que los gobiernos aplican sus acciones de asistencia y de servicio a las personas y usuarios del sistema de salud. Para el caso de México, antes de la declaración de pandemia, el Gobierno federal hace un diagnóstico oportuno al sistema de salud y desde 2019 inicia con una propuesta para renovar y concluir la construcción de hospitales y centros de salud en algunos estados de la República Mexicana, sobre todo, atendiendo aquellos proyectos de salud que habían quedado inconclusos en el sexenio que le antecede.

En este marco de la política pública para atender un problema central de salud, causado por una crisis sanitaria a escala mundial, el equipo médico mexicano liderado por el secretario de Salud, Dr. Jorge Alcocer Varela, y el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Dr. Hugo López-Gatell Ramírez, tienen un papel central para atender y controlar dicha crisis de salud pública. Además del quehacer ético que realizan médicos, enfermeras y personal del servicio médico: afanadores, camilleros, parteras, odontólogos, trabajadoras sociales, personal de laboratorio, gabinete, farmacéuticos, personal auxiliar, y, en particular, el trabajo estratégico de quienes dirigen y organizan el funcionamiento del sistema de salud, como gerentes, administradores o directivos. Todos ellos, como personal médico, han jugado un papel decisivo ante el fenómeno de la pandemia por COVID-19.

En esta disyuntiva del quehacer público en las instituciones de salud, las y los trabajadores sociales también desempeñan un papel central como parte del equipo médico, al realizar las funciones institucionales asignadas a sus puestos operativos o

de dirección para la toma de decisiones. Es importante destacar que las y los profesionales de Trabajo Social han brindado durante la pandemia un servicio profesional y oportuno, entre otras, con las siguientes funciones y actividades:

- Registro y control de pacientes.
- Entrevista diagnóstica: reintegrar a pacientes a control médico, apoyo e investigación social.
- Ingreso de pacientes, orientación en defunciones y en reglamento hospitalario.
- Informar, orientar, sensibilizar y motivar a las personas usuarias sobre la importancia del autocuidado de su salud.
- Orientación médico social, intervención con derechohabientes, su familia y el equipo multidisciplinario de la institución.
- Traslado de pacientes a otras instituciones en caso de ser requerido, participación en equipo multidisciplinario, atención al paciente hospitalizado y sus familiares, apoyo a médicos residentes en casos clínicos.
- Atención y orientación a usuarios, entrevista y llenado de ficha socioeconómica, enlace con otros hospitales para traslado o referencia de pacientes.
- Atención al paciente, brindar consejería y capacitación para mejorar su calidad de vida, aprendiendo a cuidar su salud.
- Supervisar y asesorar el desarrollo y cumplimiento de los planes y programas institucionales que favorecen la calidad, la eficiencia de los procesos de atención médica y la organización sistemática de la operación en el servicio de Trabajo Social, así como la ejecución de las políticas y objetivos institucionales.

Una de las consecuencias más importantes de la pandemia en la población y en los profesionales del equipo médico es el aumento de trastornos y emociones negativas. Las teorías del sistema inmune conductual, del estrés y de la evaluación del riesgo explican que en el contexto de una emergencia sanitaria las personas identifican elementos o signos que son claves, con el fin de evitar exponerse al contagio y despliegan una serie de mecanismos cognitivos, emocionales y conductuales para enfrentar las enfermedades que ponen en peligro su vida (Cuadra, Castro, Sandoval, Pérez y Mora, 2000). Este proceso de inmunidad y defensa no sólo es propio de los usuarios comunes y corrientes, sino que, además, son parte fundamental en los procesos de prevención de los profesionales que forman parte del equipo médico, en especial, cuando se encuentran en mayor riesgo de contraer las enfermedades prevalecen en su ambiente de trabajo.

En este proceso de atención las y los trabajadores sociales, al formar parte del equipo médico en hospitales, clínicas y centros de salud, están expuestas/os

a contraer las enfermedades presentes en los centros de trabajo, por el contacto directo con las personas usuarias-pacientes y personal médico. Cabe señalar que el área de la salud es un campo tradicional y emergente para el desarrollo profesional de trabajadoras/es sociales, ocupando los siguientes puestos: desde apoyo administrativo, jefatura de Trabajo Social y trabajadora social en urgencias hasta promotores de la salud reproductiva o de la planificación familiar, entre otros. Por lo que se visualizan diversos puestos laborales en función del tipo de contratación e instituciones empleadoras.

Durante la pandemia trabajadoras/es sociales del área de la salud enfrentan un sinnúmero de situaciones y, al igual que los usuarios, también son presa de traumas, trastornos y emociones negativas que adquieren como profesionales de la salud, lo que repercute en su quehacer profesional, entre ellas, la ansiedad, el miedo, la inseguridad y la incertidumbre al estar en el centro de la batalla. Es importante destacar que durante 2020 y 2021 varias trabajadoras/es sociales de esta área profesional enferman por COVID-19 y en algunos casos pierden la vida.

Desde este clima de inseguridad y lucha sin tregua el personal médico desarrolla emociones negativas; no obstante, su sentido de sobrevivencia y de responsabilidad ética le permite adquirir conocimiento y experiencia para tratar la enfermedad y pasar de un estado de magnificar a minimizar el riesgo, desplegando un comportamiento de protección ante ese posible riesgo de contagio, que incluso se transforma de conductas discriminatorias a actos de solidaridad, seguridad y confianza. Esos comportamientos influyen en la adherencia de las medidas de prevención, pasando de un deterioro de la salud psicológica a un proceso de convivencia social.

En esa dinámica de solidaridad y apoyo mutuo la población y los profesionales de la salud pasan de ambientes negativos y adversos a situaciones y ambientes más positivos y seguros. Durante esta transición el quehacer de trabajadoras/es sociales ha jugado un papel central como parte del personal médico en las instituciones de salud en México por su destacada labor, pero enfrentan efectos psicosociales y condiciones laborales hostiles que en algunos casos obstaculizan su quehacer de intervención profesional. Sin embargo, las y los profesionales han manifestado una actitud de responsabilidad ética para enfrentar estas adversidades en el marco de la pandemia (SARS-CoV-2) causante de COVID-19.

#### ACERCAMIENTO DISCIPLINAR EN TIEMPOS DE PANDEMIA

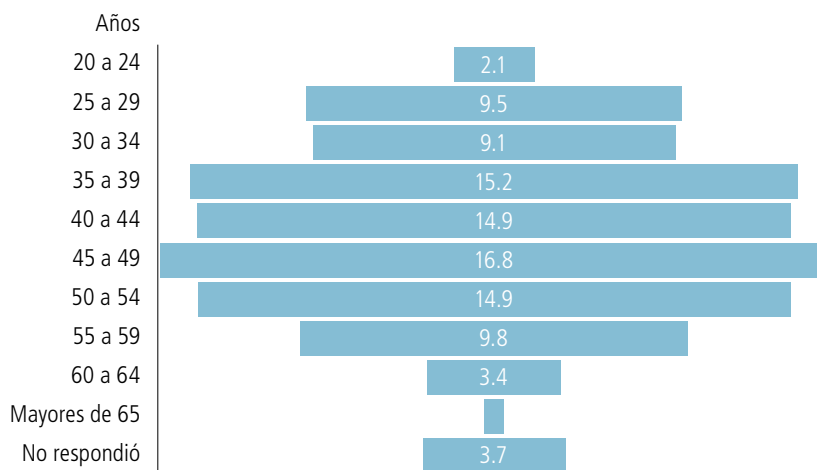
Este apartado es resultado del trabajo de campo de un equipo de investigadores de la disciplina de Trabajo Social, quienes durante la semana del 7 al 11 de marzo de 2022 diseñan y aplican un instrumento a profesionales de esta área que se encuentran laborando en diversas instituciones de salud en el ámbito nacional. La

investigación tiene como propósito conocer los problemas psicosociales, las condiciones laborales y la ética aplicada en su dinámica y quehacer profesional durante el desarrollo de la pandemia (SARS-CoV-2) causante de COVID-19, así como identificar sus funciones y roles adquiridos como parte del equipo médico de salud.

La investigación se plantea desde el enfoque metodológico mixto (cuali-cuantitativo) y se aplica la técnica de la encuesta bajo la estrategia de un muestreo no probabilístico de bola de nieve en las redes sociales (Arrollo y Finkel, 2019), en especial con los contactos establecidos en los grupos de WhatsApp de trabajadoras/es sociales del área de la salud. El instrumento se diseña con doce preguntas, cuatro de ellas abiertas y ocho cerradas.

Se aplica a un grupo de 328 trabajadoras/es sociales, quienes laboran en instituciones de salud en 23 estados de la República Mexicana, con una mayor participación de mujeres (88.4%), la edad se encuentra en una media de 42.96 años con desviación estándar  $\pm$  10.13 años. En la gráfica 1 se observa que 11.6% de la muestra tiene menos de 30 años, 24.3% se encuentra en un rango de 30 a 39, mientras que 31.7% se ubica entre 40 a 49 años.

Gráfica 1. Porcentaje de la población participante por grupos quinquenales



Fuente: elaboración propia a partir del instrumento.

En cuanto a la formación de las personas participantes 13.1% tiene una carrera técnica, 60.6% licenciatura, 4.7% especialidad, 19.1% maestría, 2.2% doctorado y 0.3% estudios de posdoctorado. En suma, 21.6% de participantes cuenta con estudios de posgrado.



## RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En la aplicación del instrumento de investigación es importante destacar que durante los tres días en que el sistema está abierto para su llenado se tiene una destacada participación de trabajadoras/es sociales, quienes de forma solidaria comparten información con sus colegas, amigas y conocidas que laboran en el área de la salud. En los 328 instrumentos aplicados sobresale la participación de personal adscrito al Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS), al Instituto de la Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y a la Secretaría de Salud.

Los resultados de esta investigación son diversos y los hemos agrupado en gráficas que dan cuenta de las respuestas de forma directa, especificando en su análisis e interpretación los principales hallazgos en cada una de las dimensiones: a) puesto y funciones; b) efectos psicosociales vividos en la pandemia; c) condiciones laborales, d) ética profesional, y e) equipos multidisciplinarios.

Mapa 1. Estados de la República Mexicana que participan en la aplicación del instrumento de investigación



Fuente: elaboración propia; Grupo de Investigación Política Social y Desarrollo Humano de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán.

En el mapa 1 se observa una destacada participación de trabajadoras/es sociales del área de la salud de la Ciudad de México en una proporción de 20.3% de

los instrumentos aplicados. En orden de correspondencia, 11.2% es para Durango, 9.3% para trabajadoras/es sociales del estado de Guanajuato, 7% para el estado de Hidalgo, y así sucesivamente para los demás estados de la República Mexicana. En menor proporción los estados de Coahuila, Campeche, Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Querétaro y Tamaulipas, en donde solamente se contesta un instrumento en cada uno de ellos.

Desde el punto de vista del género es importante destacar que la disciplina de Trabajo Social tiene una composición mayoritariamente de mujeres, situación que se visualiza desde las instituciones que forman a trabajadoras/es sociales. Las tendencias indican que la composición de mujeres es de 90% en comparación con 10% de hombres, lo que también se refleja a escala mundial, como se demuestra en un estudio realizado en España por Emiliana Vicente, Rafael Arredondo y Cayetana Rodríguez (2020).

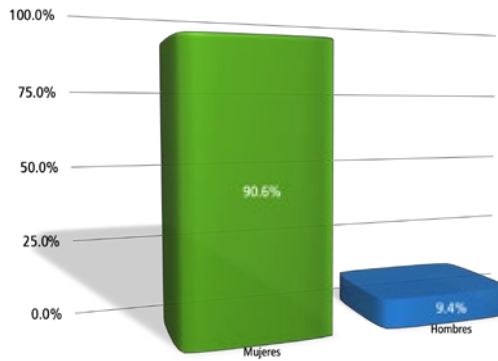
En el ámbito nacional tal circunstancia se muestra tanto en las instituciones de educación superior como en las instituciones públicas, privadas y sociales donde ejercen su profesión en las diferentes áreas y campos tradicionales de intervención: asistencia, salud, educación, procuración y administración de justicia. Así como en espacios emergentes: programas especiales de desarrollo humano, participación ciudadana, movimientos sociales, partidos políticos, cámaras de diputados y senadores, entre otros.

La composición desde el punto de vista del género señala que las mujeres tienen una mayor participación en los centros de trabajo dentro del área de la salud. En la aplicación de los 328 instrumentos las mujeres participan con una alta proporción, es decir, de cada 100 instrumentos 90 son de mujeres y con una participación más estrecha los hombres, 10 instrumentos. La gráfica 2 muestra que 90.6% corresponde a las mujeres participantes y en este sentido se afirma que aún prevalece la figura femenina en la disciplina de Trabajo Social y, en particular, en el área de la salud. Por otra parte, los hombres que participan en la aplicación de este instrumento representan 9.4%. No obstante, aunque es mínima la participación masculina se deben considerar sus puntos de vista y respuestas a las preguntas centrales de la investigación, en particular, cuando se abordan los efectos psicosociales, las funciones, las condiciones laborales, el proceso de intervención y la aplicación ética en su toma de decisiones.

Con relación a las respuestas sobre los efectos psicosociales causados por COVID-19, en la dinámica laboral de trabajadoras/es sociales en México, se observa que tres obtienen las más altas puntuaciones: miedo (75%), ansiedad (74%) y angustia (66%). También se muestran porcentajes importantes relacionados con sentimientos como tristeza, frustración, desesperación, depresión e irritabilidad, es decir, de cada 10 trabajadoras/es sociales en el área de la salud al menos cuatro

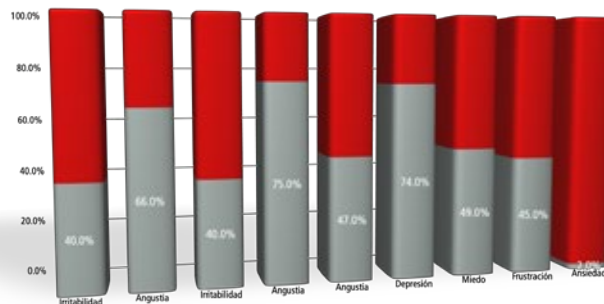
dicen tener efectos psicosociales adversos durante la pandemia, que pudieran haber marcado la toma de decisiones en los variados procesos de intervención (gráfica 3).

Gráfica 2. Porcentaje de instrumentos aplicados a trabajadoras/es sociales en México por sexo



Fuente: elaboración propia; Grupo de Investigación Política Social y Desarrollo Humano de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Gráfica 3. Efectos psicosociales causados por la pandemia COVID-19 en la dinámica laboral de trabajadoras/es sociales en México

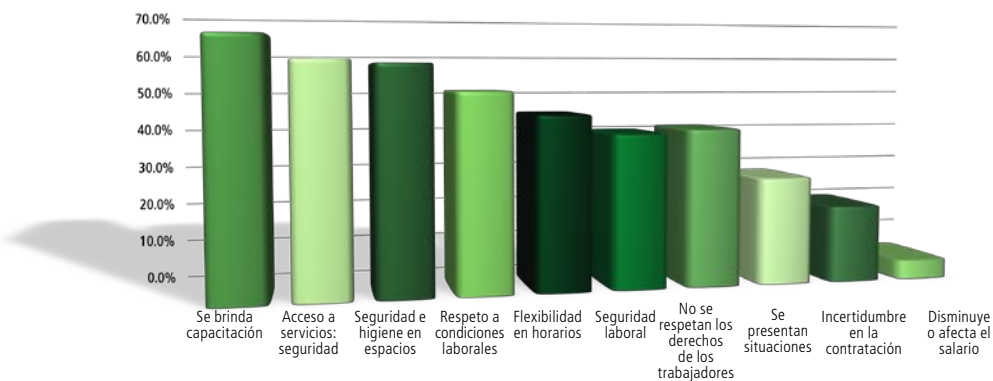


Fuente: elaboración propia; Grupo de Investigación Política Social y Desarrollo Humano de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán.

En cuanto a las condiciones laborales (gráfica 4) las entrevistadas señalan la existencia de aspectos tanto positivos como negativos. Por un lado, destacan el respeto por las condiciones laborales con trato humano (65.9%) y, por otro, la falta de respeto a los derechos colectivos de trabajo (42.1%). Se menciona que durante la pandemia las autoridades les brindan capacitación, además de cubrir y apoyar su seguridad social y que sus espacios laborales entran en un proceso permanente de higiene y saneamiento, lo que permite ganar confianza y seguridad a la hora de trabajar gracias a las medidas establecidas. Asimismo, refieren el respeto a sus condiciones laborales con trato digno y la flexibilidad en horarios y permisos, al considerar sus derechos colectivos, lo que da certeza y seguridad en el trabajo.

Sin embargo, en menor medida, se observan condiciones laborales negativas, ya que 27.7% de las personas participantes reporta actos de discriminación y/o exclusión sólo por ser personal de salud, mientras que 19.5% tiene incertidumbre en la contratación, pues el Gobierno federal al inicio de la pandemia, a través del Instituto de Salud para el Bienestar, promete la contratación del personal que participe en la atención médica, sin que a la fecha exista un panorama claro. Además, 8.8% de profesionales se ve afectado por la reducción de su salario.

Gráfica 4. Condiciones laborales que se presentan durante la pandemia COVID-19 en la dinámica laboral de trabajadoras/es sociales en México



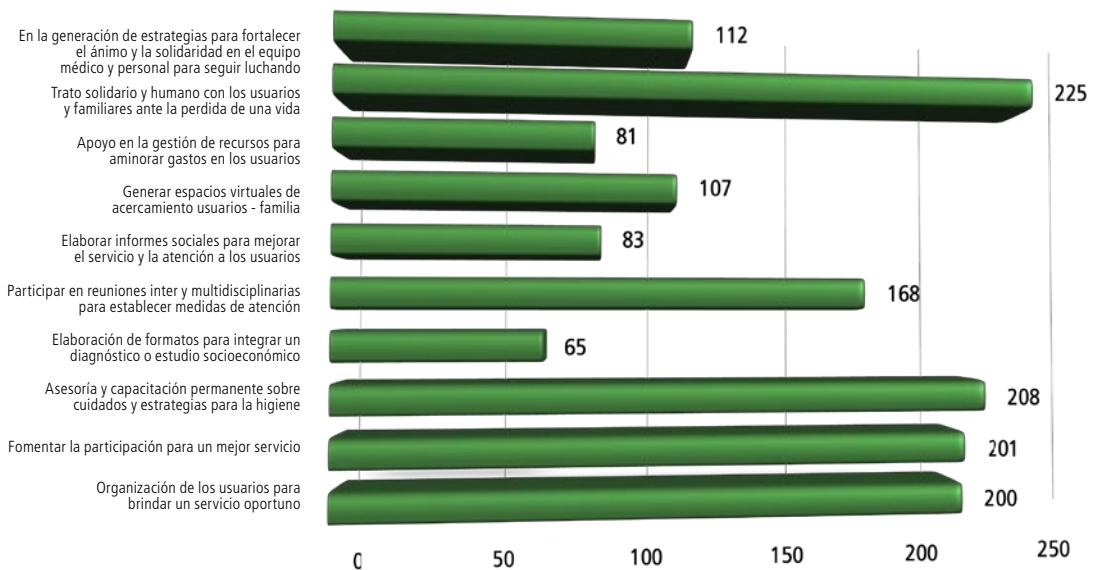
Fuente: elaboración propia; Grupo de Investigación Política Social y Desarrollo humano de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Con respecto al proceso de intervención aplicado durante la pandemia las trabajadoras/es sociales que participan en la aplicación del instrumento de investigación hacen las acotaciones que siguen. El 68.59% señala que se ha brindado atención a los usuarios y sus familias del sistema de salud con un trato solidario y humano

para quienes han perdido un ser querido por la pandemia; 63.41% menciona que ha proporcionado a los usuarios asesoría y capacitación permanente principalmente para el cuidado y el desarrollo de estrategias de higiene, y 61.28% de los entrevistados/as de la disciplina de Trabajo Social comentan que durante su intervención profesional se fomenta la participación de los usuarios, buscando la mejora continua de los servicios de salud (gráfica 5).

En términos generales se señala que en el área de la salud los procesos metodológicos de intervención de trabajadoras/es sociales se dinamizan y fortalecen con el desarrollo de estrategias aplicadas en el sector, en particular en los hospitales y clínicas considerados para la atención de COVID-19. Las y los profesionales reciben capacitación y asesoría permanente sobre cuidados e higiene, así como asesoría para brindar un trato digno y humano a los usuarios, como parte de su metodología de intervención profesional, fomentando procesos de organización y participación social para mejorar los servicios sociales en coordinación estrecha con el equipo médico y las autoridades del sector salud.

Gráfica 5. Proceso de intervención desarrollado durante la pandemia COVID-19 por trabajadoras/es sociales en México



Fuente: elaboración propia; Grupo de Investigación Política Social y Desarrollo Humano de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán.

La ética de trabajadoras/es sociales ha jugado un papel fundamental en el quehacer profesional y, sobre todo, en el marco de la pandemia. En la gráfica 6 se observan las acciones más importantes puestas en práctica en la actividad profesional: el respeto a la confidencialidad y privacidad de las personas (81.09%); el respeto a la dignidad humana de los usuarios (67.07%) y la no discriminación de los usuarios en los servicios (58.53%). Estas tres variables determinan la ética profesional y el sentido humano que tienen las y los trabajadores sociales al actuar en las instituciones del sector salud en México.

Grafica 6. La ética aplicada durante el proceso de intervención de las y los trabajadores sociales de México durante la Pandemia - COVID 19



Fuente: Elaboración propia, 2022, Grupo de Investigación Política Social y Desarrollo Humano de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán

## ANÁLISIS CUALITATIVO: PRINCIPALES HALLAZGOS

Para el análisis de la información cualitativa se utiliza el programa ATLAS.ti versión 8. En un primer nivel se determinan las categorías analíticas y, mediante el software, las respuestas con una nube de palabras que, precisamente, sirve para identificar las que han sido usadas con mayor frecuencia (figura 1). Es importante aclarar que este es el acercamiento inicial y después se realiza el análisis de las respuestas de los participantes para crear las categorías. Hay que recordar que en la investigación cualitativa el discurso de las personas es clave para poder llegar a comprenderlas (Taylor y Bogdan, 1996).

Después de lo anterior se realiza una lectura general de las respuestas y a partir del discurso de los sujetos se crean las categorías para construir las tres principales que se presentan en la figura 2.

Las definiciones que se dan de cada categoría son las que siguen:

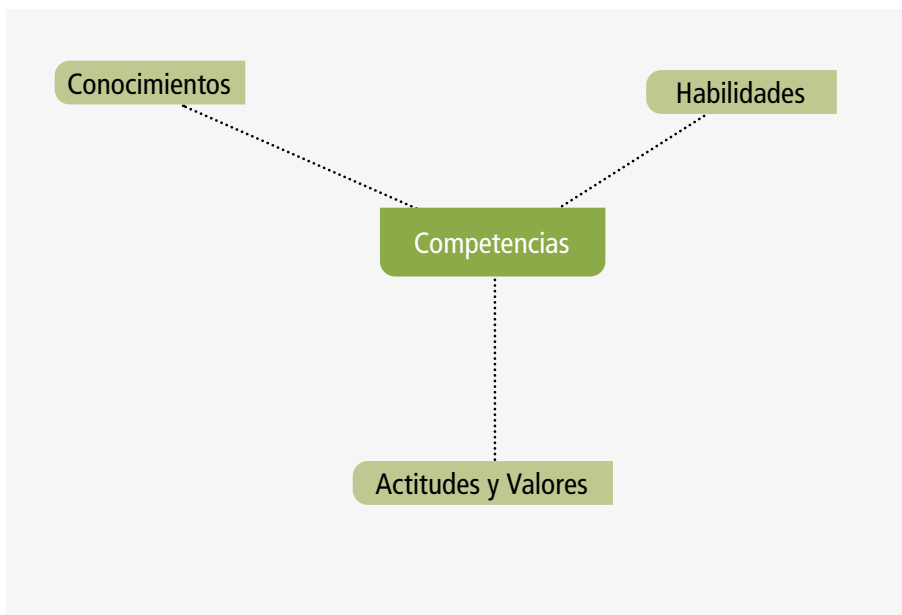
- **Conocimientos:** se refiere a lo que trabajadores/as sociales saben sobre su identidad y el papel que tienen y pueden jugar dentro del equipo médico, así como las actividades que realizan; de ahí se generan algunas subcategorías.
- **Habilidades:** todas las cosas que los trabajadores/as saben hacer para complementar el trabajo de los grupos de salud.
- **Actitudes y valores:** todas las cuestiones éticas, orales y de actitud que tienen los trabajadores/as sociales y que ayudan a complementar el trabajo con el equipo de salud. Esta categoría se relaciona con la necesidad de reconocer a los pacientes como humanos y darles un servicio integral.

Figura 1. Nube de palabras, primer acercamiento a la información



Fuente: elaboración propia a partir de instrumento.

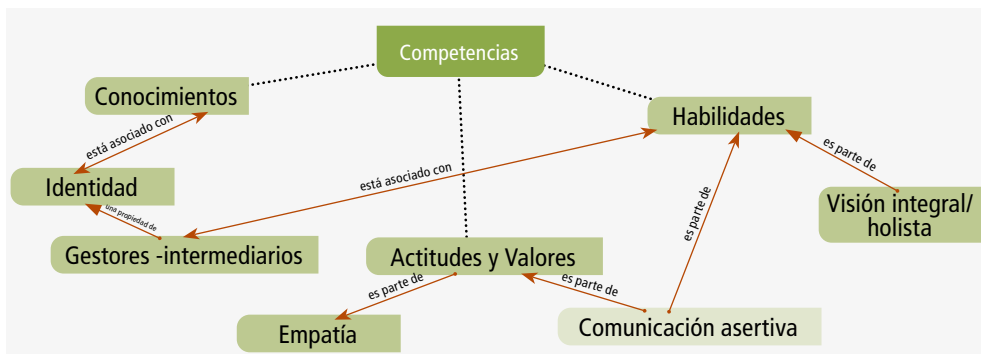
Figura 2. Categorías analíticas centrales



Fuente: elaboración propia a partir de instrumento.

Al profundizar en el análisis se identifican algunas subcategorías como las de mayor relevancia y que son las que permiten indagar más sobre las categorías mencionadas; después se hace una búsqueda de relaciones entre las categorías y quedan como se muestra en la figura 3.

Figura 3. Subcategorías analíticas



Fuente: elaboración propia a partir de instrumento.



Como se observa, del código de conocimientos se desprenden los códigos de identidad. Esto es clave, pues el que un trabajador conozca su papel, sus fortalezas y límites le permite ubicarse sobre las cosas que puede llegar a hacer y las que no, además de que en el discurso de los actores es notorio que los participantes tienen clara esa identidad como trabajadores sociales.

También se infiere el de gestores-intermediarios, ya que para los trabajadores sociales esta función resulta fundamental en su desempeño durante la crisis sanitaria, es decir, ser el puente entre la institución y los familiares del paciente y ello se detecta en los discursos que maneja. Una categoría más que se observa es la de actitudes y valores, toda vez que para el trabajador social es fundamental la empatía con el otro, ponerse en sus zapatos, entender la situación y actuar en torno a su código de ética y principios, sin dejar el lado humanista que caracteriza a la profesión.

Asimismo, se aprecia el código de habilidades que los trabajadores sociales participantes en el estudio consideran necesario, sobre todo, para una atención integral, holística del proceso en su quehacer profesional en medio de la pandemia.

#### PARTICIPACIÓN DE LAS Y LOS TRABAJADORES SOCIALES EN LOS EQUIPOS MÉDICOS QUE ATIENDEN POR COVID-9

Aquí se muestran los resultados cualitativos. En este componente las respuestas son diversas; no obstante, se observa la importancia de la participación de profesionales de Trabajo Social en el equipo médico. Así, en la totalidad de la muestra, señalan como fundamental su participación durante todo el proceso: desde el ingreso de los usuarios, durante su estancia o después de haber superado el problema de salud-enfermedad o, en el peor de los casos, hasta acompañar a la familia con trato humano, respeto, dignidad y solidaridad frente a la pérdida de la vida de algún miembro. Por ejemplo, una informante clave señala:

Somos las personas más cercanas a los usuarios, les podemos hablar en los mismos términos de comprensión, somos intermediarios, negociadores y gestionamos recursos, escuchamos de manera activa y empática (entrevistada).

En esta lógica del trato humano en el quehacer profesional de trabajadores/as sociales, con sentido ético, no sólo aplican sus conocimientos y experiencia a los problemas que enfrentan los usuarios, sino además son sensibles y solidarios, con trato de iguales, sin olvidar que son profesionales del área de la salud, con funciones, actividades y tareas bien definidas a lo largo de su vida profesional. En este sentido, acotan que trabajadores/as sociales en el área y campo de la salud han logrado

espacios sustanciales en hospitales, clínicas y centros de salud, lo que les ha permitido crear su propia identidad profesional, por el simple hecho de estar en contacto directo con el usuario y su familia, actuando como intermediarios con las instituciones de salud.

En este análisis del quehacer y la identidad profesional, una trabajadora social entrevistada comenta:

Las y los trabajadores sociales son el puente entre el paciente y la institución que permite su integración a los servicios de salud de forma copartícipes, fomentando en todo momento los principios que preservan la integridad y calidad humana.

Asimismo, señalan que las y los profesionales son parte importante en las instituciones de salud, toda vez que son:

- La conexión entre familia y el personal médico. Y más que formar parte de los “equipos médicos” son un elemento fundamental en los grupos multidisciplinarios en salud y ello se debe a varias situaciones, sobre todo al considerar:
  - Capacidad de contención en situaciones de crisis y posterior derivación de sujetos para su atención por parte de los profesionales adecuados.
  - Capacidad para generar alternativas de comunicación asertiva, conocimientos y experiencias para resolver situaciones en beneficio de los usuarios.
  - Proactividad de mediación social en situaciones de tensión en las interrelaciones de los sujetos, en un estado de vulnerabilidad biopsicosocial.

En este orden de ideas, las y los trabajadores sociales entrevistados acotan la multitud de conocimientos, experiencias, valores, capacidades y actitudes que tienen ellos para enfrentar situaciones de crisis sanitarias, como la que se ha vivido desde marzo de 2020. Esa crisis les ha permitido trascender en sus procesos de intervención profesional, debido a su formación multidisciplinaria y a su visión integral de los problemas en la sociedad, hecho que les proporciona un panorama más amplio de los:

[...] espectros de las necesidades sociales de la población, porque contamos con un mapa completo de conocimientos en el área de la salud y tenemos capacidades institucionales para dar una respuesta real a la población, sin crear expectativas que no sean cubiertas, pero también exploramos al máximo las alternativas.

En definitiva las y los trabajadores sociales son parte fundamental de los equipos multidisciplinares en el área de la salud, ya que apoyan en todas las situaciones y procesos de salud-enfermedad, donde la ética profesional tiene un papel fundamental para brindar un servicio social más humano, lo que les ha permitido desempeñarse con calidad y calidez en los procesos de intervención para cada uno de los casos que se les ha presentado. Como ejemplo, una informante clave señala:

Es esencial la participación de Trabajo Social en los procesos de intervención médica, dado que la salud va más allá del bienestar físico, ahora se sabe también que la salud depende de las condiciones sociales, económicas y ambientales, donde el ser humano se desenvuelve, y es allí donde la intervención del trabajador social adquiere un papel fundamental en el ámbito de la salud, por sus conocimientos multidisciplinares (entrevistada).

La formación multidisciplinaria que caracteriza a la disciplina de Trabajo Social, sobre todo en sus planes y programas de estudio, es aquella que inicia desde las aulas de las instituciones de educación superior, hecho que le permite tener una visión integral y de conjunto, donde la suma de esfuerzos y conocimientos profesionales es la respuesta a la solución de problemas y necesidades. La labor de trabajadoras/es sociales adquiere un papel esencial. En esta perspectiva de visión de conjunto Trabajo Social, en el área de la salud, es un:

[...] profesional que se interrelaciona con médicos, enfermeras, radiólogos [...] y que aborda el problema de salud enfermedad desde el aspecto social y en algunos casos desde lo psicosocial, debido a que realiza un acompañamiento emocional que se deriva de las pérdidas humanas y pérdida de salud, detectando necesidades y ofertando alternativas institucionales; para el seguimiento en la atención de los pacientes que no son parte de la atención prioritaria que deriva de la crisis; así como destacar la importancia del entorno social y las redes de apoyo en los usuarios ante el equipo multidisciplinario de salud.

En términos generales se puede decir que Trabajo Social es una disciplina de las ciencias sociales que, en el área de la salud, tiene muy claras sus funciones: orientar, gestionar, vincular, canalizar, administrar, entre otras. Lo que le da identidad y presencia profesional en los equipos multidisciplinarios de la salud, porque es una disciplina que está en contacto directo con el usuario y la familia, además de ser el enlace entre ellos, el equipo médico y la unidad de administración de salud. Todo lo anterior le permite ser una de las piezas clave para que fluya el servicio, porque tiene la actitud y se comunica con veracidad para la toma de decisiones en apoyo al usuario y a los especialistas de la salud.

Por tanto, al igual que los médicos, las enfermeras y demás personal de salud tienen un papel fundamental en la atención a los pacientes y sus familiares, por lo que deben ser reconocidos y valorados por igual, por el simple hecho de desempeñar funciones tan importantes como las de todas las profesiones del área de la salud.

## CONCLUSIONES

Sin lugar a duda, la pandemia por COVID-19 evidencia los grandes problemas estructurales tanto en los países denominados desarrollados, como en aquellos que están en vías de desarrollo, incluido México: dificultades no sólo médicas, sino además sociales, económicas, políticas y culturales que impactan en la mayoría de la población mediante las políticas de control, prevención y mitigación por parte del Estado.

Entre los profesionales más afectados se encuentran los del área de salud, que incluye al personal médico, de enfermería, de trabajo social, de apoyo e instrumental, ya que ha sido objeto de discriminación, marginación y violencia por parte de algunos sectores de la sociedad durante la multicitada pandemia. En nuestro análisis se logran evidenciar las funciones realizadas por el personal de Trabajo Social, así como los efectos psicosociales causado por la pandemia y, por ende, se trazan algunas consideraciones generales y muy importantes. Esta investigación confirma una serie de aspectos ya conocidos, entre otros, la feminización de la profesión, la ocupación de espacios laborales en instituciones públicas y la formación en el nivel de licenciatura, aunque tendiente a estudios de posgrado, una planta profesional adulta con una edad promedio de 40 años, laborando en centros como el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, así como en la Secretaría de Salud.

Con relación a las funciones y roles de trabajadoras/es sociales se manifiesta que realizan sus actividades en espacios operativos o directivos, siempre con una interacción cara a cara con los pacientes desde su registro y control, pasando por la elaboración de entrevistas hasta proporcionar orientación e información pertinente y oportuna, sensibilización sobre el autocuidado, orientación médico-social, traslado de pacientes, consejería e incluso orientación tanatológica. En síntesis, desde el área de Trabajo Social se destaca la importancia de las funciones de investigación, gestión y organización, acompañamiento, soporte y contención emocional, intervención en situaciones de riesgo y vulnerabilidad, así como, en menor medida, las relacionadas con asistencialismo.

También se es consciente de las consecuencias negativas que tiene la pandemia en un contexto de saturación laboral, en donde se presentan altos niveles de estrés y riesgo que conllevan a episodios de *burnout* en diversos profesionales de la salud.

En cuanto a los efectos psicosociales se observa que alrededor de 40% de la población ha sufrido al menos uno de los siguientes: miedo, ansiedad, angustia, tristeza, frustración, desesperación, irritabilidad, depresión, soledad e ideación suicida (2%).

Por último, estos datos deben ser tomados en consideración al elaborar programas de cuidado para el personal del área de la salud, ya que son la primera línea de atención y quienes han estado en la mejor disposición para hacer frente a las diversas crisis que ocurren durante la pandemia. Por ello, en un estudio a futuro sería pertinente cuestionar cuántas de estas personas han necesitado ayuda emocional para superar los efectos psicosociales negativos.

## REFERENCIAS

- Arrollo, M. y L. Finkel (2019), “Encuestas por Internet y nuevos procedimientos muestrales”, *Panorama Social*, 30: 41-53.
- BBC (2022), “Coronavirus: 8 gráficos que muestran el número de casos y muertes por COVID-19 y qué países están vacunando más en América Latina y el resto del mundo”, *BBC News Mundo*, <[bbc.com/mundo/noticias-58436227](http://bbc.com/mundo/noticias-58436227)>.
- Bedoya, C. (2020), “Covid-19: The Pandemic of Abuse Against Health Personnel in Times of Pandemic”, *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health*, 3(1): 62-76, <[doi.org/10.18041/2665-427X/ijeph.1.6276](https://doi.org/10.18041/2665-427X/ijeph.1.6276)>.
- Castro, R. (2020), “Agresiones contra el personal de salud en el contexto de la epidemia del COVID-19: apuntes hacia una reflexión sociológica”, *Notas de Coyuntura del CRIM*, 1: 1-6. <[ru.crim.unam.mx/handle/123456789/48](http://ru.crim.unam.mx/handle/123456789/48)>.
- Cuadra, D., P.J. Castro, J. Sandoval, D. Pérez y D. Mora (2020), “COVID-19 y comportamiento psicológico: revisión sistemática de los efectos psicológicos de las pandemias del siglo XXI”, *Rev Med Chile*, 148: 1139-1154, <[doi.org/10.4067/S0034-98872020000801139](https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000801139)>.
- García, P., A.A. Jiménez, L.H. García, G.N. Gracia, L.E. Cano y R.A. Abeldaño (2020), “Estrés laboral en enfermeras de un hospital público de la zona fronteriza de México, en el contexto de la pandemia COVID-19”, *Revista Salud Pública*, pp. 65-73, <[doi.org/10.31052/1853.1180.v0.v0.31332](https://doi.org/10.31052/1853.1180.v0.v0.31332)>.
- Gutiérrez, J. (2021), “Trabajo Social en tiempos de COVID-19, dentro del área de salud en el Estado de México”, *Realidades*, 11(1): 103-115.
- Monterrosa, A., R. Dávila, A. Mejía, J. Contreras, M. Mercado y C. Flores (2020), “Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos”, *MedUNAB*, 23(2): 195-213, <[doi:10.29375/01237047.3890](https://doi.org/10.29375/01237047.3890)>.

Sánchez, M., E. González, J. Sepúlveda, L. Abascal, J. Fieldhouse, C. del Río y S. Gallalee (2020), “La respuesta de México al COVID-19. Estudio de caso”, Institute for Global Health Sciences.

Taylor, S.J. y R. Bogdan (1996), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*, México: Paidós.

Tenorio, K.N. (2020), *Lo que debes saber del coronavirus según la OMS*, México: CESOP.

Vicente, E., R. Arredondo y C. Rodríguez (2020), “El Trabajo Social: intervención ante el COVID-19”, *Servicios Sociales y Política Social*, XXXVII(123): 88-110.

# LA CONTRATACIÓN EVENTUAL DEL PERSONAL DE SALUD. EL CASO DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN, MÉXICO

*Julio Cesar Medina Arellano  
Reyna Vigdalia Zúñiga Gómez*

*«Nadie sabe lo fuerte que es,  
hasta que ser fuerte es la única opción que tiene.»*

Anónimo

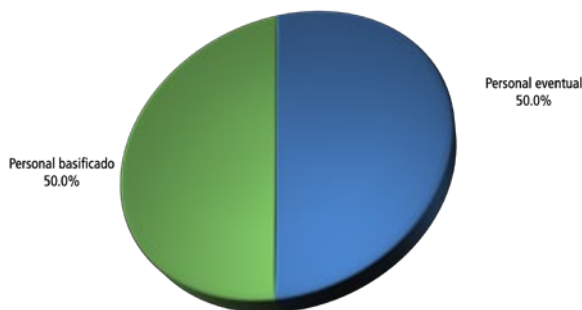
En memoria de un guerrero invencible, Julio César Morales Morales

## CONTEXTO

La experiencia narrada se recupera en el servicio de Trabajo Social del Hospital General de Cuautitlán “General José Vicente Villada”, institución de segundo nivel de atención médica con 34 años de servicio. Esta unidad de salud pública se encuentra en el Estado de México, en el municipio de Cuautitlán, cuenta con 144 camas censables en el área de hospitalización y urgencias. Sin embargo, en el mes de marzo de 2020 se reestructura para dar atención a pacientes COVID-19.

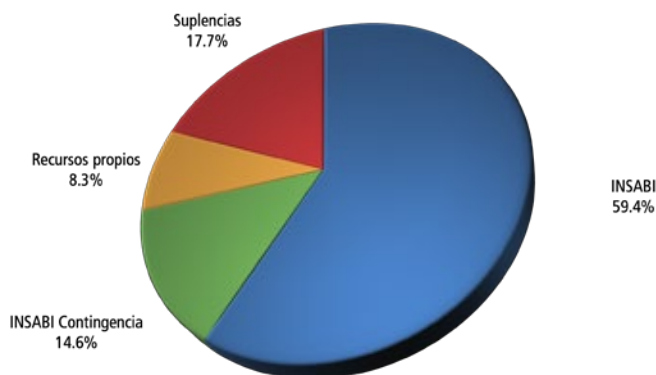
En sus seis diferentes turnos, este hospital tiene en su plantilla laboral 28 trabajadores sociales operativos, de los cuales 14 son personal de base y 14 por contrato con diferentes fuentes de financiamiento, ya sea del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI, antes Seguro Popular), recursos propios, suplencias y/o contratos por contingencia, como se describe en las gráficas 1 y 2.

Gráfica 1. Trabajadores sociales del Hospital General de Cuautitlán



Fuente: elaboración propia con base en el “Manual de Procedimientos del Servicio de Trabajo Social del Hospital General de Cuautitlán, ‘José Vicente Villada’”, 2020.

Grafica 2. Trabajadores sociales eventuales de acuerdo con fuentes de financiamiento



Fuente: elaboración propia con base en el “Manual de Procedimientos del servicio de Trabajo Social del Hospital General de Cuautitlán, ‘José Vicente Villada’”, 2020.

La información anterior denota la realidad de lo que ocurre en el país, donde 50% de trabajadoras/es sociales que arriesgan su vida no cuentan con seguridad social, sin dejar de lado lo que ello implica ante una enfermedad/pandemia o las prestaciones a las que no pueden acceder.

El contrato INSABI es el objeto de nuestro estudio, ya que en él se encuentran adscritos los casos elegidos, además es coincidente con la modalidad de contratación de un porcentaje considerable de las trabajadoras/es sociales donde se realiza esta investigación.

Los sujetos de estudio se eligen tomando en cuenta que sean servidores públicos que estén al inicio de la pandemia y continúen en activo en su labor estrictamente operativa. Por tanto, los criterios de inclusión se determinan al considerar que son personal por contrato (eventual), con más de 10 años de servicio y que trabajan con familiares de pacientes COVID-19. Además, es necesario que no hayan estado confinados ante la contingencia sanitaria ni contagiados por este padecimiento previo a la inmunización.

El objetivo es evidenciar sus condiciones laborales durante la contingencia sanitaria al estar contratados por INSABI, lo que conlleva un impacto psicosocial en el corto, mediano y largo plazo en la vida de estos profesionales.

El método utilizado es el cualitativo de corte transversal, por medio de entrevistas semiestructuradas que se realizan en dos sesiones. Previo a su aplicación se diseña un instrumento que permita conocer la realidad mediante el muestreo caso tipo, de tal manera que se obtenga información sobre la experiencia, con la finalidad primaria de recuperar el sentir de las personas entrevistadas.



## CONDICIONES LABORALES

El antecedente inmediato del actual programa INSABI es el llamado Seguro Popular; programa de salud pública puesto en marcha en 2003 como un proyecto a largo plazo, que tenía como objetivo la universalización de los servicios de salud en el país. Cabe señalar que el sistema de salud pública nacional tuvo un gran impulso con este proyecto, en donde no sólo se invirtió en infraestructura e insumos, sino también en el capital humano que hiciera operar dicha propuesta.

El ingreso laboral del personal de salud era bajo un contrato denominado Seguro Popular, que es un esquema de contratación eventual y que continúa teniendo una duración de seis meses, al término de este periodo se renueva dicho contrato, motivo por el cual no es posible acumular años de trabajo ni alguna prestación laboral.

En la actual administración, a partir del 1 de enero de 2020, se nombra contrato por INSABI. Sin embargo, la denominación es el único cambio, ya que las prestaciones no se modifican, aunque las condiciones de trabajo sean distintas por el inicio de la contingencia sanitaria. En esta modalidad de contratación se evidencia la disparidad de las condiciones laborales en las que se encuentran los trabajadores sociales “eventuales”, con respecto a las del personal de Trabajo Social con base, ya sea estatal o federal, quienes cuentan con prestaciones legitimadas y reconocidas mediante instrumentos jurídicos.

Tabla 1. Asimetrías entre trabajadores sociales del personal de base y de contrato INSABI

<i>Prestaciones de los trabajadores sociales del Hospital General de Cuautitlán</i>		
	<i>Personal de base</i>	<i>Personal de contrato INSABI</i>
Sueldo quincenal (en pesos)	6 326 (trabajador/a social en área médica A; puede aumentar si tiene otro código)	6 326 (trabajador/a social en área médica A)
Prima vacacional (en pesos)	2 500	1 217
Días económicos	12	8
Periodos vacacionales	3 (2 de 10 días y 1 de 5 días)	2 (10 días)
Aguinaldo	Sí	Sí
Seguridad social	ISSSTE	Ninguna
Representación sindical	Sí	No

<i>Prestaciones de los trabajadores sociales del Hospital General de Cuautitlán</i>		
	<i>Personal de base</i>	<i>Personal de contrato INSABI</i>
Otras percepciones	Estímulo de asistencia perfecta. Estímulo del 10 de mayo, día del padre, apoyo para Día de Reyes y para compra de lentes. Prestaciones de fin de año (vales de despensa). Apoyo para gastos de actualización. Estímulo de becas para hijos de trabajadoras/es con alto desempeño. Días de descanso adicionales por onomástico o por facilidades sindicales.	Ninguna

Fuente: elaboración propia a partir de preguntas que se realizan en el Hospital General de Cuautitlán “José Vicente Villada”, a personal de base y eventual del servicio de Trabajo Social, los días 14 y 15 de agosto de 2021.

En la tabla 1 se observa la posición del trabajador social eventual, la cual se traduce en lo que se denomina flexibilización laboral:

Se caracteriza principalmente por la inestabilidad en el empleo, un férreo control de salario (lo cual reduce en el tiempo su poder adquisitivo) y la restricción de beneficios tales como jubilación, primas vacacionales, días de descanso, entre otras prestaciones sociales y económicas (Nigenda *et al.*, 2012: 617).

Es evidente el tipo de prestaciones que obtiene un contratado eventual frente al personal de base, lo que se convierte en una disparidad notoria ya que, irónicamente, no se cuenta con un seguro médico que respalde la integridad del trabajador y desde luego de su familia.

Lo anterior genera desigualdad entre los trabajadores basificados y aquellos contratados bajo un esquema diferente, “ya que muchos profesionales de la salud no pueden acceder a los procesos escalafonarios para compensar sus ingresos con las prestaciones: el llamado salario indirecto, no el directo, que es generalmente bajo” (Leal, 2021: 1).

En México es frecuente que se encuentre insatisfacción entre los trabajadores del área de la salud, y quizá en otros ámbitos sea similar, por la falta de motivación que se vive en sus espacios de trabajo. Al respecto estudios específicos señalan:

Un elemento esencial para mantener y motivar la fuerza de trabajo es la compensación adecuada. Los empleados deben recibir sueldos y salarios justos a cambio de

una contribución productiva. Cuando sea adecuado y aconsejable, los incentivos deben cumplir una función importante (Flores, Abreu y Baddi, 2008: 70).

Los entrevistados/as para esta investigación se identifican, a lo largo de este ensayo, a partir de la denominación caso 1 = C1 y caso 2 = C2, quienes coinciden en que sus ingresos, en más de cinco años, no han tenido un incremento proporcional al de sus compañeros basificados. Lo anterior se deriva de que estos últimos tienen un ajuste anual en sus ingresos de acuerdo con el incremento del salario mínimo. De igual manera manifiestan uniformidad en las actividades asignadas y desempeñadas, ya que son las mismas para todo el personal. Por lo que señalan que es una injusticia, pues ambos trabajadores reciben una remuneración desigual por el mismo trabajo.

A propósito de las condiciones de trabajo, la legislación mexicana señala que, en el país, es prioritario que:

Se garanticen condiciones de trabajo basadas en un principio de igualdad sustantiva entre mujeres y hombres, y sin que puedan establecerse diferencias y/o exclusiones por motivo de origen étnico o nacionalidad, edad, discapacidad, condición laboral, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales, condiciones de embarazo, responsabilidades familiares o estado civil (“Tus derechos laborales”, 2015: 1).

De tal manera que las relaciones de trabajo del actual programa INSABI dan continuidad a la precarización laboral, salarios estáticos, prestaciones e inestabilidad en el trabajo. Lo que tiene como resultado la configuración de condiciones psicosociales negativas del trabajador, por aspectos como: trabajo bajo presión, falta de insumos, falta de impulso a la capacitación en temas propios de la disciplina, pero sobre todo de empatía institucional. La ausencia de esta última ha causado fracturas relacionales entre el empleador y el empleado, en donde este último se percibe solo ante la exigencia de procesos institucionales, mismos que no empatan con la realidad, porque quienes los elaboran la desconocen.

La empatía, en cualquier espacio, se hace necesaria para la comprensión del otro, la generación de confianza y la corresponsabilidad de intereses. Al no existir una retroalimentación efectiva se vuelve urgente el desarrollo de procesos colaborativos, en donde el trabajador sea reconocido y valorado como un ente importante no sólo por su labor, sino además por todo lo que sabe con relación a su trabajo y el desarrollo de éste (especialización), aunado a la experiencia que día con día genera. El reconocerlo posibilitará a las organizaciones el definir las líneas de acción para consolidar una relación de fidelidad y lograr la misión, visión y los objetivos institucionales.

El involucramiento y colaboración de todos los miembros de la organización es uno de los principales elementos que se requieren para la operatividad de ésta. Así, se sabe que en cualquier área laboral cada elemento debe asumir una responsabilidad comunicativa individual, única e irremplazable.

Pero qué es lo que ocurre cuando no se dan las condiciones para poder expresar el sentir de los trabajadores y los canales de comunicación no son los adecuados para que el personal se apropie de la información y la sienta como parte de la esencia institucional. Entonces se puede ver que no hay una adecuada gestión de los procesos de comunicación, ya que si se recuperarán las experiencias de las personas sería posible brindar opciones de mejora, que se basen en sus propias necesidades.

En un estudio de las condiciones psicosociales del trabajo en una institución de salud de México se menciona:

La mayoría de las manifestaciones relatadas por los entrevistados señalaron un deterioro en su estado de salud física derivado del trabajo y manifestado en aspectos que afectaron la salud, a partir de presentar: migraña, taquicardia, hipertensión arterial, dolores musculares, principalmente cuello, hombros y espalda, cefalea, preinfarto, dermatomiositis, estrés laboral, afecciones del tracto respiratorio alto (Acosta *et al.*, 2013: 8).

Es un hecho evidente que el trabajador social en su posición de empleado eventual se encuentra en riesgo inminente de vivir efectos psicosociales que condicionen su bienestar. Sin embargo, dichos riesgos y sus consecuentes afectaciones se posicionan con mayor fuerza en el contexto de la pandemia, ya que no es solamente la precarización laboral, sino que además se suma el riesgo de contraer la enfermedad por COVID-19.

## RIESGOS LABORALES DURANTE LA CONTINGENCIA

Para la mayoría de los trabajadores sociales es la primera pandemia que enfrentan; le antecede la de influenza acontecida en 2009. Sin embargo, pese a la experiencia, no se tenía considerada la magnitud de lo que venía: el C2, menciona “en el hospital nos dijeron que iniciaba la contingencia, se adecuaron algunos espacios, pero también se dijo que en dos meses estaríamos trabajando de manera normal”.

El ambiente y espacio laboral “se refiere al entorno del trabajo, lo que rodea al trabajador en el desempeño de sus tareas, en donde se insertan las condiciones ambientales, como los agentes físicos, químicos y biológicos” (García y García, 2017: 18). Un segundo factor aborda el diseño del puesto de trabajo, características corporales de éste, medidas geométricas del puesto, y de este modo se trata de

prevenir y evitar trastornos músculo esqueléticos, la fatiga y el estrés. Por último, el tercer factor indica:

La carga de trabajo son los requerimientos psicofísicos a los que se ve sometida la persona a lo largo de su jornada laboral. En la medida en que el trabajo requiera el mantenimiento constante de la atención va a aparecer fatiga mental, cuyas manifestaciones principales son la disminución de la atención, pensamiento lento y disminución de la motivación (García y García, 2017: 19).

El espacio físico de labores implica un riesgo en sí mismo por la llamada “carga viral”, todo estaría contaminado, ningún espacio es seguro y el personal está en pánico, cuidándose incluso de los propios compañeros.

Se genera incertidumbre ante lo desconocido. Con respecto a esta percepción el entrevistado C1 expresa: “nos enfrentábamos a algo que no conoces, cambió totalmente la forma de trabajar, el contacto era totalmente distinto, porque no teníamos contacto, perdimos todo vínculo posible con pacientes y familiares”. Además, agrega, por seguridad nuestra, “procuramos agilizar la atención que les dábamos a los familiares y quizá ésta se volvió mecánica, fría, incluso deshumanizada”. En ese sentido el trabajador social funge como un puente, pero con la contingencia la atención se hace más rápida, por no decir precipitada, ya que lo que se quiere es tener el menor contacto posible con los familiares.

El entrevistado C1 argumenta: “para algunos compañeros el poder resguardarse por una situación en particular fue posible; sin embargo, para el personal de contrato, salvo algunas excepciones, no aplicó dicha medida y tuvimos que cubrir incluso las ausencias de estos compañeros”.

Entre las respuestas obtenidas del entrevistado C2 destaca que no está preparado para enfrentar el fenómeno de la contingencia: “tuve miedo, la emoción era real, no sólo era mi propia integridad ni mi seguridad, sino también la de mi familia, quienes se encontraban ante el mismo riesgo, por la convivencia diaria y sin embargo nunca pensé en renunciar, mis acciones se centraron en el autocuidado”.

Las condiciones laborales se subyugan a la pandemia, que trastoca todos los procesos ejecutados en el servicio y desde luego en el hospital.

Las encuestas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) han puesto de manifiesto una alta incidencia de trastornos psicológicos y depresión entre la población joven. Una de las patologías sociales más peligrosas que podría causar la COVID-19 sería el aumento del sentimiento de desencanto con las instituciones públicas y de desilusión con las perspectivas de trabajo futuras (2021: 8).

Se debe hacer énfasis en que la contingencia sanitaria agudiza las condiciones de precariedad laboral que ya se vivían, pues como parte de las medidas adoptadas se tienen que adquirir uniformes quirúrgicos, materiales de sanitización, *goggles* y cubrebocas, gastos que, entonces, son solventados por el propio trabajador. Lo que genera egresos económicos que no estaban previstos, pero que son totalmente necesarios. La disminución de los riesgos es procurada por el propio trabajador, quien sin importar si tiene o no los recursos, busca la manera de procurar su bienestar.

#### ABASTO DE INSUMOS PARA LIMPIEZA, SANITIZACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL

Los materiales de limpieza son necesarios para garantizar un espacio limpio en el trabajo y sobre todo seguridad en un ambiente complejo *de facto*, como lo es el espacio hospitalario, en cuanto al abasto de estos insumos el C1 menciona:

[...] no hubo los instrumentos materiales necesarios para trabajar, no se nos proporcionó equipo de protección personal, no contamos con capacitación que nos permitiera prepararnos ante lo que acontecía. Cuando comencé a ver las primeras muertes, estaba asustado, quería irme, pero en mi interior algo me detenía, quizá era la necesidad de estar presente y vivir este momento histórico.

[También] me sentí sólo, hubiera esperado mayor empatía de las autoridades, quizá solidaridad ante lo que vivíamos, recuerdo que a nosotros los trabajadores sociales se nos negaba el darnos un cubrebocas KN95, porque decían que nosotros no estábamos en primera línea de atención. Durante los primeros seis meses de pandemia no hubo materiales suficientes, recuerdo que nos daban un cubrebocas KN95 por semana, y nos hacían la recomendación de que lo rociáramos con alcohol y lo expusiéramos al sol, para usarlo durante la semana (Ts/C1).

Uno de los retos a los que se enfrentan durante la pandemia, de acuerdo con la narrativa del caso 1, es el incremento de casos que los obliga, en particular, a comprar:

[...] de su bolsa (dinero) el jabón, alcohol gel, sanitas, cubrebocas, sanitizante. En cuanto a la infraestructura, fue necesario adecuarnos a los espacios y adecuar los mismos, con algunas barreras tales como hule cristal en la ventanilla o cadenas en

las puertas, que incluso impidieran el ingreso de compañeros ajenos al servicio de Trabajo Social (Ts/C1).

[...] el material que se me proporcionó de primer momento fue un cubrebocas KN95, recuerdo que nos dijeron que debía durarnos por lo menos dos semanas (Ts/C2).

Los insumos son escasos y el servidor público agrega, de manera categórica:

Nosotros (trabajadores sociales) se nos señaló que no somos personal que se encontraba en primera línea de atención, que con un cubrebocas tricapa era suficiente. Tenía muchas emociones encontradas, me interesaba protegerme y tuve que comprar mi propio equipo de protección. Fue algunos meses después, para ser exactos seis, cuando comenzó el suministro de insumos, desde cubrebocas KN95, alcohol gel, jabón y toallas de microfibra. Esto ayudó bastante sobre todo para disminuir el gasto que hacíamos para abastecernos de los mismos (Ts/C2).

Se desconoce si la escasez de los insumos se debe a la demanda de éstos, aunque se sabe que lo anterior también se presenta en otros espacios hospitalarios, estatales o federales, donde no se proporcionan suficientes materiales de trabajo, lo cual contradice al artículo 2º de la Ley Federal del Trabajo, que a la letra dice:

Se entiende por trabajo digno o decente aquél en el que se respeta plenamente la dignidad humana del trabajador; no existe discriminación por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidad, condición social, condiciones de salud, religión, condición migratoria, opiniones, preferencias sexuales o estado civil; se tiene acceso a la seguridad social y se percibe un salario remunerador; se recibe capacitación continua para el incremento de la productividad con beneficios compartidos, y se cuenta con condiciones óptimas de seguridad e higiene para prevenir riesgos de trabajo (*Ley Federal del Trabajo*, 2015: artículo 2º, p. 1).

## TRABAJO COLABORATIVO-EQUIPO DE SALUD

En el ámbito de la salud para la consecución de los objetivos es necesario el trabajo colaborativo, y se hace evidente que no sólo se requiere la atención médica, sino además social como parte del manejo holístico de los casos. No obstante, con la pandemia se propicia la individualidad en el trabajo, ya que el contacto entre los profesionales disminuye. De manera que ante el fenómeno que se vive es necesario la implementación de estrategias que posibiliten el trabajo en conjunto.

El C1 señala que la participación es distinta y entre las razones que establece se encuentra el que la carga laboral deja entrever:

[...] compañeros molestos, estresados con agotamiento físico y mental, y durante los picos más altos de la pandemia se vivió una constante tensión en todos los servicios, el ritmo de trabajo lo propició, los procesos se reconfiguraron y nuestro actuar se deshumanizó. Estar habituado dentro de un ambiente de enfermedad, dolor y muerte se vuelve común y ya no hay impacto en tu persona, aunque quizá lo haya a nivel emocional en el largo plazo (Ts/C1).

También expresa que:

[...] como parte de las medidas de autocuidado caes en la indiferencia, de lo que le ocurre al otro, dejas de involucrarte y también te deshumanizas ante una sociedad indiferente que sigue su vida en la normalidad, por desconocimiento, ignorancia o porque simplemente no le importa (Ts/C1).

Por su parte las autoridades no entienden el grado de estrés que manejamos, que tiene impacto en nuestra productividad y trabajo diario. Por el contrario, se asume que estamos listos y no existe un seguimiento de nuestro sentir.

De igual manera argumenta:

[...] mi equipo celular no podía tomar fotos, lo que contravino para que pudiera hacer llegar a las autoridades, en tiempo y forma, información sobre ingresos, defunciones o trámites de relevancia (ya que nos comunicábamos vía WhatsApp) por esta situación me fue llamada la atención (Ts/C1).

Además, recuerda que:

[...] en varias ocasiones tuve que lidiar con oficios, en los que me exhortaban a no omitir el registro de algún dato o dar cumplimiento pleno a los procesos, cuando la carga de trabajo era significativa y agotadora, lo cual ocasionaba de manera involuntaria estas omisiones (Ts/C1).

En la experiencia del otro entrevistado se tienen las siguientes apreciaciones:

Me pude percatar que en lo concerniente a la capacitación del personal de salud era destinada principalmente a médicos y enfermeras, quizá ante esto puedo sentir cierta discriminación hacia el trabajador social, que se encarga de todo, lo que no



ocupe atención médica, incluyendo pedir medicamentos, materiales o alimentos a los familiares para sus pacientes, siendo prioritaria la capacitación por turnos, para contribuir al autocuidado, en lo que va de la contingencia, nadie de nuestras autoridades se preocupó por saber si contábamos con insumos para sanitizar nuestro espacio de trabajo (Ts/C2).

Además, agrega:

[...] no contamos con un manual que nos diera pauta, para saber qué hacer durante la contingencia y quizá en ese momento no existiera, pero con la experiencia vivida, deben recuperarse las acciones a realizar por parte del equipo de Trabajo Social (Ts/C2).

Las autoridades no buscan proteger a trabajadores/as sociales, los compañeros del servicio no representan un equipo de trabajo, hay integración sólo cuando se trata de un problema común, ante los hechos individuales se observa indiferencia por las áreas que componen esta institución.

El entrevistado también expresa:

[...] en mis planes no consideré renunciar, busqué reconvertir todas estas emociones negativas en acciones posibles, que coadyuvaran en mi autocuidado y con los compañeros hubo colaboración, pero en realidad se percibía que la integridad individual fue lo primero, salvaguardarse en lo posible y después se pensaba en los demás (Ts/C2).

La tensión general que se vive dentro de los hospitales conlleva a un estado de desgaste no sólo a nivel físico, sino además mental, por una realidad que rebasa las capacidades que se pensaban soportables, de quienes la enfrentan.

## SALUD MENTAL DEL TRABAJADOR SOCIAL

La definición de *salud* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (OMS, 2013).

Por su parte la OMS, en el conocido “Informe sobre la Salud en el Mundo del 2001”, textualmente dice que la salud mental se entiende como:

Bienestar subjetivo, percepción de la propia eficacia, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales.

En actual Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020, la OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad (OMS, 2013: 9, citada por Miranda, 2018: 92).

Las emociones que vive el C1 son varias, entre ellas el miedo:

[...] que es una emoción inherente a nuestra condición humana, nos remite a la inseguridad, aunque, enfrentarnos a lo distinto, nos dio la pauta para hacerlo de manera distinta [...]. También viví incertidumbre, está no sólo se quedaba en el trabajo, el dolor, la angustia y la desesperación me acompañó a la casa y era inevitable no vivir las, y sentir las (Ts/C1).

Se pierde la cercanía con los familiares por el temor de contagiarlos:

[...] hubo desapego con seres queridos, a quienes irónicamente protegíamos estando lejos. Entonces a la larga llevarte todas estas situaciones a tu hogar van alterando tu estabilidad emocional, que termina por generar conflictos (Ts/C1).

Todo el tiempo se está ante situaciones complejas:

[...] me tocó ver a varios miembros de un mismo grupo familiar que se hospitalizaban, en el mejor de los casos salían de alta por mejoría o fallecían, fue aterrador (Ts/C1).

Con respecto a las actividades que se implementan en el centro de trabajo para mitigar el estrés que enfrentan los trabajadores/as sociales el C1 menciona:

¡No!, en el trabajo, no se dio ninguna actividad, bueno en algún momento se planteó organizar guardias, en donde te presentarás a laborar una semana sí y otra no, para disminuir el riesgo de contagio, pero sólo se implementó por poco tiempo, ni siquiera se evaluó si era una opción viable, en lo personal me pareció una alternativa buena, pero no se le dio seguimiento (Ts/C1).

Las alternativas individuales para trabajar el estrés están dadas a partir de utilizar su tiempo:

En los juegos que tengo instalados en mi teléfono celular es una forma de despejarme, distraerme y ocupar mi mente en otras cosas, ajenas a la rutina diaria (Ts/C1).

Cabe señalar la coincidencia en el sentir del otro entrevistado:

No hubo ninguna actividad que coadyuvara en la disminución de mi estrés [...]. Yo escuché música para reducir el estrés, así como algunas meditaciones, que pongo generalmente durante los traslados de mi domicilio al trabajo y viceversa (Ts/C2).

Si bien es cierto que el bienestar emocional es un trabajo individual que cada sujeto busca en su día a día, la realidad demanda que se piense, de manera general, en estrategias que propugnen condiciones satisfactorias para los trabajadores, conocer su sentir, lo que resulta necesario para generar empatía en sus problemas, que se agudizan frente a la incertidumbre, la desolación y la muerte.

La salud emocional es igual de relevante que la física, y de ahí la importancia de mantener el equilibrio entre ambas como un objetivo sustantivo a escala organizacional, ya que ello es coadyuvante en las relaciones satisfactorias en ese entorno. De otro modo el vivir emociones negativas conlleva inseguridad, miedo, desconfianza, situaciones de conflicto, por mencionar las de mayor impacto. Por ello:

La implicación emocional supone una reacción afectiva –y en consecuencia actitudinal– en el proceso de adaptación permanente del individuo a una situación de trabajo concreta. De esta manera, los sentimientos del individuo se ven afectados por las experiencias vividas en el lugar de trabajo, produciéndose así una conexión entre las emociones individuales con el contexto laboral (Casademunt *et al.*, 2012: 7).

Las diferentes experiencias que se viven durante la pandemia convergen en estados simultáneos de estrés, ansiedad, miedo e incertidumbre. Durante la recuperación de la información de los casos estudiados se observa un estado emocional extremadamente sensible, se manifiesta quebrantamiento, llanto, pero este desbordamiento permite que se exprese e incluso genere otredad. Lo anterior se visibiliza cuando el caso 1 puntualiza de manera clara:

Me siento mal, sé que estoy mal, necesito ayuda, trabajamos sobre casos complejos, con algo tan valioso como lo es la salud de las personas, y cuando ésta se pierde es una situación por demás difícil. Nosotros vemos por los demás, quizá una pequeña acción nuestra cambia la vida de otra persona, pero cómo mantenerte firme para poder dar

respuesta a la adversidad, reconozco mi situación y sé que necesito recuperar mi propia seguridad, sigo trabajando en ello (Ts/C1).

De igual manera, el caso 2 señala que él pedía todos los días porque se encontrará algo que terminará con el COVID-19 y de manera tácita expresa:

Cuando llegaba a trabajar buscaba el censo, para saber cuántos pacientes había, fueron tiempos muy difíciles, en donde el dolor por el otro me fue muy significativo; a la fecha me siento tranquila, contenta, porque esa lista de pacientes ya disminuyó significativamente, me siento útil y saber que contribuí, desde donde me tocó luchar, para salir adelante, es muy gratificante (Ts/C2).

Desde el inicio de la pandemia y a más de un año de trabajar en situaciones adversas las condiciones laborales siguen siendo las mismas, salvo que, quizá, se ha modificado la periodicidad para la firma de contratos. Puede pasar todo un año y al final de éste, se hace la firma de los dos semestres, cambia la realidad social, más no la triste y precaria realidad laboral.

Lo que sí es necesario enfatizar es que durante todo este periodo no ha habido personal del servicio de Trabajo Social que se haya regularizado, formalizado o basificado. Lo que condiciona sus expectativas laborales, porque el trabajador puede ser responsable, puntual, productivo, pero ello no es condición determinante para obtener una legitimación de su condición de trabajador, lo que se contrapone con la calidad de vida que se refiere a:

Mantener un ambiente laboral propicio y satisfactorio para el desarrollo y bienestar de las personas que conforman una empresa, implementando estrategias para el mejoramiento de condiciones favorables, motivación y rendimiento laboral para el desarrollo de las actividades propias del trabajo, causando un impacto positivo en términos de productividad y relaciones interpersonales en una empresa (Suescún, Sarmiento, Álvarez y Lugo, 2016: 14, citado por García y García, 2017: 4).

## PROSPECTIVA: ¿QUÉ VIENE PARA LOS TRABAJADORES SOCIALES?

Al término anhelado de la pandemia surgen muchas inquietudes sobre lo que viene para los trabajadores/as sociales, pues ante un mercado laboral competitivo se hace necesaria la inversión en capital humano, capaz de adecuarse a la dinámica de la realidad social, compleja en sí misma, que requiere ser comprendida de manera integral para ejecutar una oportuna intervención.

Se espera también que se cumpla el discurso político actual que promete justicia laboral para los cientos de trabajadores de la salud que por años han permanecido como eventuales, con el goce de legitimidad en derechos, con ingresos y prestaciones dignas.

Hasta hace unos años una pandemia mundial era un mito, no concebible, pero el COVID-19 nos deja como aprendizaje que las enfermedades no conocen de fronteras, no discriminan e irrumpen la realidad del mundo entero, cuando se rebasan los estándares que el ser humano tiene por suficientes.

Los retos epidemiológicos y demográficos serán reales en los próximos años y se debe estar alerta ante la dinámica que tienen estos fenómenos en el ámbito social. Quizá sea el momento de profundizar en esta área de oportunidad para generar propuestas de actuación.

La importancia de identificar los elementos que, a escala organizacional, facilitan u obstaculizan la labor de trabajadoras/es sociales en la atención a pacientes con COVID-19 y sus familiares es una de las principales tareas a recuperar, para definir las líneas de actuación en episodios semejantes. Por tanto, se debe trabajar en la construcción de un clima organizacional que procure el valor necesario al trabajador, de acuerdo con las actitudes, valores, normas y sentimientos de éste.

El proceso de adaptación de los sujetos obedece, si se permite la analogía, al instinto de supervivencia, en donde más allá de las condiciones se debe buscar el punto de equilibrio para mantenernos en ellas. En esta coyuntura mundial hay un antes y después en el modo de hacer las cosas en todos los ámbitos, desde volvernos unos obsesivos con el lavado de manos, la limpieza de nuestro espacio de trabajo y el abrupto cambio en la interacción con los otros, hasta en la manera cotidiana de compartir diferentes dinámicas y experiencias laborales.

La adaptación y readaptación se vuelven parte de la cotidianidad y son necesarias para ajustar nuestras formas de trabajo. Las cifras a la baja y a la alta de contagios, frente a nuevas cepas, y una población renuente a la vacunación son factores para mantenerse alerta y garantizar, en primer lugar, la integridad física y mental.

## CONCLUSIONES

El COVID-19 agudiza y acelera procesos y tendencias que se venían presentando con anterioridad: contrataciones temporales, contención salarial, aumento de las jornadas de trabajo o cambio de éstas, parcialidad de las prestaciones y derechos laborales, subcontratación, ausencia de sindicatos que verdaderamente sean los que vigilen los derechos laborales y humanos, entre otras. La contingencia deja entrever las diferencias en la situación laboral que existe entre el personal basificado y el eventual, como un hecho de inequidad e injusticia laboral.

El sector salud requiere una transformación en el modo en que administra la contratación de sus recursos humanos, de manera que se les proporcione seguridad social y representatividad legítima. La crisis sanitaria debe ser una oportunidad para los trabajadores/as sociales de la salud en la búsqueda de mejores condiciones y no solamente en el ámbito de prestaciones. Es momento de plantear la posibilidad de crear, con la participación de profesionales capacitados, talleres enfocados a visualizar todos los sentimientos que se vivieron y viven dentro de los hospitales durante esta pandemia, que merma la salud mental al trabajar con tantas y variadas problemáticas sociales.

A través de esta investigación nos convertimos en portadores de lo que los colegas sienten o han vivido durante el inicio, desarrollo y evolución de la enfermedad. Sin embargo, no basta con solamente quedarnos hasta ahí, es preciso y prioritario que observemos cuán importantes somos en las instituciones y la labor que desempeñamos, debiendo reescribir la historia a partir de sistematizar lo que parece habitual y darlo a conocer a otros colegas, para construir una crítica positiva que reconfigure nuestro campo de acción.

La mayoría de las personas en el contexto actual continúa preguntándose lo que hace un trabajador o trabajadora social en salud y, sin dar un posicionamiento teórico, se precisa que es un profesional que se encuentra dentro del área de la salud para realizar funciones de mediación, educación, orientación, administración, entre otras, con la finalidad de ser parte del engranaje del proceso salud-enfermedad, entendiendo que el ser humano es un individuo que forma parte de diversos grupos y éstos, a su vez, de diferentes comunidades. En ese entendido las líneas de intervención se deben reconfigurar ya que la realidad actual así lo exige.

Además, es prioritario saber que, aunque en este hospital en el que se realiza el estudio no hubo decesos de colegas, en otras instituciones de salud no se corre con la misma suerte y decenas de trabajadores/as sociales fallecieron y sus familias no solamente sufren la pérdida de seres queridos, sino en algunos casos de los y las principales proveedoras económicas.

Se reescriben nuevas historias y se abren nuevos caminos y experiencias que velan por la importancia de nuestra profesión en espacios estratégicos, visibilizando y pidiendo desesperadamente nuevos referentes de intervención en esta realidad tan volátil y cambiante.

## REFERENCIAS

- Acosta, M., T. Torres, D. Díaz, M. Aguilera y B. Pozos (2013), “Seguro Popular, condiciones psicosociales de trabajo y violencia en empleados de una institución de salud en México: un análisis desde el modelo de los determinantes sociales de la salud”, <scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a20.pdf>.
- Casademunt, A.M., A.C. Morales y J.A. Ariza (2014), “La implicación emocional en el puesto de trabajo: un estudio empírico”, *Intangible Capital*, 8(2): 364-405, <intangiblecapital.org>, index.php > ic > article > downl.
- Flores, R., J.L. Abreu y M.H. Baddi (2008), “Factores que originan la rotación de personal en las empresas mexicana”, *International Journal of Good Conscience*, 3(1): 65-99, <spentamexico.org/v3-n1/3(1)%2065-99.pdf>.
- García, J. y F. García (2017), “Informe de gira académica. Calidad de vida de los trabajadores de la salud: los casos de México y Chile”, Universidad de Santo Tomás-Facultad de Economía, División de Ciencias Económicas y Administrativas, <repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/4389/2017AbrilGarcíaJennifer-GarcíaFannyAmparotrabajodegrado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gobierno de México (2015), “Tus derechos laborales. Condiciones de Trabajo”, <gob.mx/derechoslaborales/articulos/condiciones-de-trabajo#:~:text=Generales-,La%20legislaci%C3%B3n%20mexicana%20garantiza%20condiciones%20de%20trabajo%20basadas%20en%20el,de%20salud%2C%20religi%C3%B3n%2C%20opiniones%2C>.
- Hospital General de Cuautitlán “José Vicente Villada” (2020), “Manual de procedimientos del servicio de Trabajo Social”, ISEM.
- Leal, G. (2021), “Salud, regulación federal”, *La Jornada*, <jornada.com.mx/2021/07/24/opinion/014a2pol>.
- Ley Federal del Trabajo* (2015), “Artículo 2º”, <gob.mx/cms/uploads/attachment/file/156203/1044\_Ley\_Federal\_del\_Trabajo.pdf>.
- Miranda, G. (2009), “¿De qué #hablamos cuando hablamos de salud mental?”, *Utupia y Praxis Latinoamericana*, 23(83): 86-95, <redalyc.org/journal/279/27957772009/27957772009.pdf>.
- Nigenda, G., J.A. Ruiz, M. Aguilar y R. Bejarano (2012), *Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular en México*, Salud Pública de México, vol. 54, <scielosp.org/pdf/spm/2012.v54n6/616-623/es>.
- Organización Internacional del Trabajo (2021), “El trabajo en tiempos de la COVID, Memoria del director general”, Conferencia Internacional del Trabajo, 109ª Reunión, <ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms\_793281.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2013), “Definición de salud”, <es.slideshare.net/gardelvelez/definicion-de-salud-segn-oms>.





# IMPACTOS EN LA PROFESIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN CALI-COLOMBIA<sup>1</sup> DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

*Vivian Andrea Ladino Mosquera  
Laura Sofía Chacón Gironza  
Natalia Ramírez Moncada*

## INTRODUCCIÓN

El ejercicio profesional se enmarca en las dinámicas sociales, económicas y políticas del actual contexto sociohistórico de Colombia y la región. Así, la profesión del Trabajo Social ha sido impactada por la flexibilización de las políticas laborales que se traduce en la reducción en las garantías de las condiciones de contratación y tercerización laboral, en especial, en la contratación con el Estado, las entidades privadas y el tercer sector; bajos salarios; contratación en la modalidad de prestación de servicios; contratos a término fijo por cortos periodos de tiempo y la baja posibilidad de asociatividad en organizaciones sindicales o de exigencia de derechos.

Además, predominan ofertas laborales enmarcadas en funciones instrumentalizadas y operativas del Trabajo Social que responden a políticas focalizadas, cuya ejecución sostiene la “fragmentación” de los problemas sociales, dificultando el fortalecimiento de procesos orientados a la transformación de las condiciones de precarización, vulnerabilidad, marginalidad y discriminación en la población. Por tanto, es necesario analizar el contexto actual de la formación en Trabajo Social con el aumento de programas académicos que ofertan la carrera, pues el campo de acción también va cambiando, así como las exigencias de contratación, los salarios, el tipo de intervención, entre otros.

De esta forma se evidencia que la historia y consolidación del Trabajo Social está sujeta a la evolución de la política social en el contexto del neoliberalismo y la globalización, dado que sus profesionales se convierten en un instrumento de ejecución de la política, por eso está transversalizado por las reformas estatales, los recortes en el gasto social y la precarización de los servicios sociales. Montaña (2004) muestra

<sup>1</sup> El presente documento surge del desarrollo del proyecto de investigación “Condiciones laborales y percepciones de profesionales egresados de Trabajo Social de la Universidad Católica Lumen Gentium, Universidad del Valle y Universidad Santiago de Cali. Un abordaje a los campos de intervención y las características de contratación entre los años 2019 y 2020”, liderado por la Universidad Católica Lumen Gentium en colaboración con la Universidad Santiago de Cali y el Observatorio Laboral de la Asociación de Trabajadores Sociales del Valle del Cauca. Actualmente se encuentra en la fase final del trabajo de campo.

la relación de ese contexto de producción con las condiciones en que se interviene, generando una crisis en tres niveles: 1) aumento del desempleo, precarización del vínculo laboral, y tendencia a la desprofesionalización; 2) transferencia de la demanda de prestación de servicios del Estado a terceros que gestionan recursos y servicios, focalizando y privatizando derechos sociales, y 3) reducción de recursos para la intervención que lleva a la mercantilización de los servicios sociales en detrimento de la calidad de atención, promoviendo el tareísmo y el accionar eminentemente microsocioal y asistencialista.

En los países latinoamericanos se evidencia que la estrategia neoliberal ha aumentado la desigualdad social y continúa desmantelando los derechos de la clase trabajadora con sus políticas de libre mercado. Lo anterior se refleja en el desempleo estructural, la precarización y tercerización de la vinculación laboral, largas jornadas laborales sin la retribución económica correspondiente, aumento de contratos por cortos periodos de tiempo, horas extras no pagadas, acceso precario a la seguridad social, debilitamiento y privatización del sistema de salud, por mencionar algunos.

En este sentido, analizar la profesión pasa por entender su papel mediador entre el Estado y la ciudadanía mediante la ejecución de las políticas sociales, por lo cual se deben resaltar las características del Estado colombiano y su marco de acción social, ya que está directamente relacionado con el mercado laboral. De esta manera, se considera que el paradigma de la política social en el país es el emergente según lo refiere Franco (1996), donde la institucionalidad está dividida en varios subsectores como el estatal, filantrópico (ONG), privado (comercial) e informal (familia), desde los que se ejecuta la descentralización y así el Estado va reduciendo responsabilidades clásicas como la financiación de la política que ya no es su exclusividad, sino que es cofinanciada por esos nuevos sectores, por lo que se habla de una sociedad de mercado que permea todas las relaciones sociales.

En este contexto, la atención a la cuestión social se enmarca dentro del sistema económico y social que se instala con la Constitución de 1991 con un Estado Social de Derecho, el cual basa su accionar en la población más necesitada para focalizar la intervención bajo los principios de austeridad del gasto público y subsidio a la demanda (Franco, 1996); la misma ciudadanía es un actor clave en el desarrollo de la política, sustentado en la idea de competencia, gobernanza, eficiencia y libertad de elección para acceder a los derechos como si se tratara de un cliente. Al respecto se encuentran las consecuencias para la salud (Ley 100), la educación (Ley 30) y el trabajo (Ley 50) en Colombia. Así, la función del Trabajo Social se terceriza e instrumentaliza en medio de un modelo neoliberal que es acorde con los gobiernos democráticos:

La funcionalidad del “tercer sector” respecto al proyecto neoliberal consiste en tornarlo instrumento, medio para: justificar y deslegitimar el proceso de desestructuración de la seguridad social y desresponsabilización del Estado en la intervención social. Concretamente, se tiende a justificar el desmonte de aquella seguridad social estatal configurada en los Estados intervencionistas latinoamericanos. Con el “tercer sector” operando ideológicamente en la “necesidad” de “compensar”, “sustituir o “remediar” las actividades sociales precarizadas o eliminadas de las responsabilidades del Estado [...] las pérdidas de derechos universales por servicios públicos de calidad tienden a ser vistas como logros en las actividades desarrolladas por el conjunto de las fuerzas voluntarias, no gubernamentales, filantrópicas (Montaño, 2005: 302).

Esta lógica de intermediación financiera en el acceso a los derechos afecta directamente los servicios sociales y la política pública donde interviene el Trabajo Social, pero a su vez perjudica a los/as profesionales que son trabajadores/as en la lógica de tercerización. Por tanto, es ahí donde se conectan los análisis del tipo de Estado austero que reduce su acción con las cifras concretas del mercado laboral. Colombia se ha visto en particular afectada, por el avance del neoliberalismo, en el aumento de los niveles de pobreza y desempleo; por ejemplo, encontramos que hoy en día el índice de desempleo llegó a 15.8% en septiembre de 2020, “lo que significó un aumento de 5.6 puntos porcentuales frente al mismo mes del año anterior (10.2%)” (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2020: 3). En las décadas recientes en el ámbito legislativo es posible analizar que varias normas en relación con las condiciones laborales y el mercado de trabajo han tendido a precarizar la situación de la clase trabajadora en Colombia.

El mercado laboral del país está atravesado por un contexto de informalidad que en 2018 fue de 47.2% en 13 ciudades principales, lo que significa alrededor de cinco millones de trabajadores (LaboUR, 2018). Es decir, en el país casi la mitad de la población activa laboralmente no cuenta con sistema de seguridad en pensión ni salud y no tiene un contrato fijo o indefinido, tal cual como se mide la informalidad. Este es un problema estructural porque cuando se habla de informalidad hay una relación directa con puestos de trabajo inestables y de baja calidad, lo que a su vez afecta la movilidad laboral de sectores de la población denominados como clase media (LaboUR, 2018).

En el informe del Observatorio Laboral de la Universidad del Rosario destacan que son las mujeres las más afectadas por la informalidad en todas las ciudades, al tener una tasa de 49.3% en comparación con la de los hombres que es de 45.5% (LaboUR, 2018). Éste es un aspecto importante para tener en cuenta, ya que la profesión está altamente feminizada y golpea con mayor fuerza a las mujeres que ejercen el Trabajo Social, en especial en una ciudad como Cali donde la diferencia es mayor que en el resto del país, 51.4% de informalidad en mujeres

*versus* 43.8% en hombres. La situación se mantiene en desigualdad si se cruzan los datos de formación educativa con género, pues a pesar de que tener educación superior reduce la informalidad de manera significativa, la informalidad en este grupo poblacional es de 22.9%, siendo 22.2% para hombres y 23.4% para mujeres, es decir, “uno de cada cuatro ocupados con educación superior tiene un empleo informal” (LaboUR, 2018: 7).

Hasta aquí es posible ubicar un mercado laboral caracterizado por la informalidad que es de índole estructural y donde es reiterativa la desventaja para las mujeres. Además, entre las actividades económicas que más destacan en la informalidad están las de construcción y comercio, pero cuando se detallan las cifras del sector servicio llama la atención que tiene una tasa considerable, como en el caso de Cali (37.2%) en comparación con comercio (61.7%) y transporte (61.03%), que son los más altos en cuanto a la informalidad (LaboUR, 2018). Es en el sector servicios donde entrarían las actividades profesionales de intervención para el caso de Trabajo Social que está en áreas como salud, educación, infraestructura, etcétera. En el sector servicios toman en cuenta las áreas de desempeño y describen una de ellas como “sociales, educación y gobierno”, donde podríamos ubicar con más precisión al Trabajo Social y en este caso la tasa de informalidad es de 2.37%, lo cual indica que en sectores profesionales la informalidad también tiene un porcentaje de participación y no aplica simplemente para labores no calificadas.

Por otra parte, entrando en el detalle de los campos de intervención en los que desarrolla su quehacer la/el profesional de Trabajo Social, la investigación exploratoria de Plazas (2021) sobre condiciones laborales en Colombia identifica como principales áreas del ejercicio sectores como infancia y adolescencia (56.8%), familia (53.5%), desarrollo comunitario (38.6%), salud (27.4%), educación (18.5%) y docencia (16.2%), las cuales son áreas específicas de cuidado que además se enfrentan a condiciones de salario bajos: “entre el 2006 y el 2011 la constante salarial era de un millón de pesos a un millón quinientos mil, y que entre 2014 y 2016 empieza tender a ser la media el valor de un millón seiscientos mil y dos millones de pesos” (Plazas, 2021: 231). Lo anterior el autor lo presenta como un hallazgo de las bajas condiciones laborales de los/as profesionales, ya que el ingreso promedio concuerda con la línea de pauperismo y media de acceso entre 2006 y 2016 para los ingresos entre 400 000 y 1 500 000 pesos que ganan los/as trabajadores/as sociales, sin incluir que además hay otros profesionales desempleados, lo cual ubica a quienes intervienen en lo social en una situación parecida a la población focalizada de los programas sociales.

En esta caracterización de las condiciones laborales también se tiene en cuenta el tipo de contratación, en el que destaca la prestación de servicios o término fijo, que es el más representativo en la muestra escogida por el estudio de Plazas (2021), lo que se ve reflejado en la ausencia de una relación contractual, donde el empleador

no contribuye con el pago de seguridad social y no brinda garantías como un contrato fijo, prestaciones, como vacaciones, primas, horas extras, etcétera. Lo más complejo de la situación es que es esa figura la que privilegian los entes gubernamentales para desarrollar la política social, por lo que gran parte de los proyectos de intervención de las alcaldías y gobernaciones vinculan a sus profesionales sociales bajo esta modalidad, afectando no sólo las condiciones del empleado, sino la finalidad y efectividad de los programas sociales.

## METODOLOGÍA

La información y el análisis de este estudio son resultado de los avances parciales de la investigación “Condiciones laborales y percepciones de profesionales egresados de Trabajo Social de la Universidad Católica Lumen Gentium, Universidad del Valle y Universidad Santiago de Cali. Un abordaje a los campos de intervención y las características de contratación entre los años 2019 y 2020”, por lo que a continuación se describen los aspectos metodológicos del proyecto.

El estudio es de tipo exploratorio y descriptivo pues, como lo plantean Rodríguez y Carvajal (1999), aborda un tema que no se ha profundizado y que apenas está abriendo camino de conocimiento, como en el caso de las condiciones laborales de las/os profesionales de Trabajo Social que, si bien se ha estudiado en países latinoamericanos, apenas se está desarrollando en Colombia y, en particular, en Cali. De igual manera es descriptivo porque se centra en especificar las propiedades más sobresalientes de un fenómeno social y de personas del ámbito laboral del Trabajo Social, procurando la comprensión de las condiciones laborales de profesionales egresadas/os de tres universidades del Valle del Cauca, además de las percepciones que han construido sobre éstas.

Asimismo, la investigación parte de un método mixto que combina el análisis cualitativo y cuantitativo, buscando con ello profundizar en el análisis de la temática a investigar, toda vez que:

El reto que enfrentan los investigadores no estriba en la capacidad de cualificar o cuantificar separadamente un fenómeno social para comprenderlo en una u otra dimensión, sino en cuantificarlo y cualificarlo simultáneamente para aprehenderlo en todas sus dimensiones. Y que el problema no debe estribar en establecer qué método de conocimiento es mejor, sino cuál es el más pertinente para explicar la realidad social (Rodríguez y Carvajal, 1999: 38).

Las técnicas cualitativas y cuantitativas son la encuesta, las entrevistas semiestructuradas, los grupos de discusión y la revisión documental, que permiten recoger

información de distintas fuentes primarias y secundarias para contrastar las voces de los actores con otras dimensiones implicadas en la realidad social de las condiciones laborales de los/as profesionales.

Empezando por la entrevista se destaca que es una técnica valiosa para la investigación cualitativa porque permite conocer y escuchar el pensar de otros, y, aunque hay varias modalidades, en este caso se escoge la semiestructurada que plantea unos ejes que orientan la conversación para que sea fluida. Siguiendo a Bonilla y Rodríguez (citado en Carvajal, 2006), luego de definir la modalidad de entrevista, se deciden los tipos de preguntas, el nivel de detalle que se quiere alcanzar, la duración y los requerimientos de información según los objetivos.

Por su parte, los grupos de discusión son clave porque “están diseñados para dar cuenta de la manera en que los sujetos y los grupos construyen y dan sentido a los acontecimientos y circunstancias en que viven, haciendo aflorar las categorías e interpretaciones que se generan en los marcos intersubjetivos” (Alonso, citado en Carvajal, 2006: 55). Es decir, facilitar el diálogo entre actores que comparten experiencias comunes en función de ejes específicos, permite obtener información valiosa que no logra rescatarse en técnicas individuales. Por ejemplo, en articulación con la Asociación de Trabajadoras y Trabajadores Sociales del Valle del Cauca (ATSOVALLE) se han desarrollado grupos de discusión sobre las ofertas laborales de la ciudad y la región.

De igual forma, la revisión de archivo es otra técnica importante para visibilizar otras posturas, actores y dimensiones del fenómeno social. Por tanto, su uso pasa por “el reconocimiento de sus límites; de tener una actitud crítica frente a la información secundaria; de la evaluación e interpretación del material documental disponible” (Sandoval, citado en Carvajal, 2006: 59), o sea, deben primero rastrearse los documentos, clasificarlos, seleccionarlos según su pertinencia y leerlos a profundidad.

Para contrastar con las técnicas cualitativas se utiliza la encuesta, que “constituye una estrategia de investigación basada en las declaraciones verbales de una población concreta. Así, la encuesta puede definirse como la aplicación de un procedimiento estandarizado para recabar información (oral o escrita) de una muestra amplia de sujetos” (Carvajal, 2006: 67). Con esta técnica se logra indagar los aspectos concretos de contratación de los profesionales, como el tipo de vínculo, el tiempo de labor, los salarios, entre otros que den cuenta de las condiciones laborales, a la vez que permiten agrupar, analizar y caracterizar el fenómeno social.

Es importante señalar que la elección de la muestra se realiza con muestreo por conveniencia, donde se escogen profesionales egresados/as de las tres instituciones

universitarias (Universidad Católica Lumen Gentium, Universidad Santiago de Cali y Universidad del Valle sede Meléndez), contactados a partir de profesionales cercanos de las docentes a cargo y de la base de datos de ATSOVALLE. De esta manera, se complementa con el efecto bola de nieve, donde cada sujeto participante puede llevar a otro. Este tipo de muestreo no es probabilístico, lo que implica que más allá de una representatividad estadística, el proceso se guía por características y razones propias de la investigación (Hernández, 2014).

De acuerdo con esto último, es necesario mencionar que según los análisis preliminares realizados a las respuestas recibidas se evidencian respuestas significativas en cuanto condiciones de contratación, pero al tener un gran porcentaje de población entre 20 y 30 años de edad, como se verá más adelante, también se observa un panorama de análisis en el cual se deberá profundizar con relación a los/as profesionales que están en el proceso de transición entre las vinculaciones por prácticas académicas, a la culminación de sus estudios de pregrado y la inserción laboral, además de las percepciones que tienen las y los trabajadores sociales con relación a este escenario de mercado laboral.

En cuanto al desarrollo del proyecto se debe mencionar que se inicia su ejecución en febrero de 2021 y culmina en diciembre del mismo año. Las primeras actividades que se desarrollan están centradas en la revisión documental con el fin de fortalecer el marco teórico y metodológico, por lo cual se realiza un cuadro de categorización en el que se puntualizan conceptos de acuerdo con los objetivos, la pertinencia de las técnicas y la construcción de los instrumentos de recolección.

La encuesta se desarrolla por medio de un formulario de Google, entre los meses de junio, julio y agosto, con la participación de 114 egresados de varias universidades que ofrecen el programa de Trabajo Social en la ciudad: Universidad del Valle (Univalle), Universidad Santiago de Cali (USC), Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium (Unicatólica), Institución Universitaria Antonio José Camacho. Las entrevistas se realizan a tres egresadas de Univalle, dos egresadas de Unicatólica, tres egresados de la USC y un egresado de Uniclaretiana. El proceso de entrevistas junto con los de transcripción y categorización de los datos culminan a finales del mes de octubre de 2021.

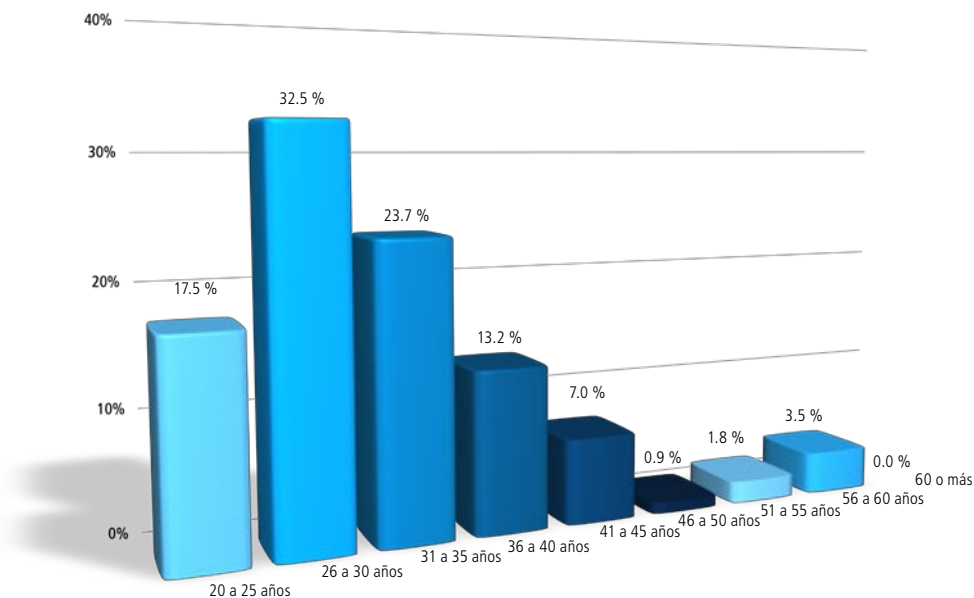
Por último, se categoriza la información con el objetivo de hacer un balance de los datos obtenidos a partir de triangular esa información, es decir, poner a interactuar los datos cualitativos y cuantitativos con los aspectos teóricos para establecer la interpretación de las investigadoras. Este proceso es la base para la escritura del informe final y la elaboración de los productos del proyecto.

## RESULTADOS

En este apartado se muestran algunos de los datos obtenidos a través de la encuesta realizada en el marco del desarrollo del proyecto de investigación, con el fin de analizar el panorama laboral del Trabajo Social en Cali entre 2019 y 2020, que además estuvo atravesado por la emergencia sanitaria del COVID-19. Vale la pena recordar que el instrumento se aplica por medio de un formulario de Google que es respondido por un total de 114 profesionales. Enseguida se grafican diversos datos sociodemográficos de los participantes.

En la gráfica 1 el rango de edad: 32.5% entre 26 y 30 años; 23.7% entre 31 y 35, y 17.5% en un rango de entre 20 y 25 años, por lo que la mayoría corresponde a profesionales adultos jóvenes.

Gráfica 1. Edad



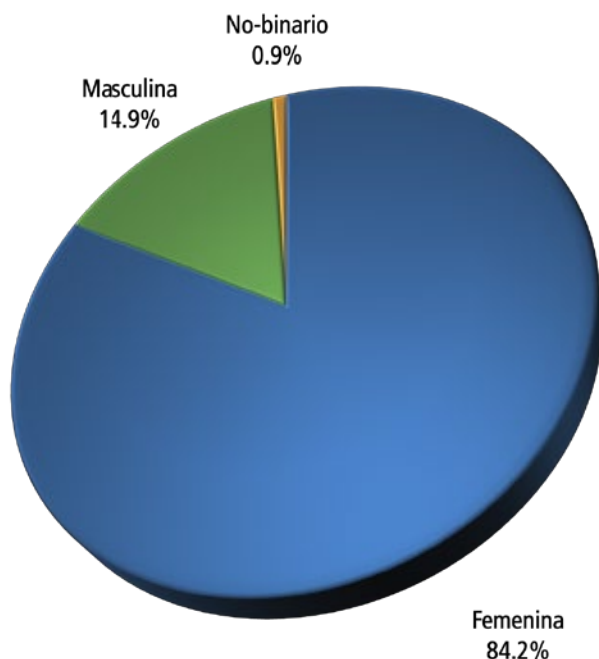
Fuente: elaboración propia a partir de respuestas de la encuesta “Condiciones laborales de las y los trabajadoras/es sociales de Cali entre 2019 y 2020”.

En la gráfica 2 los datos sobre el género: destaca un porcentaje representativo de 84.2% de trabajadoras sociales que se identifican con el género femenino, indicando



que prevalece la relación histórica de feminización de la profesión y, como se ha señalado antes, esta población es la que tiene un mayor grado de vulnerabilidad en sus condiciones laborales por el hecho de ser mujeres.

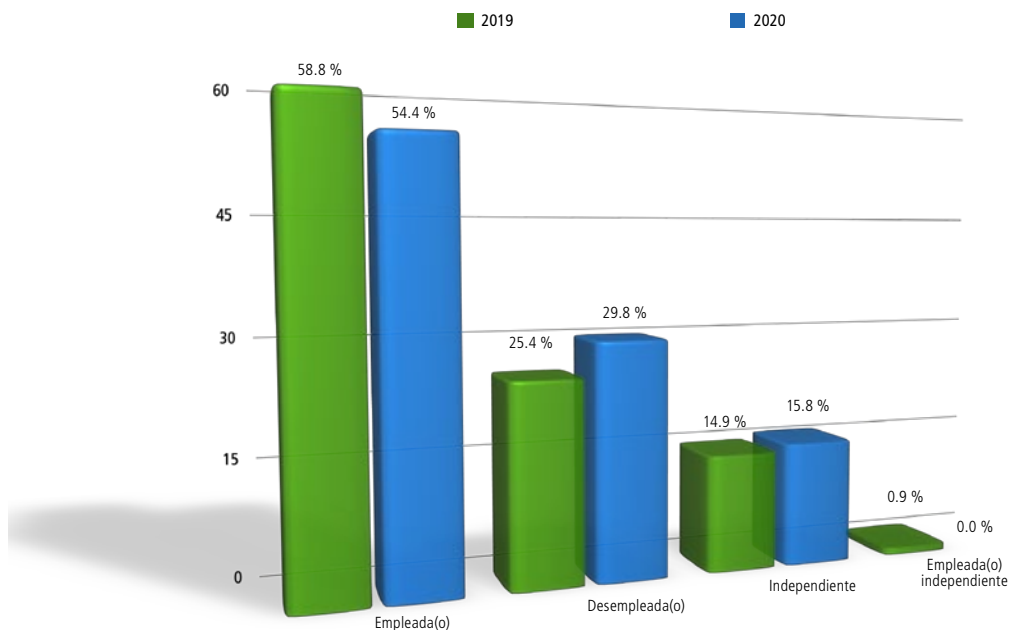
Gráfica 2. Género



Fuente: elaboración propia a partir de respuestas de la encuesta “Condiciones laborales de las y los trabajadoras/es sociales de Cali entre 2019 y 2020”

En cuanto a su situación laboral, comparando 2019 y 2020, encontramos que frente a la variable empleada(o) para 2020 hay una reducción de 4.4%, lo cual indica que hay una disminución de los/as profesionales empleados/as durante el año en el que se genera la pandemia. Para la variable desempleada(o) se da un aumento de 4.4% para 2020, que confirma lo encontrado con la primera variable (gráfica 3). Para la variable independiente también se evidencia un aumento de 0.9%, que puede estar relacionado con la pérdida del vínculo laboral en 2020.

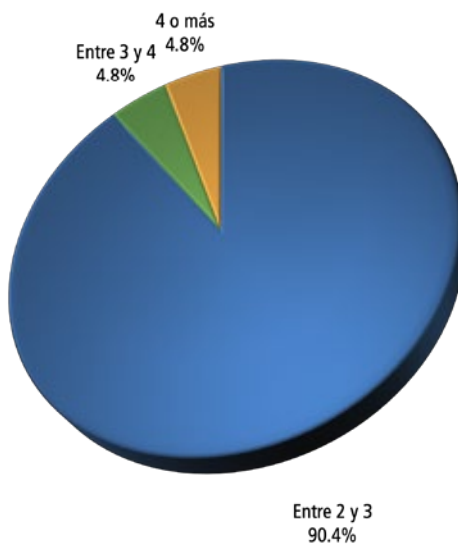
Gráfica 3. Situación laboral de profesionales entre 2019 y 2020



Fuente: elaboración propia a partir de respuestas de la encuesta “Condiciones laborales de las y los trabajadoras/es sociales de Cali entre 2019 y 2020”.

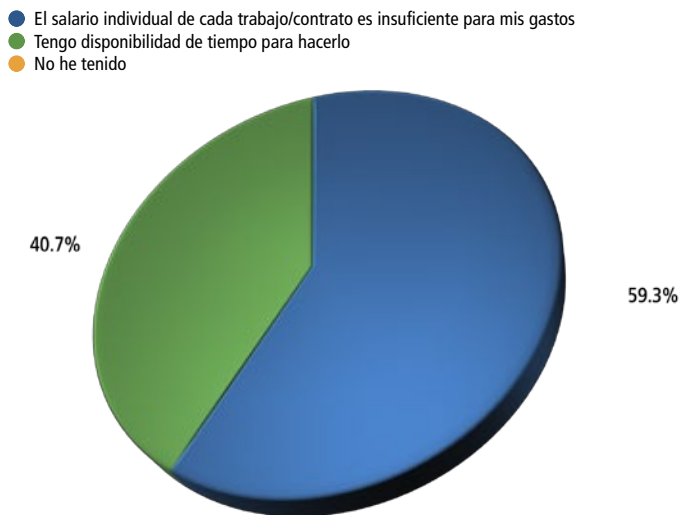
Para el periodo 2019 y 2020 las personas encuestadas mencionan que tienen varios vínculos contractuales, y el de mayor proporción entre dos y tres contratos. A su vez, manifiestan que la razón principal para ejercer esta dinámica laboral es por el salario que le ofrece cada uno de los contratos (59.3%). Por ende, se identifica que el salario devengado por el/la profesional de Trabajo Social no es suficiente para suplir sus necesidades y demandas para mantener una calidad de vida deseada (gráficas 4 y 5).

Gráfica 4. Numero de vínculos contractuales simultáneos de profesionales



Fuente: elaboración propia a partir de respuestas de la encuesta “Condiciones laborales de las y los trabajadoras/es sociales de Cali entre 2019 y 2020”.

Gráfica 5. Razón principal para tener varios contratos



Fuente: elaboración propia a partir de respuestas de la encuesta “Condiciones laborales de las y los trabajadoras/es sociales de Cali entre 2019 y 2020”.

Al indagar sobre el tipo de contratación principal, las personas encuestadas mencionan que la figura de prestación de servicios es su principal modalidad de contrato, siendo éste el de mayor proporción tanto en 2019 (35.1%) como en 2020 (27.2%). El segundo tipo de contratación que predomina es el término fijo que tanto en 2019 como en 2020 alcanza 24.6%. Otro aspecto que se menciona es que el contrato a término indefinido disminuye entre 2019 y 2020, pasando de 12.3 a 11.4% (tabla 1).

Tabla 1. Tipo de contratación principal entre 2019 y 2020  
(porcentaje)

<i>Tipo de contratación principal</i>	2019	2020
Término fijo	24.6	24.6
Término indefinido	12.3	11.4
Prestación de servicios	35.1	27.2
Independiente	4.4	5.3
No tuve empleo	14.0	23.7
Obra labor	2.6	1.8
Labor sin remuneración para adquirir experiencia laboral	0.9	0.0
Contrato sindical	0.9	0.9
Empleada pública	0.9	0.9
Nombramiento provisional	0.9	0.0
Nombramiento en carrera administrativa	0.9	1.8
Contrato hora labor	0.0	0.9
N/A	2.6	1.8

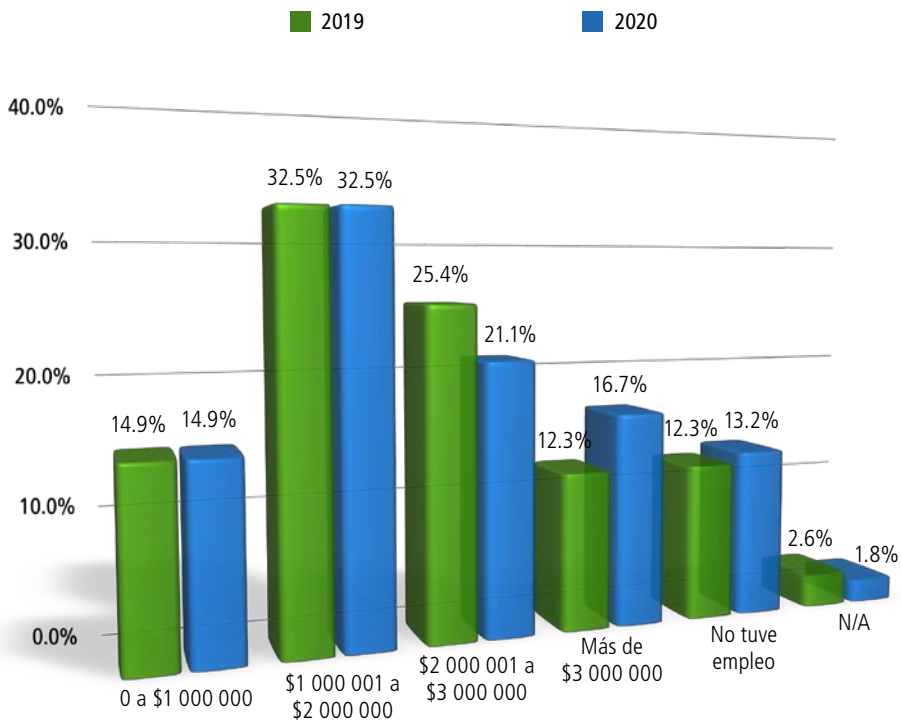
Fuente: elaboración propia a partir de respuestas de la encuesta “Condiciones laborales de las y los trabajadoras/es sociales de Cali entre 2019 y 2020”.

El rango salarial de mayor porcentaje entre las/os profesionales encuestados se encuentra entre 1 000 001 y 2 000 000 de pesos, tanto en 2019 como en 2020, recibiendo un porcentaje de 32.5% simultáneamente. Al respecto, vale la pena resaltar que el salario mínimo legal vigente en Colombia para 2019 se encontraba en 828 116 pesos y para el 2020 en 877 802 pesos, que representa un incremento de 6%. Según esta información del Ministerio del Trabajo en Colombia (2019), podemos decir que los/as profesionales de Trabajo Social ganan un poco más del salario mínimo legal vigente, lo cual evidencia la necesidad de la búsqueda de más opciones laborales, para cubrir el aspecto económico (gráfica 6).

Frente a la pregunta de si trabaja más de las horas estipuladas, 46.5% de los/as profesionales que contaban con un vínculo laboral que demanda una carga horaria responde afirmativamente, pudiendo representar una sobrecarga laboral, al suponer que la jornada legal no sea suficiente para el desarrollo de sus funciones profesionales, es probable que las ejecute en otros horarios de la vida cotidiana que tal vez no sean remunerados por fuera de los honorarios que recibe (gráfica 7).

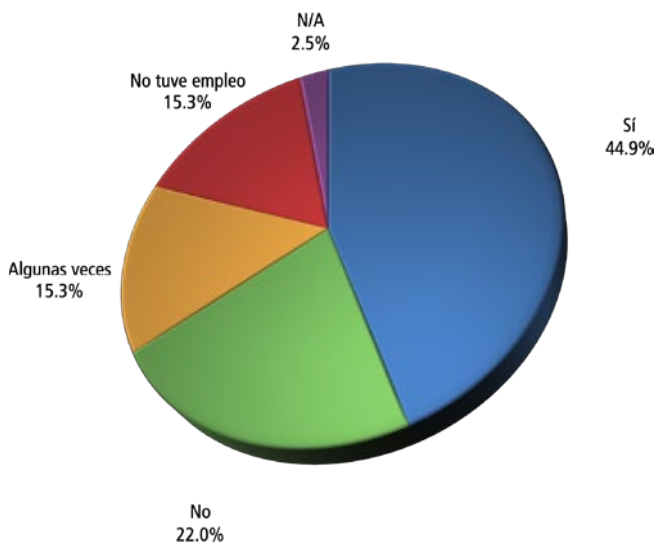
Con respecto a las preguntas específicas sobre la situación de pandemia por COVID-19, 16.7% menciona haber perdido su vínculo laboral (gráfica 8). La mayoría de los/as profesionales mantienen su vinculación laboral; 36% tiene como modalidad de trabajo la alternancia (entre presencial y virtual), la modalidad de teletrabajo o virtual tiene 35.1% y la modalidad presencial 13.2% (gráfica 9).

Gráfica 6. Rango salarial de profesionales en Trabajo Social



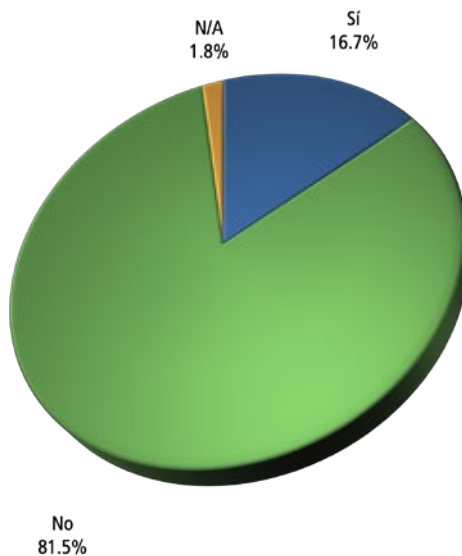
Fuente: elaboración propia a partir de respuestas de la encuesta “Condiciones laborales de las y los trabajadoras/es sociales de Cali entre 2019 y 2020”.

Gráfica 7. Carga horaria laboral



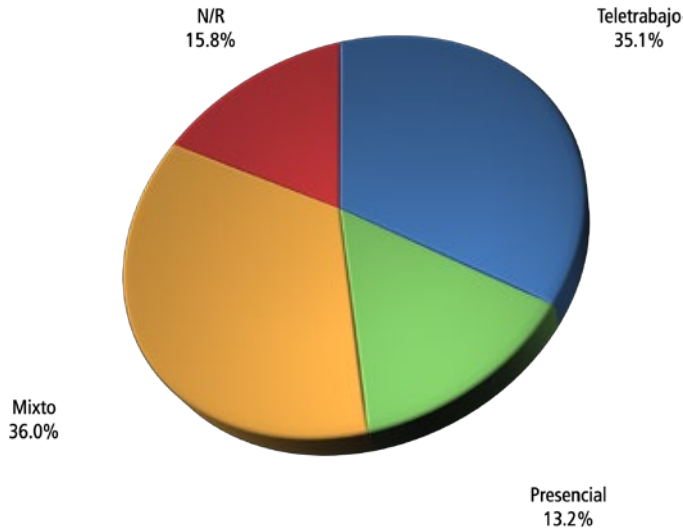
Fuente: elaboración propia a partir de respuestas de la encuesta “Condiciones laborales de las y los trabajadoras/es sociales de Cali entre 2019 y 2020”.

Gráfica 8. Pérdida de vínculo laboral a partir de COVID-19



Fuente: elaboración propia a partir de respuestas de la encuesta “Condiciones laborales de las y los trabajadoras/es sociales de Cali entre 2019 y 2020”

Gráfica 9. Modalidad de trabajo durante COVID-19



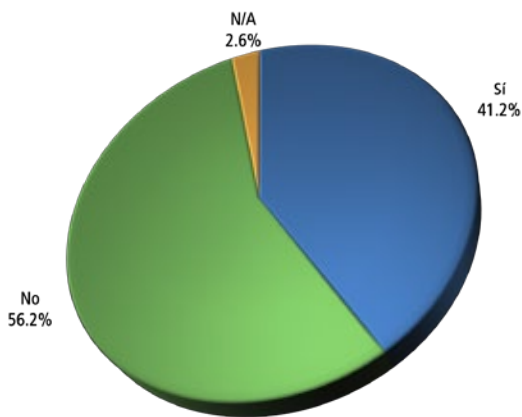
Fuente: elaboración propia a partir de respuestas de la encuesta “Condiciones laborales de las y los trabajadoras/es sociales de Cali entre 2019 y 2020”.

Durante la pandemia 41.2% de los/as profesionales menciona que se ha vinculado a acciones de atención/contención y la mayoría señala haber contado con los implementos de bioseguridad requeridos; mientras que 56.1% no interviene en este tipo de acciones. Lo anterior sugiere que la profesión del Trabajo Social en Cali tiene una vinculación cercana a los sectores de salud donde ejercen la intervención y ello es importante al afrontar los efectos de la pandemia, pues casi la mitad de los profesionales han apoyado estas acciones (gráfica 10).

En general, también podría decirse que la mayoría se vincula en el sector salud o involucra en éste en su campo de intervención (47.3%), seguido por el sector de educación (21.8%) y el de protección y restitución de derechos (10.9%). No es de extrañar entonces que, aunque no sea el mayor porcentaje, sí es significativo el valor que arroja el dato sobre los profesionales que se vinculan a acciones de atención por COVID-19. Al 47.3% cabría sumarle el porcentaje intervención en crisis/acompañamiento psicosocial emocional, por su pertinencia a la salud mental a las acciones de atención/contención por COVID-19, obteniendo un valor de 50.9% (gráfica 11).

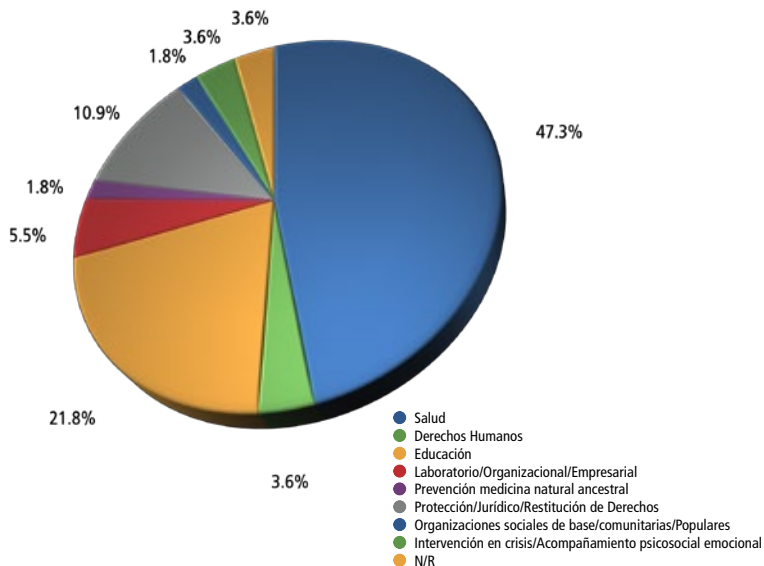
En la ciudad de Cali de los/as profesionales en Trabajo Social que intervienen en el campo de salud 19.3% corresponde a trabajadores sociales del género femenino, comportamiento que prevalece en la mayoría de los campos de intervención arrojados en la encuesta. Es una dinámica que se identifica principalmente, después de salud, en los campos de educación, protección y restitución de derechos y el campo laboral (gráfica 12).

Gráfica 10. Vinculación en acciones de atención a COVID-19



Fuente: elaboración propia a partir de respuestas de la encuesta “Condiciones laborales de las y los trabajadoras/es sociales de Cali entre 2019 y 2020”.

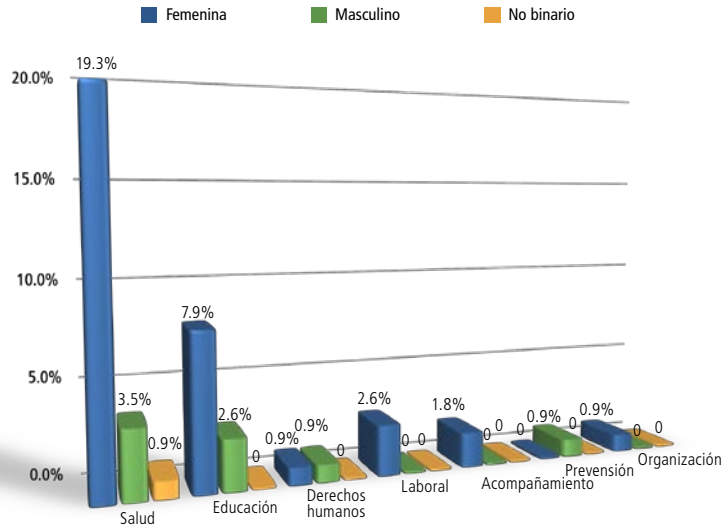
Gráfica 11. Campos de intervención



Fuente: elaboración propia a partir de respuestas de la encuesta “Condiciones laborales de las y los trabajadoras/es sociales de Cali entre 2019 y 2020”.

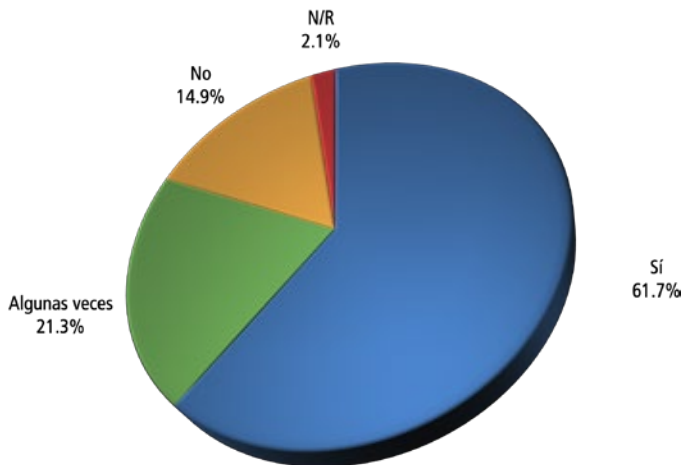


Gráfica 12. Género según campos de intervención



Fuente: elaboración propia a partir de respuestas de la encuesta “Condiciones laborales de las y los trabajadoras/es sociales de Cali entre 2019 y 2020”.

Gráfica 13. Bioseguridad en acciones de atención



Fuente: elaboración propia a partir de respuestas de la encuesta “Condiciones laborales de las y los trabajadoras/es sociales de Cali entre 2019 y 2020”

Estos datos frente a la vinculación en acciones de atención al COVID-19 indican que la profesión tiene una presencia importante en sectores como la salud y la protección social, es decir, se requiere de profesiones de cuidado y asistencia. Esta situación permite un contraste y horizonte de profundización en el análisis con respecto a la disminución de empleo de 2019 a 2020 en medio de la emergencia sanitaria, cuando la atención en cuidado es más necesaria, pero aun así varios profesionales pierden sus trabajos.

Con el fin de analizar los datos que arroja la encuesta del proyecto, es importante volver a la génesis del Trabajo Social y ubicarlo en un contexto sociohistórico específico. Fernández y Rozas (1988) plantean que el papel del Estado y su relación con la sociedad civil evidencian la relación estrecha entre Trabajo Social y el modo de producción capitalista. Según las autoras dicha relación se gesta a partir del surgimiento de la llamada “cuestión social” y la institucionalización de la acción estatal, lo que generó una demanda de profesionales con un saber técnico-operativo para la administración de políticas y programas sociales. Lo anterior vincula la profesión con las dinámicas de reproducción del capitalismo en tanto se asignan las funciones de integrar las clases subordinadas al sistema y mitigar los impactos sociales generados por el modo de producción (Fernández y Rozas, 1988), a la vez que a los/as profesionales se les afecta en su quehacer profesional porque son parte de las clases subordinadas.

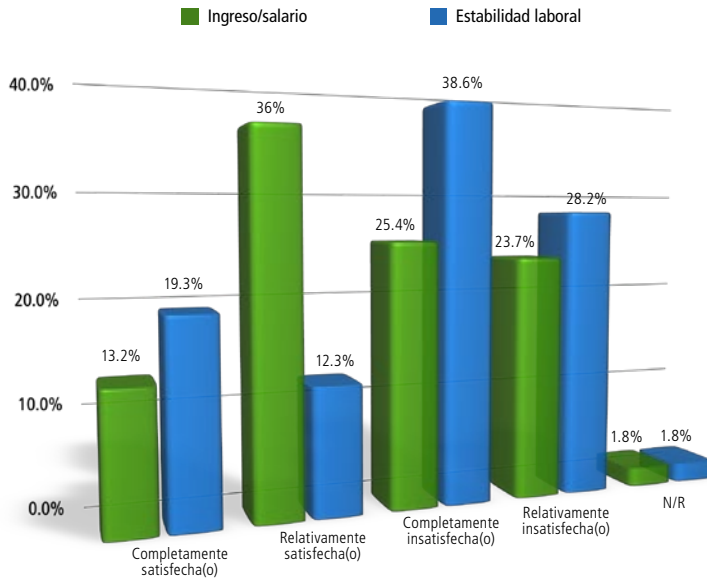
Según lo observado en los resultados de la encuesta, el tipo de contratación por el cual se vinculan laboralmente las/os profesionales de Trabajo Social no les permite una estabilidad en el ámbito laboral, pues los contratos a término fijo y prestación de servicios definen una temporalidad para dicha vinculación, temporalidad que puede estar entre dos meses y dos años. Lo que se observa en el porcentaje de profesionales que se sienten completa o relativamente insatisfechos con la percepción de estabilidad laboral que tienen (66.7%) frente a estar completa o relativamente satisfechos (31.6%) (gráfica 14).

De igual manera, los salarios devengados no cumplen con sus expectativas, por lo que requieren de más de un contrato laboral para cubrir sus necesidades. Frente a estas características de trabajo, Plazas (2021) menciona que el carácter asalariado está presente en el Trabajo Social no sólo desde los procesos de intervención, sino en los desafíos cotidianos de sus profesionales para reproducir sus condiciones de existencia (alimentación, educación, salud, vivienda, entre otros), que se satisfacen con la venta de la fuerza de trabajo especializada.

Así, el Trabajo Social está llamado a mediar las relaciones entre el Estado y las clases subordinadas. En ese sentido, Iamamoto (2001) plantea que la profesión sólo puede afirmarse como tal en tanto responde a las necesidades sociales derivadas de las relaciones producto del proceso de producción y reproducción de sus medios de vida y de trabajo, lo que no excluye a las/los profesionales de las relaciones de

explotación y la particularidad del contexto donde se desarrollen como, en general, en el caso colombiano y, en particular, de Cali.

Gráfica 14. Nivel de satisfacción frente a ingreso y estabilidad laboral



Fuente: elaboración propia a partir de respuestas de la encuesta “Condiciones laborales de las y los trabajadoras/es sociales de Cali entre 2019 y 2020”.

A pesar de que las cifras muestran que la mayoría de los/as profesionales continúa con vinculación laboral en 2020, momento en que la OMS declara la pandemia, en el mismo año se da un incremento del desempleo (29.8%), lo cual podría indicar que la situación generada por la pandemia afectó la vinculación laboral de los/as profesionales en Trabajo Social.

Lo anterior no quiere decir que antes de pandemia no se evidenciaran situaciones como la falta de empleo, bajos salarios, contrataciones por un lapso corto, entre otros, sino que la situación de pandemia hace aún más evidente las condiciones laborales desfavorables de trabajadores/as sociales. Sumado al cambio en el desarrollo de las actividades de la presencialidad a la virtualidad, o ambas, donde incluso un porcentaje de quienes atendieron acciones contra el COVID-19 no contaron con implementos de bioseguridad.

De hecho, según los datos encontrados, en 2019 se identifica que profesionales reciben salarios cercanos al salario mínimo legal vigente que establece el Gobierno colombiano para cada año, lo cual implica la búsqueda de dos o tres vinculaciones

laborales con el objetivo de mejorar sus ingresos económicos. Estas vinculaciones pueden estar representando una sobrecarga laboral en la realización de las funciones y tareas del quehacer profesional, ya que mencionan los/as trabajadores/as cumplen en ejercicio más de las horas estipuladas en su contrato laboral.

Además de las tensiones evidenciadas en el marco de la división social del trabajo capitalista, aparece la división sexual del trabajo. Poco se ha discutido sobre la feminización de la profesión y cómo la elección profesional y las acciones que en el marco de ella se realizan responden a procesos referidos a las labores de cuidado y, no obstante, poco remuneradas. Esta discusión obliga a remontarse y problematizar cuestiones que tienen que ver con el origen mismo de la profesión, como una actividad conformada en esencia por mujeres y en la que los proyectos de intervención están también dirigidos principalmente hacia mujeres (feminización de la pobreza).

De acuerdo con Guevara y Beltrán (2021), el surgimiento de la profesión en Colombia está articulado al desarrollo industrial, al proyecto político liberal y al movimiento de mujeres, quienes conquistan el reconocimiento y garantía de derechos como el acceso a la educación superior, el derecho a ocupar cargos públicos y a administrar sus propios bienes, entre otros.

A pesar de este avance en el reconocimiento de derechos, el surgimiento del Trabajo Social articula la construcción social feminizada de las mujeres, donde lo femenino corresponde al ámbito privado y de la reproducción, mientras que lo masculino al ámbito público y de la producción de las relaciones sociales. En ese sentido, María Carulla, directora de la primera Escuela de Servicio Social en el país (que se funda el 22 de octubre de 1936), reproduce los roles de género construidos en la época, al llamar a las mujeres a asumir la profesión centrándose en una perspectiva del cuidado y apelando a su posibilidad de amar, ser sensibles y ayudar al prójimo (Guevara y Beltrán, 2021). Así, las luchas de las mujeres por el reconocimiento de sus derechos, directa o indirectamente, se articulan con la apertura y sostenimiento de escuelas de servicio social donde se fortalece su formación profesional, al tiempo en que se les vincula con programas de cuidado de las estructuras familiares y la asistencia social.

De igual forma, los hallazgos parciales, que hasta el momento ha arrojado la investigación, dan cuenta que son las mujeres trabajadoras sociales en edad productiva las principalmente afectadas por la precarización de las condiciones laborales, sumando a ello la pandemia por COVID-19, pues en su mayoría están relacionadas con los campos en los que predomina la vinculación en acciones de atención/conciliación, donde históricamente sigue siendo mayor la población femenina.

## CONCLUSIÓN

Este análisis preliminar de las afectaciones en las condiciones laborales de los/as profesionales de Trabajo Social en el marco de la emergencia por COVID-19 permite identificar que el panorama de vulnerabilidad laboral a la que se enfrenta la profesión tiene antecedentes históricos asociados a su origen y al contexto estatal y económico donde se ejerce. La falta de estabilidad, la predominancia de contratos fijos y por prestación de servicios, los sueldos bajos y la sobrecarga de horas de trabajo existían antes de 2019, pero se profundizan en el año 2020, en específico, con la pérdida de empleos y los cambios en la modalidad del ejercicio profesional.

Ante estas nuevas formas de intervención profesional, como la alternancia o mixta (virtual y presencial), se requiere un proceso de reflexión y análisis para identificar cuáles serían esas nuevas características de las condiciones laborales; por ejemplo, en la modalidad virtual saber si las/os profesionales tienen acceso al uso de herramientas tecnológicas, metodológicas y teóricas que les permitan integrar sus saberes y conocimientos con esta nueva particularidad. Estos cambios en la intervención profesional pueden influir en las condiciones laborales y generar modificaciones en las estrategias, técnicas y metodologías de acción.

Asimismo, se deben contrastar con el análisis estructural del mercado laboral del país. Como se muestra en las cifras de contexto, que se presentan al inicio de este capítulo, la informalidad y la precariedad laboral son condiciones que prevalecen en Colombia, que tienen como consecuencia una focalización y recorte a la política social, lo cual afecta el ejercicio del Trabajo Social que nace y se mantiene enlazado con los programas de bienestar social del Estado e incluso se vincula a otras profesiones de lo social.

## REFERENCIAS

- Carvajal, A. (2006), “Elementos de investigación social aplicada”, *Cuadernos de Cooperación para el Desarrollo*, 1: 29-65.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2020), “Boletín técnico. Gran encuesta integrada de hogares (GEIH)”, <[dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/bol\\_empleo\\_sep\\_20.pdf](http://dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/bol_empleo_sep_20.pdf)>.
- Fernández, A. y M. Rozas (1988), *Políticas sociales y Trabajo Social*, Buenos Aires: Humanitas.
- Franco, R. (1996), “Los paradigmas de la política social en América Latina”, *Revista de la Cepal*, 58, <[repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12009/1/058009022\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12009/1/058009022_es.pdf)>.
- Guevara, N.L. y R.M. Beltrán Camargo (2021), “Surgimiento del Trabajo Social en Colombia: análisis histórico-crítico de 1920 a 1950”, *Revista Eleuthera*, 23(1): 99-118, <[doi.org/10.17151/eleu.2021.23.1.6](https://doi.org/10.17151/eleu.2021.23.1.6)>.

- Hernández, R. (2014), *Metodología de la investigación*, México: McGraw-Hill.
- Iamamoto, M.V. (2001), *Servicio social y división del trabajo. Un análisis crítico de sus fundamentos*, São Paulo: Cortez Editora.
- LaboUR (2018), “Informe LaboUR 6: Perfil actual de informalidad laboral en Colombia: estructura y retos”, Observatorio Laboral de la Universidad del Rosario, <urosario.edu.co/Periodico-NovaEtVetera/Documentos/Reporte-LaboUR-Infomalidad-Mayo-2018-PERFIL-ACTUA.pdf>.
- Ministerio del Trabajo de Colombia (2019), “Salario mínimo para 2020 será de \$877.802”, 26 de diciembre, <mintrabajo.gov.co/prensa/mintrabajo-es-noticia/2019/-/asset\_publisher/5xJ9xhWdt7lp/content/salario-m-c3-adnimo-para-2020-ser-c3-a1-de-877.802>.
- Montaño, C. (2004), “Hacia la construcción del proyecto ético-político profesional crítico”, XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social-ALAEETS, Costa Rica, julio de 2004.
- Montaño, C. (2005), *Tercer sector y cuestión social. Crítica al patrón emergente de intervención social*, São Paulo: Cortez Editora.
- Plazas, R. (2021), “Trabajo Social como trabajo asalariado: reflexiones sobre las particularidades de la formación social colombiana en la contemporaneidad”, *Revista Eleuthera*, 23(1): 217-240, <doi.org/10.17151/eleu.2021.23.1.12>.
- Rodríguez, A.N. y A. Carvajal Burbano (1999), *Guía para la elaboración de proyectos de investigación social*, Serie de Documentos de Trabajo, núm. 2, 3ª edición, Cali: Universidad del Valle.

# TRABAJO SOCIAL Y COVID-19: UN LLAMADO A LA ACCIÓN. EXPERIENCIA DESDE UN INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

*Karla Jacqueline Gutiérrez Estrada*

## INTRODUCCIÓN

En las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud la intervención de trabajadoras/es sociales se ha consolidado como parte fundamental para la atención integral de los individuos, los grupos y las comunidades. El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER), es una institución de tercer nivel de atención especializada en el tratamiento, enseñanza e investigación de las enfermedades respiratorias.

Como integrante del equipo multidisciplinario de la salud, el personal del Departamento de Trabajo Social se ha desarrollado durante más de 80 años, participando en cada uno de los servicios que conforman este instituto (consulta externa, la unidad de urgencias, servicios clínicos de hospitalización y clínicas de especialidad).

Se ha destacado de otros profesionales por el trato directo con pacientes y sus familiares y por la intervención mediante acciones estratégicas en cada uno de los procesos de atención médica, de diagnóstico, tratamiento e investigación de enfermedades respiratorias crónicas e infecciosas, como la tuberculosis, el asma, la fibrosis pulmonar, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el cáncer pulmonar, neumonías, VIH-SIDA, influenza y, recientemente, el COVID-19.

Desde el paradigma de la salud pública y con el objetivo de crear las condiciones y medios necesarios para garantizar la salud, su intervención profesional se centra en el reconocimiento de los sujetos, en las condiciones de vida, mejoramiento del entorno y en la construcción de relaciones sociales, desarrollando funciones de promoción, gestión, orientación, educación, asistencia e investigación social para la prevención, atención y recuperación de la salud.

Para el Departamento de Trabajo Social del Instituto la pandemia por COVID-19 se presenta como un hecho social inédito y, por tanto, un gran reto para la reconfiguración de los procesos de intervención con el objeto de intensificar sus competencias y lograr una atención social oportuna y de calidad a los pacientes y familiares, que, sin lugar a duda, en esta emergencia sanitaria presentan mayor vulnerabilidad y/o riesgo social.

## EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL INER

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, agrupado en el sector salud, que tiene por objeto principal el campo de padecimientos del aparato respiratorio, la investigación científica, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, cuyo ámbito de competencia es todo el territorio nacional (INER, 2018).

La participación del personal de Trabajo Social en el INER ha evolucionado a la par de esta institución, contribuyendo en la prevención, tratamiento y recuperación de pacientes con enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis, el VIH-SIDA, pero también ha hecho frente a las dos principales pandemias de este siglo: la influenza A(H1N1) en 2009 y el COVID-19 a partir del año 2020. Si bien en principio estas emergencias son de origen biológico, es innegable que algunas de sus causas y efectos se encuentran en el ámbito de lo social, campo de intervención e investigación del Trabajo Social.

El trabajo cotidiano en esta instancia de salud ha implicado el incremento de riesgo para adquirir alguna de estas enfermedades, por lo cual cada uno de los procesos de intervención de trabajadoras/es sociales debe apegarse a estrictas medidas de prevención y cuidado. Sin embargo, no habíamos enfrentado una enfermedad como la provocada por el virus SARS-CoV-2, microorganismo desconocido en su origen. Sus efectos multisistémicos, mutabilidad y alta transmisibilidad generaron gran incertidumbre, por lo que fue y es una preocupación latente entre los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud y de las autoridades sanitarias a escala internacional.

Desde enero de 2020 se sabía que por las características que presentaban los enfermos con COVID-19 en otros países, el INER estaba destinado a ser uno de los centros para la atención especializada y referente en el tratamiento integral, por lo que recibiría a este tipo de pacientes.

El 27 de febrero de 2020 se diagnostica el primer caso con COVID-19 en México, un caso leve e importado. El paciente de 35 años, que había regresado de un viaje de Italia, recibe atención médica y se mantiene en aislamiento en las instalaciones del INER. A partir de ello, acorde a las demandas emergentes de esta enfermedad, la intervención de trabajadoras/es sociales se reconfigura y apeg a los protocolos y medidas de prevención y mitigación para evitar que se propague el virus.



## ADECUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA

Luego de observar el rápido desarrollo de la pandemia en varios países de Asia y Europa, la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) crea un plan de respuesta para iniciar la denominada “reconversión hospitalaria”. Lo anterior representaría un incremento en camas de cuidados intensivos, que resultan necesarias para enfrentar la demanda de una enfermedad multisistémica, compleja y letal, sobre todo para la población con factores de riesgo y de enfermedades que prevalecen en nuestro país, como la diabetes, la hipertensión y la obesidad.

La reconversión hospitalaria se define como la adecuación de áreas diferentes de la unidad de terapia intensiva, para transformarlas en unidades de atención a enfermos en estado crítico que requerían o podrían requerir de ventilación mecánica. Estas áreas debían contar con infraestructura eléctrica, de compresión y mezcla de gases y equipos, como ventiladores invasivos, monitores, bombas de infusión y máquinas de hemodiálisis (Reyes, 2020: 31).

En marzo de 2020, la CCINSHAE nombra al INER como un hospital 100% COVID, pasando de tener 23 a 153 camas de cuidados intensivos, por lo que funge como el mayor centro médico para la atención integral de pacientes críticos con neumonía por COVID-19. Lo anterior se convierte en el mayor reto enfrentado en toda la historia del Instituto debido al requerimiento de medicina de cuidados intensivos. Pero ¿qué conlleva atender a pacientes en estado crítico?

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son servicios dentro del marco institucional hospitalario que poseen una estructura diseñada para mantener las funciones vitales de pacientes que tienen el riesgo de perder la vida, creadas con la finalidad de recuperación (Aguilar y Martínez, 2017: 172). Es así que una cama de UCI requiere de un alto nivel de equipamiento y de una supervisión constante por personal calificado para el cuidado de enfermos críticos, por lo que tienen un alto grado de actividad a toda hora.

Con la finalidad de incrementar la capacidad hospitalaria, en el servicio de urgencias se instala el primer hospital de campo (HC) que funciona como un área de transición albergando a pacientes graves que requerían de monitoreo o incluso de intubación antes de su traslado a alguno de los servicios de hospitalización. El HC mantuvo entre 80 y 90% de su ocupación durante las etapas de mayor demanda de la pandemia. Aunado a ello se contabilizaron 55 camas más, para el cuidado de personas con cuadros graves pero que no requerían de ventilación mecánica asistida.

En este escenario, el INER es considerado como la mayor terapia intensiva del país, entonces, el Departamento de Trabajo Social cambia su paradigma de

realizar un trabajo tradicional, para ser un actor proactivo y participar en la reingeniería de los procesos institucionales considerados macros (ingreso de pacientes, estancia hospitalaria, egreso por mejoría, alta voluntaria, defunción, referencia de pacientes a otros institutos u hospitales). Lo anterior representa una enorme oportunidad para hacer visible la capacidad profesional del Trabajo Social en la planeación, gestión, implementación y evaluación de los procesos y/o planes que se proyectan institucionalmente para dar continuidad en la prestación de los servicios que ofrece la institución.

Por otra parte, el Departamento de Trabajo Social logra la rápida adecuación de sus procedimientos para la atención y resolución de problemas individuales y colectivos que manifiestan los usuarios del Instituto, con base en su experiencia, conocimiento, comprensión e interpretación de la realidad social, implementa estrategias nunca exploradas, resultando innovadoras, pero sobre todo eficaces para el abordaje de la cuestión social en los procesos de atención médica.

Durante este periodo, el Departamento de Trabajo Social realiza 5 709 estudios socioeconómicos, 22 275 entrevistas a pacientes y familiares, se registran en el expediente clínico electrónico 10 334 estudios sociales y 36 557 notas de seguimiento por Trabajo Social, entre otras actividades; además, con organizaciones públicas y privadas se gestiona el préstamo de 273 equipos de concentradores de oxígeno medicinal.

#### BUSCANDO LA CERCANÍA, ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS DE PACIENTES COVID-19

La situación por la que atraviesa una familia con un paciente grave con COVID-19 se caracteriza por la presencia de múltiples emociones y sentimientos (miedo, frustración, enojo, ansiedad, entre otros). Debido a la condición crítica de las personas hospitalizadas con COVID-19, ellos no se pueden comunicar; situación que genera mayor tensión en las familias y una constante necesidad por solicitar información respecto a la evolución y/o cambios en el estado clínico de los pacientes.

Por tanto, el/la trabajadora social realiza su intervención bajo principios éticos y con elementos teórico-metodológicos mediante:

- La realización de diagnósticos y valoraciones sociales exhaustivas de los factores de riesgo y/o de vulnerabilidad social que pudieran impactar en el proceso de la atención médica, tratamiento y/o recuperación de la salud.
- Elaboración de planes de atención interdisciplinar, donde se promueve la participación de la familia y del propio paciente.

- Desarrollo y aplicación de técnicas de contención, intervención en crisis y para el acompañamiento de los familiares en los procesos de duelo.
- Anticipar al equipo de salud sobre la información social, familiar, legal y cultural del paciente, permitiendo la atención personalizada que facilite la comunicación y la toma de decisiones en las familias.
- Identificar problemas psicosociales, legales, necesidades espirituales o de cualquier otra índole para la canalización oportuna con profesionales especializados o de servicios necesarios.

Cabe señalar que los profesionales de Trabajo Social realizan su intervención con el método individualizado y con el enfoque sistémico, otorgando seguimiento social de casos mediante técnicas e instrumentos, documentando las acciones emprendidas en el expediente clínico electrónico, ello permite acceder y visualizar en tiempo real los datos de cada uno de los pacientes y de su entorno social.

Durante la pandemia uno de los desafíos que enfrentan las y los trabajadores sociales que se desempeñan en los servicios clínicos de hospitalización, es el no poder brindar una atención presencial con los usuarios, por lo que para el seguimiento de casos resulta indispensable la adopción de herramientas tecnológicas para facilitar la comunicación.

La coordinación y el trabajo colaborativo que se integra junto con el área médica, de enseñanza, administrativa y de planeación de nuestro instituto permite dar a conocer la necesidad del abordaje integral con la familia del paciente. De modo que se dota al Departamento de Trabajo Social de recursos electrónicos y digitales asignando Smartphones y tabletas táctiles.

En este sentido, y respetando las medidas de confinamiento y distanciamiento social establecidas por las autoridades para prevenir la propagación del virus, los y las trabajadoras sociales del INER, como en otras partes del mundo, desarrollan una variedad de habilidades y competencias profesionales (Ashcroft, Sur, Greenblath y Donahue, 2021), impulsando el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como una alternativa para continuar con la interacción y comunicación entre pacientes, familiares y el resto de integrantes del equipo de salud; es así como inicia el proyecto de Tele-Trabajo Social (TELE-TS).

Desde entonces la comunicación de Trabajo Social se establece preferentemente a través de teléfonos fijos, móviles, aplicaciones y otros dispositivos electrónicos. Por medio de estos canales se fomenta la escucha activa, el diálogo constante con las familias, la orientación y el acompañamiento, generando la confianza y la certeza de saber que existe un profesional de la salud que atiende formalmente sus dudas, inquietudes y requerimientos.

Para facilitar el proceso de comunicación del médico con los responsables legales, se elaboran directorios telefónicos y correos electrónicos para la localización

ágil, permitiendo al equipo médico proporcionar un informe puntual sobre el tratamiento, estudios requeridos, pronósticos y la resolución de dudas sobre la hospitalización.

Por la forma en que se propaga el SARS-CoV-2 no se permite la visita familiar presencial, por lo que las y los trabajadores sociales coordinan y programan televisitas; junto con el equipo de médicos y/o enfermería ingresan los dispositivos electrónicos a pie de cama, logrando preservar la comunicación y los vínculos socioafectivos de los usuarios, al permitir recibir llamadas telefónicas, videollamadas, audios de voz o videograbaciones, cartas y/o fotografías de familiares y amigos, asegurando con ello la interacción y mitigando la ansiedad provocada en muchos de los casos por las estancias hospitalarias prolongadas.

Mediante la plataforma Cisco Webex y Cisco Webex Teams, Trabajo Social ha intervenido con las familias a distancia, realizando entrevistas iniciales, subsecuentes, visitas domiciliarias, seguimiento a pacientes post-COVID, además ha permitido enlazar con aquellos que presentan otras enfermedades respiratorias y que están en espera de atención médica.

El TELE-TS en el INER ha exigido el diseño de nuevos instrumentos y la redefinición de técnicas tradicionales como la entrevista, la visita domiciliaria y la observación, mismas que deberán ser adaptadas y optimizadas para realizar el trabajo con ética, confidencialidad y resguardar la privacidad de datos.

## CONDICIONES LABORALES DURANTE LA PANDEMIA

Se implementa el resguardo por condiciones de vulnerabilidad en apego al “Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)”, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 24 de marzo de 2020 (Segob, 2020).

El Departamento de Trabajo Social que, en principio, estaba conformado por una plantilla de 39 trabajadoras/es sociales, 14 de ellos son puestos en resguardo; de tal manera que, durante la primera etapa de la pandemia, sólo 64% del personal de base se encuentra laborando.

Una de las primeras estrategias implementadas es la redistribución y reorganización del personal en los diferentes turnos y servicios de este instituto, así como también la reasignación de actividades, considerando las competencias, habilidades, estado de salud física y emocional de cada trabajador, para dar prioridad a la unidad de urgencias respiratorias y a los servicios clínicos de hospitalización, con el objetivo de ofrecer continuidad en la atención social oportuna y segura a los pacientes y familiares las 24 horas del día.

Uno de los principales objetivos que enmarcan la intervención de Trabajo Social, como personal en primera línea de atención, es el realizar sus funciones y actividades en un entorno seguro. Por lo anterior, se capacita a todo el personal del Departamento sobre el uso y manejo del equipo de protección personal (EPP), que reduciría la transmisión y la propagación del virus SARS-CoV-2. Esta capacitación se otorga en apego a los lineamientos del Comité de Bioseguridad del Instituto, esta estrategia no sólo beneficia al personal, sino también a pacientes, familiares, compañeros de trabajo e incluso a las familias de los trabajadores. Aunado a lo anterior, durante el primer y último mes de 2021 se inmuniza al 100% del personal de Trabajo Social contra el COVID-19 e influenza.

No obstante, aun con todas las medidas estrictas en el uso del EPP y de seguridad en los espacios físicos de trabajo, este microorganismo reta duramente la salud física, mental y emocional de trabajadoras/es sociales que se encuentran en la primera línea de defensa contra el COVID-19.

#### SALUD MENTAL DE LOS Y LAS TRABAJADORAS SOCIALES DE LA PRIMERA LÍNEA

Previo al inicio de la pandemia, las y los trabajadores sociales ya se encuentran en una categoría de alto riesgo para desarrollar problemas relacionados con la salud mental y el bienestar (McFadden *et al.*, 2021: 2), ya que constantemente se exponen al desgaste emocional de los pacientes, las familias, así como a la pérdida y el duelo.

Durante la emergencia sanitaria por COVID-19 el personal de Trabajo Social del INER desarrolla efectos psicosociales ocasionados principalmente por la exposición al sufrimiento, la muerte de personas, al agotamiento físico y mental, pero también a la angustia, estrés, miedo, ansiedad y preocupación constante por infectarse o ser el vehículo de un posible contagio para sus familiares.

Con el propósito de disminuir los riesgos, tratar la angustia, depresión y/o ansiedad de trabajadoras/es sociales del Instituto se genera un espacio para la atención de la salud mental del personal que manifiesta estrés agudo, tristeza, frustración, miedo, enojo, soledad, preocupación, insomnio o pérdida del control ante la incertidumbre.

A cargo del equipo de psicología del INER se brindan primeros auxilios psicológicos (vía telefónica). Es así como, de manera virtual o presencial, 20% de trabajadoras/es sociales requieren iniciar una terapia individual y para toda la plantilla de colaboradores se generan cinco sesiones grupales de apoyo psicológico, en las que se abordan técnicas para el mejoramiento de procesos de adaptación y afrontamiento del estrés, así como para la toma de decisiones basadas en la solución de problemas.

Además, el Departamento realiza una sesión autobiográfica, cuyo objetivo es dar cuenta de las experiencias y emociones que el personal manifiesta durante el primer año de trabajo tras la emergencia sanitaria, ofreciéndoles una estrategia metodológica para el manejo de sus emociones.

Es así como la generación de acciones de promoción, protección y atención de la salud mental de trabajadoras/es sociales durante la pandemia y después de ella son más que nunca necesarias, éstas deben abarcar acciones individuales para el autocuidado y de manera organizacional para generar un ambiente de trabajo favorable dando respuesta a las demandas diarias de la institución.

#### CONSIDERACIONES FINALES: LOS Y LAS TRABAJADORAS SOCIALES SON ESENCIALES DURANTE Y MÁS ALLÁ DE LA PANDEMIA

La atención social a más de 5 000 pacientes con COVID-19 y sus familias evidencia la capacidad de intervención y el carácter humanista, ético, proactivo y crítico de profesionales del Trabajo Social en un contexto de crisis social. En esta fase, los/as trabajadores/as sociales del INER se enfrentan a una población que atraviesa por diversos fenómenos sociales complejos que, si bien ya existían, se agudizan durante la pandemia, tales como el desempleo, la carencia de recursos económicos, el incremento de las adicciones y de otras necesidades psicosociales asociadas con COVID-19.

Los cambios en la conformación familiar por la separación de las familias tras la hospitalización de uno o más miembros o el deceso de algún integrante exigen del análisis y la interpretación de la realidad social de las personas. Si bien se accionan metodologías, procesos y estrategias para articular un trabajo interdisciplinario, la pandemia también nos demuestra la necesidad de capacitarnos en temas como la tanatología y los cuidados paliativos. Lo anterior debido a la interacción que el profesional en Trabajo Social tiene con las pérdidas a las que se enfrentan los pacientes y sus familias durante el proceso de salud-enfermedad.

Asimismo, es indispensable que las/os profesionales en Trabajo Social del INER repliquen los conocimientos y prácticas exitosas obtenidas a partir del trabajo con los pacientes y familias. Su participación en emergencias sanitarias como la influenza A(H1N1) y el COVID-19 evidencian la capacidad del personal para dar respuesta oportuna bajo un modelo de intervención que puede ser propositivo para los colegas del área de la salud.

Ante este panorama también se requiere replantear las modalidades de intervención, el desarrollo de métodos, enfoques y de otras áreas de oportunidad para la transformación de la práctica diaria institucional. Un ejemplo de ello es la adopción de las tecnologías de la información y la comunicación o, como nosotros le

llamamos, de “atención social sincrónica o en línea”, misma que demuestra que se pueden acortar las distancias y mejorar el acceso y la continuidad para el seguimiento de los casos, en particular, para las personas con limitadas redes de apoyo, con discapacidad, que residan en otros estados, etcétera, de ahí que además se puede utilizar para la promoción y educación en grupos, fomentando el cuidado de la salud e impactando así en el bienestar comunitario.

Estamos conscientes de que a medida que avancemos con la atención social virtual se necesitarán de más recursos técnicos electrónicos, capacitación constante, además de la implementación de normativas e incluso de una legislación que proteja la práctica de los trabajadores sociales en el trabajo remoto y a la población usuaria en aspectos tan importantes como la privacidad y confidencialidad de la información. Por consiguiente, es necesario ampliar la plantilla de profesionales para la atención directa y reducir el número de personas que son atendidas por las y los trabajadores sociales. La demanda de atención en el Instituto se ha incrementado, tanto por el número de pacientes que no se pudieron atender en dos años debido a la reconversión hospitalaria como de quienes requieren de atención subsecuente al haber contraído la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 y presentan secuelas.

Para concluir, habría que resaltar que, a lo largo de esta etapa, se emplearon a 19 colegas recién graduados, logrando un *feedback* con el personal de base. La convergencia de la experiencia y la aportación de nuevas ideas permitieron que se mejoraran los procesos y por tanto un trabajo a “la altura” que, entre otras cosas, posibilitó vencer el temor, el agotamiento físico y mental al ser personal de primera línea de defensa contra el COVID-19.

## REFERENCIAS

- Aguilar García, C. y C. Martínez Torres (2017), “La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos”, *Medicina Crítica*, 31(3): 171-173.
- Ashcroft, R., D. Sur, A. Greenblath y P. Donahue (2021), “The Impact of the COVID-19 Pandemic on Social Workers at the Frontline: A Survey of Canadian Social Workers”, *The British Journal of Social Work*, 52(3): 1724-1746.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias-INER (2018), “Acerca del Instituto”, <[iner.salud.gob.mx/interna/acerca\\_instituto.html](http://iner.salud.gob.mx/interna/acerca_instituto.html)>.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias-INER (2020), “Informe Anual de Actividades del Departamento de Trabajo Social Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias”, Ciudad de México.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias-INER (2021), “Informe Anual de Actividades del Departamento de Trabajo Social”, Ciudad de México.

- McFadden, Paula, Ruth Neil, John Mallett, Jill Mantorphe, Patricia Gillen, Juan Moriarty, Denise Currie, Heike Schröde, Jermaine Rvaliera, Patricia Nicoll y Jana Ross (2021), “Mental Well-being and Quality of Working Life in UK Social Workers Before and During the COVID-19. Pandemic: A Propensity Score Matching Study”, *The British Journal of Social Work*, 52(5): 2814-2833.
- Reyes Terán, G. (2020), “Cómo en México se evitó el colapso hospitalario”, *La Jornada*, 9 de septiembre, p. 31.
- Secretaría de Gobernación (2020), “Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)”, *Diario Oficial de la Federación*, 24 de marzo, <dof.gob.mx/nota\_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020>.



# LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL ANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR SARS- COV-2: EXPERIENCIA DESDE LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE TRABAJO SOCIAL, CDMX

*Verónica Martínez Velasco*

## INTRODUCCIÓN

En México, ante la experiencia en salud vivida por la pandemia de origen viral provocada por el SARS-CoV-2 y clasificada como una de las más devastadoras por su letalidad, marca la pauta para que los distintos actores sociales se unan para hacer frente a este desafío en salud, dando oportunidad para la organización basada en un estilo de aprendizaje activo. Es decir, conforme se manifiesta la enfermedad el personal de salud genera las estrategias necesarias para la atención de las personas contagiadas por COVID-19.

Ante este escenario sanitario el personal de Trabajo Social, como parte del equipo multidisciplinario, desarrolla un papel medular en la atención integral del usuario, la familia y la sociedad, posicionándose como eje primordial en el proceso de atención social a la familia, incidiendo en sus demandas y satisfactores sociales mediante la empatía, sentido de solidaridad y responsabilidad social e impulsando la rehumanización del personal.

En términos de la pandemia generada por el virus SARS-Cov-2, el trabajador social rediseña su metodología intervencionista para establecer puentes integrativos efectivos entre lo social, la salud del usuario, la familia y, en ocasiones, el duelo.

En este capítulo se deja de manifiesto cómo la/el trabajador social que labora en la Red de Unidades Hospitalarias de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México ha intervenido con la población que, de manera imperativa, ha requerido la atención hospitalaria. Se describe la intervención del trabajador social iniciando, en un primer momento, con vencer sus propios miedos, con el objetivo de brindar la atención social a cada familia que ha sido afectada por COVID-19, bien sea por enfermedad o muerte de alguno de sus integrantes. Asimismo, describe la asertividad que la resiliencia y la tanatología han tenido en la reinserción de estas familias a una sociedad que, de manera progresiva, se tiene que adaptar a una vida plena en medio de la pandemia más significativa del siglo XXI.

Y en un segundo momento, a través de la Coordinación Operativa de Trabajo Social, adecuar su estilo de trabajo y reinventar sus instrumentos metodológicos. Lo cual se concreta con el diseño del instrumento “Guía de intervención de Trabajo Social ante la contingencia COVID-19”, donde se plasman los procedimientos específicos para la atención social del usuario y su familia, y con ello poder brindar una atención óptima y eficiente ante las condiciones adversas en las que transitan las personas.

La experiencia en materia de salud permite hacer una reflexión acerca de los retos que enfrenta el sistema de salud en México. Se debe realizar el análisis de la demanda que se ha tenido durante la pandemia e identificar la capacidad de respuesta, así como dimensionar la atención proporcionada por cada área que integra la Unidad Hospitalaria y evaluar los parámetros que limitan su eficiencia.

Para hacer frente a los retos antes mencionados y aprovechar las áreas de oportunidad detectadas específicamente en el servicio de Trabajo Social surge el reto de sistematizar la praxis profesional con el fin de aprovechar las oportunidades de intervención social que deja la pandemia en estos tiempos coyunturales.

## DESARROLLO

El 31 de diciembre de 2019 se registra en la provincia de Wuhan, China, una nueva enfermedad respiratoria de etiología desconocida, que es nombrada Coronavirus Disease 2019 (COVID-19, por sus siglas en inglés). Un nuevo tipo de coronavirus capaz de desarrollar un síndrome respiratorio grave, agente etiológico que es denominado SARS-CoV-2.

El 30 de marzo del 2020, en México, el Consejo Nacional de Salubridad reconoce a la COVID-19 como una enfermedad grave y de atención prioritaria por lo cual determina la pertinencia de declararla como una emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor (*Diario Oficial de la Federación*, 2020).

Este fenómeno sanitario altera la dinámica de la población en general. Por un lado, de nuevo muestra la alta vulnerabilidad social, económica y de salud en la que las personas nacen, crecen, viven, se educan, trabajan y envejecen, en particular los más desfavorecidos, aquellos que presentan comorbilidades que familiar e históricamente los han acompañado de forma multigeneracional. Por otro lado, está el personal de salud, aquellos individuos que, sin tener evidencia científica, hacen frente a un enemigo invisible, a un *monstruo* con alto grado de letalidad y del que no se conocía la forma de abordarlo, un momento de ensayo y error, es una etapa en la que el problema de salud comienza a crecer. Tal situación propicia que el

Gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, implemente medidas preventivas dirigidas a controlar y mitigar la existencia de la enfermedad, a romper las cadenas de contagio y a evitar la propagación del SARS-CoV-2, así como, en cumplimiento del derecho de protección a la salud, proporcionar atención hospitalaria a las personas con diagnóstico de COVID-19.

La Secretaría de Salud (2020), señala:

La Reconversión hospitalaria COVID-19 deberá garantizar que la organización de los servicios de atención médica se ejecute bajo los principios de oportunidad, calidad y eficiencia de los recursos humanos, materiales y financieros en beneficio de la población y con ello se incida en la prevención y control de la pandemia por la enfermedad del virus SARS-CoV-2 en México.

Esta reconversión hospitalaria se refiere al proceso por medio del cual diferentes tipos de hospitales se preparan para la atención de pacientes durante una crisis de salud, en este caso, durante la pandemia del COVID-19 (Mendoza y Suárez, 2020: 154).

La Secretaría de Salud de la Ciudad de México (Sedesa) se plantea como objetivo prioritario advertir las condiciones derivadas de la contingencia sanitaria para prevenir, preservar, fomentar y proteger la salud individual y colectiva. De ahí surge la necesidad de asegurar la máxima capacidad de atención de pacientes y, por ende, la Sedesa pone en marcha la reconversión de algunas de sus unidades hospitalarias:

- Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez
- Hospital General Enrique Cabrera
- Hospital General Tláhuac
- Hospital Pediátrico La Villa

Estas unidades hospitalarias modifican su funcionamiento en la prestación habitual de servicios y hacen adecuaciones para disponer de un mayor número de recursos humanos y materiales para tener la capacidad resolutive de atención ante esta pandemia.

Una vez que el Consejo Nacional de Salubridad realiza de manera oficial la declaratoria de la fase tres de mayor riesgo de contagio y que los hospitales se encuentran a su máxima capacidad de atención, se da paso a la reconversión de las siguientes unidades:

- Hospital General Ajusco Medio
- Hospital General Xoco

- Hospital General Rubén Leñero
- Hospital General Balbuena
- Hospital General Milpa Alta
- Hospital General La Villa

En febrero de 2021 la Sedesa termina la renovación del Hospital General Topilejo y derivado del alto índice de contagios se adapta para la atención específica de pacientes con diagnóstico COVID-19, así como la implementación y apertura de la Unidad Temporal Cuauhtepc “La Pastora” con la misma finalidad de atención.

Al realizar la reconversión hospitalaria cada servicio genera estrategias de atención ante la realidad que está viviendo en su ámbito de competencia. Con respecto a la Coordinación Operativa de Trabajo Social, la “Guía de intervención de Trabajo Social ante la contingencia COVID-19” tiene por objetivo contribuir en los procesos de atención social ante la contingencia del SARS-CoV-2 en la Red de Unidades Hospitalarias que integran la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y así fortalecer la especificidad de las funciones y actividades de intervención social, entre ellas las acciones de prevención emitidas por la Secretaría de Salud (2020), en dos vertientes:

1. En la atención centrada en la familia a través de la intervención de Trabajo Social.
2. Con respecto a las recomendaciones del autocuidado del personal de Trabajo Social que se encuentra al frente de la atención de las familias de los usuarios con diagnóstico de COVID-19.

La guía se elabora considerando la realidad social en la que el sector salud se encuentra y se toma como referente para su diseño la normatividad establecida que fundamenta el quehacer profesional del personal de Trabajo Social dentro de las Unidades Hospitalarias de la Red de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, destacando las acciones concertadas que forman parte de la actividad institucional donde participa (tabla 1).

Tabla 1. Acciones concertadas de Trabajo Social

<i>Actividad institucional: educación y promoción para la salud</i>	
<i>Acción concertada</i>	
1.	Elaboración de estudio social
2.	Orientaciones médico social
3.	Consejería
4.	Organización de grupos informales de promoción a la salud

<i>Actividad institucional: educación y promoción para la salud</i>	
<i>Acción concertada</i>	
5.	Organización de grupos informales en área crítica
6.	Campañas de salud

Fuente: elaboración propia.

Un aspecto innovador en la elaboración de la guía de intervención en comento es su diseño a través de un conocimiento condicional, es decir, para su diseño se toma en cuenta el contexto social que prevalece, así como la estrategia que determina qué tipo de procedimientos deberían estar presentes y, sobre todo, adoptar aquellos que podrían ser aplicables ante esta atención social y que el personal operativo no se resista al cambio en su actuar profesional.

Al vivir un proceso de modificación, de adecuación al nuevo contexto sanitario, la Coordinación Operativa de Trabajo Social dispone que la intervención de Trabajo Social se centre en siete actividades esenciales:

1. Elaboración del estudio social
2. Educación y promoción para la salud
3. Orientación social
4. Violencia de género
5. Personas en calidad de desconocidos
6. Pase de exento
7. Apoyo a la referencia

En la Guía de intervención social se van diseñando los momentos específicos de la injerencia profesional y se describen las acciones a llevar a cabo por el personal de Trabajo Social y sus estrategias a seguir (tabla 2).

Tabla 2. Actividades y acciones de Trabajo Social

<i>Actividad</i>	<i>Acción</i>
1. Elaboración del estudio social	A través de la entrevista se deberá conocer el contexto familiar de los usuarios, detección de factores de riesgo y protectores. Estrategia: presencial o mediante el uso de las tecnologías.
2. Educación y promoción para la salud	Fortalecer la prevención de acuerdo con la “Jornada Nacional de Sana Distancia” para romper la cadena de contagios en el ámbito familiar, grupal y en la comunidad. Recalcar los temas: quédate en casa, lavado de manos, sana distancia, saludo de etiqueta. Estrategia: uso de las tecnologías, con el diseño de prototipos didácticos.

<i>Actividad</i>	<i>Acción</i>
3. Orientación social	Intervención individualizada que se enfoca principalmente en dos aspectos: - Orientación social a familiares de pacientes hospitalizados (lineamientos hospitalarios, reportes de estado de salud, etcétera) - Orientación social en caso de defunción: Localización Trámites funerarios e identificación del cadáver Sensibilización sobre riesgos de contagio ante los escenarios del ritual funerario Estrategia: uso de las tecnologías digitales.
4. Violencia de género	Derivado de la intensificación de la convivencia familiar y ante la posible crisis económica de la familia existe el riesgo de un incremento de los eventos de violencia de género, ante ello se refuerzan las acciones de: - Educación y promoción de la salud - Referencia a unidades especializadas - Orientar para la atención frente a la posible interrupción de un embarazo Estrategia: coordinación con los Servicios Especializados de Prevención y Atención de la Violencia de Género (Sepavige)
5. Personas en calidad de desconocidos	Llenar el formato “Media filiación de pacientes en calidad de desconocidos”. Realizar el reporte a las instancias correspondientes según sea el caso (Fipade, Locatel, etcétera). Estrategia: uso de las tecnologías digitales.
6. Pase de exento	Garantizar el derecho a la salud de forma gratuita de acuerdo con lo establecido en la <i>Gaceta Oficial de la Ciudad de México</i> de fecha 31 de marzo de 2020.
7. Apoyo a la referencia	Realizar la coordinación directa con la jefatura de Trabajo Social de la unidad receptora para llevar a cabo el seguimiento de caso.

Fuente: elaboración propia a partir de la “Guía de intervención de Trabajo Social ante la contingencia COVID-19” (2020).

Al implementar la estrategia de intervención se obtienen beneficios no sólo para trabajadoras/es sociales, sino además para familiares de pacientes hospitalizados (esquema 1).

Esquema 1. Características de la guía de intervención



Fuente: elaboración propia a partir de la “Guía de intervención de Trabajo Social ante la contingencia COVID-19” (2020).

Toda vez que la intervención social no es estática, es decir, que cada familia es diferente con problemas y necesidades sociales distintas, la/el trabajador social, haciendo uso de su experiencia profesional, incide en la realidad específica de cada familia para proporcionarle alternativas que contribuyan a su bienestar. Una de las necesidades que no se tenía contemplada en la atención social es la alteración emocional que manifiestan las familias con el aislamiento del usuario una vez que éste ingresa a las unidades hospitalarias, ya que las visitas familiares se suspenden y no se tiene un acercamiento directo, lo cual provoca incertidumbre y temor. Frente a esa necesidad sentida se propone implementar una estrategia que permita que las familias al menos estén en contacto a la distancia con su paciente.

Es así como se utilizan las tecnologías digitales para realizar videollamadas entre usuarios/as y sus familiares. El ingresar a la zona cero o área COVID-19 para el enlace por videollamada genera júbilo y esperanza para todo el sistema, ya que origina la comunicación a la distancia. Por otro lado, en los casos en donde no es posible realizar la comunicación digital el personal de Trabajo Social opta por leer a los pacientes las notas y cartas que los familiares les escriben como parte de una atención humanizada.

La pandemia ha generado un cambio en la dinámica social de las personas y para el Trabajo Social abre un espacio para reconfigurar los procesos de investigación e intervención con la finalidad de tener elementos robustos que permitan generar conocimientos teóricos y metodológicos que contribuyan a dar cuenta de las nuevas realidades sociales y que se avance a la velocidad de los cambios sociales.

## REFLEXIÓN FINAL

Durante la pandemia el personal de Trabajo Social de las diferentes Unidades Hospitalarias de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México replantea las acciones de intervención de cara a la compleja realidad en la que la sociedad se encuentra inmersa, aportando sus conocimientos teóricos metodológicos que le permiten tener una visión holística del impacto social que las familias viven.

Ante la emergencia sanitaria las y los trabajadores sociales no se detienen, ya que establecen criterios de actuación con la finalidad de garantizar la atención social de los usuarios, así como brindar apoyo a sus familias, quienes ante la incertidumbre contienen sus necesidades inmediatas, respetando en todo momento sus derechos humanos.

Entre las principales acciones de las y los trabajadores sociales se mencionan: la orientación social, donde de manera personalizada se proporciona atención, contención y acompañamiento a familiares de los usuarios; educación para la salud, como eje de cambio para cortar la cadena de contagios en los contextos familiares y comunitarios, destacándose un enfoque preventivo, al recalcar los temas de la “Jornada Nacional de Sana Distancia” (lavado de manos, estornudo de etiqueta, distanciamiento social, uso adecuado del cubrebocas y, sobre todo, la importancia de quedarse en casa).

Con la intervención de trabajadoras/es sociales en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México se contribuye a favorecer el derecho a la salud, ya que mediante la orientación, sensibilización y consejería permiten que los familiares tomen decisiones informadas y asuman roles activos sobre las necesidades que la pandemia deja como consecuencia.

Un aspecto transversal que hace posible la comunicación entre el usuario y su familia, en el contexto de la contingencia, es la utilización de las tecnologías digitales como herramienta fundamental, mediante las videollamadas. Lo anterior tiene un impacto que en la mayoría de las ocasiones es determinante en el egreso hospitalario del paciente.

Este reconocimiento ubica a Trabajo Social en un espacio visible, resiliente y comprometido socialmente con la agenda nacional, ya que a través del diseño y desa-



rrollo de estrategias de intervención social se contribuye al bienestar de las personas, haciéndolos copartícipes ante esta compleja realidad epidemiológica.

Con el objetivo de proporcionar información empírica del fenómeno de salud, la Coordinación Operativa de Trabajo Social y las Jefaturas de Trabajo Social de las Unidades Hospitalarias desarrollan diversos reportes, entre ellos: censos de los pacientes por cada uno de los hospitales, en los que se informa sobre los ingresos y egresos por mejoría o por defunción, además, durante la entrevista para la elaboración del estudio social se pregunta a la familia sobre el lugar o el momento en el que posiblemente ocurre el contagio de la enfermedad por SARS-CoV-2.

Tales acciones generan que Trabajo Social documente información sociodemográfica de la población, además en específico registra la relacionada con la experiencia de las familias ante el COVID-19.

El momento histórico que se vive a escala mundial, en el ámbito nacional y en el nivel comunitario obligan al personal de Trabajo Social a la recuperación de evidencia empírica para proponer estrategias innovadoras con las que se pueda contestar una pregunta que ha estado en el aire: ¿por qué si el gobierno destina más recursos económicos al campo de la salud, las personas siguen enfermando?

Estos contextos complejos y cambiantes en la sociedad actual conducen al trabajador social a la búsqueda y construcción de estrategias incluyentes que desencadenan el compromiso y la corresponsabilidad de la sociedad. La recuperación de la sociedad exige intervenciones con un alto sentido de integralidad para poder contribuir al cambio social.

Por tanto, la/el trabajador social deberá incidir en esas realidades, mediante procesos significativos y dinámicos donde se dé respuesta a las necesidades sociales de usuarias/os, para que tengan las herramientas para construir o reconstruir su proceso de salud-enfermedad, haciéndoles partícipes de la solución de su problema de salud.

En este sentido y ante esta coyuntura social el trabajador social tiene un gran reto: redireccionar el quehacer profesional para construir propuestas de intervención que cumplan con las expectativas de los usuarios y sus familias.

## CONCLUSIÓN

La estrategia implementada por la Coordinación Operativa de Trabajo Social de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México responde a las necesidades del contexto actual. El dotar de información a trabajadoras/es sociales y en particular a la población usuaria de los servicios de salud, a través del aprendizaje social, permite prevenir mayores infecciones mediante la educación para la salud.

El personal de Trabajo Social da respuestas a problemáticas sanitarias, por lo que se considera necesario que la intervención sea planeada en cuestiones más cuantitativas para tener la posibilidad de evaluar el impacto de su intervención.

## REFERENCIAS

- Mendoza, C. y M. Suárez (2020), “Reconversión hospitalaria ante la pandemia de COVID-19. México”, *Revista de Anestesiología*, 43(2): 151-156.
- Secretaría de Gobernación (2020), “Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)”, *Diario Oficial de la Federación*, 30 de marzo, <dof.gob.mx/nota\_detalle.php?codigo=5590745&fecha=30/03/2020>.
- Secretaría de Salud (2020), “Guía de intervención de Trabajo Social ante la contingencia Covid-19”, abril.

## ANEXO I



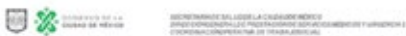
### OBJETIVO

Contribuir en los procesos de atención médico social ante la contingencia del COVID-19 en la Red de Unidades Hospitalarias que integran la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y en fortalecimiento a las acciones de prevención emitidas por la Secretaría de Salud Federal.



### INDICE

- 1.- ESTUDIO SOCIAL Y NOTA DE TRABAJO SOCIAL
- 2.- EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD
- 3.- ORIENTACIÓN SOCIAL
- 4.- VIOLENCIA DE GÉNERO
- 5.- PERSONAS EN CALIDAD DE DESCONOCIDAS
- 6.- EXENTO DE PAGO



### 2.- EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD

Fortalecer la acción concertada "Organización de Grupos Informales de Promoción a la Salud" como se tiene programado en cada Unidad Hospitalaria, mediante:

- ✓ pláticas informativas
- ✓ periferoneo continuo y permanente hasta la conclusión de la contingencia.



Con énfasis en los siguientes temas:



Como medida de prevención se suspende la elaboración del formato denominado Lista de Asistencia, para ello, solo se contabilizará el número total de asistentes.

SECRETARÍA DE SALUD Y COORDINACIÓN MÉDICA  
SUBSECRETARÍA DE PROMOCIÓN, EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN  
COORDINACIÓN GENERAL DE TRABAJO SOCIAL

**Con énfasis en los siguientes temas:**

Como medida de prevención se suspende la elaboración del formato denominado **Lista de Asistencia**, para ello, solo se contabilizará el número total de asistentes.

SECRETARÍA DE SALUD Y COORDINACIÓN MÉDICA  
SUBSECRETARÍA DE PROMOCIÓN, EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN  
COORDINACIÓN GENERAL DE TRABAJO SOCIAL

**3.- ORIENTACIÓN SOCIAL**

**b) Orientación social en caso de defunción:**

SECRETARÍA DE SALUD Y COORDINACIÓN MÉDICA  
SUBSECRETARÍA DE PROMOCIÓN, EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN  
COORDINACIÓN GENERAL DE TRABAJO SOCIAL

**4.- VIOLENCIA DE GÉNERO**

Debido a la intensificación de la convivencia familiar, la crisis económica de la familia, existe la posibilidad del incremento de los eventos de violencia de género, ante ello, se reforzarán las acciones de:

- ✓ Educación y promoción a la salud con contenidos que refrenden la prevención de la violencia de género.
- ✓ Referencia a las Unidades Especializadas (Fiscalía, Refugios, Juzgados para ordenes de protección de niñas, niños y adolescentes).
- ✓ Orientación para la atención de la interrupción del embarazo a través de la referencia a las Unidades Hospitalarias que cuenten con servicio de I.E. o ME, siendo las siguientes:
  - Hospital Materno Infantil Iguazapa
  - Hospital Materno Infantil Cuajalajara
  - Hospital Materno Infantil Toluca
  - Hospital Materno Perinatológico Infantil Xochimilco
  - Hospital Materno Infantil Cuajalajara

SECRETARÍA DE SALUD Y COORDINACIÓN MÉDICA  
SUBSECRETARÍA DE PROMOCIÓN, EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN  
COORDINACIÓN GENERAL DE TRABAJO SOCIAL

**5.- PERSONAS EN CALIDAD DE DESCONOCIDAS**

En caso de que el usuario llegue a la Unidad Hospitalaria en calidad de desconocido, el equipo de salud deberá llenar el formato denominado **"Media filiación de pacientes en calidad de desconocidos"** y Trabajo Social realizar el reporte a las instancias correspondientes según sea el caso (FIPADE, LOCATEL, etc.)

Es indispensable el seguimiento de caso hasta el egreso del usuario de la Unidad Hospitalaria.

Llevar una carpeta de control para que los familiares identifiquen al paciente a través de su media filiación ya que no podrán pasar a reconocerlo de manera directa, como parte de la prevención al contagio.

SECRETARÍA DE SALUD Y COORDINACIÓN MÉDICA  
SUBSECRETARÍA DE PROMOCIÓN, EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN  
COORDINACIÓN GENERAL DE TRABAJO SOCIAL

**6.- PASE DE EXENTO**

En apego al Decreto

**AVISO POR EL QUE SE DA A CONOCER LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA SANITARIA POR CASOS DE FUERZA MAJOR DEL CONSEJO DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN CONCORDANCIA CON LA EMERGENCIA SANITARIA DECLARADA POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL, PARA CONTROLAR, MITIGAR Y EVITAR LA PROPAGACIÓN DEL COVID-19**

TERCERO Se instruye a la Secretaría de Salud, a la Secretaría de Administración y Finanzas, a los órganos desconcentrados Agencia Digital de Innovación Pública y Sistema de Agua de la Ciudad de México para que, dentro del ámbito de sus atribuciones, realicen las acciones necesarias y pertinentes para la atención de la presente emergencia sanitaria.

Elm. "Se realiza pase de exento de acuerdo al artículo 7 del Aviso que al que se da a conocer la declaración de Emergencia Sanitaria 050 de la CGAR, 31 de Marzo 2020"

SECRETARÍA DE SALUD Y COORDINACIÓN MÉDICA  
SUBSECRETARÍA DE PROMOCIÓN, EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN  
COORDINACIÓN GENERAL DE TRABAJO SOCIAL

Ante la contingencia que el país está viviendo, mi más sincero reconocimiento al personal de Trabajo Social por su compromiso ético y su responsabilidad social ante esta emergencia sanitaria, cumpliendo con su deber en la prevención, atención y promoción de la salud, a partir de su intervención social con los usuarios y sus familias.

Gracias

Mtra. Verónica Martínez Velasco  
Coordinadora Operativa de Trabajo Social

# LA FUNCIÓN GERENCIAL DE TRABAJO SOCIAL EN HOSPITALES RECONVERTIDOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19: RETOS Y APRENDIZAJES

*Francisco de la Rosa Ávila  
Verónica Fernández Fuentes  
Maribel Maldonado Pérez*

## INTRODUCCIÓN

El Trabajo Social es la única profesión que tiene como objeto de intervención las necesidades y problemas sociales, y está orientada a participar en ellos de manera profesional, integrando en los modelos de actuación los saberes de su especificidad; sus orígenes y su historia se han marcado por diferentes periodos y contextos. El cambio significativo del Trabajo Social abarca desde lo conceptual hasta la forma de abordar el estudio de los problemas y necesidades sociales, a través de una herramienta metodológica, en los diferentes ámbitos de actuación profesional en los que tiene injerencia. De ahí que conceptualizar al Trabajo Social nos lleve a hablar de sus potencialidades, de no perder su especificidad, sino de fortalecerla y consolidarla, ya que como profesión es la única centrada en lo social.

Para fines de este capítulo se retoma una definición que propone la Federación Internacional de Trabajo Social (FITS, 2014):

El Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el empoderamiento y la liberación de las personas. Los principios de justicia social, derechos humanos, responsabilidad colectiva y respeto por la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldado 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 abordar los desafíos de la vida y mejorar el bienestar.

A partir de la definición anterior se menciona que el Trabajo Social como profesión está llamada a realizar un papel clave, reforzando su perfil de profesión práctica orientada a intervenir con la sociedad en la construcción de soluciones a la problemática que le aqueja, fortaleciendo su perfil interdisciplinario, consolidando con ello su quehacer profesional. Todo, en conjunto, representa su capital cognitivo más importante.

Hablar del Trabajo Social desde el área de la salud implica exponer la realidad vivida en los hospitales reconvertidos del Instituto Mexicano del Seguro Social, en donde tanto el personal gerencial como el operativo son testigos de los alcances que tiene la presencia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el desarrollo de sus funciones, así como en la salud-enfermedad del grupo de colegas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2020) el padecimiento denominado COVID-19, causante de la primera pandemia del siglo XXI y ocasionada por el nuevo virus SARS-CoV-2, por primera vez se presenta a finales del año 2019 en un grupo de personas que manifiestan “neumonía vírica”, lo que ocurre en Wuhan, República Popular China. A partir de ese momento los costos humanos que ha dejado esta pandemia son cuantiosos.

Con base en los datos emitidos por el Gobierno de México, mediante el informe de casos registrados por COVID-19 y elaborado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), desde febrero de 2021 y hasta la semana epidemiológica núm. 18 en nuestro país se reporta un total de 5 745 652 casos de contagio confirmados y 324 465 defunciones, cifras que dan muestra del impacto en el ámbito nacional, que trastoca todas y cada una de las esferas de la sociedad moderna (Conacyt, 2022).

Ante este panorama México asume el plan institucional de respuesta para mitigar y combatir los efectos de la nueva pandemia en la salud de la población. Las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud se ven impactadas en los servicios de atención ofertados. En el caso específico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), reconocido como el principal proveedor de seguridad social para las familias mexicanas, se impulsan medidas de atención estratégicas para pacientes con esta enfermedad.

En consecuencia, el IMSS se expande y de manera anticipada abre unidades hospitalarias en todo el país con camas disponibles y el personal de salud necesario para enfrentar con eficacia el incremento de casos por contagio. En febrero de 2020 ya se tienen 463 camas, en abril se confirman 1 926 casos de contagio y con la reconversión hospitalaria se alcanza la cifra de 5 228 camas distribuidas en 110 hospitales en México; mientras que durante la etapa más crítica 19 999 (Comunicación Social del IMSS, 2021). Los datos mencionados son el resultado del trabajo de miles de trabajadoras/es de la salud, quienes, con dedicación y entereza, han contribuido en el control de la contingencia sanitaria de nuestro país.

Algunos antecedentes indican que el Instituto Mexicano del Seguro Social hace presencia en la atención a la salud y en la protección social de los mexicanos desde su fundación en 1943 y es un pilar de la seguridad social al ofertar servicio médico en los tres niveles de atención.

Al cierre de 2020 se registran 19 773 772 personas afiliadas, las cuales son atendidas en 1 829 unidades médicas distribuidas de la siguiente manera: 1 527

unidades para el primer nivel de atención, 249 para el segundo nivel y 36 unidades destinadas al tercero. En el ámbito nacional se tienen 17 unidades de apoyo que albergan a 348 917 trabajadoras/es de la salud en los diferentes nosocomios.

En cuanto al personal operativo de Trabajo Social, éste suma un total de 4 948 trabajadoras/es sociales, de los cuales 451 ocupan las jefaturas de Trabajo Social distribuidas en el país (IMSS, 2020).

## GERENCIA SOCIAL

Se considera a la gerencia social como un campo disciplinar del Trabajo Social, con implicaciones dentro del espacio administrativo y organizacional, en donde la toma de decisiones tiene importantes alcances para el bienestar y desarrollo colectivo o individual, en respuesta a las necesidades de salud del sector vulnerable que acude a los nosocomios.

La pandemia por COVID-19 ha representado un problema de salud impactante en la historia de la humanidad, generando procesos de decisión altamente significativos en el ámbito institucional. La visión tradicional de la gerencia social ha tenido diversas interpretaciones que orientan hacia la toma de nuevas decisiones, de potenciar la capacidad de la gestión y proyectar la autonomía en los diferentes grupos, es decir, nos invita a no perder de vista la dimensión multidisciplinar del saber, preparando acciones que involucren una mirada más integral en la gestión en busca de la protección social desde los acuerdos y no desde la imposición.

En el contexto del Instituto Mexicano del Seguro Social, las unidades médicas son unidades operativas que funcionan de manera autónoma en los estados, brindando servicios a la población local y representan el campo de acción del personal gerencial de Trabajo Social. Conforme a la estructura, las unidades médicas son parte de la Coordinación Delegacional de Trabajo Social que pertenece a los 35 Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) (IMSS, 2022). En consecuencia, establecen las actividades y responsabilidades de sus funcionarios en el cumplimiento de las distintas normativas establecidas por el Instituto.

Un marco de referencia sobre la definición de administración es el siguiente:

Es la planeación, organización, dirección y control de los recursos humanos y de otra clase, para alcanzar con eficiencia y eficacia, las metas de la organización (Jones y George, 2010: 5).

Es el arte o técnica de dirigir e inspirar a los demás, con base en un profundo y claro conocimiento de la naturaleza humana (Mooney en Reyes, 2014: 16).

Conjunto sistemático de reglas para lograr la máxima eficiencia en las formas de manejar y estructurar un organismo social (Reyes, 2014: 26).

El proceso administrativo (y por ende gerencial) se sustenta en los 14 principios de la administración según Fayol (1916: 23); principios que tienen como objetivo desarrollar de forma adecuada el proceso administrativo:

1. División del trabajo
2. Autoridad
3. Disciplina
4. Unidad de mando
5. Unidad de dirección
6. Subordinación del interés individual (al interés general)
7. Remuneración
8. Centralización (descentralización)
9. Cadena escalonada (línea de autoridad)
10. Orden
11. Equidad
12. Estabilidad
13. Iniciativa
14. Espíritu de cuerpo

## CONTEXTUALIZACIÓN

El estudio de la función gerencial desde el Trabajo Social en hospitales de segundo nivel de atención, parte de los dos marcos procedimentales bajo los cuales operan las Unidades Médicas de Segundo Nivel de atención del IMSS:

- a) Procedimiento para la gestión directiva del Departamento de Trabajo Social con número de registro 2660-003-027 y fecha de actualización el 30 de abril de 2021. Su objetivo es planear, organizar, dirigir y supervisar los recursos con los que se cuentan, para que de manera efectiva se lleven a cabo los procesos sustantivos de Trabajo Social con la finalidad de brindar atención oportuna, eficiente y de calidad.
- b) Procedimiento para la intervención de Trabajo Social con número de registro 2660-003-071 y fecha de consolidación al 30 de abril de 2024. Su objetivo es estandarizar la intervención de Trabajo Social para proporcionar atención oportuna, eficiente, de calidad y trato digno a los derechohabientes.



Los procesos sustantivos de Trabajo Social a considerar derivan del siguiente marco de Procedimiento de Gestión Directiva del Departamento de Trabajo Social:

- Investigación social: tiene como objetivo principal identificar y analizar las condicionantes sociomédicas que influyen en el proceso de salud-enfermedad de la población derechohabiente, y para su desarrollo se contemplan tres vertientes: investigación de casos, investigación socio médica e investigación en servicios de salud.
- Proceso educativo: su finalidad es realizar acciones de educación para la salud con la población derechohabiente conforme a los principales problemas de salud o de motivos de egreso hospitalario de la unidad y las necesidades específicas de la población; busca desarrollar habilidades y fomentar conductas de autocuidado de la salud, del paciente y su familia con un enfoque integral.
- Proceso de reintegración: el propósito es reintegrar a su control médico o social a los pacientes de riesgo alto, integrados en programas prioritarios y/o especiales que no acuden a sus citas programadas.
- Proceso de apoyo social: busca identificar, coordinar y concertar acciones con organismos intra y extrainstitucionales de bienestar familiar, además de identificar los recursos familiares e individuales que permitan desarrollar sus potencialidades, a fin de complementar el tratamiento médico, prevenir los daños a la salud y coadyuvar a la reintegración oportuna del paciente a su ambiente familiar, laboral y social.

La población de estudio se integra por 10 jefaturas de Trabajo Social, nueve de ellas correspondientes a Hospitales COVID-19 de segundo nivel de atención y una al Centro de Atención Temporal; entre todas éstas tienen a su cargo 188 trabajadoras/es trabajadores sociales.

*Pregunta de investigación:* ¿Cuáles son los principales retos y aprendizajes enfrentados por las y los jefes de Departamento de Trabajo Social durante la pandemia por COVID-19?

*Objetivo general:* conocer los retos y aprendizajes que desafía el personal gerencial de Trabajo Social de las Unidades Médicas incorporadas al Órgano Operativo de Administración Desconcentrada del Sur del Distrito Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) durante el contexto de la pandemia por COVID-19, a fin de generar propuestas de intervención ante la nueva normalidad.

*Objetivos específicos:* 1) Registrar las funciones que derivan del proceso administrativo del Trabajo Social operativo, y que son de alta demanda de atención e intervención por el personal gerencial. 2) Destacar el perfil profesional que tiene el personal gerencial por antigüedad laboral, cargo asumido y grado de estudios.

3) Documentar las medidas preventivas en materia de salud mental, emocional y de estrés laboral que han tomado los trabajadores y las trabajadoras sociales afectados por la contingencia sanitaria.

*Metodología:* la investigación es de tipo exploratorio y transversal. Se utiliza un muestreo no probabilístico y la población de estudio se conforma por 10 trabajadoras sociales que se desempeñan en el cargo de Jefatura en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención del Órgano Operativo de Administración Desconcentrada del Sur del Distrito Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Las unidades médicas participantes son nueve hospitales y un centro de atención temporal. Se maneja un instrumento en formulario de Google Forms, compuesto por tres apartados: a) labor gerencial, salud mental y emocional, y perfil profesional, con 15 reactivos de respuesta de opción múltiple y respuesta abierta. Se aplica de manera virtual y anónima, utilizando el correo electrónico de los participantes. La aplicación se realiza durante el primer semestre de 2021. Al final del proceso se obtienen nueve instrumentos contestados y uno anulado, del cual se desconoce a qué Unidad Médica corresponde por el anonimato que prevalece.

## RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan exponen los retos y aprendizajes que desafían al personal de Trabajo Social en materia de proceso gerencial, salud mental y emocional, así como el perfil profesional durante la pandemia.

### *Proceso gerencial*

El proceso gerencial aborda los efectos derivados de la contingencia sanitaria por COVID-19:

- Actividades gerenciales: entre las actividades que tienen significancia en el trabajo con el personal operativo destacan: capacitación (22.2%); adiestramiento sobre medidas de bioseguridad, así como supervisión y asesorías relacionadas con las estrategias implementadas para la atención de pacientes COVID-19 (22.2%); elaboración de informes mensuales y reportes extraordinarios (22.2%); juntas periódicas y reuniones de difusión (11.2%). Mientras que varios de los participantes consideran que todas las actividades mencionadas constituyen un desafío para el personal gerencial (22.2%).
- Manejo del personal: 44.5% del personal gerencial opina que la resistencia del personal operativo para realizar actividades en el servicio para pacientes COVID-19 predomina; 33.3% piensa que son otros los factores y sólo 22.2%

señala que el problema se debe a la reorganización del personal operativo y de los espacios asignados para Trabajo Social.

- Intervención del personal gerencial: en relación con las situaciones de atención a pacientes con contagio por COVID-19 y en los cuales es necesaria la intervención del Trabajo Social, se encuentra que 44.5% tiene una participación activa de más de una vez al día; 22.2% colabora de entre una y tres veces por semana y hasta más de cuatro veces; sólo 11.1% no contribuye.
- Retos gerenciales: la participación activa que sostiene el personal gerencial de Trabajo Social implica retos importantes entre los que destacan el control de personal y coberturas (44.4%), la implementación de medidas para la atención de pacientes COVID-19 y sus familiares (44.4%) y la coordinación con otras áreas y/o jefaturas del hospital (11.2%).
- Estrategias implementadas: las estrategias como parte complementaria de los retos que dan soporte y rumbo a la atención de los servicios en las áreas operativas y gerenciales del Trabajo Social son las siguientes: la capacitación al personal y el acompañamiento durante sus intervenciones (33.4%); las reuniones de sensibilización al personal y la información de avances (22.2%); la implementación de métodos específicos de trabajo derivados del manual de procedimientos de Trabajo Social (22.2%), y otras estrategias (22.2%).
- Factores que impactan en la cobertura de servicios de Trabajo Social: entre los servicios que se ven alterados por la contingencia sanitaria están las actividades que tienen afectación por la ausencia de personal operativo: en apego a los convenios sindicales para trabajadores en situación de riesgo y/o licencias sindicales (55.6%); por razones de incapacidad por contagio (11.1%); el ausentismo no programado (11.1%); todos los factores nombrados están implicados en igual importancia en la cobertura de los servicios (22.2%).
  - Incapacidades: de 14 a 21 días 55.6%; de 8 a 14 días 33.3% y por más de 21 días 11.1%. La asignación de los días de incapacidad otorgados al personal de Trabajo Social se determina en concordancia con el tiempo de antigüedad laboral cumplida (IMSS, 2020). Esto nos habla de lo complicado que es mantener la cobertura óptima de los servicios, lo que lleva a las jefaturas de Trabajo Social a implementar medidas extraordinarias, como asignar más de un servicio por trabajadora social, la reasignación de descansos o diferimiento de vacaciones programadas, con el objetivo de mantener a las diferentes áreas en funcionamiento.
  - Personal con contagio: las jefaturas de Trabajo Social gerencial reportan que en seis de los servicios a su cargo se presentan de cuatro a siete colaboradoras contagiadas; en otros dos servicios el virus contamina de dos a tres trabajadoras sociales y sólo en un servicio el contagio se extiende a

trece de las trabajadoras operativas. Los datos registran un total de 51 casos de contagio, que representan 27.1% de la plantilla conformada por 188 trabajadoras/es sociales operativos que laboran en los hospitales y unidades médicas estudiadas. Estos datos al contrastarse con los emitidos por el Gobierno federal y la Secretaría de Salud con fecha al 21 de junio de 2021 reportan 30.8% del total de contagios en el rubro de “Otros trabajadores de la salud”. Sin embargo, no se localiza información específica del personal de Trabajo Social, por lo que no existe forma de profundizar en este punto (Secretaría de Salud, 2021).

### *La salud mental y emocional del personal gerencial de Trabajo Social*

Son las afectaciones en la salud mental, emocional y de estrés laboral (síndrome de *burnout*) que presenta el personal de Trabajo Social en tiempos de contingencia sanitaria, así como de las estrategias y acciones de atención.

- Apoyo y atención profesional: 55.6% del personal operativo de Trabajo Social ha pensado buscar apoyo de tipo emocional por razones de carga de trabajo o estrés laboral o síndrome de *burnout*; 22.2% ha recibido atención profesional de psicólogos y psiquiatras; 22.2% el soporte emocional ha sido brindado por familiares y/o amigos; mientras que el 44.4% restante considera no necesitarlo.
- Afectaciones: 55.5% considera haber descuidado su persona y presentar cambios en sus hábitos alimenticios, de sueño y abandono de actividades recreativas. Mientras que 33.4% dice no haber dejado nada y sólo 11.1% reporta un poco de descuido.
- Acciones de atención: algunas de las medidas implementadas para el cuidado de la salud mental han sido: meditación, musicoterapia y espiritualidad (44.5%); autocuidado mediante alimentación sana y sueño (33.3%); buscar apoyo profesional, medicación y mantenerse informado (22.2%).

### *El perfil profesional del personal gerencial de Trabajo Social*

Como parte de los retos que se enfrentan destaca uno de los elementos que define el perfil profesional de Trabajo Social y es la experiencia profesional.

- Antigüedad laboral del personal gerencial de Trabajo Social en el área de la salud: entre 21 y 25 años 55.6%; de 15 a 20 años 33.3%; más de 26 años 11.1%. Por otra parte, en cuanto a la experiencia gerencial específica 55.5% de 1 a 5 años; 22.2% ha permanecido en dicho puesto de 6 a 10 años y en

igual porcentaje se encuentra el personal de más de 10 años de experiencia gerencial. Como dato significativo de la experiencia profesional de trabajadoras/es sociales operativos y de la gerencia son las emergencias sanitarias por la enfermedad de influenza H1N1 y aquellas otras derivadas de acontecimientos naturales como el sismo del año 2017.

### *Formación académica*

En lo que respecta al último grado de estudios del personal gerencial de Trabajo Social se menciona que 66.7% tiene licenciatura; 22.2% cuenta con estudios de posgrado y 11.1% sólo carrera técnica.

### CONCLUSIONES

Los enunciados que a continuación se exponen son resultado de lo explorado en el campo profesional del trabajador social operativo y gerencial, durante el tiempo de pandemia por COVID-19.

1. El estudio permite visibilizar la labor gerencial en Trabajo Social, compartir y aprender de las experiencias, transmitir las estrategias de mejora y las acciones implementadas con miras a sentar las bases para el desarrollo de nuevos proyectos gerenciales de Trabajo Social, que potencialicen la labor cotidiana que emerge de las diferentes áreas de actuación profesional.
2. La investigación es una oportunidad para indagar y explorar sobre el tema, dando apertura a futuras investigaciones con la finalidad de contrastar los resultados obtenidos.
3. A raíz de que el Trabajo Social gerencial se ve comprometido a intervenir en los diferentes servicios que se perciben alterados por las ausencias del personal operativo, se propone el diseño de protocolos de actuación emergentes o métodos específicos de trabajo que prioricen las funciones esenciales sobre las secundarias en situaciones extraordinarias, como lo es la pandemia por COVID-19.
4. La capacitación continua y actualizada, la supervisión y el proceso interactivo con el personal operativo son las principales funciones gerenciales de Trabajo Social.
5. La retirada de personal operativo de Trabajo Social de sus servicios implica el reacomodo de los trabajadores en los diferentes espacios de atención, por lo que se propone un análisis de lo acontecido con el objetivo

- de establecer mecanismos de participación y organización del personal gerencial que garantice el funcionamiento adecuado de los servicios.
6. Se considera importante estudiar de manera más puntual el problema del *burnout* laboral y sus afectaciones a la salud mental, bajo el método de Trabajo Social individualizado y/o grupal.

## REFERENCIAS

- Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías-Conacyt (2022), “COVID-19, México”, <datos.covid-19.conacyt.mx/>.
- Fayol, H. (1916), *Administración industrial y general*, 14ª edición, Argentina: El Ateneo.
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2014), “Definición global de Trabajo Social”, <ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2020), “Com. 147. Aprueba Consejo Técnico del IMSS permiso para facilitar trámite de incapacidad en línea por contingencia de COVID-19”, <gob.mx/imss/prensa/com-147-aprueba-consejo-tecnico-del-imss-permiso-para-facilitar-tramite-de-incapacidad-en-linea-por-contingencia-de-covid-19?idiom=es>.
- Instituto Mexicano del Seguro Social-IMSS (2021), “IMSS respondió a pandemia de COVID-19 con reconversión de casi 20 mil camas y expansión de unidades hospitalarias”, <imss.gob.mx/prensa/archivo/202106/248#:~:text=Para%20hacer%20frente%20a%20la,abrir%20de%20manera%20anticipada%20unidades>.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2022), “Estructura orgánica”, 11 de mayo, <imss.gob.mx/conoce-al-imss/estructura#:~:text=Es%20la%20autoridad%20suprema%20del,Organizaciones%20de%20Trabajadores>.
- Jones, Gareth R. y Jennifer M. George (2010), *Administración contemporánea*, 6ª edición, México: McGraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud (2020), “Información básica sobre la COVID-19”, <who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.
- Reyes, A. (2014), *Administración de empresas. Teoría y práctica* (1ª parte), México: Limusa.
- Secretaría de Salud (2021), “Personal de salud, COVID”, <gob.mx/cms/uploads/attachment/file/648792/PERSONALDESALUD\_21.06.21.pdf>.

# PERFIL DEL USUARIO Y LA VOZ DE FAMILIARES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19: EL CASO DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ” DE LA CIUDAD DE MÉXICO

*José Luis Alfaro Hernández  
María Soledad Norma Arzate Rodríguez  
Susana Alatraste Aguilar*

## INTRODUCCIÓN

En este capítulo se relata la experiencia recuperada en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”, perteneciente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, el cual se transforma en Hospital COVID-19 en tiempos de pandemia. De forma tal que se considera necesario conocer el perfil sociodemográfico de la población que ingresa a hospitalización del 8 de abril al 31 de mayo de 2020, con un total de 640 pacientes, así como recuperar las voces y los deseos de las familias de pacientes hospitalizados. Las variables consideradas son las siguientes: nivel socioeconómico, sexo, vivienda, tipo de vivienda, estado civil, escolaridad, número de integrantes del sistema familiar, empleo, ingreso económico, tipo de familia, roles en la familia y lugar de procedencia.

En lo que respecta al momento cualitativo se observa que el COVID-19 transforma la dinámica de las personas en todos los ámbitos, desde la interacción hasta los procesos en las instituciones de salud, sin dejar de señalar el fallecimiento de algunos pacientes. Todo ello muestra los cambios y resistencias en los aspectos socioculturales. La pandemia es el parteaguas, hay un antes y un después del COVID-19, toda vez que este momento abre un espacio para el desarrollo de trabajos desde la perspectiva de las personas, a partir de cómo vivieron los momentos de enfermedad, tratamiento, recuperación y en algunos casos fallecimiento.

Por tanto, la investigación cualitativa nos permite recuperar las experiencias de las personas con familiares ingresados al hospital de especialidades, de modo que hablamos, entonces, de una cuestión social. La investigación cualitativa realizada por antropólogos y otros profesionales se considera “blanda” y no como una verdadera “ciencia”. Los resultados podrían ser interesantes –“historias” fascinantes– pero no representan la “realidad”. No obstante, el patólogo Alemán Virchow argumenta, hace ya más de un siglo, que la medicina, y no sólo la salud pública, es básicamente una ciencia social, y que a menos que se asuma una perspectiva

antropológica, los problemas de salud pública no se comprenden ni se encuentran soluciones viables para ello (Nigenda y Langer, 1995: 11).

Trabajo Social, como miembro de las ciencias sociales, debe documentar la realidad a partir de reconstruir el discurso, el relato y contextualizarlo, en este caso desde el campo de la salud, en donde a diario se presentan experiencias que no se visibilizan y quedan sólo en la memoria de quienes las viven. Por ello, es necesario traer a la luz lo que se ha vivido en los hospitales denominados COVID-19.

Si nos referimos a experiencias y vivencias los métodos cualitativos son los más idóneos para documentar los sucesos cotidianos de forma particular y no generalizables; observar la realidad desde la perspectiva de quienes la experimentan permite conocer de cerca el fenómeno, en este caso el SARS CoV-2. Mostrar que el SARS-CoV-2 ha modificado la realidad social de las personas, tanto de quienes lo han padecido como de quienes aún no. Además, no sólo las personas se han visto afectadas, sino también el sistema de salud, las dinámicas se alteraron y se deben tomar medidas sanitarias para evitar un mayor número de contagios y, en su caso, complicaciones.

El COVID-19 es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS tiene noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de “neumonía vírica” que se había declarado en Wuhan, República Popular China (OMS, 2020).

Los métodos cualitativos permiten considerar dimensiones de la interacción social que difícilmente pueden ser abordados por otros métodos. Además, son adecuados para identificar elementos que influyen de manera importante en las concepciones y prácticas de quienes intervienen en el proceso de planeación, otorgamiento y recepción de los servicios médicos (Nigenda y Langer, 1995: 15).

## EL COVID-19 COMO MODIFICADOR DE LA DINÁMICA SOCIAL

El COVID-19 marca un parteaguas para toda la humanidad, ahora se tiene un antes y un después de la pandemia. El momento histórico que nos ha tocado vivir en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” de la Ciudad de México provoca cambios en todo el personal de salud en cuanto a la manera de desarrollar nuestras actividades. En el caso de Trabajo Social la mayoría de las actividades que se venían realizando cara a cara con los familiares de los pacientes se modifica con el distanciamiento social obligatorio.

Ante el nuevo panorama de salud que se vive, el riesgo de contagio y el alto grado de mortalidad que provoca el SARS-CoV-2, en ese momento, genera que la atención que se brinda a los familiares de pacientes cambie. Por ello, la Coordinación de



Trabajo Social diseña y entrega a los Hospitales de la Red del Gobierno de la Ciudad de México un instrumento titulado “Guía de intervención de Trabajo Social ante la contingencia COVID-19”, en la que se brindan recomendaciones para evitar contagios entre el personal de salud y la población usuaria.

Trabajo Social se convierte en el enlace entre los pacientes y sus familiares, bien sea por videollamadas o mediante cartas, para tener acceso a estos momentos de oro se abre la puerta hacia la investigación cualitativa, ya que este enfoque permite traer a la luz todo lo que se escucha y se dice en el Hospital.

Ante este momento histórico, la Lic. María Soledad Norma Arzate Rodríguez, jefa de Trabajo Social del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” de la Ciudad de México, la Mtra. Susana Alatraste Aguilar y el Mtro. José Luis Alfaro Hernández se organizan para recuperar las cartas y carteles realizados por los familiares, así como las conversaciones que realizan pacientes y familiares. La información se registra en el diario de campo y se transcribe en documentos de Word. La manera de recuperar la información es la siguiente:

- Durante el informe del estado de salud brindado por el equipo médico por vía telefónica, en el diario de campo se registra tanto lo que se les dice a familiares como sus reacciones.
- En el caso de las videollamadas efectuadas entre los pacientes y sus familiares en el diario de campo se registra lo que expresan y gesticulan.
- Los familiares escriben cartas a los pacientes en las que les expresan palabras de aliento, y rememoran momentos que habían vivido antes de la pandemia.
- En cartulinas los familiares escriben palabras de aliento dirigidas al personal de salud.

Además, con la finalidad de conocer las características sociodemográficas del paciente y su familia se diseña un formato en Excel para recuperar información referida a: nivel socioeconómico, sexo, vivienda, tipo de vivienda, estado civil, número de integrantes en el sistema familiar, empleo, ingreso económico, tipo de familia, roles en la familia y lugar de procedencia.

En lo referente a aspectos éticos, a familiares de pacientes hospitalizados que realizaron cartas y carteles se les solicitó que brindaran su consentimiento para su publicación con fines de investigación, apeándonos a la Declaración de Helsinki.

### *Perfil sociodemográfico*

La información recuperada corresponde a 640 pacientes que ingresan al Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” de la Ciudad de México del 8 de abril al 31 de mayo de 2020. A continuación, se muestran los resultados de cada variable.

- Nivel socioeconómico asignado:

<i>Núm.</i>	<i>Nivel</i>	<i>Escala de calificación</i>	<i>Porcentaje</i>
1	1X	0 a 4 puntos	15%
2	1	5 a 9 puntos	62%
3	2	10 a 15 puntos	18%
4	3	16 a 20 puntos	4%
5	4	21 a 26 puntos	1%

- Sexo: 72% hombres y 28% mujeres.
- Vivienda: 37% propia, 33% rentada y 30% prestada.
- Tipo de vivienda: 70% grupo 3 (departamento o casa popular en unidades habitacionales de interés social), 26% grupo 2 (vecindad o cuarto de servicio o azotea) y 4% grupo 1 (casa rural, refugio, cuarto redondo o sin vivienda).
- Estado civil: 47% casada(o), 31% soltera(o), 10% separadas(os), 6% viuda(o) y 5% divorciada(o).
- Escolaridad: 48% secundaria, 20% primaria completa, 15% media superior, 9% primaria incompleta, 5% profesional y 3% analfabeta.
- Número de integrantes en el sistema familiar: 81% de 1 a 4 y 19% de 5 a 7 integrantes.
- Empleo: 33% vendedores, 23% ayudantes en general, 15% desempleados, 14% trabajadores no calificados, 5% operadores de máquinas, 3% empleados de oficinas, 3% jubilados o pensionados, 3% técnicos profesionistas y 1% fuerzas armadas.
- Ingreso económico: con relación a los recursos económicos que ingresan a las familias 32% obtiene más de un salario; 25% gana hasta un salario mínimo; 18% de uno a uno y medio; 14% más de tres y hasta cuatro y medio; 5% más de cuatro y medio y hasta seis; 3% más de seis y hasta ocho salarios; 3% más de ocho y hasta 10 salarios mínimos.
- Tipo de familia: 56% nuclear, 20% extensa, 18% monoparental, 4% unifamiliar y 2% reconstruida.
- Roles en la familia: 60% tradicional, 23% compartido y 17% invertido.
- Lugar de procedencia:
  - Ciudad de México: Iztapalapa 53%, Tláhuac 14%, Xochimilco 7%, Milpa Alta 6%, Iztacalco 6%, Venustiano Carranza 4%, Gustavo A. Madero 4%, Tlalpan 2%, Coyoacán 1%, Cuauhtémoc 1%, Miguel Hidalgo 1% y Azcapotzalco 1%.
  - Estado de México: Nezahualcóyotl 24%, Valle de Chalco Solidaridad 17%, Chalco 10%, Ecatepec de Morelos 9%, Chimalhuacán 7%, Ixtapaluca 7%, Naucalpan de Juárez 6%, La Paz 6%, Tlalnepantla de Baz

- 4%, Cuautitlán 3%, Coacalco de Berriozábal 1%, Tepetlixpa 1%, Tultitlán 1%, Villa de Allende 1% y Villa del Carbón 1%.
- Interior de la República: Morelos 50% y Veracruz 50%.

A continuación, se muestran los tres momentos de la información recuperada y analizada con el programa ATLAS.ti versión 8.

Tabla 1. Sistematización

<i>Proyecto</i>	<i>Documentos</i>	<i>Códigos</i>	<i>Redes</i>
Diario de Campo	1	67	1
Cartas	36	174	1
Carteles	34	114	1
Total	71	355	3

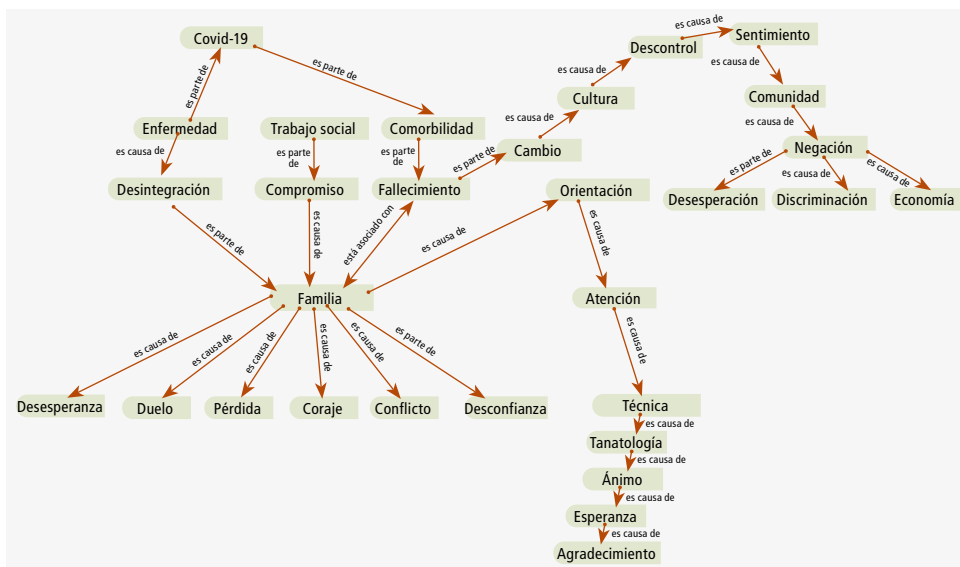
Fuente: elaboración propia.

## DIARIO DE CAMPO

Este estudio se desarrolla en las oficinas de Trabajo Social, al momento que el equipo médico brinda el reporte del estado de salud de los pacientes o al informar del egreso de paciente o al proporcionar aviso por defunción en ese instante y de forma simultánea se realiza la nota social en el expediente y las expresiones que realizan los familiares se registran en el diario de campo, luego se analiza en el programa ATLAS.ti versión 8, para obtener la red.

El esquema 1 inicia con la categoría COVID-19, enfermedad que genera desintegración en las familias, se viven momentos de desesperanza, con pérdidas en un proceso de duelo por el fallecimiento del paciente, la mayoría de las veces termina en coraje, desconfianza y en ocasiones hasta en conflicto dentro del sistema. Todo va cambiado y hasta la cuestión cultural se modifica. En ese momento no se pueden llevar a cabo los rituales que, la mayoría de las veces, reúnen a las familias, amigos y gente cercana, esa costumbre queda a un lado. De hecho, hay momentos de discriminación por no permitir el ingreso del cuerpo del fallecido a la comunidad, el temor a infectar a los otros está a flor de piel, lo que genera desesperación y un gasto económico mayor, ya que deben regresar el cuerpo bien sea para incinerarlo o sepultarlo en otro lugar que no sea su comunidad.

Esquema 1. El diario de campo



Fuente: elaboración propia.

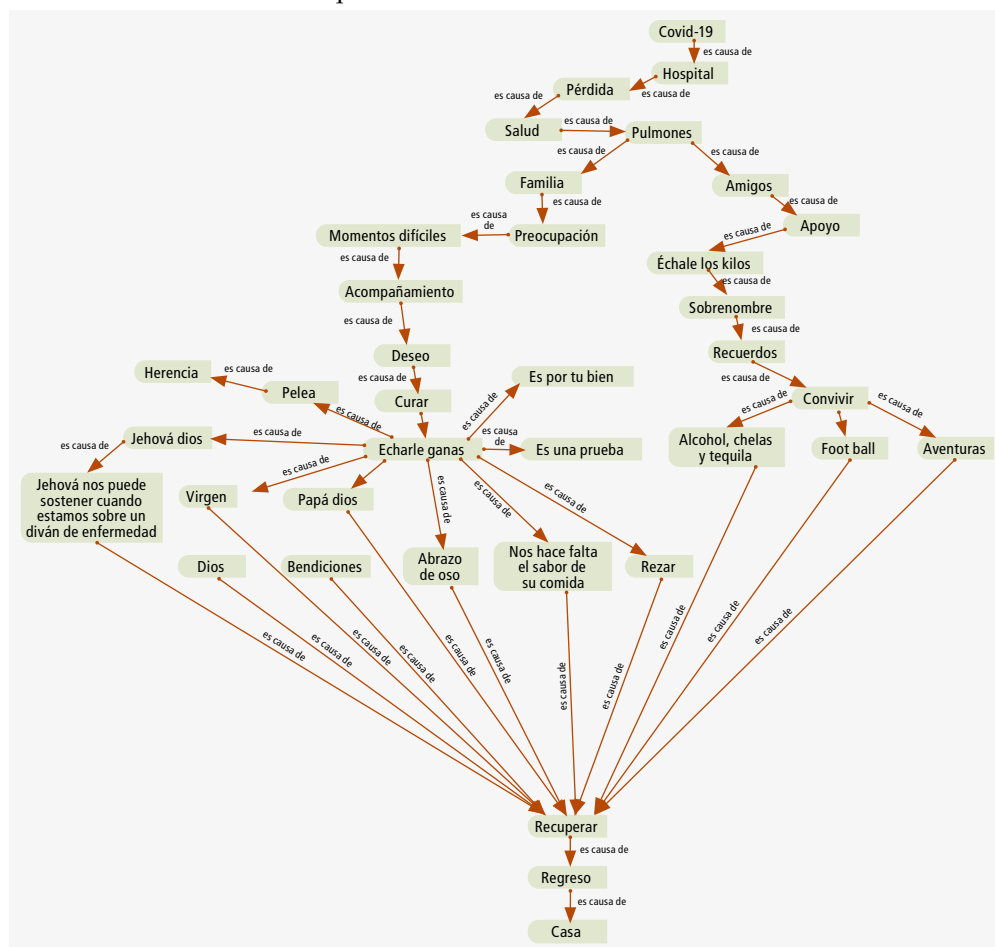
Así, se resalta que la participación de Trabajo Social tiene un papel protagónico, contribuye al enlace entre los pacientes y sus familias; muestra un gran compromiso en todo momento. En un primer instante orientar a la familia en relación con el lavado de manos, sana distancia, entre otros, para evitar mayores contagios. Por otro lado, en los casos de fallecimiento se brinda orientación en lo referente a trámites de egreso, principalmente para brindar apoyo tanatológico cuando sea requerido y se mencionan palabras de aliento. Con este tipo de atención la gente muestra agradecimiento. Se agrega que las trabajadoras/es sociales arriesgamos nuestras vidas para ayudar a los demás.

## CARTAS

Las cartas eran escritas por las familias, por los amigos o por gente cercana al paciente. La información se analiza con el programa ATLAS.ti versión 8, dando como resultado la red que se observa en el esquema 2.

El COVID-19 ocasiona que la gente ingrese al hospital por una afectación principalmente a nivel pulmonar. La desintegración que origina en el hogar, de forma intempestiva, genera que los familiares busquen un canal de comunicación con el paciente. Tanto familiares como amigos manifiestan su apoyo solidario. La familia refiere su preocupación por los momentos difíciles en los que se encuentran y, por ello, buscan dar el acompañamiento con el único deseo de curar, pero principalmente recordar los momentos que los había unido: “¡Échale ganas para que peleemos por la herencia!”, “¡Nos haces falta!”, “¡Invocando tanto a dios, a la virgen, así como a Jehová dios!”.

Esquema 2. Las cartas de familiares



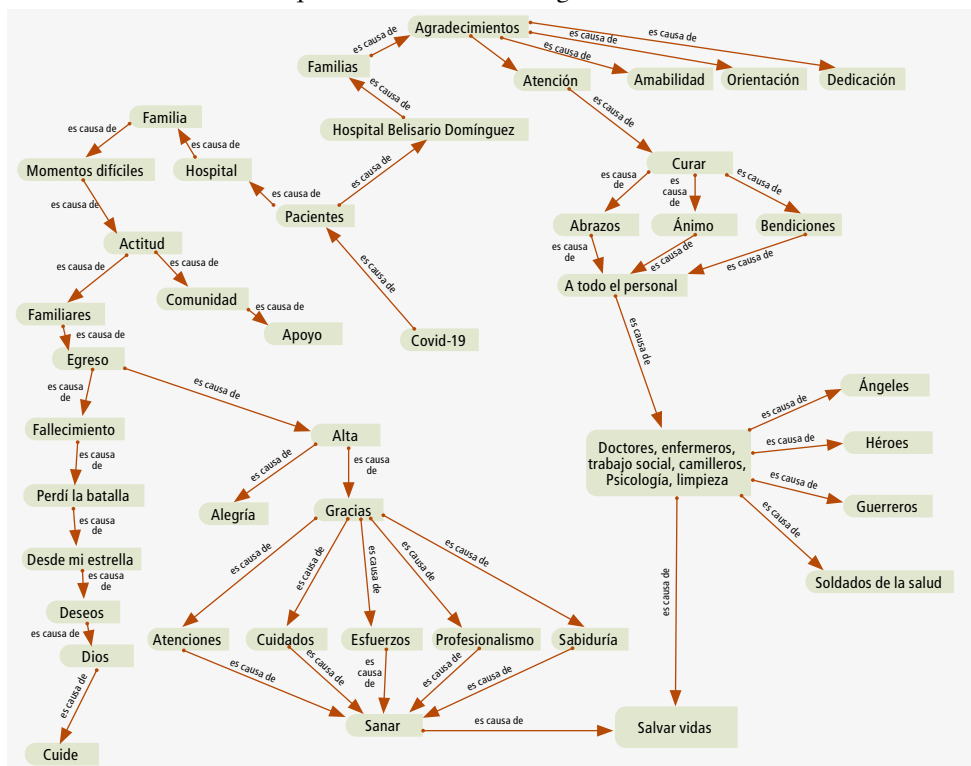
Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, el discurso de los amigos tiene la misma finalidad, pero el discurso cambia. Entre las palabras de apoyo “¡Échale kilos!”, destacando la mayoría de las veces el sobrenombre o apodo, y hacen referencia a los momentos o recuerdos de experiencias vividas durante el proceso de convivencia, como alcohol, chelas y tequila, fútbol, así como recordar las aventuras en las que habían coincidido. Al final ambos grupos coinciden en el deseo de la recuperación y el regreso a casa.

### CARTELES

En los carteles se plasman los agradecimientos de las familias hacia el personal del Hospital; se toman imágenes y procesan de igual forma en el sistema ATLAS.ti versión 8, con el resultado que se muestra en el esquema 3.

Esquema 3. Carteles de agradecimiento



Fuente: elaboración propia.

El COVID-19 provoca que las personas ingresen al hospital por contagio, por lo que las familias viven momentos difíciles y los amigos y la comunidad brindan apoyo. En el caso de fallecimiento comentan que se ha perdido una batalla, envían al personal de salud comentarios como “¡Que dios los cuide!”. Cuando se da el alta por mejoría se llenan de alegría y dan gracias por las atenciones, los cuidados, los esfuerzos, el profesionalismo, y por la sabiduría al sanar al paciente.

Asimismo, las familias agradecen por la atención, la amabilidad, las orientaciones, por la dedicación y por curar a los pacientes; envían abrazos, abrazos de oso, ánimos y bendiciones a todo el personal: doctores, enfermeros, trabajo social, camilleros, psicología, limpieza. Por nuestra labor nos dan el nombre de ángeles, héroes, guerreros y soldados de la salud al dedicarnos a salvar vidas.

## REFLEXIÓN FINAL

La pandemia por COVID-19 ha propiciado que se presenten cambios en todos los ámbitos y principalmente en el campo de la salud. El padecimiento que de origen afecta a los pulmones, y su repercusión en otros órganos, rápidamente se convierte en uno de los padecimientos que pueden equipararse con la diabetes mellitus y los infartos al miocardio por el número de fallecimientos que genera.

Esta pandemia ha mostrado no sólo la debilidad del sistema de salud, sino además el impacto en las personas que previamente presentan una o unas comorbilidades, situación que los ubica en población de mayor riesgo, aunque también se presenta en pacientes previamente sanos.

El Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” de la Ciudad de México se convierte en Hospital COVID-19, es decir, hospital de reconversión, y dejan de atenderse otros diagnósticos, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, para enfocarse únicamente al padecimiento por COVID-19.

Este cambio radical, que a todos nos toma por sorpresa, viene a revolucionar la forma de atender al paciente y su familia. Ahora, la atención cara a cara, los abrazos para brindar contención desaparecen, así como querer extender la mano y no poder o no deber hacerlo.

Todo cambia. En el caso de las familias y personas cercanas a pacientes que se infectan por SARS-CoV-2 y que ingresan al Hospital se mantienen al pendiente de su enfermo. Su anhelo es que haya una recuperación para que regrese al hogar, a los lugares de convivio.

Para Trabajo Social y para otras disciplinas es evidente la importancia de no contar con una estrategia enfocada hacia la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas, ya que son determinantes para un desenlace positivo o negativo, y asociado, en su momento, a la falta de vacunas.

De manera particular queda un gran dolor y vacío por las personas que lamentablemente fallecen y por aquellas que desarrollan una enfermedad de largo plazo. Para el Trabajo Social se presenta la oportunidad de hacer una serie de replanteamientos para atender realmente los problemas sociales de salud desde lo social, desde donde se construyen comportamientos en los que, bajo el enfoque del aprendizaje social de Bandura (1987), las personas aprenden la mayoría de sus conductas a partir de la observación, principalmente por el modelaje.

Entonces, observamos que las familias van normalizando la enfermedad que por generaciones se ha presentado en el sistema, lo que genera un mayor reto para Trabajo Social. La propuesta contribuye a recuperar información relacionada con las experiencias del paciente y su familia, deja claro que pueden tener en común un padecimiento, sólo que la forma en que lo viven es diferente. Esta diferencia nos hace voltear a observar a los sistemas como únicos e irrepetibles, cargados de una serie de experiencias e historias que dan respuesta a sus contextos.

El aprendizaje que nos dejan los estudios cualitativos abren un espacio de intervención para Trabajo Social y así comenzar a planear procesos de intervención desde la historia de vida de las personas; *hacer trajes a la medida*, no generalizar, sería una regla insoslayable en los procesos de atención a la salud.

Por tanto, consideramos que los problemas de salud deben ser atendidos a partir de aspectos sociales. De ahí que una herramienta es el abordaje desde el punto de vista cualitativo para formular estrategias a la medida de las personas y las familias, considerando sus textos y contextos.

## REFERENCIAS

- Bandura, A. (1987), *Teoría del aprendizaje social*, Madrid: Espasa-Calpe.
- Nigenda, G. y A. Langer (1995), *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización Mundial de la Salud (2020), “Información básica sobre COVID-19”, 12 de octubre, <[who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-COVID-19](https://who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-COVID-19)>.



# SATISFACCIÓN PROFESIONAL, SOBRECARGA LABORAL Y DILEMAS EN TRABAJADORAS Y TRABAJADORES SOCIALES DE HOSPITALES DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y ZONA METROPOLITANA

*Marlene Barragán Osornio*

## INTRODUCCIÓN

En el ámbito de los servicios de salud el personal enfrenta una amplia diversidad de retos en su día a día. Buena parte de estos retos se asocia, entre otras cosas, a la relación con los procesos de vida, enfermedad y muerte en un entorno de sobredemanda de servicios y limitación de recursos institucionales. Muchos son los tipos de profesionales y personal no experto (como el de limpieza) que participa en el funcionamiento de toda institución de salud.

Todas/os se implican en los procesos de la atención, advirtiendo que su servicio es más que una relación institucional, pues se llevan a casa buena parte de su cotidianidad en el trabajo. En México, aunque prima la noción de la atención médica en la figura de médicos o enfermeras, el personal de Trabajo Social ha sido sustancial en el sector, por lo menos, a partir de finales del siglo XIX. Como ilustra Lorenzo (2018), las instituciones de salud y asistencia desde su creación, y para hacer tangibles las promesas del proyecto posrevolucionario, entre otras estrategias precisaron de personal operativo que facilitara a la población más vulnerable el poder incursionar en la compleja red de servicios que brinda el Estado. Las funciones operativas han reclamado profesionalización, por lo que la diversidad de tareas formales e informales han conformado un campo de acción experta delimitada, que con el paso del tiempo da origen al Trabajo Social.

Luego entonces, como parte de los equipos sanitarios, las y los trabajadores sociales han enfrentado, junto con el personal clínico, las altas demandas de trabajo, la carencia de recursos, la coordinación con el equipo multidisciplinario y las situaciones difíciles en la atención cara a cara con los usuarios/as. Estas condiciones pueden acarrear lo que en la literatura se ha definido como “conflictos de valor”, que son las posibles tensiones “entre [los] valores personales y los [deberes] profesionales, entre la ética profesional y las regulaciones institucionales o las leyes del país” (Bermejo, 2002: 173). Es decir, son tensiones entre sus propias convicciones y las del usuario, las de los colegas o las normatividades. Por ejemplo, “el deber que tiene el trabajador social de proteger los intereses del cliente puede entrar fácilmente en conflicto con las demandas de eficiencia y utilidad” (Bermejo, 2002: 173).

Por lo anterior, se justifica la importancia de indagar en la salud moral del personal de Trabajo Social. Si bien ésta ha recibido poca atención a lo largo del tiempo en comparación, por ejemplo, con el personal de enfermería (Bernhardt, Forgetta y Sualp, 2020), se considera de gran importancia atenderla, por lo que éste es el principal propósito de nuestra investigación. A través del análisis de su experiencia frente a conflictos éticos puede abrirse paso el estudio de un aspecto particular de su salud y de la práctica profesional. Aunque la investigación no se acota al contexto de pandemia, tampoco ignora la enorme influencia de la situación derivada de la misma y que acarrea consigo un agravamiento de las crisis del sistema de salud, además de las propias crisis sociales. Como señalan Frenk y Gómez (2020) “una de las grandes lecciones de la pandemia de COVID-19 es que la ‘seguridad en salud’ forma parte integral de la seguridad nacional y global”.

La razón por la que se estudian dilemas sobre otros conflictos de valor obedece a que para quien vive un dilema ético es imposible eludir el impacto moral de cualquiera de las decisiones que haya tomado (Banks, 1997). Lo anterior tiene como consecuencia una afección anímica importante y un desgaste ético, lo cual implica que además de sentir angustia, culpa y ansiedad se merman los ánimos de trabajar con diligencia. Esta denominada “apatía” suele ser una característica atribuida al Trabajo Social del sector salud por parte de la opinión común; sin embargo, es importante rescatar las razones que subyacen a lo que hemos denominado “desgaste ético”, que la explica y además arroja claves para diseñar mecanismos que faciliten a los profesionales hacerle frente de mejor manera.

## DESARROLLO

No todos los conflictos de valor son iguales, Banks (1997) distingue los problemas de los dilemas éticos. Los primeros se presentan cuando los/as profesionales encuentran una situación desafortunada o moralmente conflictiva, pero tienen clara la decisión que deben tomar para enfrentarla o resolverla. Lo anterior se ilustra con un ejemplo: un usuario se presenta con un obsequio para la trabajadora social y le dice “Ay señorita es que me atendió usted muy bien”, y, al respecto, la profesional argumenta “Yo no lo recibo, no por hacer la grosería, pero sí porque se pudiera malinterpretar [...]. Yo estoy aquí haciendo mi trabajo porque es mi trabajo, porque es lo que me corresponde hacer a mí como profesional” (01CAM). En ese caso la situación es moralmente conflictiva porque podría interpretarse como una actitud grosera frente al usuario, sin embargo, y aunque se sintiera apenada, la profesional sabe que su deber implica no aceptar obsequios.

Otro ejemplo se ilustra con el caso de una trabajadora social que niega un beneficio económico para un paciente, y comenta “Yo consideré que no era necesario el

apoyo, no se lo di porque no había las condiciones ni los requisitos que se piden” (SM02). Ella puede considerar injusto que los servicios públicos sean selectivos, pero comprende que la normatividad de su institución le demanda negar el servicio bajo determinadas condiciones.

En el caso del dilema ético la situación se vuelve un asunto delicado porque se comienzan a considerar varias formas de enfrentarla, lo cual les pone en indecisión y, por lo general, ninguna de las opciones les deja del todo satisfechos. Eso se debe a que hay valores o principios encontrados. Como ejemplo, una trabajadora social comenta “En alguna ocasión nos tocó una paciente que era adicta, en parcial condición de calle porque a veces iba a casa de sus papás y a veces andaba en la calle, entonces tuvo bebé y se debatía esa parte, ¿se le da al bebé o no? El debate de ‘sí dénsele’ y los otros ‘no, no se lo den porque, porque no lo va a cuidar’ y los otros ‘pues es que es su hijo y no hay rechazo para él de parte de ella” (01CAM).

Este último caso ilustra lo que es un dilema ético, porque hay una circunstancia que presenta dos alternativas de resolución; sin embargo, en ambas hay desventajas como que la mamá descuide al bebé o, en caso contrario, menoscabar su propia capacidad de decisión y responsabilidad sobre sí misma y sobre su hijo (esquema 1).

Esquema 1. Componentes del dilema ético



Fuente: elaboración propia con base en información de Banks (1997).

El conflicto entre el principio de autonomía o el de beneficencia (que en este caso implica buscar el mayor bien para el bebé) es muy recurrente en Trabajo Social. Al respecto, la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales (NASW, por sus siglas en inglés) afirma que:

Los trabajadores sociales son conscientes de su doble responsabilidad para con los clientes y la sociedad en general [...]. Buscan resolver los conflictos entre los intereses de los clientes y los intereses de la sociedad en general de una manera socialmente responsable (NASW, 2017) [traducción propia].

A pesar de esta declaración, estudios previos revelan que, aunque “el principio de autonomía suele ocupar un lugar muy importante entre las diversas declaraciones y documentos de Trabajo Social [...] el 45% de los participantes dice haber experimentado un dilema de esta clase en alguna o bastantes veces (Ballesteros, Úriz, y Viscarret, 2011: 880).

Es un conflicto tan demandante que algunos estudiosos debaten si la finalidad del Trabajo Social es promover la autonomía individual o el bienestar social: “consideramos que la promoción de la autonomía de los clientes no es tanto un objetivo del trabajador social, sino, en un primer sentido, un derecho básico que se ha de respetar” (Bermejo, 2002: 64). Por el contrario, hay quienes apuestan al principio de autonomía argumentando que la intervención profesional es acotada a un momento breve en la vida de las y los sujetos, y su bienestar depende de su capacidad para hacerse responsables en su vida y en su acontecer histórico. Por tanto, promover la construcción del sujeto históricamente responsable sería la finalidad de la profesión (Tello, 2013). La Asociación Nacional de Trabajadores Sociales señala:

Los trabajadores sociales respetan y promueven el derecho de los clientes a la autodeterminación y ayudan a los clientes en sus esfuerzos por identificar y aclarar sus objetivos. Los trabajadores sociales pueden limitar el derecho de los clientes a la autodeterminación cuando, en su juicio profesional, las acciones de los clientes o las acciones potenciales plantean un riesgo grave, previsible e inminente para ellos mismos o para los demás (NASW, 2017) [traducción propia].

Estas discusiones son muy relevantes para que los/as profesionales puedan definir sus intereses de manera prioritaria y así evitar los efectos negativos de los dilemas éticos y otros conflictos de valor. Desde los principios que decidan ponderar es que podrán priorizar sus acciones concretas hacia una dirección determinada; por ejemplo, si su principal intención es proteger el bienestar, estarán de acuerdo en actuar por encima de la determinación individual de las y los sujetos, cuando consideren que la circunstancia lo amerita. Por ende, les evitaría confusiones sobre

su papel interventor en una situación clínica. Sin embargo, en el sector salud las situaciones prácticas en donde se presentan tensiones entre bienestar y autonomía son altamente complejas y el dilema entre estos principios no encuentra solución de manera simple. En otro estudio empírico Ballestero *et al.* (2014) analizan que:

El caso más frecuente en que se da este tipo de dilema es a la hora de valorar el internamiento de una persona [...] en temas de adopción, en caso de maltrato y violencia de género, y cuando hay involucrados menores o personas con discapacidad intelectual (p. 236).

El ejemplo anterior deriva de la relación con una usuaria y con un menor involucrado, pero los dilemas éticos también pueden presentarse en relación con la colaboración interprofesional (colegas de esta o de otra profesión) o con los propios parámetros normativos de la institución (Vilar y Riberas, 2015). Incluso a veces una sola situación puede involucrar más de un dilema ético.

En otro caso una trabajadora social se confronta con una médica por el derecho de la paciente a recibir visitas; relata:

No dejaban pasar a la mamá. Yo entiendo que las condiciones médicas a veces son difíciles, pero la niña estaba bien, no había ningún impedimento para que estuviera su mamá ahí dentro, y no había tantos niños alrededor como para que no pudiera estar la mamá. Entonces, un problema también muy fuerte que tuve con una doctora porque yo quería que entrara la mamá a despedir a su hija y bueno no le permitieron (03SMP30).

Este caso lo consideramos un dilema porque se confrontan el deber de seguir las indicaciones de la médica o apelar por la situación de la paciente y su familiar. Aunque la profesional está determinada en su posición, la confrontan el valor del deber y sus propias convicciones; asimismo, los resultados no son los esperados y la circunstancia le deja una sensación de insatisfacción. Este sería un dilema con relación al equipo multidisciplinario de trabajo. Desde una mirada histórica esto muestra “cómo a través del ejercicio de los cuidados públicos (asistencia social) la empatía o solidaridad se conforman, por ejemplo, como habilidades y valores representativos de la labor del Trabajo Social” (Fernández y Agrela, 2021: 102).

Así, las relaciones con otros profesionales (en especial el personal médico) y estas diferencias valorativas son otra fuente importante de tensiones éticas para el Trabajo Social. De acuerdo con Mizrahi y Abramson (1985) “las perspectivas dispares de las dos profesiones son el resultado de experiencias de socialización muy diferentes proporcionadas por la formación” (p. 33). En su estudio estos autores afirman que unos y otros son discordantes en las percepciones que tienen de la aten-

ción al paciente y sus derechos, en las posiciones hacia el conocimiento y la certeza de sus disciplinas, sobre el trabajo en equipo y la propia percepción del Trabajo Social por parte cada uno.

Sin restar significación a estas diferencias, puede observarse que aún faltan elementos para que la relación entre médicos-médicas y trabajadores-trabajadoras sociales pueda llegar a un grado de colaboración más equitativo. Una entrevista da señala que, en el turno nocturno, ante la falta de personal los médicos se limitan a dar informes sólo en los casos muy delicados. En muchas ocasiones salen a informar únicamente a petición de las trabajadoras sociales, por consideración de éstas hacia los familiares, e indica “No podemos descalificar (que los familiares se pongan agresivos con las trabajadoras sociales), tienen todo el derecho [...] si yo tuviera un familiar pues quisiera saber cómo está, y si pasa una noche y no le dicen nada, y si pasa otro día y no le dicen nada, pues claro que está como una bomba que puede estallar en cualquier momento” (02YM); aun así expresa del médico “Esa es la palabra ‘negociar’ con el doctor para que esa persona reciba información y evitar mayores cosas, porque si hay portón en la entrada pero está muy fácil el acceso para la gente” (02YM).

En este caso, las profesionales no sólo se atribuyen una función más para deslindar al personal médico de una tarea (avisar cuando debe salir a dar información a un familiar), asumen una carga adicional y al hacerlo ponen de por medio su propia integridad. Aunque parezca un asunto menor, en ninguna de las entrevistas se ha identificado que a las trabajadoras sociales, a diferencia del personal médico, no les apremien los pendientes, igualmente los tienen, así como un alto sentido de compromiso con su trabajo. Una colega comenta:

Nosotros no contamos con un cirujano pediatra y mucho menos en la noche. Si me llega un niño con apendicitis aguda y si no se le opera puede derivar en cuestiones muy lamentables, entonces, pues hay que correrle para ver a qué y quién lo va a llevar. Y hagan el documento de referencia y la patología, y me contestan en otro hospital si es que me lo reciben en la madrugada: “sabe que, su referencia no está bien requisitada, mándamelo con resultado de COVID-19”; entonces imagínate en la madrugada que me hagan el estudio de COVID-19. Pues así, así lo hacemos trabajamos a marchas muy aceleradas. Y eso de mándamelo con estudios de resultado de COVID-19 a veces es como un candado para que en lo que sale el resultado amanezca y ya le toca al otro turno (02YM).

Por tanto, se considera que, si bien pueden existir diferencias en las percepciones y finalidades profesionales, este asunto de reconocimiento del trabajo atribuido a las trabajadoras sociales es necesario para no minimizar la enorme carga de responsabilidades que llevan en las instituciones de salud.

El siguiente dilema ilustra cuando la confrontación se desarrolla entre los valores de la profesional y los de la institución. En este caso, la profesional declara que el personal médico detecta un posible caso de abuso sexual a una menor y lo notifica, por medio de su conducto, al área jurídica del mismo hospital. Sin embargo, “la cosa es que se hizo la denuncia dentro del hospital, pero no fuera, ya no me dejaron. Entonces yo me quedé con ese sentimiento, me quedé con esa duda si se llevó a cabo algo, si se hizo algo por la niña, si se pudo rescatar” (03SM).

Ese dilema muestra una circunstancia muy fuerte, implica para la trabajadora social algo muy característico de los dilemas éticos: la afección moral y emocional. En una situación dilemática están muy relacionadas, pero mientras la afección emocional implica la experiencia de insatisfacciones personales y afectos negativos, como angustia, sufrimiento, tristeza y desánimo (Domínguez-Gudea *et al.*, 2011), la afección moral implica que se vuelva cada vez más difícil para los y las expertas practicar el ejercicio ético. Es decir, reflexionar detenidamente si tomarían riesgos laborales por una convicción propia, por justicia, por el bienestar de las usuarias/os o si, por el contrario, les ganan pensamientos como el cansancio de pelear por sus valores, si de cualquier manera obtendrán resultados dañinos, malestar emocional y problemas con sus superiores y su institución.

Es importante decir que en el análisis de la información se confirma lo que Banks (1997) señala:

Lo que para una persona (que simplemente aplica las normas) es un problema técnico, para otra puede resultar un problema ético (una decisión difícil, pero está claro qué decisión hay que tomar) o un dilema para una tercera persona (cuando no parece haber solución). Todo depende del modo en que cada persona contemple la situación (p. 20).

A partir de esta afirmación se aclara que si bien la vivencia de un conflicto ético se vincula a cuestiones de sensibilidad personal y subjetividad, no minimiza su importancia como hecho colectivo y de interés académico. Como se ha mostrado, mediante los ejemplos, las situaciones que enfrentan las trabajadoras sociales implican una carga muy fuerte de la que las instituciones prescinden y se deslindan por el hecho de asumirlas justamente, como “informalidades o asuntos de sensibilidad personal”, Lorenzo (2018) ha sido muy crítica al señalar que:

Paradójicamente, si la feminización del Trabajo Social resguardaba, para las mujeres, un empleo en la Beneficencia, también, esta supuesta propensión natural al altruismo y al servicio social fue el cauce para que su labor se ejerciera sin remuneración o bien como una actividad merecedora de salarios bajos y complementarios (p. 727).

La histórica feminización de los trabajos de cuidado y atención, y su instrumentalización en el ámbito laboral, es un factor de explotación de las trabajadoras sociales, incluso llega a haber una conducta esperada de “subordinación” a otros profesionales o figuras de las instituciones.

Como señalan Fernández y Agrela (2021), en un estudio sobre el ser personal y el ser profesional, hay dilemas “poco o nada expresados en el espacio público-profesional, pero que sí es sentido e identificado por las/os trabajadoras/es sociales” (p. 101), y citan a una de sus entrevistadas “A mí me cuesta más, tengo más dilemas éticos que no sé si es que es un dilema personal o profesional, más personal o profesional” (p. 102). Estas razones ponen de manifiesto la relevancia de comenzar a visibilizar la carga laboral que representan las actividades no formales y los conflictos éticos y su atención como parte de un derecho laboral a la salud y al cuidado del personal.

De acuerdo con los avances de la investigación, aquí se han visibilizado algunos de los casos que ilustran los dilemas más representativos del Trabajo Social en el ámbito de la salud materno infantil y pediátrica. A lo largo de las entrevistas se inquiere a las/os profesionales sobre diversos tipos de situaciones dilemáticas, entre otras: ¿Se ha sentido identificada(o) con la situación de algún usuario o usuaria? ¿Qué tipos de dilemas en relación con los usuarios son los más comunes para Trabajo Social en la atención pediátrica o materno infantil? ¿Alguna vez ha tenido, aun involuntariamente, sentimientos de agrado, desagrado o molestia por alguna de las personas que atendió? ¿Algún usuario le ha compartido cosas en confianza que usted considere relevantes para la institución? ¿Considera que alguna vez ha sido injusto al tratar a algún usuario o usuaria? ¿Ha querido incumplir con una orden por considerar que tiene implicaciones dañinas, incorrectas o injustas o para los usuarios(as)?

En síntesis, las respuestas obedecen a dilemas de casos en donde hay menores en riesgo por las conductas o decisiones de las personas a cargo de ellas/os, y en donde las/os profesionales consideran inapropiadas las decisiones de un usuario o usuaria. Alrededor de estas situaciones se suscitan conflictos con el equipo de trabajo y con las normas institucionales, pues el/la trabajador/a social no son los únicos agentes que intervienen en el destino de las situaciones. Por ende, las limitaciones en su capacidad de decisión y los resultados materiales de las intervenciones multidisciplinarias son otros orígenes de los dilemas que enfrentan, pues dicen que, por lo general, tras un caso difícil “sí te queda un sentimiento en el estómago” (02YM) o “te queda un sabor de boca muy, muy amargo” (01CAM).

Sin embargo, esta constante vivencia de malestares y angustias no ha paralizado a las/os profesionales del Trabajo Social, pues, como indican, “una cuestión que te causa molestia es la sobrecarga, pero cuando recuerdas que una ventaja del Trabajo Social es que nunca es repetitivo, haces las cosas con entusiasmo” (04JH).



Otra colega menciona: “Yo creo que tenemos un trabajo muy bonito, tenemos oro en nuestras manos, pero muchas veces no sabemos cómo utilizarlo, y no todos sabemos que hacer, pero sí tú estás comprometido con tus valores como persona, con tus valores profesionales, contigo misma y con tus usuarios, yo creo que no tendríamos tantos problemas, ¿no?” (01CAM).

A partir de aquí se pretende rescatar uno de los recursos que, según arroja la investigación, es de los más prominentes para sobrellevar los dilemas, la sobrecarga de trabajo y el agotamiento: la satisfacción laboral. Estudios como el de Marmo y Berkman (2018) evidencian el vínculo tan estrecho que hay entre la satisfacción laboral y la permanencia del personal de la salud en los espacios empleadores. Ésta se asocia a una evaluación subjetiva con relación a aspectos intrínsecos, como “el reconocimiento, sentimientos de logro, responsabilidad, percepción de valor, percepciones de valores compartidos con compañeros de trabajo y líderes, y de elementos extrínsecos, como seguridad laboral, salario, condiciones y relaciones laborales” (p. 9).

De acuerdo con la perspectiva propuesta por estos autores se rescatan algunos elementos de las respuestas de las/os entrevistadas/os. Cabe señalar que se inclinan por resaltar los aspectos intrínsecos de la satisfacción laboral: reconocimiento, logro, responsabilidad, percepción de valor, percepciones de valores compartidos con compañeros de trabajo.

En primer lugar, para ellas y ellos Trabajo Social hace cosas muy importantes para que el Hospital pueda desarrollar sus actividades día con día, pues las/os profesionales saben hacer cosas que ninguna otra figura profesional podría hacer con tal pericia.

Comenta una entrevistada que al inicio de la pandemia por COVID-19 al personal de Trabajo Social no se le quería brindar equipo de protección (cubrebocas, batas, caretas, desinfectante, sanitizante), porque no se le consideraba “personal de primera línea de atención”, y, entonces, ella argumenta “si tu médico vas atender a tu paciente sí estás en primera línea, pero nosotros atendemos a la usuaria que no sabes cómo venga, y también atendemos al familiar, y nosotros tenemos una entrevista cara a cara con el usuario y sabemos su situación” (01CAM). Otra entrevistada comenta que “la trabajadora social tiene esa habilidad muy desarrollada que es la observación, eso que me está diciendo no cuadra con lo que estoy observando, pero pues no puedes ir más allá de lo que la paciente te diga o el familiar, entonces tiene uno que ser muy hábil para sacar la información y orientar lo mejor posible a esa paciente, y pues obviamente todo tiene que ver con la ética hasta dónde yo puedo expresar, hasta dónde yo puedo ser discreta, hasta dónde son mis límites” (02YM). Por último, también señala, los usuarios y usuarias “son personas que reingresan entonces llegas a conocer muy bien la dinámica familiar” (03SM).

Respecto al reconocimiento y sentimiento de responsabilidad comentan: “Te soy sincera, todos los servicios, pediatría, enfermería, personal administrativo, todos, al menos en el hospital en donde yo estoy, reconocen el trabajo de TS [...]. Las situaciones de choque que a veces llegamos a tener con los otros compañeros de otros servicios no es la constante, sí tenemos ese reconocimiento, por ejemplo, por parte de las autoridades, de los mismos compañeros, saben la calidad de trabajo que nosotros hacemos, saben la unión y toda la dinámica que nosotros llegamos a tener obviamente no por hacer el favor a ellos o el favor al usuario no, o sea, es porque nos corresponde hacer un trabajo y un trabajo bien hecho” (01CAM).

En menor medida, una trabajadora social comenta que, a propósito de las percepciones de valores compartidos con colegas, “en pediatría éramos cuatro trabajadoras sociales, teníamos una dinámica muy bonita, porque al terminar el día nos contábamos los casos que nos habían dejado algo dentro y lo platicamos ahí, en la oficina, hacíamos como una catarsis de los sentimientos que nos dejaban” (02SM). Lo anterior es muy relevante porque entre colegas se tratan los conflictos profesionales.

En un sentido negativo, se expresa: “Algunas personas menosprecian lo que es TS [...]. Yo creo que mucho tiene que ver también con esta parte de autoconcepto del trabajador social, para que entonces se esté consciente de lo que se está haciendo y entonces se pueda dar este punto reflexivo de ¡ah caray! ¿lo estoy haciendo mal o lo estoy haciendo bien” (01CAM). Tal como rescata la entrevistada, los propios temas de identidad se vinculan al ejercicio profesional, los valores profesionales y la manera de afrontar las situaciones día a día. La afirmación de una identidad es finalmente la de un cuerpo de significados y valores que, en su consecución, dan una suerte de coherencia y sentido a nuestras conductas en la vida práctica.

Sin embargo, y sin que se pretenda restar valor a su utilidad práctica, la satisfacción laboral como recurso de resistencia requiere de algunas observaciones. Para que se considere un recurso más efectivo de lo que ya es, precisa ser desromantizada, es decir, dar reconocimiento a los factores que llevan a las/os profesionales a valerse de ella. En primer lugar la invisibilidad que sufre su trabajo de apoyo a otras figuras profesionales, así como a usuarias/os, y, después, un descuido prolongado de su ser personal.

Asimismo, es necesario fortalecer los procesos de formación y actualización profesional para que las/os trabajadoras/es sociales hagan un reconocimiento explícito de los valores que conforman la identidad profesional y sus propias determinaciones personales. Esto con el fin de que los valores de servicio, empatía, cuidado y todos aquellos denominados “propios de la feminidad”, no sean un insumo de instrumentalización de nuestras labores, sino que pueda dárseles el lugar que tienen como parte del trabajo que hace funcionar las instituciones. Además, para no llegar al punto de requerirla frente a un estado de fatiga y desgaste caótico.

En ese sentido, los dilemas éticos como fuente de agotamiento profesional deben analizarse para descubrir las ventajas que podrían tener en la mejora de la experiencia profesional. También este análisis precisaría un reconocimiento de los principios que le dan su razón de ser al Trabajo Social en el sector salud, los caminos que llevarían al “cumplimiento” de dichos principios, y los mecanismos para fortalecer la toma de decisiones en el trabajo.

## CONCLUSIONES

Los avances de la investigación aquí expuestos revelan que las y los profesionales de Trabajo Social son susceptibles, de manera común, a diferentes tipos de conflictos éticos. Una vez que se distinguen los problemas de los dilemas se aprecia que estos últimos abundan con respecto a los temas de descuido de la niñez, así como alrededor de la autodeterminación de las y los sujetos cuando sus decisiones son dañinas para ellos o para terceras personas. Asimismo, se destaca la dificultad de que estos dilemas se separen de los conflictos con el equipo multidisciplinario de los hospitales, así como con la normatividad institucional.

Se aprecia que los/as trabajadores/as sociales experimentan circunstancias dilemáticas desde el planteamiento de una situación determinada (que para ellos o ellas se confronten valores en su resolución, que aprecien distintas alternativas para resolverla como pueden, quieren y deben actuar en ésta) hasta su consecución y al percibir los resultados materiales del caso. Sin embargo, es muy destacable su capacidad de no sucumbir frente al desánimo y el agotamiento.

Se pugna por un ejercicio de revalorización y reconocimiento de las labores de cuidado y las actividades “informales” que Trabajo Social despliega, pues se considera que son de importancia significativa para el funcionamiento institucional. De acuerdo con la literatura, la sobrecarga de trabajo constituye un inconveniente significativo para el trabajo efectivo de los profesionales, dado que tienden al agotamiento y al desánimo, los expone a más situaciones tensas con los usuarios y la propia administración.

En un balance de uno de los principales recursos de los que se valen para enfrentar, tanto anímica como prácticamente, el sobreesfuerzo de su carga laboral, así como el desgaste ético por las tensiones vividas, se ha encontrado el tema de la satisfacción laboral. No obstante, se considera que debe ser desromantizado y apostar por potenciar recursos que les faciliten llevar de mejor manera el entorno dilemático y sobrecargado en sus trabajos, que serían los procesos de formación y actualización profesional, así como abrir espacios para los diálogos profesionales.

Lo anterior se considera de valor sustancial porque incluso la satisfacción laboral puede volverse un recurso dilemático en el sentido de estar tan conscientes de

la sobredemanda laboral, así como de su compromiso, convicción y placer en el ejercicio de su profesión que pueden descuidar las exigencias para dignificar su trabajo. Además, el recorrido por esta profesión nos lleva a concluir que, dadas las actuales exigencias sociosanitarias, es importante rescatar la mirada de las instituciones de salud como una amalgama de interrelaciones entre lo médico y lo socio-cultural, lo institucional y lo interpersonal, lo profesional y lo personal, así como a través de lo formal y lo informal. Cerramos con una máxima expuesta por una entrevistada: “Mi entusiasmo no se mengua” (02YM).

## REFERENCIAS

- Ballester Izquierdo, A., M.J. Úriz Pemán y J.J. Viscarret (2011), “Dilemas éticos de las trabajadoras y los trabajadores sociales en España”, *Papers*, 94(7): 875-898.
- Ballester Izquierdo, A., F. Idareta Goldaracena, M.J. Úriz Pemán, J.J. Viscarret Garro y G. Diez Luqui (2014), *Cómo afrontar los dilemas éticos en la práctica profesional de Trabajo Social, en las prácticas curriculares en el Grado de Trabajo Social: una supervisión y construcción del conocimiento desde la práctica*, España: Universitas.
- Banks, S. (1997), *Ética y valores en Trabajo Social*, España: Paidós.
- Bermejo Escobar, F.J. (2002), *Ética y Trabajo Social*, España: Desclée de Brouwer.
- Bernhardt, C., S. Forgetta y K. Sualp (2020), “Violations of Health as a Human Right and Moral Distress: Considerations for Social Work Practice and Education”, *Journal of Human Rights and Social Work*, 1-6, <doi.org/10.1007/s41134-020-00150-0>.
- Domínguez-Gudea, M.T., M.F. Mandujano Jáquez, G. López Dávalos, R.L. Domínguez Gudea, M.J. González Montesinos, M. Sotomayor Petearson y B. Frajio Sing (2011), “Escala de bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores (EBEMSC/CFAM)”, *Revista de Psicología*, 29(2): 265-287, <redalyc.org/pdf/3378/337829520004.pdf>.
- Fernández Contreras, T. y B. Agrela Romero (2021), “Diálogos entre el ser personal y profesional desde una perspectiva de género: ¿un dilema silente en el Trabajo Social con mujeres inmigrantes?”, *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 28(1): 89-113, <doi.org/10.14198/ALTERN2021.28.1.05>.
- Frenk, J. y O. Gómez Dántes (2020), “Lecciones de la pandemia”, *Revista Nexos*, 1 de mayo, <nexos.com.mx/?p=47867>.
- Lorenzo Río, M.D. (2018), “Las trabajadoras sociales en la década de 1930. Asistir a los pobres y servir al Estado”, *Historia Mexicana*, 68(2): 713-746.
- Marmo Romana, S. y C. Berkman (2018), “Social Workers’ Perceptions of Job Satisfaction, Interdisciplinary Collaboration, and Organizational Leadership”, *Journal of Social Work in End-of-life & Palliative Care*, 14(1): 8-27, <doi.org/10.1080/15524256.2018.1437590>.

- Mizrahi, T. y J. Abramson (1985), "Sources on Strain Between Physicans and Social Workers: Implications for Social Workers in Health Care Settings", *Social Work in Health Care*, 3(10): 33-51, <[tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J010v10n03\\_03](http://tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J010v10n03_03)>.
- National Association of Social Workers-NASW (2017), "Code of Ethics", <[socialworkers.org/about/ethics/code-of-ethics/code-of-ethics-english](http://socialworkers.org/about/ethics/code-of-ethics/code-of-ethics-english)>.
- Tello, N. (2013), "Pensando el Trabajo Social desde el Trabajo Social", en M.L. Braín Calderón y A. Ornelas Bernal, *Trabajo Social Contemporáneo*, pp. 4-15.
- Vilar, J. y G. Riberas Bergallo, (2017), "Tipos de conflicto ético y formas de gestionarlo en la educación social y el Trabajo Social", *Revista de Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 25: 23-46.



# HACIA UNA BIOÉTICA DE LA INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL. COVID-19 COMO NECESIDAD DE AGENDA DE PREVENCIÓN DE INJUSTICIAS SOCIALES, LABORALES Y COMUNITARIAS

*Pedro Isnardo De la Cruz Lugardo*

## INTRODUCCIÓN

La emergencia de la pandemia por COVID-19 nos ha mostrado el carácter ilusorio del presente y el futuro de las sociedades contemporáneas, en términos de las formas, los sistemas de valores y las prácticas individuales y sociales con las que preservamos nuestra vida en común. Por tanto, es imperativo construir nuevos pactos individuales y comunitarios de convivencia y futuro social.

Así, la pandemia por COVID-19 ha evidenciado la crisis de políticas públicas y de sistemas e intervenciones en el escenario de emergencia. Dos premisas y tres escenarios complejos muestran la importancia de renovar, desde una lógica de Trabajo Social transdisciplinar, nuestra capacidad de refundar y responder a dichos contextos límite. Además, ante el imperativo de reconocer la ilusión de que el sistema de capitalismo avanzado, de mantenerse intacto, se reformará en pro de la atención de desigualdades, exclusiones y violencias sociales intrínsecas.

Ante ello la importancia de visualizar –teniendo como espejo el carácter trágico, crítico, permanente y de resiliencias irresueltas por la pandemia– el nuevo papel que las profesiones y disciplinas científicas están convocadas a responder y acompañar los desafíos/adversidades que nos implican en las realidades comunes, de alcance sistémico, individual-territorial-comunitario-local-mundial.

La dimensión relacional (individual, familiar, intergrupar, de gestión pública, espacial/privado, íntima/social, comunitaria y corporal) se ha modificado profundamente e implica rediseñar, entre las disciplinas científicas y los actores socioinstitucionales, nuevas formas de abordar la vida pública contemporánea, la cultura de la prevención, el bagaje bioético de la intervención sociocomunitaria y el rediseño ético-ontológico-epistémico de la convivencia, cotidianidad y los fines de la civilización contemporánea. El prisma de Trabajo Social transdisciplinar puede desplegar el guion, los tejidos y las dinámicas participativas más promisorias en esa dirección.

## DE LA ÉTICA Y LA BIOÉTICA

La ética es una dimensión fundamental de los procesos de investigación/intervención, a partir de decidir qué estudiar y cómo estudiarlo, el diagnóstico y el procesamiento de la información, la integración y difusión de los resultados: “La ética desafía tanto la integridad de los académicos como el bienestar de las poblaciones en estudio” (Sobocán, Bertotti y Strom, 2019).

Por tanto, la ética no se interpreta sólo como la adopción de códigos o prohibiciones morales universalistas, sino además como “una intensificación de la relación con uno mismo por la cual uno se constituye como sujeto en los actos de uno con los demás” (Foucault, 1987: 41). A esta concepción filosófica de la ética se le puede inferir, por un lado, como parte de un proceso de subjetivación y, por otro, como función y responsabilidad de lo que podríamos referir como *filosofía moral*. Como proceso de subjetivación en la mirada foucaultiana es posible advertir que:

[...] mientras la noción de sujeto representa una categoría filosófica y apela a una constitución mediante el saber, la idea de individuo se refiere a una experiencia de autoconstitución y autoconducción. Esto no quiere decir que la estética de la existencia sea una reivindicación del individuo como valor absoluto, o una defensa de la vida privada en oposición a lo público (Schmid, 2002: 216).

La experiencia ética de la subjetivación implica un proceso en el que se ve uno llamado a tomarse a sí mismo como objeto de conocimiento y campo de acción, a fin de transformarse, corregirse. Se trata de la premisa del cuidado de sí foucaultiano, que supone no un individualismo, sino una experiencia de intensificación de las relaciones con uno mismo, concebido (no en términos de un yo sustancial, una interioridad o ensimismamiento) como el conjunto de posiciones variables que ocupa el sí mismo dentro del proceso de autoconformación de la subjetividad, como filosofía moral, en tanto:

El filósofo tiene una visión específica que no tiene el científico ni el tecnólogo, ni el hombre común: proporciona, entre otras cosas, la distancia reflexiva, la visión fundamental y universal de los problemas, permitiendo que éstos se perciban dentro de su contexto, tanto histórico como actual. Y no se trata evidentemente de un asunto gremial o corporativo [...] el saber ético-filosófico, no se improvisa ni es del dominio común. Implica ciertamente una necesaria *expertise*. *Expertise* que, sin embargo, tratándose de la bioética, no opera sin incorporarse al diálogo con las otras disciplinas, ni sin nutrirse de ese saber y ese hacer práctico, generado por ellas (González, 2002: 48).



En su proyección bioética, la ética redimensiona su cometido teórico y práctico, en tanto racionaliza y humaniza las acciones que surgen en el ámbito de las ciencias y tecnologías de la vida y la salud. Asimismo, permite configurar el carácter ontológico de los problemas bioéticos. Problemas y dilemas actuales acerca de la vida y la muerte, de lo que distingue lo humano de lo no humano, de las fronteras entre lo natural y lo artificial, de lo que cambia y lo que no cambia aparecen hoy con significaciones en verdad inéditas y, al mismo tiempo, paradójicamente, como pudieron haber surgido a los ojos de los filósofos griegos primitivos (González, 2002).

De esta manera, la bioética permite discutir y redimensionar interdisciplinar y transdisciplinariamente problemáticas como el aborto, los trasplantes, la privacidad, el genoma humano, los transgénicos, la objeción de conciencia, la clonación, el problema de los derechos sobre nuestra corporalidad [frente a lo que cada sociedad ha respondido a su manera sobre las cuestiones: ¿qué podemos hacer (y qué no) con nuestro cuerpo? y ¿es realmente nuestro?].

En términos de Trabajo Social la dimensión ética/bioética refiere a una especie de devenir sabio en el que el profesional de lo social puede asumir a modo de experiencia reflexionada:

[...] la experiencia de la vida que no sea reflexionada no puede convertirse en sabiduría porque si no la reflexionas se volatiliza. De ahí que me haya empeñado tanto en que se reflexione en el Trabajo Social y no sea, sólo y exclusivamente, una pura actividad, un puro empirismo. Porque si no se reflexiona sobre lo que se hace, el empirismo en sí mismo no sirve (Castanyer, 2016: 71).

En la actualidad, en la dimensión ética/bioética, la intervención social implica procesos estrechamente relacionados. El tomarse a sí mismo como objeto de conocimiento, campo de acción y transformación, que a su vez conlleva a formular diversas preguntas para la reflexión y la praxis sociocomunitaria.

#### CUESTIONAMIENTOS EN UNA DIMENSIÓN BIOÉTICA DE LA INTERVENCIÓN

En el nivel ético de la investigación y de bioética de la intervención en Trabajo Social, ¿Por qué es clave saber elegir el problema particular que se está abordando y el escenario complejo de intervención en el que se quiere incidir? ¿Qué es relevante como objeto de investigación en la sociedad actual? ¿Qué datos e información tienen legitimidad? ¿Qué métodos de investigación, qué visión ético-onto-epistémica de la intervención será aceptable por las comunidades/personas participantes y cómo involucramos el despliegue de sus derechos a decidir sobre el diseño, el desarrollo y las implicaciones de la investigación/intervención? ¿Cómo se obtienen

y distribuyen los recursos para la investigación? ¿A qué intereses o a quién le servirá la investigación? (Canella y Lincoln, 2007: 21).

Diversos elementos éticos no deben ser intrincados y sí objeto de análisis cotidiano en el quehacer de la investigación/intervención social: la salvaguarda de los responsables de la investigación/intervención, de la información recabada y de los derechos de quienes participan en el estudio y en la estrategia/proceso de intervención.

No deben correr riesgos quienes son responsables y despliegan el trabajo de investigación/intervención ni tampoco la entidad que representan, así como los participantes en la investigación, incluso aunque éstos insistan en que no les importa y que puede hacerse uso indiscriminado de la información que proporcionen, por lo que es procedente adoptar decisiones orientadas a la salvaguarda de la información recabada con los actores del estudio.

Asimismo, los participantes tienen y deben conocer cuál es el objetivo del estudio en el que participarán. Es importante que se asuma una posición de anonimato en la interlocución y que no se dejen pasar actitudes en las que el investigador, supuestamente, debe asumir una figura en la que debe actuar como incógnito integrándose en la vida cotidiana de los participantes. Deben conocer el objetivo, cuál es su nivel de implicación y los riesgos directos e indirectos que les puede implicar su participación.

Lo anterior debe explicarse de manera espaciada y a detalle e incluso formularse consentimientos informados, además de suscribir garantías de la confidencialidad de la información recabada.

## DE LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS QUE COADYUVAN A RESPONDER A CONFLICTOS Y DILEMAS ÉTICOS

De raigambre en la praxis y experiencia biomédica mundial se recuperan diferentes principios bioéticos que buscan identificar, analizar y responder a diversos conflictos y dilemas éticos, aportando un lenguaje común y accesible en distintos espacios interdisciplinarios, con impacto en el abordaje de problemáticas de cambios fisiológicos de pacientes, decisiones relativas al entorno al que se someten durante los tratamientos, así como reformulaciones de políticas públicas que afectan la atención de los servicios de salud. Por ejemplo, pueden destacarse los siguientes principios bioéticos:

- a) **Beneficencia:** como vocación de actuar en beneficio de los demás; curar el daño y promover el bienestar.

- b) Autonomía: es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos.
- c) No maleficencia: implica el no producir daño y prevenirlo; incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades [“jamás para lograr un buen propósito podrá usar medios indignos”] y, por supuesto, enhebrado con el principio.
- d) Justicia: significa equidad en la distribución de cargas y beneficios; debe ser posible para todos aquellos que la necesiten, lo que incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo.

#### DE LA PROPUESTA EPISTÉMICA DE LA BIOÉTICA DE INTERVENCIÓN SOCIOCOMUNITARIA COMO METODOLOGÍA PREVENTIVA TRANSDISCIPLINAR

Aquí es posible argumentar la importancia del análisis del contexto social y la cuestión de problemas que implican procesos de exclusión y desigualdades sociales estructurales, como en los países latinoamericanos. La cuestión ética es fundamental en las ciencias sociales y primordialmente en una profesión y disciplina como Trabajo Social, que en países de América Latina debe lidiar con vulnerabilidades, violencias y desigualdades históricas y cotidianas, telar de fondo de la reflexión e intervención social disciplinar.

Cuando están de por medio estos contextos sociales límite resulta imprescindible que el investigador se cuestione: ¿la investigación en Trabajo Social para qué? y ¿a qué responderá? No basta el tener la curiosidad sobre los fenómenos sociales, sino escudriñar su sentido social, su valor público como posible objeto de análisis/comprensión/intervención, su contexto-problema:

La interrelación del sujeto y el problema es también con el contexto –incluye coordenadas tiempo espacio– y relación indirecta con otros sujetos que conforman el relato de lo social. Como dice Giddens los sujetos no sólo tienen posturas relativas a sí mismo y a los otros, sino también relativas al contexto en el que viven; es decir, existe un plano de acción histórico, cuya importancia reside en la posibilidad en la reconstrucción de la realidad en la que se vive. El contexto puede mirarse en un solo plano, pero conviene profundizar en sus diferentes dimensiones para entender la situación problema que se aborda desde su complejidad. Una es la postura que fragmenta el contexto del sujeto y mira la realidad como dada y otra es la postura que integra al sujeto con su realidad como procesos vitales en construcción, como posibilidad (Tello, 2008: 67).

## LA DIMENSIÓN NEUTRAL/INSTRUMENTAL DE LA BIOÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Por ende, es clave enfrentar los riesgos de su despolitización de los conflictos sociales y morales. Los bioeticistas que trabajan en países ricos o pobres –centrales o periféricos–, con unos u otros grupos sociales (privilegiados/excluidos o desprivilegiados/incluidos) terminan enfrentando problemas de orígenes diversos, así como de dimensiones y complejidades distintas.

Las respuestas a los hechos, las interpretaciones de éstos, así como la decisión para su resolución no pueden ser iguales. Los especialistas de los países periféricos, en particular los de América Latina, no deben aceptar el creciente proceso de despolitización de los conflictos morales.

Lo que está sucediendo muchas veces es la utilización de la justificativa bioética como herramienta, instrumento metodológico, que sirve de modo neutral para la exclusiva lectura e interpretación horizontal y aséptica de estos conflictos, por más dramáticos que sean. De esta manera es amenizada (y hasta anulada y apagada...) la gravedad de las diferentes situaciones, principalmente aquellas colectivas que, por tanto, acarrearán las más profundas distorsiones e injusticias sociales.

## DE LA DIMENSIÓN BIOMÉDICA DE LA BIOÉTICA

Las premisas anteriores sustentan una nueva corriente de pensamiento hegemónico de la bioética, que data de la última década de del siglo XX, al enfatizar la necesidad de superar el principialismo y dar su lugar a la objetivación de los problemas y realidades concretas en las que están insertas las sociedades, y también como una forma de resistencia a la importación acrítica de teorías foráneas sobre referencias morales y contextos comunitarios particulares.

Así, con las discusiones y la homologación de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, la bioética que hasta entonces tenía un tratamiento preferencial hacia cuestiones biomédicas y biotecnológicas incorpora definitivamente temas sociales, de salud y ambiente.

En este marco, y en particular en el Sixth World Congress of Bioethics promovido por la International Association of Bioethics realizado en Brasilia en 2002, se formula la propuesta epistémica bioética de intervención, que significa un intento de procurar respuestas más adecuadas, en especial, para el análisis de macroproblemas y conflictos colectivos que tienen relación concreta con los temas bioéticos persistentes, constatados en los países pobres y en vías de desarrollo (Garrafa y Porto, 2003: 402)

## DE LA DIMENSIÓN DE LA BIOÉTICA DE LA INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL

De ahí la importancia de que, desde la comunidad de investigación e intervención social de Trabajo Social, se pueda construir una cultura de conciencia ética y bioética, una cultura de prevención transdisciplinar micro/macro/meso de iniciativas articuladas multinivel, intercomunitarias e interinstitucionales, entreveradas con el enfoque de derechos humanos y la visión contextual y macro de las problemáticas y las desigualdades sociales en las que están insertas las personas y las comunidades. Por lo que la conformación de un Conversatorio de Ética y Bioética en la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS) vendría a potenciar consideraciones, problematizaciones y dilemas éticos inscritos en proyectos de investigación, procesos de intervención, así como en la generación de propuestas desde el ámbito disciplinar-institucional-sociocomunitario, cuyo eje es el carácter horizontal, decolonial, ética-onto-epistémicamente comprometido de y en la interacción con equipos de trabajo, organizaciones y comunidades en campo. Para que su voz, así como la visión y los poderes de la gente excluida o vista como objetos –en su dimensión instrumental, egoísta y utilitarista, para beneficio unilateral de individuos, grupos de investigación/intervención e instituciones educativas– reviertan los procesos de hegemonía y violencia epistémica e injusticia metodológica en el estudio y búsqueda de incidencia de las realidades sociales.

## ELEMENTO CONTEXTUAL ÉTICO/BIOÉTICO INSTITUCIONALIZADO DE LA INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL

A continuación, se presentan diversos casos contextuales y los dilemas que implica el bagaje bioético aplicado a investigaciones/intervenciones en entornos complejos.

En universidades de Canadá, por ejemplo, se tienen estándares estrictos cuando se realizan investigaciones que involucran a personas y comunidades, producto de estándares ausentes en investigaciones o que ocasionaron diversos daños en el pasado.

Incluso, las instancias que financian procesos de movilidad e investigación internacional prescriben protocolos éticos que condicionan la aprobación de los proyectos y la aprobación de recursos de apoyo a estudiantes de licenciatura/posgrado y equipos de investigadores. Entre los estándares que entidades educativas de nivel superior de Norteamérica, Europa y América Latina aplican se encuentran los siguientes: 1) respeto a las personas, 2) preocupación por el bienestar y 3) justicia.

En parte, se trata de principios aplicables en un modelo de pensamiento ético occidental, que refieren el apego a cuestiones de consentimiento, capacidad de toma de decisiones, privacidad, confidencialidad y conflicto de intereses.

Cada universidad, sin excepción, se ve obligada a aplicar estas pautas éticas y bioéticas normativas en sus investigaciones; parámetros diseñados y regidos desde esferas colegiadas y verticales de cada institución educativa, y que no necesariamente son producto de la elaboración participativa con poblaciones/comunidades involucradas en las investigaciones. El Comité de Ética y Bioética, en diversas universidades, es un ámbito e instancia de revisión inevitable de cada proyecto de investigación. Alumnado e investigadores sujetan sus estudios a la aprobación correspondiente y el equipo de investigación puede subsanar las recomendaciones para que obste su posible aprobación. El proceso continúa hasta que el proyecto sea aprobado o rechazado (suele valorarse con ello los ojos, riesgos y preocupaciones externas a la investigación y al equipo, en diversas ocasiones inadvertidos, con las que se revisa y objeta el diseño del proyecto).

Asimismo, los comités de ética/bioética suelen sustentar sus reservas y cautela al no permitir que investigaciones e intervenciones sociales involucren a cualquier persona que se valore “vulnerable”. Todo ello a veces implica que se disuada el realizar investigaciones de grupos socialmente vulnerables o expuestos a adversidades sociales extremas, porque se convierten en procesos más difíciles de justificar con elementos de perspectiva ética/bioética, o porque lleva demasiado tiempo obtener la autorización y el financiamiento correspondiente.

En el caso de la vinculación ENTS/Universidad de Calgary, Canadá, la anterior fue una de las razones por las que el equipo de investigación/intervención desde la ENTS (Walsh, 2021) sólo pudo tener interlocución con directivos de organizaciones sociales en la Ciudad de México y no con pacientes/colectivos inmigrantes o jóvenes con padecimientos de VIH, ya que en su universidad de origen no contaron con autorización académica. Tales equipos de investigación y alumnado de posgrado, con proyectos individuales autorizados por sus instancias de ética/bioética, a su vez, esperaban que en México, en particular en la UNAM, se documentaran e hicieran extensivos con instancias pares los estándares de ética/bioética de investigación e intervención social canadienses. Lo cual no ocurrió así, porque los procesos correspondientes en la UNAM son incipientes en el nivel central universitario, y, por tanto, se ha propiciado un proceso conciliado con cada instancia máxima colegiada de escuelas, facultades, institutos y centros de investigación para el proceso de adopción e integración de sus Comités de Ética y Bioética.

Por otra parte, el bagaje de experiencias y recomendaciones que se desprende de la existencia y funcionamiento de instancias éticas y bioéticas científicas debe valorarse en términos de una cultura de conciencia de principios y prácticas que se formulan desde instancias y miradas externas. Con ello mismo se generan procesos que abordan la trama cotidiana de la necesidad de regirse con principios y perspectivas ético/bioéticas en el desarrollo de procesos de investigación e inter-

vencción, destacadamente encauzados hacia la propia producción de investigaciones/intervenciones.

En dicho proceso, estudiantes de posgrado y personal académico-investigador con mayor profundidad comprenden la pertinencia y relevancia de sus diagnósticos, los enfoques filosóficos/teóricos/epistemológicos/contextuales de su investigación e intervención social prevista. Puede que no siempre sea lo mismo, al depender de con quienes se espera construir procesos de investigación/intervención con perspectivas culturales diversas.

En el caso particular referido, el equipo de investigadores y estudiantes de posgrado estudiaron diligentemente la teoría poscolonial en preparación a su visita académica a México (2017) (dada la matriz colonial que a nivel epistemológico, político e ideológico han jugado un papel importante en la historia de México y en la propia de Canadá), lo que al mismo tiempo tiene implicaciones éticas/bioéticas en el tipo de vínculos interculturales entre instituciones educativas de nivel superior, redes de investigación y actores sociales transnacionales.

Los sistemas formales –que, por lo general, son inflexibles, rígidos de supervisión ética/bioética de instituciones educativas, como en el ejemplo canadiense señalado– suelen limitar los alcances de las investigaciones y preservar estándares metodológicos al intentar proteger al público en general de indagaciones sin escrúpulos que podrían tener consecuencias negativas, por lo que potencian la reconocida practicidad y utilidad de principios éticos y bioéticos para análisis de situaciones clínicas e investigaciones biomédicas.

No obstante, en el terreno de lo social aún resultan insuficientes y sesgadas en sus parámetros y estándares, porque se han diseñado desde posturas epistémicas etnometodológicas sin el análisis contextual sociocultural y del dimensionamiento de la cotidianidad de los conflictos y adversidades que involucran/enfrentan los actores sociales objeto de investigación/intervención.

De ahí la importancia de recuperar estos elementos en la producción editorial, dado que el análisis bioético se encauza en función de valores fundamentales, así como del respeto a los seres humanos en su capacidad de decidir por sí mismos en función de sus valores y creencias, además de procurar el bienestar de los individuos y de las poblaciones y fomentar la equidad. Resulta importante insistir en que el análisis debe tener en cuenta los diversos contextos y situaciones reales.

## CONSIDERACIONES SOBRE DILEMAS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL

Es importante enunciar algunos aspectos que pueden implicar dilemas y consideraciones éticas conflictivas:

- a) Conflictos de interés: ¿hay algún interés de reputación profesional, financiero, emocional o profesional relacionado con la elección de preguntas de investigación y la población de interés? Si un investigador se identifica con una comunidad en particular (en virtud de su membresía o ubicación), ¿existen conflictos de intereses reales que surjan de dicha identificación?
- b) Conflicto de roles: ¿cuál es el papel del investigador de Trabajo Social cuando se descubren malas acciones mediante el proceso de investigación?; es decir, ¿a qué necesidades sirve realmente la investigación y a quién le debe responsabilidad moral el investigador, a él mismo, a los sujetos o a la población investigada?, ¿a la sociedad o a algún otro?
- c) Investigación con poblaciones vulnerables: el consentimiento informado es casi universalmente reconocido como un requisito necesario de la investigación ética. Pero ¿pueden los vulnerables realmente consentir? Los críticos temen que sea inusualmente difícil obtener un consentimiento significativo de sujetos pobres y sin educación que no estén familiarizados con el concepto de investigación.

#### LA PRODUCCIÓN/DIVULGACIÓN BIOÉTICA DEL CONOCIMIENTO SOCIAL TRANSDISCIPLINAR

En efecto, existen diferentes estándares y pautas internacionales de ética y bioética en reglamentos de investigación/sistemas de intervención de diversas instituciones internacionales y nacionales. Así, distintos criterios clave que se incluyen en el ámbito ético pueden impactar, por supuesto, en la calidad de la producción editorial:

- Diseño científico y realización del estudio: la investigación sólo es éticamente aceptable si se basa en métodos científicos válidos. Una investigación que científicamente no sea válida expone a los participantes o a sus comunidades a riesgos de daño sin ninguna posibilidad de beneficio. Ello implica contar con procedimientos de revisión científica previa sobre la investigación/intervención o determinar, por sí mismos, que los métodos son científicamente sólidos, así como evaluar las implicaciones éticas del diseño o la estrategia de investigación/intervención elegida. En otras experiencias institucionales se evalúa cómo se llevará a cabo el estudio, la adecuación de las provisiones hechas en materia de vigilancia y auditoría, así como la adecuación del sitio de investigación (por ejemplo, disponibilidad de personal capacitado e infraestructura apropiada).
- Riesgos y beneficios potenciales: en toda investigación éticamente aceptable los riesgos se han minimizado (tanto mediante la prevención de daños



potenciales como minimizando las repercusiones negativas si éstas ocurrieran) y son razonables en relación con los beneficios potenciales del estudio. La naturaleza de los riesgos puede diferir en función del tipo de investigación/intervención que se va a llevar a cabo. Es importante asumir que podrán presentarse riesgos en diferentes dimensiones (físicos, sociales, de seguridad pública, financieros o psicológicos, entre otros) y se deben tener en cuenta seriamente. Además, el daño puede ocurrir en lo individual, en el equipo académico/de intervención, así como en el ámbito familiar o poblacional.

- Selección de la población de estudio y captación de participantes en la investigación: una investigación éticamente aceptable garantiza que ningún grupo o clase de personas sobrelleva una carga de participación mayor que la que le corresponde con equidad. De igual forma, ningún grupo debe ser privado de su justa proporción de los beneficios de la investigación. Tales beneficios incluyen los directos de la participación (si los hubiera), así como los nuevos conocimientos que se prevé que aporte el análisis. Por tanto, una cuestión a considerar al hacer la revisión ética de una investigación es la probabilidad de que la población que sobrelleva los riesgos al participar se beneficie de los conocimientos derivados de ésta. Además, una investigación éticamente aceptable incluye estrategias de reclutamiento que sean equilibradas y sustenten, de manera objetiva, las finalidades metodológicas de justicia de la investigación/intervención (escenarios, beneficios, sistemas de compromiso horizontal con las y los participantes comunitarios).
- Incentivos, beneficios y costos financieros: se considera éticamente aceptable y apropiado reembolsar a las personas cualquier costo asociado con su participación en la investigación, entre otros el transporte, la atención infantil o los honorarios perdidos. También existen previsiones éticas para compensar a los participantes por su tiempo. Sin embargo, los pagos no deben ser muy cuantiosos y se puede optar por diferentes alternativas como la atención médica gratuita u otras formas de compensación importantes que resulten atractivas para inducir el consentimiento de futuros candidatos a participar en la investigación en contra de su mejor juicio o comprometer su forma de comprender el análisis. Asimismo, es importante la protección de la privacidad y la confidencialidad de los participantes en la investigación/intervención social. La invasión de la privacidad y el incumplimiento de la confidencialidad son faltas de respeto y les pueden causar sentimientos de pérdida de control o vergüenza, así como daños tangibles, tales como el estigma social, el rechazo por parte de las familias o las comunidades, así como la pérdida de oportunidades de empleo o vivienda.

- Proceso de consentimiento informado: la base ética del consentimiento informado es el principio del respeto hacia las personas. Los sujetos competentes tienen derecho a elegir libremente si participan o no en una investigación y a tomar decisiones basadas en una comprensión adecuada de lo que la investigación implica. Las decisiones con respecto a niños o adultos que carecen de capacidad mental para proporcionar el consentimiento informado las debe asumir una persona sustituta autorizada en nombre de ellos. Aquí debe evaluarse el proceso que se seguirá para el consentimiento informado, así como para la información que se proporcionará. Aunque el consentimiento informado es importante, el hecho de que un participante o su tutor estén dispuestos a consentir la investigación, en sí misma no significa que ésta sea éticamente aceptable.
- Consideración con las comunidades: la investigación/intervención repercute no sólo en los participantes, sino también en las comunidades donde ésta se lleva a cabo y/o en aquellos que pueden ser vinculados con los resultados. Las obligaciones de respeto y protección a las comunidades requieren ser valoradas en la medida de lo posible, y tienen como finalidad minimizar cualquier efecto negativo sobre las comunidades, tales como el estigma o el agotamiento de la capacidad local. Además, cuando sea pertinente, promover los efectos positivos sobre las comunidades, incluyendo los referidos a la salud o al fortalecimiento de las capacidades. Las y los investigadores deben participar de manera activa con las comunidades en la toma de decisiones acerca del diseño y la realización de la investigación (desde luego incluye el proceso de consentimiento informado), con sensibilidad y respeto hacia las prácticas culturales, tradicionales y religiosas de las comunidades.

### LA CULTURA PREVENTIVA DE LA BIOÉTICA DE LA PROSPECCIÓN/INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL

Refiere a nuevas lógicas, metodologías, campos de batalla profesional/disciplinar de Trabajo Social en las diversas realidades sociales adversas; supone explorar lo no esperado, previsible, convenido, así como vislumbrar hasta dónde se pueden abrir otras vías. Una bioética de intervención social y comunitaria tendría la impronta de la prospección profesional de Trabajo Social como disciplina con vocación por el respeto a los derechos de las personas y las comunidades, de sus usos y costumbres, su cultura: no tomar ventaja de la comunidad, no procurarse un beneficio de la investigación e intervención sociales.

La importancia de construir procesos de conciencia y práctica ética y bioética implica el reconocimiento y valoración de la diversidad de valores culturales, étni-

cos, lingüísticos y religiosos que se encuentran presentes en cada sociedad. Además, dichos enfoques filosófico-disciplinares permitirían esclarecer elementos, consideraciones, dilemas y conflictos que se plantean en la investigación social, en la intervención social y en los diversos procesos de interacción con personas y comunidades.

En el plano de la producción de nuevas alternativas de participación social y comunitaria la bioética no puede ser entendida como un código de preceptos, ya que su actividad es de orden analítico, con base en principios éticos y criterios que orientan la investigación/intervención social en los diversos ámbitos de ejercicio profesional y disciplinar de lo social.

### NUEVOS PACTOS INDIVIDUAL/COMUNITARIOS DE CONVIVENCIA Y FUTURO SOCIAL

Así, COVID-19 muestra a las sociedades contemporáneas la crisis de políticas públicas, sistemas e intervenciones en el escenario de emergencia. Dos premisas ante tres escenarios complejos mundiales exhiben la importancia de renovar, desde una lógica de Trabajo Social transdisciplinar, nuestra capacidad de refundar y responder a dichos contextos límite:

- Reconocer la ilusión de que el sistema de capitalismo avanzado, de mantenerse intacto, se reformará a sí mismo en pro de la atención de desigualdades, exclusiones y violencias sociales intrínsecas.
- La importancia de visualizar –teniendo como espejo el carácter trágico, crítico permanente y de resiliencias irresueltas por la pandemia– el nuevo papel que las profesiones y disciplinas científicas están convocadas para responder y acompañar los desafíos/adversidades que nos implican en las realidades comunes de alcance sistémico: individual-territorial-comunitario-local-mundial.
- La cultura de la prevención de los daños del sistema capitalista en el presente y futuro de las sociedades; necesidad de un nuevo bagaje filosófico de la bioética de la intervención sociocomunitaria.

En efecto, COVID-19 revela la imperiosa necesidad de reformular nuestras categorías de entendimiento humano –como las que sugiere Dapuez (2017), al revisar los aportes de Marcel Mauss a las categorías de los hechos sociales totales– y comunitario de construir nuevos pactos cotidianos, democráticos, colectivos, más allá de los procesos de dominación, representación política y lógicas de poder y mercado hegemónicos en el sistema capitalista avanzado contemporáneo.

## VEAMOS EN UNA PERSPECTIVA DE CIERRE DE NUESTRA REFLEXIÓN

Gandhi y el legado de una praxis humanitaria: postulados de un Trabajo Social transdisciplinar. Podríamos incluso acudir al legado de Gandhi histórico universal, dado que en su impronta representa un personaje que logra trascender no únicamente por su filosofía, sino por sus actos de vida.

Hablar de Gandhi supone pensar en la historia de la humanidad misma, en qué momento estamos y hacia dónde debemos ir. Es allí donde radica la fuerza de sus ideas y ejemplos, pues hablamos de amor y lazos comunes entre los seres humanos como una metodología de construcción del bienestar colectivo.

Lo anterior es importante en el marco de una economía capitalista en la que predomina la lógica del poder, la competencia, el escepticismo, el ver al otro como un objeto, y en la que persisten xenofobia, discriminación y racismo.

En Gandhi, encontramos la no violencia como un proceso, una metodología renovadora de vínculos y relaciones, una apuesta para abordar los conflictos y la complejidad de la cotidianidad, potenciada ahora por la pandemia a causa de COVID-19.

La no violencia se actualiza no sólo como una metodología intercultural y de cuidado intercomunitario para renovar procesos y energías de proyectos sociales, libertades y derechos, sino además como una forma de autogobierno a nivel personal, y en el ámbito de las comunidades, así como de quienes tienen responsabilidades públicas –ejercicio del poder, representación y sostenibilidad de recursos–, aún más en una era en la que los bienes públicos, comunitarios y ambientales son cada vez más competidos, desafiados y deteriorados.

Por tanto, las y los profesionales de lo social tienen un papel importante en el ámbito de la salud mental, del bienestar psicosocial y, sobre todo, con su capacidad de incidir en dinámicas virtuosas entre las personas, donde imperen las libertades, la preservación de los recursos naturales, la mediación comunitaria y el respeto a los derechos humanos, en que las premisas de inclusión, integridad y dignidad de las personas sean un eje de igualdad, base del saber y de la praxis relacional entre sujetos, comunidades y sistemas sociopolíticos y socioeconómicos:

Cultivar el conocimiento inclusivo, en el sentido dado a este adjetivo por Mohandas Gandhi. En el léxico actual, “inclusión” es lo opuesto a “exclusión”, pero en estos términos el verbo “cerrar” siempre está implícito. Es mejor usar el término reciprocidad: todos son bienvenidos y pueden participar en dinámicas de compartir libremente. En cambio, la inclusión en el sentido de Gandhi es la integridad del vínculo entre los sujetos, el sentimiento, el pensamiento, la acción, el saber y la vida. Se evita lo dividido y dicotómico. El conocimiento inclusivo está orientado a la armonía, no a la dominación ni al formalismo (Mancini, 2020: 45).

Hay un desafío mayor en temas de educación y formación de la conciencia y prevención de las consecuencias de los riesgos y sufrimientos sociales. Gandhi también criticó las dinámicas de la economía, el trabajo, el capitalismo y sus lógicas de dominación y poder, de anulación o visualización de los demás como objetos sin dignidad ni conciencia.

La bioética de la intervención sociocomunitaria implica repensar no sólo la dimensión ética y de justicia que debe sustentar toda investigación y política pública, sino además el nudo preventivo de daño estructural que debe implicar a los procesos de atención cotidianos y emergentes, como los que puso, en tela de juicio y extrema respuesta a las sociedades contemporáneas, la pandemia por COVID-19. Los denominados, artificialmente, “trabajos esenciales”, así como la (des)información sobre las vacunas a la postre se confirmaron como propios de un devenir individual/comunitario/político/gubernamental implicado en procesos de desconfianza e injusticia y, con ello, en potenciación de nuevos contagios y muertes e irresponsabilidad en el manejo de la gestión gubernamental de la salud pública.

La actual dinámica del capitalismo avanzado es ciega al trabajo no visibilizado que se realiza por diversas personas, comunidades y profesionales, que han probado en escenarios ordinarios, emergentes y de crisis excepcional que el que se realiza fuera del mercado, en particular la educación de los niños, el cuidado de personas enfermas, la atención de grupos y personas en condición de calle y vulnerabilidades diferentes se agravan en contextos complejos.

En las clases trabajadoras, en especial entre las madres solteras, la desregulación del tiempo de trabajo socava las capacidades educativas de la familia. ¡Después, lamentamos ver caer drásticamente el nivel educativo en ciertos territorios y que los jóvenes dejados a su suerte se hundan en la delincuencia!

Por ello, los sistemas legales, los entornos laborales, las políticas públicas y sociales deben establecer reglas de concordancia temporal, que tengan en cuenta la vida fuera del trabajo, ya sea social o familiar. No es concebible que el teletrabajo prospere con estas limitaciones. De modo que es fundamental que su implementación no dependa únicamente de contratos individuales o convenios de empresa. Se necesita un marco colectivo mucho más amplio, que se aplique a todas las empresas e instituciones y que, a su vez, permita recuperar el contexto comunitario de las familias, las y los profesionales de la atención y los cuidados sociales formales e informales.

Así, debemos impulsar procesos colaborativos y sistemas diagnósticos, además de política pública y política social como telar de tejidos de mediación en ecuaciones de fuerzas, proyectos y liderazgos, que buscan preservar lo que daña al ambiente, a la convivencia, a los derechos de los demás, a los sistemas de salud pública y desarrollo comunitario: la destrucción del otro, la afectación a su cuerpo porque

no piensa como uno o porque sus ideas, convicciones, creencias o libertades se asumen como un atentado a lo que uno piensa.

## CONCLUSIONES

Las ciencias sociales y en particular las profesiones de lo social pueden recuperar la simiente, la visión, la fuerza de la perspectiva bioética de la intervención socio-comunitaria (los ideales de Gandhi serían un clivaje), para recomponer el tejido de una economía y una convivencia sin bagaje espiritual, ético y moral. Y así reconstruir nuestra capacidad de recrear experiencias y vidas armonizadas con el entorno y la no depredación, centrados en una vida armoniosa, donde no impere el consumismo, la lógica del poder y la dominación tecnocapitalista.

En este sentido, las respuestas, las iniciativas y las metodologías transdisciplinares de Trabajo Social, más allá de la emergencia mundial por COVID-19, permitirán no sólo explorar, sino desplegar lógicas y prácticas bioéticas metodológicas de intervención socio-comunitaria que pueden coadyuvar a que los sistemas públicos de gestión de las emergencias, las respuestas a las problemáticas estructurales de pobreza, desigualdad, exclusión y violencia se aborden con un tejido preventivo transdisciplinar.

De ahí la importancia de reivindicar, por un lado, el diagnóstico de las condiciones de vida, los ingresos y los mecanismos cotidianos, sistémicos y estructurales en el que “trabajadoras y trabajadores esenciales” (que se asumieron como prescindibles antes de la pandemia mundial de los dos años recientes) y profesiones de lo social (como Trabajo Social en sus múltiples aportes) desempeñan sus labores y entregan sus vidas a pesar de riesgos, sistemas de dominación e injusticias cotidianas, y, por el otro, valorar las consecuencias de que se perpetúen ingresos y condiciones de trabajo precarias en diversos oficios, profesiones y disciplinas que tienen vocación humanitaria, así como la reducción profunda de vulnerabilidades y sufrimientos sociales.

Después del COVID-19 la división social del trabajo, la redistribución de la riqueza y las corresponsabilidades deben revisarse profundamente, ya que de lo contrario se seguirá extendiendo el carácter ilusorio de que los actuales procesos de dominación, depredación de recursos naturales, ausencia de solidaridad y sentido de humanidad en la convivencia, ante los conflictos que se presentan en las sociedades contemporáneas, se reformaran por sí mismos. La lección de la reciente pandemia es clara toda vez que, al mismo tiempo que se agudiza por el encierro, el hacinamiento provoca la pulverización de la sociedad en individuos y se evidencian nuestros límites que son llevados al extremo. Por tanto, se replican procesos en los que, en los

hechos, podemos reproducir la negación de nosotros como civilización, de esperanza de un mejor modelo de bienestar para las actuales y futuras generaciones.

## REFERENCIAS

- Canella, S. y S. Lincoln (2007), “Predatory vs. Dialogic Ethics: Constructing an Illusion or Ethical Practice as the Core of Research Methods”, *Qualitative Inquiry*, 13(3): 315-335.
- Castanyer, M. (2016), “Entrevista a Teresa Zamanillo Peral”, *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(1): 201-210, <[dx.doi.org/10.5209/CUTS.54647](https://doi.org/10.5209/CUTS.54647)>.
- Dapuez, A. (2017), “Diferencias categóricas. La invención del intercambio social en la obra de Marcel Mauss”, *Revista Dimensión Antropológica*, Universidad Nacional de Entre Ríos, año 24, mayo-agosto.
- Foucault, M. (1987), *Historia de la sexualidad III. El cuidado de sí*, México: Siglo XXI Editores.
- Garrafa, V. y D. Porto (2003), “Intervention Bioethics: A Proposal for Peripheral Countries in a Context of Power and Injustice”, *Bioethics*, 17(5-6): 399-416.
- González, J. (2002), “Ética y bioética”, *Revista Isegoría*, núm. 27.
- Mancini, R. (2020), *Gandhi: Al di là del principio di potere*, Italia: Feltrinelli.
- Schmid, W. (2002), *En busca de un nuevo arte de vivir. La pregunta por el fundamento y la nueva fundamentación de la ética en Foucault*, España: Pretextos.
- Sobocán, A., T. Bertotti y K. Stromm (2019), “Ethical Considerations in Social Work Research”, *European Journal of Social Work*, vol. 22, <[tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691457.2018.1544117](https://tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691457.2018.1544117)>.
- Tello, N. (2008), “Trabajo Social, disciplina de conocimiento”, *Apuntes de Trabajo Social*, México: Estudios de Opinión y Participación Social.
- Walsh, Christine *et al.* (2021), “International Field Education: A Case Study of Developing an Anti-Colonial Group Study Program in Mexico”, *International Social Work*, <[researchgate.net/publication/355093312\\_International\\_field\\_education\\_A\\_case\\_study\\_of\\_developing\\_an\\_anti-colonial\\_group\\_study\\_program\\_in\\_Mexico](https://researchgate.net/publication/355093312_International_field_education_A_case_study_of_developing_an_anti-colonial_group_study_program_in_Mexico)>.





# PENDIENTES DE FORMACIÓN PROFESIONAL POSPANDEMIA EN EL ÁREA DE LA SALUD: SUGERENCIAS DEL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL<sup>1</sup>

*Guadalupe Cañongo León*

## INTRODUCCIÓN

Este capítulo tiene como finalidad explorar en el ámbito de los requerimientos laborales del personal de Trabajo Social del área de la salud, en términos de formación profesional y, concretamente, a través de la educación continua. Lo anterior a la luz de su experiencia de trabajo en instituciones denominadas Hospitales COVID-19, en el marco de la pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2. El propósito general es exaltar algunos de los temas sugeridos por parte de trabajadoras/es sociales que se han desempeñado laboralmente en Hospitales COVID-19, para el desarrollo de actividades formativas que pudieran dotarles de recursos profesionales para la mejor implementación de su quehacer profesional.

En primer término, se realiza una breve descripción de las condiciones generales del contexto de la aún en tránsito pandemia por COVID-19 y, en un segundo momento, se precisa información metodológica relativa a la fuente investigativa de la cual derivan los hallazgos expuestos en el apartado “Principales reportes de temas estimados como requerimientos profesionales”.

Los pendientes de formación profesional pospandemia en el área de la salud o los temas sugeridos por algunos integrantes del personal de Trabajo Social se reportan para efectos de valorar su pertinencia como propuestas a acciones concretas de educación continua, a saber: tanatología, educación para la salud, primeros auxilios psicológicos, comunicación de malas noticias, trabajo en equipo y manejo de conflictos. Por último, se emiten algunas consideraciones con la intención de concluir el desarrollo del capítulo, pero, sobre todo, de colocar lo expuesto a la discusión gremial para que se incentiven diversas estrategias de atención.

<sup>1</sup> Este capítulo forma parte de los resultados del proyecto “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el Sector Salud frente al COVID-19” (IN305021), financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Universidad Nacional Autónoma de México.

## PANORAMA PANDÉMICO

La pandemia por COVID-19 nace como un evidente problema sanitario, pero alcanza gran magnitud al grado de ser calificada por algunos especialistas como la *sindemia* del siglo, ya que ha afectado al mundo entero con repercusiones en las dinámicas socioeconómicas, políticas, culturales y, en general, ha trasladado a la humanidad a un escenario pocas veces imaginado fuera de la ciencia ficción.

A partir de enero de 2020, hace ya más de tres años, la vida cotidiana, las condiciones epidemiológicas y los propios significados de salud, enfermedad, vida y muerte se someten a una tajante modificación, a raíz de las declaraciones constantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con relación a una nueva enfermedad, que va desde el anuncio de una epidemia y su transformación en pandemia, hasta el dictamen de las medidas preventivas encaminadas a reducir las cifras de morbilidad y mortalidad que se incrementaban a diario.

México inicia estrategias gubernamentales con el propósito de dar respuesta a la crisis generada por la enfermedad y por el periodo de confinamiento adoptado desde marzo de 2020. Así, inician una serie de medidas de contención para aminorar las consecuencias socioeconómicas derivadas. A continuación, con base en información del Senado de la República (2020), se mencionan algunas de las estrategias en comento.

Como parte de las acciones fiscales y presupuestales en marzo de 2020: se anuncia un presupuesto extraordinario para la Secretaría de la Defensa Nacional por 4 mil millones de pesos (mdp) para reforzar el Plan DN-III y el Plan Marina; se autorizan 4.5 mil mdp para el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI); se adoptan medidas fiscales, como el diferimiento de pago de impuestos y descuentos al impuesto sobre nómina y a la propiedad; las personas mayores y personas con discapacidad reciben por adelantado pagos por concepto de pensión.

Para la atención del sistema educativo, la principal estrategia en la educación básica y media superior es el recurrir a la transmisión de clases en radio y televisión, y para el caso de la educación superior, incluida la UNAM, se continúan las clases a distancia a través de plataformas como Zoom, Meet o aulas virtuales particulares. En el ámbito de la salud se inicia con la conversión de algunos hospitales públicos a la nueva modalidad formalizada como Hospitales COVID-19, así como la participación bajo convenio de hospitales privados para las disposiciones del Gobierno federal.

Todas, acciones que se desarrollan en el marco del “Semáforo epidemiológico”, estrategia diseñada por la Secretaría de Salud (2020), para comunicar las indicaciones que habrían de acatarse regionalmente en la cotidianidad respecto de la prevalencia y atención del COVID-19.

En síntesis, durante el semáforo rojo únicamente se permiten las actividades laborales esenciales. En color naranja se retoman gradualmente las actividades laborales no esenciales y otras actividades ejecutadas en espacios públicos en una escala reducida; las personas en situación de vulnerabilidad, como las personas mayores y con enfermedades crónicas, podrían incorporarse a sus actividades laborales con máximo cuidado. En amarillo pueden operar todas las actividades laborales sin restricción alguna más que la implementación de protocolos de atención a población vulnerable; hay reapertura de espacios cerrados con limitación de aforo (templos, cines, museos, teatros, restaurantes, etcétera). Con el semáforo en verde se mantienen las medidas de salud pública, se permite la operación de actividades esenciales y no esenciales al igual que los espacios públicos abiertos y cerrados, se lleva a cabo un cuidado de control para las personas vulnerables y se reactivan las actividades escolares (Senado de la República, 2020).

De acuerdo con datos del “Informe técnico diario COVID-19”, de la Secretaría de Salud (2021), el análisis nacional del impacto de la pandemia al 29 de diciembre de 2021, contemplando a todos los casos sospechosos totales de enfermedad respiratoria viral y los casos y defunciones con asociación o dictaminación clínica-epidemiológica desde la semana epidemiológica 1 de 2020 a la 52 de 2021, se aprecia que en México se habían confirmado 3 979 723 casos totales y 299 428 defunciones totales por COVID-19.

De la misma fuente, se estima que las 10 primeras entidades que acumulan el mayor número de casos son: Ciudad de México, Estado de México, Nuevo León, Guanajuato, Jalisco, Tabasco, Puebla, Veracruz, Sonora y San Luis Potosí, que en conjunto conforman 65% de todos los casos acumulados y registrados en el país.

## EXPERIENCIAS PROFESIONALES DEL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD

En el marco de la crisis sanitaria, en la que el sistema de salud es sacudido por la alta demanda de servicios, la escasez de recursos institucionales y la inexperiencia frente a una nueva enfermedad que traía consigo una fuerte carga de mitos e incertidumbre, se inician diferentes esfuerzos investigativos para tratar de explicar lo que sucedía. Si bien no se cuenta con la precisión sobre la cantidad y líneas de investigación de los estudios realizados en el país con motivo del impacto psicosocial de la pandemia, sí se puede apreciar que la mayoría están dirigidos a la comprensión de las consecuencias en la salud mental de la población, ya sea contagiada o en general, pero afectada por el confinamiento experimentado. Es innegable que los reportes publicados son insuficientes debido a la complejidad que

incluso todavía no se alcanza a dimensionar, pero son totalmente oportunos y contribuyen a la construcción de conocimientos confiables.

La afectación que han sufrido los profesionales del ámbito de la salud es un tema de gran relevancia; conocer dicha afectación en el personal de Trabajo Social es justo el tema abordado en el proyecto denominado “Efectos psicosociales y estrategias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19”, que se desarrolla como parte del Programa de Apoyo a la Investigación e Innovación tecnológica de la UNAM, y cuyo objetivo es desvelar los efectos psicosociales que han presentado los y las trabajadoras sociales como resultado de su ejercicio profesional en hospitales generales durante la contingencia sanitaria.

En este capítulo se analizan las respuestas a dos preguntas: 1) ¿Qué tipo de temas o capacitaciones sugiere para mejorar su desempeño? 2) ¿Cuáles son las áreas que usted quisiera conocer o fortalecer para su ejercicio profesional? Desde el enfoque cualitativo se valoran los comentarios contenidos en seis entrevistas seleccionadas, que se realizan a distancia a través de la plataforma Zoom durante mayo y junio de 2021. Las personas entrevistadas autorizan su participación mediante un consentimiento informado. Se dispone de la videograbación de las entrevistas, mismas que se transcriben para el análisis expuesto a continuación.

### *Reportes de temas estimados como requerimientos profesionales*

En el cuadro 1 se concentran los datos generales de las seis personas entrevistadas, cinco trabajadoras sociales y un trabajador social. Se utilizan abreviaturas para su identificación en ánimo de proteger el carácter confidencial de las participaciones.

Cuadro 1. Datos generales de las personas entrevistadas

<i>Participante</i>	<i>Sexo</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Hijos/as</i>	<i>Vive con</i>	<i>Nivel de escolaridad</i>	<i>Institución laboral</i>
TS/a	mujer	casada	Sí	Pareja e hijos/as	Maestría sin grado	HRAE
TS/b	mujer	casada	Sí	Pareja e hijos/as	Grado de maestría	Sedesa
TS/c	mujer	casada	Sí	Pareja e hijos/as	Maestría sin grado	INSHAE
TS/d	mujer	casada	Sí	Pareja e hijos/as	Grado de maestría	IMSS

<i>Participante</i>	<i>Sexo</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Hijos/as</i>	<i>Vive con</i>	<i>Nivel de escolaridad</i>	<i>Institución laboral</i>
TS/e	mujer	casada	No	Pareja	Licenciatura	INSHAE
TSf	hom- bre	soltero	No	Padres	Maestría trun- ca	IMSS

HRAE = Hospitales Regionales de Alta Especialidad

INSHAE = Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Sedesa = Secretaría de Salud de la Ciudad de México

IMSS = Instituto Mexicano del Seguro Social

Fuente: Pérez Ramírez y Cruz Maldonado (2021), “Efectos psicosociales y estrategias de intervención de trabajadoras/es sociales en el Sector Salud frente al COVID-19”, PAPIIT.

En congruencia con el objetivo del proyecto, el principal contenido de las entrevistas versa sobre la experiencia laboral en un Hospital COVID-19 durante el periodo de contingencia, destacando las situaciones que enfrentan, los recursos disponibles o carentes, la adecuación a los nuevos protocolos, ajuste de funciones y, sobre todo, los efectos en su salud física y mental que repercuten en su calidad de vida. A partir de todas esas vivencias, y un poco a la distancia temporal que posibilita la reflexión de lo vivido, se les pregunta: ¿Qué tipo de temas o capacitaciones sugerirían para mejorar su desempeño profesional? ¿Cuáles serían las áreas que quisiera conocer o fortalecer para su ejercicio profesional?

En sentido amplio, las respuestas se relacionan con la información que proporcionan en el transcurso de su entrevista; es decir, la mayoría de los temas sugeridos encuentran cierta correlación con los obstáculos o situaciones enfrentadas en su quehacer profesional durante la emergencia sanitaria. Es el caso de TS/a, quien manifiesta como experiencia más significativa de su actividad laboral la cifra elevada de defunciones y todo lo que ello implica emocionalmente:

[...] en la primera rotación que yo tuve el segundo día, porque yo estaba recibiendo servicio, recibo tres defunciones, tengo pendiente proceso de entrega de cadáver de cuerpo de tres personas y fallecen, en mi turno, dos personas más, entonces tengo cinco defunciones en mi segundo día de rotación. Eso fue fuerte porque a pesar de que ya habíamos tenido acercamiento al área para ver cómo se maneja todo, pues nadie te dice que vas a tener cinco defunciones en ese momento, tienes que checar las llamadas de información a los familiares, pero al mismo tiempo estás pendiente porque algún familiar puede comunicarse para decir que ya está yendo por su familiar, entonces sentía que me faltaban manos, pies, o sea, que me faltaba todo, que yo no

podía con todo eso, fuertísimo emocionalmente, cinco defunciones en un solo turno, por decirlo de alguna manera, sí fue bastante fuerte, y lo segundo ahí fue que me toca en un día lluvioso, me toca ver llorar al hijo de uno de los fallecidos debajo de la lluvia esperando el cuerpo de su papá, entonces ese día a mí no se me va a olvidar, fue una imagen muy fuerte (TS/a).

Esa experiencia se estima relacionada con el tema sugerido para una capacitación en beneficio de su desempeño profesional, la tanatología:

Yo no sé si lo tanatológico entra ahí, pero yo tengo información tanatológica, pero sí creo que esta pandemia nos agarró por sorpresa y no tengo las suficientes herramientas para hacer frente a pesar de tener una formación tanatológica, entonces, yo creo que tantas pérdidas que nos ha dejado esta pandemia que creo que deberíamos estar más preparados porque no creo que vaya a ser la primera (TS/a).

Una propuesta un tanto relacionada a la de TS/a, ya que también busca la obtención de herramientas psicosociales, es la expuesta por TS/d, relativa al dominio del conocimiento sobre primeros auxilios emocionales:

Sería conveniente fortalecer al equipo con información sobre los primeros auxilios emocionales, que ellos los tuvieran muy dominados, muy trabajados, que les permitiera trabajarlos de una manera seguros de la acción, porque es un momento de crisis donde hay que dar información al familiar para que tome una acción o para que busque, en el caso de la defunción, un servicio funerario, la entrega documental y si el familiar no se encuentra concentrado no va a captar la información que necesitamos que tenga, entonces, para lograr que el familiar pueda concentrarse se necesitan herramientas para que pueda ubicarse en tiempo y espacio, entonces, esa parte creo que sería conveniente y que pudieran pues manejar la contención emocional también para fortalecerse como personal de salud, trabajadores sociales (TS/d).

Por su parte, la participante TS/b comenta que ella, al igual que sus compañeros de trabajo, se ha beneficiado de información útil que recibe a partir de cursos y talleres; en este sentido, ella los retoma y los coloca como propuestas educativas para que se replique el beneficio:

Sí, a nosotros en específico nos ayudaron mucho los talleres de cómo dar malas noticias; nos ayudó mucho un curso muy especial, el de comunicación asertiva, para poder tratar estas situaciones y que en el equipo de trabajo no se generaran, pues, ciertos conflictos, ciertas diferencias, sino que aprendiera en verdad a trabajar en equipo. Yo creo que una de esas sería comunicación asertiva, trabajo en equipo, cómo dar malas

noticias, cómo enfocarnos un poco más a no vernos como un número de trabajador, sino una persona íntegra, una persona que siente también, que piensa y que puede generar cambios y que puede tener subidas y bajadas en muchas situaciones y que podemos tener una intervención integral diferente (TS/b).

Un tanto dubitativa, TS/c admite que habría que retomar el tema de la educación para la salud, ya que en el marco de pandemia se destaca con mayor claridad su importancia:

Creo que, aunque yo no estoy muy de acuerdo en esto de la promoción de la educación para la salud porque se supone que eso viene desde casa, sí tenemos que reafirmar algunas cosas [...] la educación para la salud [...] ahora se necesita mucho porque continuamente les tienes que estar recordando mucho a los familiares, pues ellos están pensando otras cosas y tienes que reafirmarles, aun así te puedo decir que hubo muchas personas, aunque de diferentes estratos socioeconómicos, desde una persona que es un médico hasta una persona que es un campesino, que no se quitaban el cubre bocas, entonces nuestra intervención puede ir dirigida a todos ellos sin importar el estrato social (TS/c).

TS/e enfatiza la importancia de que se brinden actividades formativas con temas dirigidos al bienestar del equipo de trabajo. Propone que a partir del trabajo propio se pueda beneficiar la dinámica grupal:

Yo pienso que un curso tendría que ser interno, como resolución de conflictos a nivel interno, más en lo personal, porque yo creo que también a veces cuando vivimos en situación de estrés hasta los mismos compañeros sacan o desbordan su estrés con otros y ahí lo depositan; entonces, yo creo que uno debería ser con el grupo o equipo de trabajo para la resolución de conflictos, porque yo he evidenciado eso desde mi experiencia, y otra sería tener una mayor atención a este tema de la salud mental de los trabajadores, sea el área que sea, yo creo que siempre es bien importante porque al final todos estamos al borde de y compartimos muchísimas angustias, tensiones, entonces, pienso que es un tema bien importante (TS/e).

TS/b también incluye, como parte de su argumento, la importancia de mejorar el trabajo en equipo, sobre todo cuando se encuentran ubicados en los altos mandos:

A mí me gustaría reforzar, y más esta parte de que ahorita estoy en la jefatura, tener como más herramientas, ampliar mis conocimientos de cómo llevar esta parte, esta gestión desde acá desde la jefatura para poder implementar más esos procesos esas actividades que enriquezcan a todo el equipo y que logremos ese trabajo en conjunto

para poder dar mejores resultados. De hecho, ahorita estoy tomando el diplomado en administración, entonces pues me está ayudando bastante en tener más elementos (TS/b).

Otras propuestas consideran la formación disciplinar al sugerir temas teóricos metodológicos, como es el caso de la sistematización:

La parte de sistematización, te digo que es algo que tenemos, no sólo yo, en el Hospital tenemos como pendiente la sistematización de nuestras experiencias, como la parte metodológica porque creo que nos hemos ido más por lo práctico, por el hacer, por la emergencia del momento (TS/a).

Al tocar el tema de las áreas que habría que reforzar surgen reflexiones orientadas al fortalecimiento gremial, en cuanto a explorar nuevas posibilidades de acción profesional y al mejoramiento de las funciones ya establecidas:

[...] hay mucho qué hacer, pero es muy complicado, sobre todo lo que tienes que hacer, lo tienes que hacer diario más aparte tu investigación, la sobrecarga de trabajo y cada día haces lo mismo y lo mismo se vuelve rutinario... (TS/f).

[...] necesitamos formarnos para fortalecer la calidad de atención, buscando la eficiencia (TS/d).

[...] yo considero que todo lo que estamos haciendo hay que hacerlo bien, en cuanto a teoría, el diagnóstico, porque cada uno hace su diagnóstico como quiere, primero es unificar todo y ya de ahí ver, porque [...] si bien sí hay una metodología que llevar, yo creo que sí hace falta complementar unas cosas, retroalimentar todo ese tipo de cosas para tener un mejor desempeño como trabajadores sociales (TS/f).

[...] el COVID-19 llegó a abrir áreas donde nosotros pudiéramos incursionar como profesionales, el no quedarnos, si bien estamos dentro de una institución, no apegarnos tanto, sino intentar explorar otras áreas. Yo creo que es un área de oportunidad bien importante que trajo el COVID-19, ver qué otras cosas podemos realizar dentro de la institución (TS/e).



## PENDIENTES DE EDUCACIÓN CONTINUA

De los reportes analizados en el apartado anterior se estiman algunos pendientes que pudieran ser atendidos desde la educación continua, la cual, en opinión de Andrade, Ortega y Núñez (2009), surge derivada de las necesidades de actualización de conocimientos y capacidades en el tiempo, materializadas por medio de diferentes dinámicas de capacitación, de manera presencial, a distancia o virtuales, que abren una gama de oportunidades para todas las personas interesadas.

En este orden de ideas, la educación continua se aprecia como una oportunidad para que los profesionales, en este caso de Trabajo Social en el ámbito de la salud, se mantengan cercanos a los conceptos, estrategias, metodologías y herramientas tecnológicas de vanguardia que mejoren su desempeño laboral. Lo anterior sin descalificar la formación profesional, ya que, si bien se puede contar con títulos o grados de gran reconocimiento, es fundamental participar en actividades de actualización o incluso de certificación periódica.

Los temas recuperados para efectos de este capítulo y para el soporte teórico metodológico de posibles actividades de educación continua que pretendan ofrecer opciones formativas de calidad y, sobre todo, de utilidad para el personal de Trabajo Social en instituciones de salud, son: tanatología, educación para la salud, primeros auxilios psicológicos, comunicación de malas noticias, trabajo en equipo y manejo de conflictos. Enseguida se destacan sus principales características.

- I. Tanatología: etimológicamente se define como el estudio encargado de encontrar sentido al proceso de la muerte, es esta quizá la acepción más conocida en la cotidianidad, ya que normalmente se asocia con procesos de “bien morir” o “muerte digna”; sin embargo, la tanatología atiende proceso de duelo en general, vinculados a cualquier tipo de pérdidas significativas. Uno de sus grandes objetivos es procurar que la persona que sufra una pérdida sea tratada con respeto, cariño, compasión y que conserve en todo momento su dignidad, al igual que a sus seres queridos (Bravo, 2006).
- II. Educación para la salud: este instrumento de la promoción de la salud incentiva el aprendizaje para vivir mejor, no sólo en lo individual, sino en lo grupal y colectivo e impulsa procesos de educación para la salud basados en la comunicación, el diálogo de saberes, la pedagogía activa crítica, participativa y transformadora con el objetivo de lograr el empoderamiento individual y la transformación de las realidades (OPS y OMS, 2017). Por tanto, no se trata únicamente de transmitir información, sino de fomentar la motivación, habilidades personales y autoestima necesarias para adoptar estilos de vida saludables (Serrano, 2012).

- III. Primeros auxilios psicológicos: conocidos como PAP por sus iniciales, son una herramienta fundamental que contribuye a la prestación de servicios de atención al ciudadano en forma integral y que no necesariamente deben ser aplicados por los profesionales de la salud mental, ya que cualquier persona que cuente con la debida capacitación y esté entrenada los puede aplicar (Valencia y Trejos, 2013). La enseñanza de PAP es algo que, de acuerdo con Romero y Guarnizo (2021), debe implementarse y continuar de aquí a futuro, debido a que una vez terminada la pandemia por COVID-19 seguirán existiendo situaciones de emergencia, desastres y crisis que deberán ser abordadas de la misma manera.
- IV. Comunicación de malas noticias: una práctica tan frecuente en instituciones de salud como lo es informar a pacientes y familiares sobre malas noticias puede ser descalificada debido a su carácter ordinario; no obstante, requiere del desarrollo de habilidades para efectuarla en las mejores condiciones. Por “mala noticia” debe entenderse cualquier información que afecta de modo negativo las expectativas que tiene el paciente de sí mismo y su futuro, y debe tenerse claro que la forma en que se comunica incluye una gran variedad de situaciones que van desde el resultado de un examen, hasta un diagnóstico con pronóstico fatal (Bascuñan, 2013). Dar malas noticias supone un especial esfuerzo en el emisario, pues se trata de una labor complicada con posibles repercusiones significativas tanto en el paciente como en los familiares (León y Huarcaya, 2019).
- V. Trabajo en equipo y manejo de conflictos: capacitarse en este tema es clave para el desarrollo y la profesionalización del trabajo que realizan diversos grupos, órganos o asociaciones que buscan mejorar su participación a partir de la labor que desempeñan. Su importancia radica, en esencia, en la apropiación de las ventajas del trabajo colaborativo y, todavía mejor, en la obtención de herramientas diferentes para perfilarse como personas resolutivas aun en condiciones críticas. Analizar actitudes, formas, significados, acciones, percepciones y demás variables involucradas con la interacción laboral incrementa no sólo las posibilidades de bienestar personal, sino también de un bienestar colectivo, al contribuir positivamente en la creación y sustento de un ambiente de respeto y propositivo.

## REFLEXIONES FINALES

Al considerar el panorama pandémico se presenta un escenario que impone grandes retos para los profesionales de Trabajo Social y para quienes más necesitan de sus servicios, pero también existen posibilidades valiosas de las cuales echar mano para asumir esos desafíos. La educación continua se estima fundamental, ya que representa una poderosa fuerza de herramientas de diversa índole que optimizará, con certeza, el ejercicio laboral, que cobra especial relevancia y conjuga elementos teóricos conceptuales con la práctica diaria en beneficios de la población usuaria.

Sería ideal que cada función, intervención, tarea o acción específica, realizada por parte del personal de Trabajo Social, estuviera respaldada por procedimientos metodológicos validados; que las estrategias utilizadas sean efectivas para brindar la atención de calidad requerida, siempre bajo una visión de respeto a la dignidad humana y al bienestar colectivo, incluidos personalmente. Empero, el alcance de este particular objetivo sólo se alcanzará con la capacitación profesional continua y el apego a códigos de ética profesional; en otras palabras, con un muy fuerte compromiso institucional, gremial y humanitario.

No debiera olvidarse que el personal de Trabajo Social tendría que ser un medio por el cual los derechos humanos pudieran ejercerse con amplitud por parte de la población en condiciones de mayor vulnerabilidad, y que, en ese sentido, los derechos humanos se convirtieran en el eje fundamental para sustentar el quehacer de los profesionales de Trabajo Social. Resulta entonces urgente contar, además de los conocimientos básicos al respecto, con un dominio temático que permita no únicamente brindar un servicio de calidad, en cuanto a la gestión de trámites y procedimientos institucionales, sino que fomente entre los usuarios un ejercicio corresponsable en el que las personas usuarias reciban la atención adecuada, pero que además aporten compromiso y respeto institucional.

Pensar en educación continua y todas las ventajas que representa para los equipos de trabajo alude, inevitablemente, al derecho a la educación, pero también al derecho al trabajo en condiciones dignas. Por tanto, se conmina a la incorporación paulatina de enfoques vigentes para el respaldo del quehacer profesional. Acciones colaborativas, por ejemplo, entre los centros de trabajo y las universidades tendrían que ser una constante para alcanzar propósitos comunes de tipo académico, laboral y social.

En suma, se impulsa al personal de Trabajo Social del área de la salud a que integre entre sus consideraciones, con mayor apremio, el desarrollo de estrategias de actualización profesional con carácter interdisciplinar y como resultado de procesos participativos en los que se escuchen y tomen en cuenta todas las sugerencias vertidas.

## REFERENCIAS

- Andrade Paco, J., M.J. Nava Ortega y J. Valverde Núñez (2009), “La educación continua como proceso de formación académica en los alumnos egresados de las instituciones de educación superior en el estado de Sonora”, *Contabilidad y Negocios*, 4(8): 57-62.
- Bascuñan, L. (2013), “Comunicación de malas noticias en salud”, *Rev Med Clin Condes*, 24(4): 685-693.
- Bravo Mariño, M. (2006), “¿Qué es la tanatología?”, *Revista Digital Universitaria*, 7(8): 2-10, <[revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/ago\\_art62.pdf](http://revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/ago_art62.pdf)>.
- León Amenero, D. y J. Huarcaya Victoria (2019), “El duelo y cómo dar malas noticias en medicina”, *An Fac Med*, 80(1): 86-91.
- Organización Panamericana de la Salud-OPS y Organización Mundial de la Salud-OMS (2017), “Documento conceptual: educación para la salud con enfoque integral”, en *Concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las Américas*.
- Romero Heredia, N. y A. Guarnizo Chávez (2021), “Enseñanza de primeros auxilios psicológicos a profesionales de la salud. Su importancia frente a la COVID-19”, *FEM*, 24(5): 275-276.
- Secretaría de Salud (2020), “Lineamientos para la estimación de riesgos del semáforo por regiones COVID-19”, <[coronavirus.gob.mx/wp-](http://coronavirus.gob.mx/wp-)>.
- Secretaría de Salud (2021), “Informe técnico diario COVID-19, México”, <[gob.mx/cms/uploads/attachment/file/689974/Comunicado\\_Tecnico\\_Diario\\_COVID-19\\_2021.12.31.pdf](http://gob.mx/cms/uploads/attachment/file/689974/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2021.12.31.pdf)>.
- Senado de la República (2020), “Medidas de contención y de política económica ante la pandemia de COVID-19 en México”, Instituto Belisario Domínguez, <[bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4867/NE\\_Contenci%20y%20Pol%20adtica%20econ%20ante%20el%20COVID19%20en%20M%20a9xico\\_VF.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4867/NE_Contenci%20y%20Pol%20adtica%20econ%20ante%20el%20COVID19%20en%20M%20a9xico_VF.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>.
- Serrano Poveda, M.E. (2012), “Introducción en educación para la salud: fundamentos, claves y conceptos básicos”, *Form Act Aten Prim*, 5(4): 246-257.
- Valencia Puentes, A. y J. Trejos García (2013), “Los primeros auxilios psicológicos en el servicio de atención al ciudadano desde un enfoque humanista”, *Logos, Ciencia & Tecnología*, 4(2): 42-52.

# FACTORES PSICOSOCIALES DEL CONFINAMIENTO POR LA CONTINGENCIA POR COVID-19 EN MADRES UNIVERSITARIAS: EL CASO DE LA ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

*Celeste Lucero Romero Castro*

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día puede observarse que un mayor número de mujeres ingresa al sistema educativo en el nivel superior. Para muchas de ellas implica una mejor preparación para enfrentar los retos que se tienen en nuestra sociedad actual. En México, según el INEGI, en 2018 es evidente el incremento en el número de mujeres, del grupo de edad entre 15 y 24 años, que se encuentran en la etapa de cursar estudios en el nivel superior y representan cerca de la tercera parte de todas las mujeres en edad reproductiva. La Ciudad de México es la entidad en la que hay más mujeres universitarias, 258 352. El 48.74% de estudiantes en el nivel superior en la CdMx corresponde a mujeres y algo importante a destacar es que muchas de esas mujeres son madres (INEGI, 2021).

El impacto en las diversas esferas sociales y, en particular, en el caso de las madres universitarias la pandemia por COVID-19 y el confinamiento, como medida de seguridad, ha agudizado diversas problemáticas y factores psicosociales que quizá hasta ahora no se han nombrado, haciéndose más grandes en el interior de la familias; por ejemplo, estas madres que en su cotidianidad tenían un espacio donde sus hijos/as podían adquirir conocimientos al asistir a la escuela y en algunos casos también se convertía en un lugar de esparcimiento, al entrar en confinamiento por la pandemia en su casa se genera un reacomodo y ajuste en la dinámica familiar.

Al considerar que el bienestar de los seres humanos involucra muchos componentes, no es descabellado decir que los efectos desiguales en la salud mental repercutirán en el corto y largo plazo, de manera dañina, en la productividad de las madres y sus hijos/as, principalmente en aquellos hogares vulnerables.

Los factores de riesgo y de protección individuales y relacionados con la familia pueden ser biológicos, emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales o relacionados con el contexto familiar. Además, pueden tener su mayor impacto en la salud mental durante periodos sensitivos a lo largo de la vida e incluso por varias generaciones (OMS). Bajo esta situación de cambio en los hogares, las universitarias tienen que modificar por completo las “rutinas” cotidianas, sobre todo,

cuando son madres que trabajan y estudian una carrera. La Asociación Corazón y Vida (2020) comparte que:

La ansiedad, el miedo y la preocupación son las emociones más comunes, ante un escenario de alerta sanitaria como el que estamos viviendo, y su función es protegernos ante situaciones desconocidas, amenazadoras y potencialmente peligrosas. Estas sensaciones son necesarias, nos mantienen alerta y hacen que respondamos con rapidez y eficacia (bien enfrentándonos al peligro, bien alejándonos de él). Por ello, en el contexto actual, un cierto grado de ansiedad, preocupación y miedo es beneficioso y saludable, ya que hará que estemos más alertas y que actuemos de forma adecuada ante las indicaciones sanitarias que debemos seguir (p. 2).

Otras sensaciones que se pueden experimentar ante el confinamiento son: enfado, irritabilidad, soledad, aburrimiento, frustración, ira, tristeza, desesperanza, etcétera. Todo ello, en un alto grado, puede dar lugar a alteraciones conductuales y problemas, al relacionarlos con aquellas personas con las que compartimos el aislamiento (p. 3).

La ONU (2020) deplora que, pese a su importancia e impacto, la salud mental siga siendo una de las áreas de salud más olvidadas. El documento apunta a la adversidad como un factor de riesgo bien establecido para desarrollar problemas de salud mental a corto y largo plazo. De hecho, las investigaciones relacionadas con epidemias pasadas ponen de manifiesto el impacto negativo de los brotes de enfermedades infecciosas en la salud mental de las personas.

## DESARROLLO

La importancia de trabajar este tema radica en que la pandemia por COVID-19 ha conllevado un distanciamiento físico de las personas con sus seres queridos, con compañeras y compañeros. Asimismo, millones de personas se enfrentan a una crisis económica por haber perdido o estar en riesgo de perder sus ingresos y medios de vida. A esto se añade la información errónea frecuente, los rumores sobre el virus, la difusión de imágenes en los medios de enfermos graves, cadáveres y ataúdes, así como la profunda incertidumbre sobre el futuro, que constituyen importantes fuentes de angustia. Lo anterior potencia la probabilidad de un aumento a largo plazo en la cifra y gravedad de los problemas de salud mental en todo el mundo (ONU, 2020).

Ahora bien, al considerar que no todos tienen las mismas posibilidades de vivir un confinamiento en condiciones favorables –por ejemplo, una casa amplia que permita a los habitantes tener la facilidad de contar con un espacio propio, suficiente

solvencia económica para que no falte nada en cuanto alimentos y enseres de uso básico, acceso a equipos de cómputo y a red de Internet, entre otros–, en este sentido, resulta prudente señalar que los efectos de la desigualdad sin duda se reflejan y podremos saberlo con los resultados de esta investigación, porque definitivamente habrá situaciones que quizá hayan afectado la estabilidad familiar, y tal vez su salud mental y emocional ha presentado cambios.

Apaza *et al.* (2020) refieren que una situación de confinamiento social obligatorio está directamente relacionada con la presencia de factores psicosociales como el estrés, la depresión y la ansiedad, en particular, en estudiantes universitarios, afectando en mayor proporción a mujeres. Algo importante al respecto es que se requieren más estudios a profundidad con relación a dichos factores a fin de contribuir a intervenciones efectivas, por medio de políticas públicas de salud mental en situaciones de confinamiento, denotando que la salud física es tan importante como la salud mental.

Por otra parte, Sandin *et al.* (2020), al examinar el impacto psicológico experimentado en la población española y asociado a la situación excepcional de confinamiento instaurado por el gobierno durante los meses de marzo y abril de 2020, aportan datos interesantes respecto a su estudio, ya que han encontrado que los miedos más comunes corresponden a las categorías de contagio/enfermedad/muerte, aislamiento social y problemas de trabajo/ingresos, además de los problemas de sueño y síntomas emocionales (preocupación, estrés, desesperanza, depresión, ansiedad, nerviosismo e inquietud). La intolerancia a la incertidumbre y la exposición a los medios de comunicación son poderosos predictores del impacto. Un detalle importante es que hallaron que el confinamiento favorecía algunas experiencias personales positivas.

Farez (2021), en su estudio sobre la incidencia psicosocial del confinamiento por la pandemia COVID-19 en la población adulta de la ciudad de Cuenca en Ecuador, durante el periodo de cuarentena, llevado a cabo con la participación de 348 personas adultas, destaca datos duros importantes: casi 40% de las personas encuestadas se sintieron poco afectadas a nivel físico; 30% en el tema de salud mental no se sintió tan agravada, y es importante resaltar que la mayoría de las mujeres presentaron depresión y ansiedad, así como 70% de los hombres encuestados. Lo que deja ver la necesidad de considerar estas problemáticas para que se elaboren estrategias de trabajo que apoyen a la población para mejorar estas situaciones.

En México, una investigación enfocada en el análisis de los factores psicosociales que se desencadenaron durante el confinamiento por COVID-19 reporta que en la Universidad de Guerrero 206 estudiantes –de la Escuela Superior de Enfermería núm. 3, de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia núm. 2 y de la licenciatura en Nutrición y Ciencia de los Alimentos– presentaron factores psicosociales inhibidores del desarrollo educativo en los jóvenes, sobre todo en

estos tiempos de pandemia. Además, destaca que los factores de riesgo con mayor incidencia se relacionan con tener comunicación con amigos por medio de la virtualidad, y son la depresión y el estrés (Antúnez *et al*, 2021).

## FACTORES DE RIESGO, SALUD EMOCIONAL Y MENTAL

Para comenzar con este apartado es preciso tener en claro algunos elementos y características específicas sobre los que gira esta investigación. De acuerdo con la OMS un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Los factores de riesgo y de protección individuales y relacionados con la familia pueden ser biológicos, emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales o relacionados con el contexto familiar. Pueden tener su mayor impacto en la salud mental durante periodos sensitivos a lo largo de la vida e incluso pueden tener impacto por generaciones. Al tener como base lo anterior es relevante mencionar que la salud emocional se define como el estado de bienestar, entendiéndose este bienestar como la situación que le permite a las personas ser conscientes de sus autocapacidades, gestionar las dificultades normales de la vida diaria y llevar a cabo trabajos productivos (OMS, 2020).

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST, 2020) refiere que existe un consenso técnico y científico amplio y razonable, basado en modelos teóricos con evidencia empírica, sobre lo que se debe considerar como factor psicosocial en materia laboral:

1. Carga y ritmo de trabajo (desempeño del trabajo): este factor tiene que ver con los aspectos que definen tanto la cantidad de trabajo como los aspectos cualitativos del mismo, así como con el ritmo de trabajo, sus condicionantes y con cuestiones como los niveles atencionales requeridos para la ejecución de las tareas.
2. Tiempo de trabajo: hace referencia a la dimensión temporal del trabajo, que incluye cuestiones como la cantidad de tiempo trabajado, distribución, descansos entre jornadas y pausas en el trabajo, horarios atípicos, etcétera. La organización del tiempo de trabajo mantiene una relación directa con ciertos desordenes fisiológicos (por ejemplo, la fatiga o los derivados del trabajo a turnos y nocturno) y puede afectar también áreas de la vida privada del trabajador cuando dificulta la conciliación del tiempo de trabajo con los tiempos de la organización familiar y social.
3. Participación y control: es la capacidad y posibilidad que el trabajador tiene para participar en la toma de decisiones sobre distintos aspectos del



- desempeño y organización del trabajo de forma que pueda ejercer sobre ellos un cierto grado de control y autonomía.
4. Relaciones interpersonales: se refiere a aquellos aspectos de las condiciones de trabajo que se derivan de las relaciones que se establecen entre las personas en el entorno laboral. El concepto de “apoyo social” como moderador del estrés se deriva de forma directa de estas relaciones. Las relaciones interpersonales pueden proyectarse dentro de la organización (entre compañeros, con mandos o subordinados) o hacia afuera (clientes, proveedores) y ser origen de situaciones conflictivas de distinta naturaleza.

Es importante mencionar que, como bien dice el Consejo General de Psicología de España (2020), la salud mental y el bienestar de sociedades enteras se han visto gravemente afectados por la crisis derivada de la pandemia por COVID-19 y son una prioridad que se debe abordar con urgencia.

En función de lo anterior esta investigación pretende responder dos preguntas en el contexto de la pandemia por COVID-19: ¿qué efectos psicosociales presentaron las madres universitarias durante el confinamiento? y ¿cuáles son las principales problemáticas que surgieron en el cuidado de sus hijos/as de forma paralela a cursar sus estudios universitarios durante el confinamiento?

Por tanto, se analizan los factores psicosociales durante el confinamiento por la pandemia por COVID-19 en madres universitarias, mediante el desarrollo de estrategias cualitativas con informantes clave, con el objeto de diseñar una propuesta metodológica de intervención que resalte el quehacer de las mujeres que son madres y estudian una carrera universitaria, en particular la licenciatura en Trabajo Social, además de identificar las principales problemáticas que surgen en torno a su formación universitaria en paralelo con su labor como madres durante este contexto.

## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Como refieren Mancinas *et al.* (2017), el paradigma de derechos humanos tiene como objetivo primordial el desarrollo de los individuos, promoviendo su capacidad en la toma de decisiones.

Este pensamiento surge como una crítica a los paradigmas teóricos tradicionales y se basa en los valores compartidos, las exigencias de la dignidad y en los derechos humanos fundamentales. Siempre bajo el prisma del constructivismo y de la interacción de las personas, quienes son los agentes de cambio, además de ser libres y responsables de sus actos (con capacidad de decisión y seres dotados de derechos; los cuales le son propios y no le pueden ser arrebatados. Es por ello que la autonomía se

presenta como eje vertebrador en la adquisición de dichos derechos, siempre y cuando el entorno favorezca las transacciones necesarias (p. 44).

Con base en dicho pensamiento la teoría de la vulnerabilidad social sostiene que:

Es útil para la comprensión de los procesos de fragilidad, riesgo y exclusión social y a su vez introduce el concepto de ciudadanía desarrollado por Marshall [...]. Esta teoría se centra en el análisis tanto de la marginación o pobreza como de la desafiliación, identificando la exclusión como un fenómeno multidimensional y estructural que amenaza la cohesión social y en la que existen personas en situación de vulnerabilidad social donde el acceso al empleo, la familia, la vivienda y la existencia de recursos económicos se evidencia como elementos clave (Mancinas *et al.*, 2017: 212).

Castel (1997) dice que la vulnerabilidad social puede ser definida como condición social de riesgo o dificultad que inhabilita, invalida o dificulta la satisfacción del bienestar personal, tanto de subsistencia como de calidad de vida. Además, enfatiza que:

El uso de esta teoría, tal y como señala Hernández (2013), resulta útil para la comprensión de los procesos de fragilidad, riesgo y exclusión social y a su vez introduce el concepto de ciudadanía desarrollado por Marshall.

En ese sentido Balluerka (*et al.*, 2020) señala:

Las personas en situación de vulnerabilidad serán aquellas que por sus características presentan una desventaja por edad, sexo, estructura familiar, nivel educativo, origen étnico, situación o condición física y/o mental, y que requieran de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia. Dentro de este grupo se podrían englobar las personas con diversidad funcional, la población infantil (especialmente niñas), minorías étnicas, personas con trastornos psicológicos, migrantes, refugiados, personas con diversidad sexual y/o identidad de género, entre otras minorías. Si a esto se une una situación económica complicada, la incertidumbre de la pandemia o que se infectan, desarrollen la enfermedad de COVID-19 o sufran manifestaciones más graves de la enfermedad, el riesgo aumenta (p. 7).

Y es que, como lo destaca Pamplona (2020), la pandemia introdujo un dinamismo social diferente al habitual: quienes tuvieron los medios (dinero y trabajo seguro) se convirtieron en usuarios emergentes de tecnologías de comunicación e información que han difuminado el contacto físico con sus audiencias, familias, amistades.

Ha crecido, aunque sea de modo temporal, una forma de altruismo sin generosidad, un dar porque no hay de otra. Asimismo, instituciones públicas y privadas, organizaciones sociales y, de manera muy notoria, desde el espacio privado se ofrece entretenimiento y bienes culturales de todo tipo, incluso de manera gratuita.

#### ACERCAMIENTO CON LA POBLACIÓN OBJETIVO

La población considerada para los fines de nuestra investigación está constituida por madres universitarias de 20 a 30 años e inscritas en la Escuela Nacional de Trabajo Social, bien sea en el sistema escolarizado, abierto o a distancia. Para la recolección de datos se diseña una guía de entrevista que abarca tres categorías dirigidas a explorar la experiencia que viven las estudiantes universitarias que son madres durante el confinamiento por COVID-19. A continuación algunos resultados que se basan en una prueba piloto que se aplica a una estudiante de sexto semestre del Sistema de Universidad Abierta a través de la plataforma Zoom.

#### *Factores psicosociales*

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud (España) refiere:

Los factores psicosociales se definen como aquellas condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionada con la organización del trabajo y su entorno social, con el contenido de trabajo y la realización de la tarea y que se presentan con capacidad para afectar el desarrollo del mismo y la salud (física, psíquica o social) de las personas. Así, unas condiciones psicosociales adversas están en el origen tanto de determinadas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo, como de determinadas consecuencias perjudiciales para la salud y bienestar.

A finales de enero de 2020 un estudio en China realiza una encuesta a 52 730 personas y 35% de participantes reporta una reacción al estrés. Entre las variables que más se asocian a mayores niveles de estrés están el ser mujer y pertenecer a los grupos etarios de entre 18 y 30 años, así como los mayores de 60 años. Las puntuaciones más altas entre el grupo de adultos jóvenes podrían explicarse porque ellos obtienen una gran cantidad de información de las redes sociales, lo cual puede desencadenar fácilmente el estrés (Palomino-Oré *et al.*, 2020).

En la entrevista realizada a una alumna de 24 años ella refiere que todo se le complica, con un desorden en su dinámica de vida:

Al inicio fue un desastre, mi cuarto desordenado, en los horarios inestables para comer [...]. Era trabajo duro emplear el tiempo para ser maestra, mamá, ama de casa, pareja, estudiante y emplear tiempo para mí. Cuando todo esto acababa ya era muy tarde, tenía que bañarme y a veces no terminaba mi tarea a tiempo. Al inicio le di prioridad a mi escuela y cuando nuestros horarios se juntaban, ella faltaba a sus clases, pero entendí que ella debía tomar sus clases antes que yo, así que después perdí clases para que ella cumpliera al 100 y de repente todo cambió en torno a ella como prioridad. A veces terminaba muy cansada y no hacía tareas, empecé a reprobar materias (entrevistada).

Lo anterior permite conocer que la carga de actividades puede generar estrés y un movimiento importante en la dinámica que era parte de lo cotidiano y que se transforma, en gran manera, por el cúmulo de cosas por atender. Además, los cambios inesperados, como en lo económico, impactan directamente en la propia forma de organizar la vida familiar.

Un elemento importante para considerar tiene que ver con lo que para ellas significa salud emocional:

Para mi abarca los sentimientos, nuestra salud, o sea que interfiere el estrés, los sentimientos o afectividades, relaciones con los demás, relación con uno mismo, todo lo que percibimos y nos afecta positiva o negativamente en nuestra persona internamente, si es negativo puede reflejarse como estrés y eso en dolores, enfermedades, humor, etcétera. Y si eso no se maneja, pues ya enfermedades que ya requieren algún control medicinal. Es un tema con el que hay que tener conocimiento y cuidado porque puede salir mucho de control si no lo manejamos (entrevistada).

Además, menciona que en el periodo del confinamiento los efectos emocionales que le han impactado son: baja concentración, angustia, estrés, olvidos e incluso desinterés. Estos datos nos permiten visibilizar que sí existieron esas emociones en mujeres como ella.

### *Calidad de vida y dinámica familiar*

Los factores de riesgo y de protección individuales y relacionados con la familia pueden ser biológicos, emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales o relacionados con el contexto familiar; asimismo, tener su mayor impacto en la salud mental durante periodos sensitivos a lo largo de la vida e incluso por generaciones (OMS, 2020).

Al respecto la entrevistada hace mención del impacto que trajo consigo el confinamiento en la relación familiar con quienes habita:

El estar todo el tiempo en casa ha causado conflictos con todos menos con mi suegro. Con mi suegra ha sido lo más difícil porque vivo en su casa y está acostumbrada a que todos hagamos lo que ella quiere, hasta que en enero empecé a ponerle altos de manera ligera. Seguían las discusiones, así que fui moderada hasta que empecé a dejar de hablar y actuar. Y a la fecha no le parece y siente resentimiento e incluso celos de otras personas, tiende a sobreproteger o incluso exagerar algunas cosas, así que he decidido qué consejos seguir y cuáles no; esto nos ha llevado a que ella siente rechazo por mí y no he logrado que entienda mi punto de vista. Esto se tornó a que he tenido que manejar esta situación por mi propia cuenta y hacerle ver que lo que está pasando no está mal. Esta situación me ha desgastado y con la pandemia y no poder salir esto se puso peor (entrevistada).

La alumna también comenta que se reorganizan en muchos aspectos y que las rutinas que han estado tan marcadas también se ven impactadas:

En ocasiones cuando tenía que hacer salidas, pues mi hija tenía que quedarse con mi suegra debido a que mi pareja y mi suegro son militares y casi no estaban, entonces era una alternativa para evitar que mi hija se contagiara, así que me eligieron a mí para salir a hacer todos los mandados porque era mejor que se contagiara uno a todos –me ofendió un poco por ser la mamá de mi hija, que es mi responsabilidad, porque yo hubiera elegido a alguien que no afectara mucho que faltara en casa, sin que suene mal–, así que yo era la única que salía. Dentro de casa me centraba en mis propios horarios, en los horarios de la escuela de mi hija, mi escuela, las tareas del hogar y mi tiempo libre, porque a veces hacía ejercicio con mi hija ya a las 6, para al final hacer mis tareas por la noche, ya bañadas y mi hija dormida, entonces me desvelaba (entrevistada).

Lo referido antes nos permite conocer el impacto que una decisión “común”, como salir a las compras durante el confinamiento, puede traer emociones, sentimientos y pensamientos que, en definitiva, de diversas formas afectan a alumnas como la que nos da la información.

### *Derechos humanos*

Esta categoría es relevante porque hace referencia a lo que como seres humanos se tiene derecho por el simple hecho de serlo. Lo que lleva a un reconocimiento del ser y el hacer en la vida cotidiana de las personas y, por ende, de la población

que nos ocupa en esta investigación. Al respecto la Organización de las Naciones Unidas, (2020) en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo número uno, establece: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.

En este sentido, la entrevistada menciona que para ella los derechos humanos tienen que ver:

Con algo que es parte de los seres humanos y que como mexicanos merecemos y debemos hacer valer; como mujer casi no se nos hacen valer y en muchos aspectos como madres no se nos apoya del todo o se nos estigmatiza cuando queremos exigirlos ya sea en la casa, en la escuela y hasta en las calles, donde sea que nos movamos (entrevistada).

Lo anterior refleja que en materia de derechos quizá las mujeres, con las características que son parte de esta entrevista, no se sienten consideradas para ejercerlos en los ámbitos en donde se desenvuelven.

La Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM es una de las seis Escuelas Nacionales de la Universidad Nacional Autónoma de México y se ubica en Ciudad Universitaria, al sur de la Ciudad de México. Tiene como misión: formar profesionales en Trabajo Social con alto nivel académico, líderes en la construcción de conocimientos en el campo de lo social; con capacidad de realizar investigación crítica, y proponer e implementar estrategias de intervención, promoviendo la participación organizada de los actores sociales, para contribuir al desarrollo social en un marco de respeto, libertad, justicia y equidad (ENTS, 2021).

Es importante destacar que para fines de este estudio la entrevistada responde que, aunque cuenta con una modificación para tomar sus clases cien por ciento en línea, no se enteró del todo de los apoyos que la institución brindó y que quizá pudieron ayudarle a sentirse mejor durante el periodo del confinamiento. Al respecto menciona:

Tuve algunos profesores comprensivos, pero no todos, y unas asignaturas sí las tuve que dejar de cursar; con los que sí me dieron chance cuando me atrasé me dieron prórroga en eso, es así que he salvado varias materias (entrevistada).

En lo académico podemos observar que hubo apoyo por parte de profesores que le dieron clase, pero no del todo, y aunque es una situación favorable, para disminuir alguna repercusión negativa, comenta:

Para tomar las clases tenía que dejar de hacer cosas, lavar, aseo, porque me era complicado al inicio. Terminando el día me daba cuenta que realmente ya no hacía nada más que estar en la computadora por horas en el día, pero poco trabajo en casa y en mi persona. Después empecé a tomar las clases con mi celular (esto inició el semestre pasado) para poder llevarlo a todos lados y seguir haciendo cosas, tal vez no con la misma rapidez o la misma cantidad, pero al menos avanzaba y asistía, sin descuidar a mi hija (entrevistada).

Lo anterior visibiliza que a pesar del apoyo que recibe su ritmo de vida se acelera y debe enfocarse en distintas áreas en las que se requiere su atención.

## CONCLUSIONES

Los resultados que brinda esta prueba piloto nos han permitido conocer la realidad que las alumnas universitarias que son madres viven durante el confinamiento por COVID-19. Los datos que se enuncian precisan que esa realidad puede ser utilizada para contribuir a una atención más amplia que considere lo que aquí se narra.

Mediante la teoría de la vulnerabilidad se podrá analizar en función de los efectos, aunado al paradigma de derechos humanos, su no existencia o cumplimiento, en tanto puede generar la exclusión de los sujetos en cuanto al significado de ser parte de un grupo social, quizá siendo excluida o discriminada por las consecuencias que hayan traído dichos factores psicosociales que impactan la vida de las madres universitarias.

Con base en lo anterior es propicio mirar, desde dicho andamiaje teórico, el tema de nuestra investigación, ya que los resultados pueden contribuir para considerar nuevas alternativas y opciones de atención a alumnas en similares condiciones y que, con ello, se mejore la atención y seguimiento en la formación de trabajadoras sociales en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México.

## REFERENCIAS

- Antúñez, G., M. Mosso y K. De la luz (2021), “El COVID-19 en estudiantes universitarios de la Costa Chica: vivencias psicosociales”, *Ciencia Latina. Revista Científica Multidisciplinar*, 5(4): 4503-4519. <doi.org/10.37811/cl\_rcm.v5i4.634>.
- Apaza P., C.M., S. Sanz, R. Simón y J.E. Santa-Cruz Arévalo (2020), “Factores psicosociales durante el confinamiento por el COVID-19-Perú”, *Revista Venezolana de Gerencia*, 25(90): 402-413, <redalyc.org/articulo.oa?id=29063559022>.

- Balluerka, N. (2020), “Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento”, Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitateko Argitalpen Zerbitzua, <ub.edu/web/ub/ca/menu\_eines/noticies/docs/Consecuencias\_psicologicas\_COVID-19.pdf>.
- Castel, R. (1997), “La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salario”, en *Terría y modelos de intervención en Trabajo Social I. Fundamentos básicos y crítica*, Buenos Aires: Paidós, pp. 212-213.
- Corazón y Vida (2020), “Aspectos emocionales del confinamiento por COVID-19”, <corazonyvida.org/aspectos-emocionales-del-confinamiento-por-el-covid-19/>.
- Escuela Nacional de Trabajo Social (2021), <trabajosocial.unam.mx>.
- Farez, D. (2021), *Incidencia psicosocial del confinamiento por la pandemia COVID-19 en la población adulta de la ciudad de Cuenca durante el periodo de cuarentena*, tesis de maestría, <dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/20630/1/UPS-CT009210.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI (2021), “Estadística a propósito del Día Internacional de la Mujer”, Comunicado de prensa núm. 170/21, <inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/mujer2021\_Nal.pdf>.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud de España, <insst.es/-/que-es-un-factor-de-riesgo-psicosocial->.
- Mancinas, S., M. Zúñiga y M. Arroyo (2017), *Teoría y modelos de intervención en Trabajo Social I. Fundamentos básicos y crítica*, Editorial Esfera Pública, pp. 23-56.
- Mancinas, S., M. Zúñiga y M. Arroyo (comps.) (2017), “Paradigmas de las Ciencias Sociales, Trabajo Social e Intervención”, en *Paradigmas de derechos humanos y Trabajo Social*, Editorial Esfera Pública, pp. 212-213.
- Palomino-Oré, C. y J. Huarcaya-Victoria (2020), “Stress Disorders Caused by Quarantine During the COVID-19 pandemic”, *Horizonte Médico* (Lima), 20(4): e1218, <dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n4.10>.
- Pamplona, F. (2020), “La pandemia de COVID-19 en México y la otra epidemia”, *Espiral Estudios Sobre Estado y Sociedad*, 27: 78-79, <doi.org/10.32870/ees.v28i78-79.7208>.
- Sandín B., R. Valiente y J. García (2020), “Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacionalista”, *Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1): 1-22, <aepcp.net/wp-content/uploads/2020/07/30686\_Psicopatologia\_Vol\_25\_N1\_WEB\_Parte2.pdf>.



# DILEMAS HABITACIONALES EN LA FORMACIÓN DE FUTUROS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL, HIATOS LABORALES DE SUJETOS INESPERADOS

*Irving Vázquez Cruz*

## INTRODUCCIÓN

La Escuela Nacional de Trabajo Social forma a profesionales en Trabajo Social en el nivel de licenciatura, especialidad y maestría, con base en el Plan de Trabajo 2020-2024. Se prepara en ese nivel a “3 376 alumnas y alumnos: 2 158 de licenciatura presencial, 959 del Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED) y 259 del Posgrado, 201 del Programa Único de Especializaciones en Trabajo Social (PUETS) y 58 de la Maestría” (Casas, 2020: 6); esas proporciones de alumnado se consideran como el universo de análisis de las condiciones de habitabilidad que se han presentado en la etapa de confinamiento.

La zona metropolitana del Valle de México es la primera afluencia de estudiantes del sistema presencial de la entidad escolar, que, en su movilidad rutinaria, se trasladan de sus viviendas a Ciudad Universitaria (CU), para cursar el sistema presencial por diferentes contextos, como el adquirir la experiencia de cursar un sistema presencial en CU, además de considerar la cohesión de redes de apoyo social que les brinde acompañamiento para poder asistir a la Universidad, o porque las condiciones de la vivienda no le permiten a la o el alumno poder llevar a cabo sus estudios a distancia.

La vivienda, acceso, asequibilidad, disponibilidad de servicios públicos y privados se han conformado como problemas prioritarios en el contexto urbano, cuyo derecho a la vivienda no sólo se aboca a habitar un espacio, sino que este espacio sea el medio para que sus habitantes realicen las actividades diarias que les permitan subsistir y continuar con proyectos de vida, en tanto que las viviendas cuenten con los espacios necesarios, para que, en el caso del aprendizaje, sea privado, con bienes muebles, acceso a herramientas físicas e intangibles para incorporarse a la educación en línea.

En México existen 14 millones de viviendas en rezago, en “el 45% de las viviendas mexicanas, sus ocupantes requieren una vivienda completa, o bien mejoras sustanciales a la que habitan” (Coneval, 2018: 22). De acuerdo con la “Encuesta intercensal” del INEGI (2015), este panorama nacional afecta a la zona sur y centro del país. En este panorama sobresale el uso del suelo para generar viviendas de autoproducción, que corresponde a 64.2% de producción de vivienda en el país,

aunado a la escasa oferta de créditos a personas que, aun en el empleo formal, no pueden acceder a los créditos públicos o privados.

La mayor parte de la población mexicana no cuenta con servicios de electricidad, agua, drenaje y menos internet. Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), un dato relevante es que, en 2018, del total de viviendas 29.3% es rentada o prestada. De modo que las viviendas de la comunidad estudiantil no están acondicionadas ni preparadas para llevar a cabo la educación a distancia, al menos para aquellos estudiantes que no previeron llevar su formación académica en ese tipo de sistema escolar.

En el tiempo en el que se transita del semáforo amarillo al rojo (2019, 2020 y mediados de 2021) el principal gasto adicional para atender las clases a distancia debido al COVID-19 es el adquirir un celular (28.6%); asimismo, las familias deciden contratar servicio de Internet fijo en su vivienda (26.4%), así como comprar aditamentos como sillas, mesas, escritorios o realizar adecuaciones en la vivienda para el estudio (20.9%). Lo anterior se muestra en la “Encuesta para la medición del impacto COVID-19 en la educación” (INEGI, 2021).

En nuestro país existe una notoria diferencia en el acceso a las tecnologías. La “Encuesta nacional sobre disponibilidad y uso de tecnologías de la información en los hogares-ECOVID-ED” (ENDUTIH, 2019) señala que 76.6% de la población urbana tiene acceso a Internet, mientras que en la población rural este porcentaje disminuye (47.7%). Con respecto al acceso de equipos tecnológicos sólo 44.3% de las familias mexicanas cuenta con computadora y 92.5% tiene televisión.

De acuerdo con la “Encuesta para la medición del impacto COVID-19 en la educación” (INEGI, 2021), entre las alumnas y alumnos inscritos en el periodo 2019-2020 el principal dispositivo que utilizan para poder acceder a clases a distancia es la computadora portátil (52.4%), seguido por el celular (33.4%); mientras que en 2021 acceder a la educación a distancia por computadora portátil aumenta (55.7%) y por medio de un celular desciende (31.8%). Según la ECOVID-ED, la exclusividad en el uso de los aparatos o dispositivos electrónicos que ocupan para poder acceder a clases a distancia está en el estrato poblacional que tiene mayor acceso a dispositivos, es decir, 67.7% del total de la población del país; sin embargo, prevalece que 28.5% de jóvenes estudiantes comparte sus dispositivos con otros miembros de su familia.

Además, la ECOVID-ED (INEGI, 2021) muestra que 30.9% dedica más de ocho horas diarias a clases y actividades académicas. Al ser una actividad que se suma a las responsabilidades dentro de las viviendas, 55.9% de la juventud en edad escolar superior manifiesta poder asistir a clases presenciales, si las condiciones lo permiten.

La Administración de la Escuela Nacional de Trabajo Social implementa el Programa de Acompañamiento “La ENTS en tu casa”. Sin embargo, alumnas, alumnos y docentes manifiestan que hay situaciones que limitan el acceso a la

educación a distancia, pues hay alumnos que no eligieron ese sistema; además de una salud mental que minimiza su desempeño escolar, que se suma a las condicionantes familiares y de habitabilidad, por lo que se complejiza el tránsito hacia modelos educativos híbridos y cuestionan el egreso de profesionales no esperados, con habilidades distintas a otros profesionales ya en activo. Estos sujetos inesperados del sistema educativo, que refiere Carballeda (2017), son producto de las brechas de desigualdad sociourbana y del neoliberalismo, que se acentúan con la pandemia por COVID-19.

Desde la premisa de los dilemas de la habitabilidad en que han estado alumnas/os, así como las brechas sociourbanas y educativas, es como surgen sujetos inesperados, profesionales egresados que escenifican contextos de actuación con hiatos que traerán consigo efectos psicosociales y nuevas experiencias profesionales en el gremio de Trabajo Social, efectos en los que se debe poner énfasis disciplinar. En este sentido, a continuación se aborda lo relativo a la educación y pandemia a partir de reflexionar sobre la importancia de la resignificación del espacio escolar, las lógicas en tensión ante el COVID-19, las transiciones de la educación en línea, la importancia de las trayectorias escolares en la educación superior, en el marco de la desigualdad educativa y brecha digital, así como los escenarios de aprender en la vivienda en contextos de confinamiento y los probables hiatos a los que se enfrentan las instituciones, con el ingreso de profesionales con formaciones inesperadas.

## METODOLOGÍA

Partir del análisis de la habitabilidad en alumnas/os de la Escuela Nacional de Trabajo Social deviene de aludir al diagnóstico social que desde los preceptos de autorías clásicas (Richmond, 1917) precisan las dicotomías de la identificación de problemáticas y necesidades (Aguilar y Ander-Egg; 1999) que retoman la jerarquización de problemas prioritarios y fundamentan la creación de estrategias de intervención (Galeana, 1999) que, con influencias de la promoción social, analizan la vida cotidiana y la factibilidad de emplear un diagnóstico que apueste al reconocimiento de la identidad y los procesos sociales, como también lo manifiestan Arteaga y González (2001), para la concreción de conocimientos certeros, que sean dispositivos de cambio, en su esencia de actor social, considerados como sujetos de estudio en el diagnóstico, como establece Valero (2013).

En esta cohesión conceptual y metodológica se entiende al diagnóstico social como un proceso metodológico fundamental en el papel disciplinar de Trabajo Social, que requisita del dominio teórico, técnico e instrumental para comprender la complejidad de lo social y la promoción para la creación de directrices de acción. Como refieren Lázaro y Silva (2014), al ser el eje de conocimiento para la

planificación de acciones para propuestas de resolución de situaciones y problemas, la construcción de la identificación del problema que cartografe rutas en la espiral de cambio (Tello, 2007) resulta necesario en el marco metodológico base.

La intención de presentar la construcción metodológica que se fundamenta en el diagnóstico social apunta en contribuir, detectar y asumir los retos que plantea una sociedad en emergencia sanitaria y social. Por tanto, modificar los procesos de educación a distancia e identificar los posibles escenarios de desempeño laboral de generaciones que pueden presentar rezago educativo, como resultado de las problemáticas de la desigualdad habitacional. Lo anterior para encaminar hacia procesos inclusivos de todas y todos los integrantes del gremio, y así afrontar los dilemas éticos del papel del profesional en Trabajo Social con construcciones epistemológicas que contribuyan a la cimentación de dispositivos disciplinarios y profesionales que concreten el actuar laboral.

La figura directiva de la Escuela Nacional de Trabajo Social, consciente de las problemáticas multifactoriales que enmarcan el contexto de la comunidad estudiantil, y que es parte del grupo poblacional con mayores efectos tras la pandemia por COVID-19, refiere que las juventudes “enfrentan un enjambre de daños que deben desmontarse y atenderse de inmediato, como violencia familiar, deserción escolar, implicaciones legales y psicológicas por el deceso de un familiar” (DGCS, 2021). De tal manera que la encomienda es actuar de manera inmediata ante las múltiples consecuencias que puede tener la comunidad estudiantil.

Estos argumentos contextualizan las aristas que tiene el confinamiento y desigualdad social; escenario donde debería ser posible que una vivienda esté habilitada para que se lleven a cabo actividades de aprendizaje, con bienes muebles e inmuebles previstos para aprender en casa, dinámica familiar reestructurada, que no se obstaculicen los procesos de enseñanza aprendizaje y las trayectorias escolares de la comunidad estudiantil de la licenciatura en Trabajo Social. En particular, y en referencia a la modalidad presencial, se construye, como cuestionamiento general, ¿El diagnóstico social es una estrategia para identificar el rezago habitacional y acceso a la educación a distancia en el alumnado de la modalidad presencial de la Escuela Nacional de Trabajo Social?

En lo particular, se profundiza con la pregunta, ¿Cuáles son los principales obstáculos que vive la comunidad estudiantil en su vivienda para poder llevar a cabo las actividades de educación en línea? Interrogante a partir de la cual se analiza la educación a distancia y el confinamiento como primera categoría reflexiva y como segunda la brecha educativa y la desigualdad sociourbana, estas categorías en su relación con la producción social de sujetos inesperados.

Tales preguntas, a través del alcance de la investigación descriptiva, permiten mostrar las condiciones de desigualdad social y urbana en las que están insertos alumnos/as de la ENTS. Y mediante el diagnóstico social se exponen las principales

necesidades, problemáticas, oportunidades, hallazgos y propuestas de acción que fortalezcan la atención integral al alumnado y comunidad egresada, con el propósito de que este análisis sea referente en la construcción de estrategias de intervención.

De modo que nuestro objetivo es profundizar en la identificación de los principales obstáculos que enfrenta la comunidad estudiantil en su vivienda para poder realizar las actividades de educación en línea, con la intención de ubicar los hiatos laborales de la comunidad egresada y que afrontarán como profesionales en ejercicio.

Los referentes metodológicos y de discusión forman parte del “Diagnóstico como proceso para identificar el rezago habitacional y acceso a la educación a distancia en el alumnado del sistema presencial de la Escuela Nacional de Trabajo Social” (2022), en el que se establecen nueve dimensiones de análisis; 1) rezago habitacional, 2) educación a distancia y confinamiento, 3) paro estudiantil, 4) rezago educativo, 5) brecha urbana, 6) brecha digital, 7) actividades de gestión, 8) derechos sociales en la vivienda y 9) educación híbrida.

En consecuencia, se tiene por hipótesis de trabajo: el diagnóstico social es una estrategia funcional para identificar el rezago habitacional y acceso a la educación a distancia, en el alumnado de la modalidad presencial de la Escuela Nacional de Trabajo Social.

Predicción en la que no se ahonda en este capítulo, sin embargo, es necesaria la presentación de ésta para solidificar el corpus metodológico del que se fundamentan los análisis relacionados con la habitabilidad. Con fines metodológicos se exponen las dimensiones de educación a distancia y confinamiento, paro estudiantil, rezago educativo, brecha urbana y brecha digital, que, de acuerdo con la profundización exploratoria y descriptiva, permiten exponer las condiciones de desigualdad social y urbana que ha de impactar en el desempeño profesional de la comunidad egresada.

Como parte de la coherencia metodológica del diagnóstico social que se ejecuta para llegar a generar las posteriores premisas, se alude a la no manipulación de variables, pero sí a su medición, y se sostiene con el diseño no experimental. Y con un corte de tiempo transversal, en los semestres lectivos 2021-2 y 2022-1. El alcance de la investigación es descriptivo, ya que se mencionan las condiciones de habitabilidad del alumnado, aludiendo a la encuesta como técnica de investigación y los instrumentos son habilitados a los formularios de Google, bajo la premisa de confidencialidad del uso y tratamiento de datos sensibles.

De acuerdo con la muestra de 274 respondientes se obtiene la certeza de estudio de 91% de nivel de confianza y 5% de margen de error. Con base en Rengel, Giler y Pinargote (2018), el análisis se respalda con la estadística descriptiva, apoyándose en el recurso software SPSS para el procesamiento de datos.

El diagnóstico enfatiza que el proceso de investigación debe ser empírico y que, con base en la evidencia descrita, se muestren los hechos sociales que com-

plejizan los problemas del rezago habitacional y el acceso a la educación. Así, bajo un diseño no experimental y un corte de tiempo transversal, que se sitúa en el año 2021, se hace la descripción de la habitabilidad y acceso a la educación de la comunidad estudiantil de la ENTS.

## RESULTADOS

El acceso a derechos sociales se lleva a un escenario que, para el goce y alcance de los mismos, se reduce a la vivienda, la cual no fue diseñada para la satisfacción de necesidades que, en otras dinámicas previas a la pandemia, se satisfacen habitualmente en otros espacios; privándose, en un primer momento, del uso del espacio público e institucional, cuestionando el acceso al derecho a la educación en las viviendas, que no permiten el desarrollo pleno del proceso educativo, al limitar formación teórica y práctica a instrumentos de inmediatez pedagógica adaptados a la distancia.

Por otra parte, no se escatima que durante el proceso de su formación educativa el alumnado, al igual que la comunidad egresada, debe cumplir con roles de cuidado de la vivienda, empleo y de otros familiares. Sin embargo, familias, alumnado, profesorado y administración construyen puentes de organización que facilitan el acceso a la educación, desde la premisa de que la *nueva normalidad* es un evento el cual se tendrá que acondicionar a la vida cotidiana. Por otra, al trascender de alumnado en formación a egresado en búsqueda de fuentes de empleo se espera que las instituciones empleadoras y el gremio innoven para gestionar lo inesperado.

De esta manera, la exposición de los dilemas habitacionales que circundan en la formación académica de futuros profesionales en Trabajo Social se presenta en dos apartados fundamentales: 1) la educación a distancia y el confinamiento, como primera dimensión de análisis, y 2) se profundiza sobre la brecha socio educativa y urbana, como estructuras metodológicas para la construcción conceptual del sujeto inesperado, en la segunda dimensión.

### *Educación a distancia y confinamiento*

El aprendizaje lleva a cuestionar las estructuras arraigadas de enseñanza aprendizaje, así como a no tomar a la familia como aquel ambiente extracurricular que dota de valores y habilidades sociales, sino que ahora es en familia, dentro de un espacio determinado, como lo es la vivienda, donde se ejecutan actividades que no estaban consideradas como esenciales en la dinámica del hogar. Circunstancia en la que el profesorado es parte de una dinámica habitual, siendo testigo de la adaptación de los hitos educativos, así como alumnos/as con amplia empatía son testigos del proceso de adaptación de la educación presencial a una a distancia, y que

los profesores/as tienen que adaptar sus estrategias de enseñanza para hacer frente a las inclemencias del confinamiento.

En el ámbito educativo, gran parte de las medidas que los países de la región han adoptado ante la crisis se relacionan con la suspensión de las clases presenciales en todos los niveles, lo que ha dado origen a tres campos de acción principales: el despliegue de modalidades de aprendizaje a distancia, mediante la utilización de una diversidad de formatos y plataformas (con o sin uso de tecnología); el apoyo y la movilización del personal y las comunidades educativas, y la atención a la salud y el bienestar integral de las y los estudiantes (Cepal/UNESCO, 2020: 1).

A partir de 2020 la educación toma un rumbo distinto, complejo por las variadas actividades a adaptar; sin embargo, ha sido un esfuerzo no previsto en el que el rol institucional fortalece su papel como gestor, organizador, administrador y mediador, de las necesidades heterogéneas de la comunidad estudiantil. El profesorado se adentra en un escenario del dominio de las tecnologías, cuando antes la profundización a las TIC y TAC no era una competencia primordial de los docentes.

De ahí que el cien por ciento de estudiantes encuestados percibe que el principal obstáculo de llevar la educación presencial a distancia tiene que ver con los procesos de enseñanza docente (63.5%), cuestionando los recursos y contenidos abordados para llegar a un aprendizaje significativo, que sea elocuente a las demandas institucionales, en donde se insertará a laborar la comunidad egresada.

De acuerdo con la “Encuesta para la medición del impacto COVID-19 en la educación” (INEGI, 2021) la principal desventaja es que no se aprende o se aprende menos que de manera presencial (58.3%); indicador que da una lectura del panorama general que se implementa para la educación durante el confinamiento en nuestro país.

Mientras que la comunidad estudiantil de la ENTS considera que hay ausencia de acompañamiento del profesorado (39.8%), que la innovación pedagógica es carente (39.1%) y que el personal docente denota falta de capacitación en el manejo de tecnologías (36.5%). El acompañamiento empata con la segunda desventaja que se detecta en el ámbito nacional, falta de seguimiento al aprendizaje de los alumnos (27.1%), con respecto a la ECOVID-ED (INEGI, 2021). Asimismo, como tercer rubro converge con lo expuesto en dicha encuesta, que es la falta de capacidad técnica o habilidad pedagógica de padres o tutores para transmitir los conocimientos (23.9%), con el de innovación pedagógica y capacitación del personal docente, indicadores del estudio diagnóstico que muestran interrupciones de procesos formativos que impactarán en el ejercicio profesional.

Las instituciones escolares, en un contexto de confinamiento y al implementar de manera emergente la educación a distancia, ponen en escena las complejidades

de la formación profesional en concordancia con Carballeda (2017), quien manifiesta que las instituciones “se muestran azoradas, con menor capacidad de respuesta, atravesando una intensa crisis” (p. 49) que cuestiona el acceso a derechos y su función social, que pregonan las entidades educativas, sociales, de salud, de asistencia y administración, mismas en las que futuros profesionales en Trabajo Social se emplearán.

Por consiguiente, enseguida se presentan las principales consecuencias de llevar la educación a distancia en el aprendizaje de alumnos/as, datos que se deben retomar para enlazar puentes de acción interinstitucional para trabajar en las irrupciones de lo inesperado.

Entre las principales afectaciones en el aprendizaje de alumnos/as de la Escuela Nacional de Trabajo Social está la escenografía de una educación que no fue prevista, y por ende no se tiene contemplado llevar conocimientos significativos en educación a distancia. Para la comunidad, siete de cada diez (70.4%) alumnas/os, creen que este modelo no genera aprendizajes significativos, seis de cada diez (57.7%) estudiantes refieren que en los semestres cursados tienen vacíos teórico-conceptuales. Por otra parte, cuatro de cada diez integrantes de la comunidad estudiantil perciben que este modelo no brinda oportunidad para la retroalimentación del aprendizaje y tres de diez alumnas/os afirman que no lograron cumplir con el programa de estudio.

La vivienda se ha convertido en el “lugar de reclusión de los niños y adolescentes para que dentro de un horario aprendan un plan de estudios y usen sus libros de texto, no para que desarrollen aprendizajes significativos” (IISUE, 2020: 25), privándose de analizar los problemas en conjunto, que aminore los vacíos de enseñanza-aprendizaje, de la interacción con otras y otros estudiantes, docentes y recursos que se encuentran dentro de la escuela, que abonen al conocimiento y aprendizaje dirigido, que en la noción utilitaria que demanda el modelo neoliberal sea funcional en los distintos espacios laborales.

Al tomar en cuenta que los grupos de estudiantes egresados pertenecen al Plan de Estudios 1996, éstos cursaron, en la etapa de confinamiento por semáforo epidemiológico en rojo, Prácticas Escolares Comunitaria, Regional e Institucional o de Especialización. Por tanto, es en extremo importante cuestionar cuáles han sido las principales barreras que perciben, al llevar estos procesos dentro de la vivienda, para determinar las relaciones con las trayectorias escolares finales.

De manera proporcional sobresale que ocho de cada diez (77.7%) alumnas/os, en su proceso de práctica escolar, comentan que hubo ausencia de llevar lo teórico a lo práctico y con ello fortalecer la praxis necesaria en Trabajo Social. De modo similar, uno de cada dos estudiantes (46.4%) cree que no se pudieron aplicar procesos metodológicos, como el diagnóstico e intervención, que impactarán en su formación y desarrollo profesional. Además, cuatro de diez respondientes



(44.9%) consideran que al llevar a cabo la ejecución de proyectos la participación de la población es poca o nula, en la misma proporción (35.8%) el no estar dentro del centro de práctica no favorece al proceso. En este espectro, tres de cada diez alumnos/as de la ENTS (31%) observan que hay desinterés del profesorado de práctica, pero también de compañeros/as alumnos/as; asumen su responsabilidad en que no hay una retroalimentación entre pares (30.7%) para compensar los hiatos de formación.

De acuerdo con la “Encuesta para la medición del impacto COVID-19 en la educación” (INEGI, 2021) el 58.9% de estudiantes del país no concluye el año escolar por la pandemia presentada en estos años. Al preguntar al estudiantado las situaciones que llevaron a tener un adecuado desempeño escolar o poner en riesgo su trayectoria académica dan pauta a indagar en el indicador general nacional.

Hasta el segundo semestre de 2021, los datos revelan una preocupación por las relaciones sistémicas que se dan con el confinamiento, salud, educación a distancia y familia. Únicamente cuatro de cada diez jóvenes (44.9%) no presentan alguna complicación en su entorno que afectara su educación; sin embargo, en esta misma proporción (36.1%) tienen familiares en casa con contagio por SARS-COV-2. Además, tres de cada diez (27%) mencionan una pérdida familiar en su vivienda. Y dos de cada diez alumnos/as presentaron un diagnóstico de COVID-19.

Un panorama desolador es el que presenta la comunidad estudiantil respecto a la vivencia del COVID-19 y su repercusión en su educación, cuando se traslada de manera emergente la modalidad de estudio a distancia, “no se analizaron las condiciones del profesorado ni de las familias” (IISUE, 2020: 21). Sin un diagnóstico precedente, para conformar estrategias que integren las condiciones socioeconómicas de la comunidad estudiantil, se tiene como resultado que las estrategias por las condiciones externas y su exacerbación con las internas favorezcan la ampliación de las brechas de desigualdad social tanto de habitabilidad como de educación.

Al continuar con las proporciones, es una tendencia que nueve de cada diez (88.7%) alumnos/as de la Escuela realizan el aseo de la vivienda y de los artículos domésticos, como uno de sus roles cotidianos. Además, seis de cada diez encuestadas/os (59.1%) refieren que su actividad cotidiana propia o en apoyo a sus familias es preparar alimentos. En menor rango, cuatro de cada diez (37.2%) son cuidadores primarios de algún familiar por condiciones de vulnerabilidad en salud o social. En la proporción de dos de cada diez alumnas/os de la ENTS se hallan dos indicadores, el primero es que 22.6% se dedica a la enseñanza a menores que cursan bachillerato, secundaria o primaria y 23.4% son proveedores, es decir, tienen que realizar alguna actividad dentro de la vivienda para resarcir el déficit por confinamiento o lo tienen que dejar a un lado para poder llevar un ingreso a la familia. Por último, sólo uno de cada diez estudiantes ha apoyado para reconstruir o remodelar algún espacio de su vivienda; sin embargo, los datos en otras variables

muestran que, a pesar de no ser su principal actividad, hay una porción importante que realizó la remodelación de su vivienda.

La dinámica familiar se reconfigura por la reasignación de actividades que median entre las responsabilidades escolares, laborales y familiares. Un escenario en el que habitualmente, excepto en los periodos vacacionales, no se determina conjugar actividades y que soslayan la actuación de alumnos/as en confinamiento. Reestructuración que es del interés de empleadores, como el hacer mapeos de trabajos que busquen la inclusión social e integración de actividades rutinarias que las y los profesionales egresados le han de dar una significancia distinta en su cotidianidad.

La forma en que cada integrante de la familia tome un rol influye en la cohesión participativa que nutre la habitabilidad en un telón de riesgo; una puesta en escena de incertidumbre. Pero es dicha participación organizada lo que permea, como dispositivo emancipador, ante el riesgo sociosanitario, cuya institucionalidad “elabora y ratifica un sujeto de intervención social que es diferente, propio de cada microespacio y ajeno a los otros” (Carballeda, 2017: 49), lo que describe la fragmentación institucional que se presenta en nuevos escenarios de acción disciplinar.

La cotidianidad en el confinamiento, en esencia, interroga los tipos de relaciones que hay en los hogares. Además de los roles, se debe indagar en los ciclos de violencia y las rupturas de lazos familiares, así como en el temor de estar en confinamiento con personas que ejercen cualquier tónica de violencia, lo que es un llamado a pensar en las subjetividades y las construcciones de lo inesperado.

Los argumentos de la comunidad estudiantil exponen que las relaciones familiares en confinamiento son estrechas en 47.1% de los casos, con comunicación efectiva y asertiva. Éste es un panorama positivo en una dinámica de menor cohesión familiar, pero aun así adecuada. El 38% de alumnas/os sólo creen que su familia tiene interacciones funcionales, pero con comunicación incipiente. En contraste, 13.1% considera que en su familia las relaciones son conflictivas y hay roles familiares difusos que no facilitan un funcionamiento del grupo familiar adecuado.

De acuerdo con el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP, 2020) en tiempos de confinamiento han aumentado las llamadas de auxilio por violencia en la familia, sobre todo en el primer cuatrimestre de 2020, y, a reserva de la actualización de datos, la tendencia no ha disminuido hacia finales de 2021. La violencia también está presente en las familias de las y los estudiantes de la ENTS, ya que 1.8% considera que en ésta las relaciones son disfuncionales, con dinámicas de tensión o violencia familiar.

En otra arista de interrelación y empatía familiar, al cuestionar a las y los miembros estudiantiles de la Escuela sobre cuál es la postura de sus familiares o habitantes de su vivienda de que lleven a cabo su educación universitaria dentro de la vivienda durante confinamiento, el 50% responde que sus grupos primarios tienen un equilibrio entre tareas domiciliarias y actividades escolares, mientras que

28.5% esperan que cumplan con roles familiares como limpieza, actividades que lleven ingresos a casa, cuidados hacia personas en vulnerabilidad social o de salud, para poder cumplir con las actividades escolares.

También hay pautas condescendientes, ya que 16.4% de las familias acuerdan reducción de tareas domiciliarias para dar prioridad a las actividades educativas. Empero, 5.1% tiene una postura distinta ya que se percibe apatía y exigencia prioritaria a las actividades que tengan que ver con la subsistencia familiar, por encima de las escolares.

Este estudio confirma que las actividades de aprendizaje deben direccionarse a transitar la institucionalidad, con estrategias de acción que respondan a nuevas dinámicas sociofamiliares, ya que tienen que mediar con las actividades derivadas de la dinámica y roles de la familia. “Al estar en casa, el tiempo de que disponen se fragmenta entre diversas actividades, tareas del hogar y el cuidado de otros familiares” (IISUE, 2020: 104).

En 2020 y 2021 la Escuela Nacional de Trabajo Social atraviesa por distintas tónicas que colocan en un estado de vulnerabilidad la vida académica de la entidad, principalmente: el panorama de confinamiento por COVID-19; el cambio de figura directiva; la asignación de dirección interina; la elección que designa a la actual Dirección; además, movimientos estudiantiles que surgían por la inercia colectiva que se sitúa en las universidades de nuestro país y que la Escuela requería escucha para concretar un plan institucional que recién se ponía en marcha. Estos eventos dan un panorama aparente de “receso” en la comunidad estudiantil, que pudo no poner como prioridad las actividades académicas y tomar este tiempo para realizar otras actividades personales, familiares, curriculares o extracurriculares.

Al llevarse a cabo las sesiones del paro estudiantil vía *streaming*, en plataformas educativas y en redes sociales, además del interés de la comunidad del cien por ciento encuestado, sólo 51.8% afirma haber participado en actividades de la asamblea estudiantil. En cuanto a proporciones, cuatro de cada diez alumnas/os llevan dos actividades clave en la vinculación familiar: la primera, actividades que tienen que ver con el cuidado de algún miembro de la familia (38.3%) y, la segunda, actividades laborales que permiten subsanar el déficit de ingresos familiares (37.6%).

El proceso salud-enfermedad está presente, ya que tres de cada diez alumnas/os (25.9%) se recuperaron de alguna enfermedad, principalmente de COVID-19. Quienes tienen la oportunidad de poder remodelar su vivienda o darle mantenimiento se hacen presentes, ya que dos de cada diez alumnos lo hicieron (20.1%), dato que se aproxima a los indicadores de actividades llevadas a cabo dentro de la vivienda. Y es interesante que únicamente dos de cada diez estudiantes (20.1%) en tiempo de paro toman cursos extracurriculares, lo cual indica que la educación a distancia, para mitigar los hiatos conceptuales del confinamiento, no es prioritaria, probablemente por la ausencia de recursos pedagógicos, como se ha señalado antes.

Desde esta premisa se indaga sobre cuál estrategia de cierre de semestre le ha sido funcional al estudiantado, para poder concluir sus asignaturas y con ello continuar con las trayectorias académicas que se encuentran en riesgo. Lo anterior da cuenta del proceso autodidacta que puede reconceptualizar la o el egresado en Trabajo Social que se insertará en los distintos campos ocupacionales.

Las alumnas/os buscaron mecanismos en conjunto con docentes y la administración académica para hacer uso de otros espacios más prácticos para la comunicación efectiva y resolver dudas. Es así como 60.2% considera que la actividad más efectiva son las asesorías y el acompañamiento. Los datos consiguientes son menores, de ellos sobresale que a 13.9% le resulta más útil comunicarse directamente con los docentes, como una respuesta eficaz para poder concluir semestres en tiempo y forma.

A pesar de que la ENTS brinda un abanico diversificado de opciones para alumnos/os en riesgo, éste resulta de menor interés para el alumnado: 7.3% prefiere los cursos intersemestrales para resarcir conocimientos y aprobar asignaturas; 6.6% la vía inmediata de acreditar, que es el examen extraordinario; 3.3% deciden y solicitan NP, con la intención de cursar la asignatura una vez se hayan restablecido actividades presenciales o haya una oferta de asignatura que les invite a participar en la dinámica a distancia o híbrida. De igual manera, algunos alumnos/as (3.3%) se organizan para aprender entre pares y aprobar asignaturas. El 2.2% del alumnado participa en los seminarios ofertados por la ENTS, para profundizar conocimientos en asignaturas en riesgo. Sólo 1.8% de las y los encuestados señala que consulta los repositorios ofertados en la página de la Escuela y 1.5% solicita cursar otras asignaturas o movilizar su trayectoria al SUAyED.

De modo eventual, el rezago educativo tendrá repercusiones en el desempeño de las generaciones egresadas y afectadas por confinamiento, ya que seis de cada diez encuestadas/os determinan que las clases a distancia logran exponer obstáculos en los procesos de enseñanza docente, de tal forma que siete de cada diez revelan que durante las clases en línea no logran generar aprendizajes significativos.

Los procesos de práctica académica también están presentes en afectaciones, ya que ocho de cada diez alumnos/as afirman que durante confinamiento y aun después del regreso paulatino a espacios de práctica hay ausencia de llevar lo teórico a lo práctico; proporción de alerta en el ejercicio disciplinar y profesional, con limitantes y recortes en la formación que “se constituyen como un conjunto de elementos que demarcan aquello que posiblemente será aceptado o rechazado tanto a nivel social como institucional” (Carballeda, 2017: 50).

De este modo, se presenta un primer escenario que configura el sujeto inesperado, que en este capítulo considera al profesional egresado, en particular, en 2020, 2021 y 2022, ya que cuenta con rupturas temporales en su formación. Lo anterior implica deformación de lo esperado, de un perfil de egreso dominante del ejercicio

de la praxis y que en los basamentos teórico-conceptuales dista de otros profesionales egresados de otras generaciones, en la concatenación no sólo de escenarios contextuales, sino además en el trabajo conjunto con sujetos de estudio y de intervención, como lo delimita la ontología del Trabajo Social. Así, surgen sujetos inesperados, que se enlistan en empleos que requieren dominios prácticos y que, en los hiatos de formación, a su vez se encontrarán en la atención de otros sujetos inesperados, resultantes de las brechas de desigualdad social.

### *Brecha socioeducativa y urbana*

Los intersticios de la educación a distancia y la pobreza van trazando la revelación de espacios de acción que solicitan intervenciones interdisciplinarias que encaren los problemas que surgen de la volatilidad social que el ser humano no puede controlar, como la salud pública, las vertientes de la educación, las formas en cómo se aprende y transmite el conocimiento y los reveladores epistemes que innovan y recrean la ontología del vivir en un escenario multifacético de riesgo, y que será necesario retomar en la comprensión de la vida cotidiana.

El confinamiento trajo consigo la exacerbación del modelo neoliberal, ya que “se quebrantan los lazos sociales y, desde allí, se producen nuevos atravesamientos y sentidos de lo político, lo económico y lo cultural” (Carballeda, 2017: 48). Es así como las poblaciones de jóvenes adultos que se tienen en la Escuela han pasado por un escenario complejo, que apunta a que la comunidad no ha accedido plenamente a la educación a distancia, y entonces pronosticar que las generaciones egresadas que deja el ciclo de pandemia se encuentren con hiatos formativos.

De acuerdo con el estudio realizado en cuatro de cada diez alumnas/os el confinamiento propicia que su promedio disminuya notablemente (44.9%); en la misma proporción a cuatro de cada diez estudiantes les afecta poder continuar con cursos curriculares, ya que no pudieron cumplir con los cursos de inglés o cómputo en tiempo y forma. Hechos que impactan en la titulación temprana y la percepción de un desempeño escolar que no provocará interrupciones en su trayectoria escolar del alumnado.

En esta tónica, en dos de cada diez alumnas/os de la ENTS el confinamiento les provoca que sus promedios aumenten, pero se muestra que la tendencia es que los contenidos no han sido significativos. Sin embargo, en dos de cada diez alumnos/as (19.3%) el no llevar clases presenciales impacta en su regularidad, para ser alumnado irregular, y en similar proporción (15.3%) no pudieron concluir su servicio social oportunamente. De ahí que el dato más importante sea que sólo uno de cada diez debe abandonar su trabajo o rescindir asignaturas por las cargas académicas que trae consigo el confinamiento.

De manera que el neoliberalismo y la pandemia ponen de manifiesto que, como menciona Carballeda (2017), es cada vez más ficticia la idea de inclusión social. Por tanto, es necesario aludir que la ECOVID (INEGI, 2021) menciona que en el ámbito nacional 58.9% no concluye su educación por temas de confinamiento, situación que se visualiza en casos concretos y de riesgo que generan baja temporal o definitiva. Casos no aislados, ya que son las minorías que, al no intervenir en estos intersticios, recrean los mismos fenómenos y surge la diversificación de problemas sociales, convergiendo lo urbano y lo educativo en las brechas de desigualdad. “Así, las necesidades dejan de ser derechos sociales no cumplidos, para transformarse en falencias individuales, genéticas o conductuales” (Carballeda, 2017: 48).

El diagnóstico permite profundizar en el acceso a derechos sociales, como la dotación de infraestructura adecuada en servicios públicos. Por fortuna, uno de cada dos alumnos/as (52%) no tiene problemas de servicios públicos, contrastando con el Coneval (2021) y el informe del SIDS que en el ámbito nacional señalan que el porcentaje de viviendas que no disponen de drenaje es de 4.3%, así como aquel de las viviendas que no disponen de agua entubada de la red pública con 3.5%. A éstos le siguen viviendas que no disponen de energía eléctrica con un esporádico 0.8%.

En cuanto quienes presentan problemas en servicios, cuatro de cada diez viviendas (38.1%) tienen problemas de suministro de corriente eléctrica; dato a la inversa del que se presenta en el ámbito nacional en cuanto a jerarquía. Mientras que, con respecto al agua potable, necesaria para la prevención de contagios y saneamiento, dos de cada diez viviendas han tenido complicaciones de abastecimiento.

Es importante mencionar que el servicio de salud en México no es un servicio público que se pueda disfrutar dentro de las viviendas. En la siguiente indagación se muestra la necesidad de comenzar a considerar a la salud como un servicio que se tiene que proporcionar en las viviendas, no sólo de manera preventiva, sino además en la atención y rehabilitación.

Asimismo, en 2020, 2021 y 2022 en la comunidad que se encuentra formándose o que ha egresado se aprecia que cinco de cada diez (50%) al no tener acceso al sistema de salud por el cierre y colapso de este sistema, así como por la angustia de contagiarse o al confirmar su contagio los ha llevado a la automedicación. Aspecto que invita a reflexionar sobre cómo conciben el cuidado los nuevos profesionales y cuáles son las acotaciones sociales que el egresado inserto en el sistema de salud revalorizará cuando derechohabientes tengan en su narrativa la automedicación.

Por otra parte, ante la falta de servicio de agua en las viviendas dos de cada diez familias contratan pipas para poder realizar un saneamiento parcial, cultivando peligros de contagio por la escasez de dotación. Uno de cada diez habitantes en viviendas sin servicios de corriente eléctrica realiza una toma eléctrica distinta a las oficialmente dotadas para poder suministrar electricidad a sus viviendas.

El sociólogo Esmili (en Paredes, 2020) hace una fuerte crítica al confinamiento y es, en este sentido, que su mirada hace eco en la desigualdad social urbana:

El confinamiento es un concepto burgués. La idea es que todos tengamos una casa individual, un poco burguesa, en la que podamos refugiarnos cuando haya una pandemia o un desastre natural. Pero lo que veo en los barrios pobres no es para nada eso. Existe una realidad rodeada de condiciones insalubres, pero no sólo eso. En este tipo de barrios, hay casas en las que viven cuatro o cinco personas por habitación, por ejemplo. También hay viviendas que no son habitables, en las que no puedes quedarte todo el día, porque prácticamente el espacio no se presta para ello.

Los asentamientos irregulares, la planificación urbana no controlada, la ausencia de la gestión integral de riesgos y el silenciar las voces de exigencia han permeado la desigualdad, favoreciendo a cúpulas que desconocen los contextos urbanos que carecen de equidad en el cumplimiento de derechos sociales y humanos. Las narrativas y las subjetividades se suscriben a la lógica de la desigualdad, como un ente estructurado por el mercado y las políticas paliativas que soslayan que la educación será la emancipación de la desigualdad social, “al carecer de puntales y certezas, gira nuevamente hacia un sinsentido que traspasa a todos los actores sociales que la constituyen” (Carballeda, 2017: 48).

En conjunto con la desigualdad sociourbana, 69% de las viviendas de la comunidad estudiantil se encuentra asentada en territorios planos, 21.2% en cerros, 7.3% en suelos susceptibles de inundación, hundimiento o derrumbes y 2.6% en costados de ríos, arroyos o canales. Panorama que explica cómo se asienta un tercio de la población estudiantil en contextos segregados por la mancha urbana y marginados por la estratificación demográfica y económica.

En el ámbito nacional, de acuerdo con la ENVI (INEGI, 2020), 44.2% de las viviendas presentan humedad o filtraciones de agua, 40.8% grietas o cuarteaduras, 14.8% levantamientos o hundimientos del piso, 10.6% fracturas/deformación de columnas, vigas o trabes. Escenario que corresponde a las descripciones de los asentamientos de las viviendas de la comunidad estudiantil que, aun estando en territorios planos, el suelo lacustre de la zona metropolitana del Valle de México pone en cuestionamiento la estabilidad de la vivienda.

Las familias y grupos habitantes de las viviendas de alumnos/as de la Escuela Nacional de Trabajo Social se ven obligados a establecer nuevas prioridades de gastos extraordinarios que trae consigo la pandemia, para dar prioridad a otros elementos de necesidad básica. Con base en el diagnóstico realizado se puede generalizar que en la comunidad de la ENTS se tiene como destino principal el gasto en alimentación (97.1%), por ser una necesidad básica y continua en cualquier situación de emergencia social.

Sin embargo, entre las necesidades que en los tres años recientes se entendían como básicas no está referenciada la de Internet, pero al ser una comunidad estudiantil en sus viviendas lo toman como la segunda necesidad básica y secuencialmente destinan mayor gasto por este concepto, ya que nueve de cada diez alumnas/os (90.1%) muestran que el Internet y la contratación de medios comunicación ha sido un gasto principal en tiempos de confinamiento. Surgiendo así necesidades que se deben prever por empleadores para enfrentar situaciones de riesgo socioambiental. En este caso la crisis provoca que el estudiantado refuerce habilidades que no concebía como primordiales, como el dominio de las TIC y TAC, una fortaleza que no se programó prioritaria en planes de estudios, pero que el alumnado y comunidad egresada encuentran como fortaleza en los hiatos de formación profesional. En cuanto a la dinámica socioeconómica seis de cada diez familias (56.9%) destinan sus principales egresos al pago de servicios.

Al hacer referencia a la automedicación, porque el tomar consulta es un egreso extrafamiliar no contemplado, el gasto en medicinas para cinco de cada diez familias (51.1%) es su principal gasto mensual. Por otro lado, es probable que al no tener una interacción rutinaria en el espacio público los gastos de vestimenta no han sido esenciales, y únicamente para tres de cada diez (34.7%) el vestido y calzado pasa a ser uno de los gastos con menor egresos.

El equipamiento de cómputo no aparecía como relevante, pero ante el confinamiento tres de cada diez familias (28.5%) gastan en equipar o adquirir dispositivos para que se pueda acceder a la educación a distancia. El equipamiento y el pago del Internet pasan a ser necesidad primordial, antes que mejorar las condiciones de la vivienda. Dos de cada diez familias (18.6%) programan egresos para el mantenimiento o ampliación de la vivienda y puede ser una alerta que el pago de renta o créditos hipotecarios ya no son parte de los principales gastos, pues sólo dos de cada diez familias (15.3%) continúan haciendo el pago o lo planificaron como primordial. Datos que deben visualizarse en el reclutamiento de profesionales, pues sus necesidades han variado. En el ejercicio profesional es una pincelada de la reestructuración de los gastos en los hogares que trabajadoras/es sociales deben analizar en sus diagnósticos sociales.

De los cuestionamientos con mayor homogeneidad en las apreciaciones estudiantiles, en cuanto a posibles obstáculos que se presentan para poder acceder plenamente a la educación a distancia en cuanto a equipamiento: 34.3% menciona no tener problema alguno, porcentaje que se complementa con aquellos que habitan en viviendas no marginadas y en asentamientos no irregulares, mientras que 29.9% de los y las alumnas refieren que el principal problema ha sido el tener que compartir equipos con otros miembros dentro de la vivienda. El 25.2% comenta que los equipos de cómputo deficientes o desactualizados son los obstáculos que no les han permitido acceder plenamente a la educación a distancia. Por último, 10.6%



menciona que simplemente es el no tener un equipo de cómputo o gadget que le dé acceso a la educación a distancia.

En cuanto a tener una calidad de Internet que no garantice seguimiento secuencial en línea, en las distintas plataformas otorgadas por la Coordinación de Universidad Abierta, Innovación Educativa y Educación a Distancia de la UNAM, cuatro de cada diez estudiantes (40.1%) han contratado otro servicio adicional o hacen uso de recargas telefónicas, y tres de cada diez (30.7%) se han organizado con familiares o habitantes de su vivienda para el uso de Internet en horarios establecidos, en la misma proporción (27%) refieren no haber tenido alguna complicación.

Además, dos de cada diez integrantes (18.6%) de la comunidad estudiantil han solicitado apoyo de algún familiar o vecino para poder hacer uso de su servicio de Internet y así conectarse a las clases en línea. Asimismo, uno de cada diez (10.6%) ha acudido a “cafés internet”, así como en menor proporción a plazas públicas (5.1%) para poder ingresar a clases, poniéndose en riesgo de un posible contagio, y en menor cantidad (2.6%) han realizado el hackeo de redes privadas de vecinos.

Sin sucumbir en la apología de las brechas de desigualdad, el estudiantado egresado tiene la capacidad de buscar alternativas y redes de apoyo para superar los hitos del no acceso a la brecha digital, de no contar con recursos físicos y digitales, para poder mejorar su función profesional. Las estrategias manufacturadas por el egresado, que tuvo a bien la búsqueda de recursos para concluir en tiempo y forma su trayectoria educativa, ofrecen panoramas de desempeños laborales resilientes, pero que deben ser compensados con un efectivo abanico de derechos laborales.

El acceder a Internet, contar o no con equipamiento y servicios públicos adecuados no garantiza que haya un dominio de los recursos ofertados. Sin embargo, las generaciones juveniles han desarrollado competencias de software, como se ha mencionado antes, lo cual ha mitigado las complejidades que tiene el dominio de recursos digitales, aun así se requiere analizar si estas competencias se aplican en su trayectoria académica.

El 54.7% del estudiantado tiene conocimientos previos, lo que le facilita el dominio de TIC y TAC, y 9.1% domina totalmente estas competencias; aunque 20.4% comenta que desconocía este umbral de conocimientos y 15.7% tiene dificultades en el uso de plataformas y recursos ofertados, indicador que puede repercutir en que no haya un aprovechamiento adecuado y los productos para mitigar el rezago se dificulten para su manipulación.

Al respecto, Díaz Barriga (IISUE, 2020) menciona que “el programa de educación digital es un amplio ejemplo de promoción de la desigualdad social” (p. 22), ya que se ha dado por hecho que por vivir en la sociedad del Internet de las cosas y en la llamada sociedad de la información se tiene el saber para poder utilizarlas. En el caso de la desigualdad se considera que las viviendas están acondicionadas para ejecutar un modelo homogéneo de educación a distancia, sin considerar los

recursos y redes de apoyo familiar que puedan existir o no para mitigar las condicionantes del hábitat. En el utópico escenario del *home office* no todas y todos los profesionales pueden acceder a este tipo de empleabilidad, ya que si no se dotan de recursos tendrán panoramas similares a los que se presentan en la educación a distancia, generando consigo desigualdad laboral y social.

Ahora bien, la segunda dimensión es la brecha socioeducativa y urbana, en conjunto con los hiatos que ha generado la educación a distancia como estrategia emergente por el confinamiento, así como la producción globalizada del sujeto inesperado que es “un sujeto que tampoco coincide con los mandatos fundacionales de las instituciones y es contradictorio con la idea de sujeto de intervención que éstas generaron dentro de las fragmentaciones que se fueron construyendo desde las lógicas neoliberales” (Carballeda, 2017: 50). Las narrativas del profesional reestructuran lo ya dado, normalizado y esperado, que, al no cumplir con las expectativas de la globalización de la profesionalización, la y el recién egresado se encontrará en un descubierto institucional, caracterizado por la exclusión en la empleabilidad e inaccesibilidad a derechos sociales.

## DISCUSIÓN

Para el afianzamiento de la postura de la construcción social del sujeto inesperado, a partir de los dilemas habitacionales y los hiatos implicados en la educación a distancia en la vivienda, se retoma a la “Encuesta para la medición del impacto COVID-19 en la educación” (INEGI, 2021), que refiere que más de siete millones de jóvenes inscritos en el país, al igual que sus familias, ejercieron su capacidad de resiliencia, en un entorno que ha exigido la adaptación de rutinas, en espacios que en la concepción de la vivienda y diseño de la misma no fue pensada para albergar escenarios de educación en casa, modificando rutinas familiares, por lo que emergen y se acentúan problemáticas inscritas en escenarios de desigualdad sociourbana.

A partir de la aseveración de la hipótesis planteada en el estudio, se avala que es el diagnóstico la estrategia metodológica que favorece la visualización de los condicionantes emergentes y de riesgo en el que viven alumnos/as de la Escuela Nacional de Trabajo Social. El seguimiento metodológico permite generar escenarios hipotéticos que impactan en el desempeño escolar de futuros profesionales en Trabajo Social, y que en sus centros de empleo fragmentará su actuar por no tener las bases suficientes para reconocer su accionar en las coyunturas de desigualdad.

La comunidad egresada, para culminar su trayectoria académica, se ha enfrentado con dilemas habitacionales respecto a la vivencia del COVID-19 y la repercusión

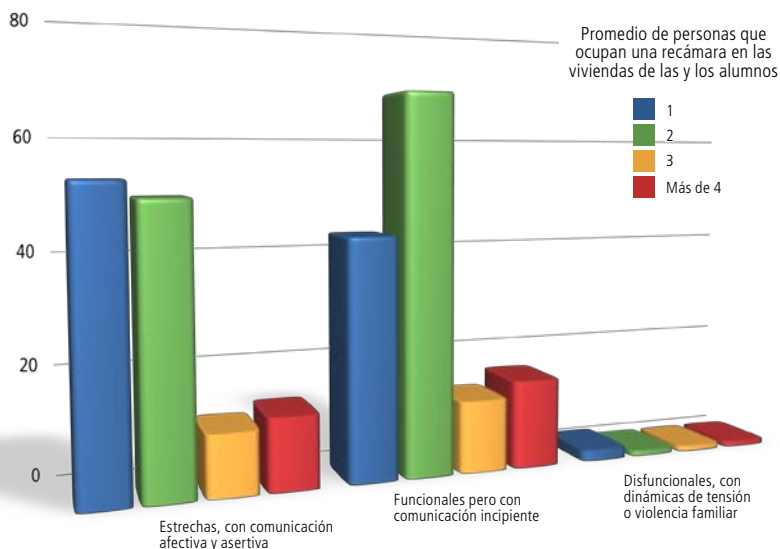
en su educación, cuando se traslada, de manera emergente, la modalidad de estudio a distancia, ya que la estructura neoliberal e institucional refleja que “no se analizaron las condiciones del profesorado ni de las familias” (Díaz-Barriga, en IISUE, 2020: 21). Sin un diagnóstico precedente, para conformar estrategias que integren las condiciones socioeconómicas de la comunidad estudiantil, se tiene como resultado que las estrategias por las condiciones externas, y su exacerbación con las internas, favorecieron la ampliación de las brechas de desigualdad social tanto de habitabilidad como de educación.

La identificación de los principales obstáculos que vive la comunidad estudiantil en su vivienda para poder realizar las actividades de educación en línea, así como la relación que se presenta entre las estrategias de mitigación de la brecha digital otorgadas a la habitabilidad se convierten en la comisura de la narrativa que fundamenta al sujeto inesperado, “[entre el] sujeto que cada institución sigue esperando y el que realmente llega se produce una distancia que varía según diferentes circunstancias, que en determinadas situaciones puede ser transitable y, en otras, produce un hiato, un vacío que lo torna irreconocible y ajeno” (Carralada, 2017: 50).

Con base en correlaciones y contingencias se presentan las siguientes gráficas para estimar las relaciones que hay entre variables y hiatos, que responden a dilemas habitacionales que configuran la producción sistémica de sujetos inesperados. Por tanto, como estudiosos de los sistemas y estructuras sociales, con relaciones simbólicas, como la familia y la conformación roles en la vivienda en tiempo de confinamiento, es necesaria la síntesis de las posturas que tienen los grupos familiares, que se comprenden en el equilibrio entre tareas domiciliarias y actividades escolares. Aun estando en paro estudiantil la comunidad escolar participa en el rumbo de su escuela a través de las asambleas, así como en la actividad más funcional para concluir sus asignaturas, después de las distintas vicisitudes, y que comprende las asesorías y acompañamiento docente.

De acuerdo con la convergencia (coeficiente de contingencia 0.133) se considera el hacinamiento a partir dos habitantes por recámara. Las relaciones van de ser estrechas y con dinámica familiar óptima para relaciones sociofamiliares, pero sobresalen las funcionales con comunicación incipiente, en donde prevalece, con mayor presencia, el hacinamiento; es decir, la cercanía en distanciamiento no es factor para determinar relaciones empáticas estrechas, aspecto que da cuenta del hiato de acompañamiento familiar a pesar del confinamiento (gráfica 1).

Gráfica 1. Correlación de espacios y ocupantes de recámaras en las viviendas habitadas por alumnas/os de la ENTS



Nota: la gráfica representa el hacinamiento como factor en las interrelaciones familiares y su relación con la dinámica familiar.

Fuente: elaboración propia a partir de “El diagnóstico como proceso para identificar el rezago habitacional y acceso a la educación a distancia en el alumnado del sistema presencial de la Escuela Nacional de Trabajo Social”, proyecto de investigación, UNAM-Escuela Nacional de Trabajo Social (Vázquez, 2022: 92).

Lo que se encuentra en el análisis de la educación a distancia, con la vivienda y las relaciones familiares, es imprescindible analizarlo para reducir la brecha socioeducativa que está impregnada de marginación y segregación sociourbana, acentuada por la desigualdad digital que las familias viven día con día. Es necesario conjuntar esfuerzos para la atención integral del alumnado.

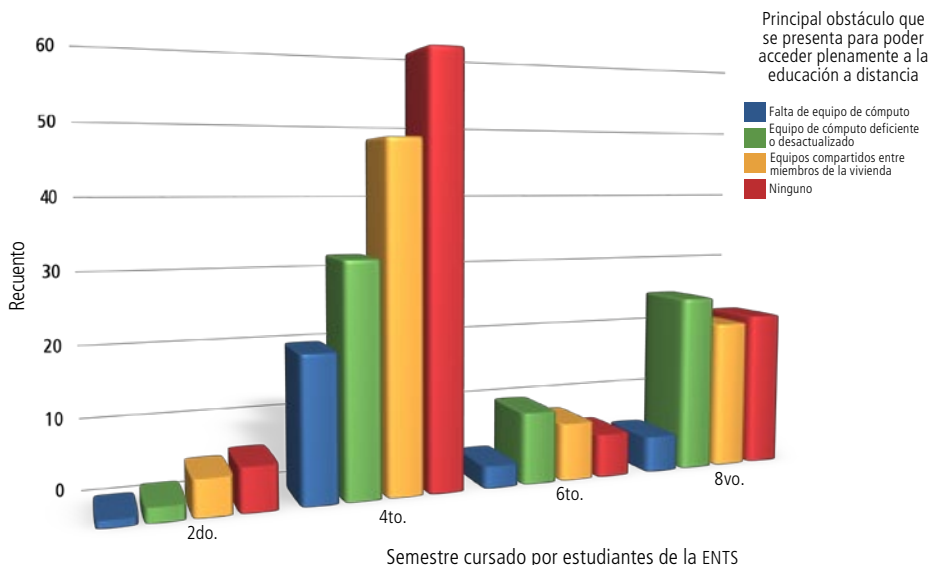
El diagnóstico hace una introspección en las brechas de desigualdad urbana y educativa. En lo que respecta al rezago educativo los y las estudiantes han tenido disminución en su promedio debido al confinamiento, y es el acceso a servicios públicos la principal causa de infraestructura en la vivienda a la que le atribuyen su bajo rendimiento escolar.

Esmili (en Paredes, 2020: s.p.) comenta que “la idea del confinamiento tiene un cierto número de presuposiciones y no corresponde a la realidad. Especialmente, no corresponde a la realidad de la gente en los barrios pobres”. Con respecto a grupos sociales que ya vivían en vulnerabilidad, bien sea por condición socioeconómica, de salud, género, etnia o de ubicación en la mancha urbana, ahora se suma que entre las élites de poder y quienes han sido desdibujados de los escenarios de la participación efectiva y goce de derechos sociales son los primeros quienes han tenido mayor alcance para poder resguardarse de contagios, con viviendas adecuadas en su diseño, opciones y recursos para modificarlas, alcance de vacunas en otros países y atención especializada por médicos privados, y con respecto a la educación, acceso efectivo a la brecha digital tangible e intangible.

Al profundizar en la brecha urbana, la mayor parte de viviendas están ubicadas en territorios planos, pero eso no garantiza estabilidad por las condiciones del suelo lacustre. Además, las viviendas se encuentran en asentamientos irregulares, ubicación que condiciona el servicio de calidad del Internet, ya que este servicio ha sido el principal gasto en época de pandemia, y las familias han contratado otro servicio para tener acceso a las clases en línea. Asimismo, el principal obstáculo en equipamiento tecnológico es que se tienen que compartir computadores y dispositivos con otros integrantes de la vivienda.

De acuerdo con el cruce de datos (coeficiente de contingencia 0.191), todos los semestres tienen índices importantes en cuanto a compartir los equipos con otros miembros de su familia. Los semestres segundo y cuarto no han tenido mayor problema en equipo de cómputo, probablemente porque al comenzar su trayectoria universitaria se pronostica el uso del equipo de manera rutinaria, así como en el nivel medio superior y en el adentramiento a la sociedad de la información tecnológica. Sin embargo, los semestres sexto y octavo a pesar de que ya se tiene un equipo de cómputo, éste es deficiente o está desactualizado para poder cumplir con las diferentes actividades que se solicitan en las asignaturas cursadas en el Plan de Estudios de la Licenciatura en Trabajo Social. Dilema que se complejiza porque el proceso de titulación en el periodo de confinamiento requisita el acceso a estos equipamientos para tener un desempeño considerable (gráfica 2).

Gráfica 2. Correlación de semestres cursados por alumnas/nos de la ENTS y principales obstáculos de equipamiento tecnológico en las viviendas



Nota: la gráfica representa los dilemas de acceder a la educación a distancia, con la proyección de las generaciones egresadas.

Fuente: elaboración propia, a partir de “El diagnóstico como proceso para identificar el rezago habitacional y acceso a la educación a distancia en el alumnado del sistema presencial de la Escuela Nacional de Trabajo Social”, proyecto de investigación, UNAM-Escuela Nacional de Trabajo Social (Vázquez, 2022: 93).

Las experiencias de profesionales en Trabajo Social parten desde el sentido identitario que se forja en la formación académica, en sus recursos pedagógicos y de aplicación disciplinar del conocimiento en las áreas y campos de acción. La exposición de los dilemas y hiatos dan sentido a las consecuencias psicosociales que tienen las y los futuros profesionales que brindarán su acción a otros sujetos con características inesperadas. En donde los dilemas éticos de los vacíos de formación y aplicación quedan mermados por las limitantes de las brechas de desigualdad, y, por ello, se sugiere que se contemplen los elementos que se muestran en este capítulo para la programación estratégica articular y de aplicación de líneas de acción que contemplen la reducción de brechas de desigualdad social. Asimismo, que, desde la dialéctica estructural, se aprovechen las coyunturas que los hiatos tracen para encaminar a procesos heterogéneos de acción multiinstitucionales, en la defensa del acceso de derechos sociales.

Así, las instituciones, frente a ese sujeto inesperado, dejan de contener, escuchar, socializar y, fundamentalmente, cuidar. Paradojalmente, se invierte el sentido, quien debe ser cuidado, alojado, produce muchas veces una acción inversa que se puede sintetizar en cuidarse de quienes deben cuidarlo (Carballeda, 2017: 50). Entre los nuevos retos gremiales se debe visualizar a la vivienda como un escenario ya no externo a las trayectorias profesionales, sino ahora, al menos en cuatro generaciones, en el cómo vivieron su cotidianidad y su sentido de resiliencia puede determinar su trayectoria profesional en Trabajo Social; su actuar disciplinar y la urgencia de emplear dispositivos innovadores que apuesten por la inclusión y el cuidado de lo no esperado.

## CONCLUSIÓN

El proceso metodológico del diagnóstico social logra identificar el rezago habitacional y acceso a la educación a distancia en el alumnado de la modalidad presencial de la Escuela Nacional de Trabajo Social. Con ello generar premisas para definir los dilemas habitacionales en la formación de futuros profesionales de Trabajo Social, así como los hiatos laborales que afrontan las y los sujetos inesperados del gremio.

Entre los principales hiatos y dilemas que vive la comunidad estudiantil y egresada en su casa, para poder llevar a cabo las actividades de educación en línea y que contingentemente impactará en su hacer disciplinar y profesional, se menciona: que el acceso a derechos sociales en confinamiento les pone en desventaja frente a quienes sí tuvieron mayor proporción, porque el dilema radica en continuar con la trayectoria escolar, conseguir los insumos para ello o para la sobrevivencia de los miembros familiares en tiempos de riesgo sociosanitario.

La distribución de la vivienda y su impacto en el hacinamiento en confinamiento reconfigura la idea de cohesión familiar, ya que la dicotomía de estar en cercanía física no implica que las redes de apoyo se fortalezcan. Por factores como el hacinamiento, roles familiares y empatía, así como por el hacinamiento que limita el alcance de servicios estas experiencias sobrepasan la formación para que el estudiantado, en el hiato del no acceso a servicios y espacios habitables, tenga nociones subjetivas que marcan dificultades que otros sujetos inesperados podrán tener y reconstruir en los canales del tejido social, así como en la empatía profesional hacia el otro.

Entre los principales vacíos e interrupciones que se consideran esenciales en trabajadoras/es social están las prácticas escolares, que son cooptadas por los contagios de COVID-19. Lo anterior, de acuerdo con lo analizado, podría tener consecuencias, por lo que se deben prever mecanismos de inclusión del no cumplimiento

del parámetro esperado, donde el profesional que no cooptó estos procesos cobije, en un sentido de cuidado, al gremio profesional.

Se invita al lector a reflexionar sobre los dilemas éticos que se contextualizan en la formación de jóvenes que atenderán las vulnerabilidades sociales, de las cuales fueron parte, y que el atenderlas no equivale a salir de un estado de marginación y exclusión social, porque las estructuras sociales constriñen, estratégicamente, la reproducción y atención de la segregación por los mismos actores que la habitan.

Es por ello la impericia de un sentido crítico, propositivo, que haga hincapié en políticas sociales articuladas, con actores de todos los escenarios para la reducción de brechas de desigualdad, ya que las particularidades de cada política no podrán soslayarse de un diagnóstico participativo para la atención interdisciplinaria de necesidades que, al ser históricas, han sido habituales en la cotidianidad urbana y ello no se puede escatimar, porque el normalizar el rezago es una situación que convoca el análisis del profesional en Trabajo Social.

## REFERENCIAS

- Arteaga, C. y M. González (2001), *Diagnóstico, en desarrollo comunitario*, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Aguilar, M. y E. Ander-Egg (1999), *Diagnóstico social: conceptos y metodología*, Buenos Aires/ México: Lumen.
- Carballeda, A. (2017), “La irrupción de un sujeto inesperado en las instituciones”, *Voces del Fénix*, 62: 38-45, <[vocesenelfenix.economicas.uba.ar/numero-62/](http://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/numero-62/)>.
- Casas, C. (2020), “Plan de Trabajo 2020-2024”, Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Cepal y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura-UNESCO (2020), *La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19*, <[repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45904/1/S2000510\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45904/1/S2000510_es.pdf)>.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social-Coneval (2021), “Carencia por rezago educativo”, <[coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/CPP\\_2021/Rezago\\_educativo.pdf](http://coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/CPP_2021/Rezago_educativo.pdf)>.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social-Coneval (2018), “Estudio diagnóstico del derecho a la vivienda digna y decorosa 2018”, <[coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos\\_Sociales/Estudio\\_Diag\\_Vivienda\\_2018.pdf](http://coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Estudio_Diag_Vivienda_2018.pdf)>.
- Dirección General de Comunicación Social-DGCS (2021), “Trabajo Social con especialistas fortalece el tejido en la comunidad”, *Boletín UNAM*, <[dgcs.unam.mx/boletin/dbboletin/2021\\_672.html](http://dgcs.unam.mx/boletin/dbboletin/2021_672.html)>.



- Galeana de la O., S. (1999), *Promoción Social, una opción metodológica*, México: Plaza y Valdés.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI (2015a), “Encuesta intercensal 2015”, <datos.gob.mx/busca/dataset/cartografia-geoestadistica-urbana-y-rural-amanzanada-planeacion-de-la-encuesta-intercensal-2015>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI (2019), “Encuesta nacional sobre disponibilidad y uso de tecnologías de la Información en los hogares” (ENDUTIH), <inegi.org.mx/programas/dutih/2019/#:~:text=La%20Encuesta%20Nacional%20sobre%20Disponibilidad,a%C3%B1os%20o%20m%C3%A1s%20en%20M%C3%A9xico%2C>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI (2020), “Encuesta nacional de vivienda”, <inegi.org.mx/contenidos/programas/envi/2020/doc/envi\_2020\_presentacion.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI (2021), “Encuesta para la medición del impacto COVID-19 en la educación”, <inegi.org.mx/contenidos/investigacion/ecovid/2020/doc/ecovid\_ed\_2020\_presentacion\_resultados.pdf>.
- Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación-IISUE (2020), *Educación y pandemia. Una visión académica*, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lázaro, E. y T. Silva (2014), “El diagnóstico como estrategia para conocer la presencia de la discapacidad en la Escuela Nacional de Trabajo Social”, <revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/54546>.
- Paredes, N. (2020), “Coronavirus. El confinamiento es un concepto burgués: cómo el aislamiento afecta a las distintas clases sociales”, <bbc.com/mundo/noticias-internacional-52216492>.
- Rengel, W., M. Giler y H. Pinargote (2018), *Publicar investigación científica: metodología y desarrollo*, Ecuador: Editorial Mar Abierto.
- Richmond, M. (1917), *Diagnóstico Social*, Universidad de Costa Rica, <ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000062.pdf>.
- Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2020), “Información sobre violencia contra las mujeres (Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 9-1-1)”, <gob.mx/sesnsp/articulos/informacion-sobre-violencia-contra-las-mujeres-incidencia-delictiva-y-llamadas-deemergencia-9-1-1-febrero-2019?idiom=es>.
- Tello, N. (2007), *Apuntes sobre intervención social*, <neliatello.com/docs/apuntes-sobre-intervencion-social\_nelia-tello.pdf>.
- Valero, A. (2013), “Especificidad Profesional del Trabajo Social”, *Desarrollo Histórico*, <desarrollohistoricots.blogspot.com/2013/05/especificidad-profesional-del-trabajo.html>.
- Vázquez, I. (2022), “El diagnóstico como proceso para identificar el rezago habitacional y acceso a la educación a distancia en el alumnado del sistema presencial de la Escuela Nacional de Trabajo Social”, proyecto de investigación (actividad de investigación Profesorado de Carrera), Universidad Nacional Autónoma de México-ENTS.



# “TÚ DUELO, TÚ DESAFÍO”. INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL PROCESO DE DUELO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

*Blanca Paulina Cárdenas Carrera*

*«Es un tema tan sensible y necesario para estos tiempos. Pocos se ocupan en la salud mental de la infancia y la adolescencia, pronto tendrán que enfrentar nuevos retos a los que no están preparados, porque es el sector más afectado. A medida que apoyas, sanas tus heridas por eso comprendes el dolor del otro.»*

Ada Cortázar

## INTRODUCCIÓN

Organismos internacionales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han manifestado la importancia de atender la salud mental de la niñez y la adolescencia durante la pandemia por COVID-19. Para ello han diseñado campañas mundiales de salud pública, como #SanosEnCasa y #EnMiMente, con el propósito de brindar a padres, madres e instituciones información oportuna referida al tema.

Aunque son diversos los factores que influyen en el deterioro o afectación de la salud mental, contextos como los desastres naturales, las guerras o las pandemias pueden agudizar esa afectación. Así, la pandemia por COVID-19 es el escenario de fondo que impacta y cambia la vida de toda una generación. De alguna manera cada sector de la población ha resultado afectado, tanto en el nivel económico como en el social y en la salud. Las niñas, niños y adolescentes no son la excepción, además, la mayoría de las veces, enfrentan esa vivencia y sus efectos en silencio. Los cambios en su dinámica escolar y de coexistencia sufren rupturas e incluso pérdidas que, sin duda, tendrán un impacto profundo en sus vidas y en su desarrollo.

Las cifras sobre el número de menores de 18 años que perdieron a uno de sus cuidadores principales es aproximada, ya que las estimaciones reales aumentan si se consideran factores vinculados al manejo de la información estadística. De acuerdo con una revisión realizada por el Senado de la República, en donde se analiza la figura de orfandad, para septiembre de 2021 alrededor de 244 500 menores quedan en orfandad. Lo cual puede provocar efectos negativos directos a corto y largo plazo, “en cuanto a respaldo financiero, cuidados y afecto, guía y atención” (Gómez, 2021: 2).

Ante tal panorama, el Gobierno mexicano, a través de la Secretaría de Educación Pública y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, establece convenios para apoyar con becas mensuales a niñas, niños y adolescentes en situación de orfandad por la muerte de uno o ambos padres por COVID-19. En el caso de la Ciudad de México se les otorga la “Beca Leona Vicario” y en el ámbito federal el apoyo se recibe mediante la “Beca Benito Juárez”. Este hecho ofrece un referente sobre la magnitud e importancia del tema, al ser considerado en la agenda pública.

Aunque una beca no resuelve otros temas derivados de los efectos de perder a una figura tan importante en la vida de los menores, como es un padre o una madre, intenta ser una respuesta gubernamental ante tal situación. Aún quedan pendientes diversos problemas como la violencia, a la cual pueden quedar expuestos, así como el abandono escolar, la pobreza, las adicciones y la salud mental. Asimismo, las instituciones sociales, educativas y de salud se han sumado a contribuir, de alguna manera, en el nivel preventivo y de atención, al diseñar y difundir materiales de apoyo como guías, manuales, infografías, videos, audios, carteles y diversos materiales, muchos de ellos de gran calidad en su contenido visual, gráfico e informativo. Empero, es importante reflexionar y discutir sobre cuáles han sido los medios más pertinentes para su difusión y si han cumplido su objetivo e incluso analizar si es conveniente trabajar en equipo para no acumular información y contenidos, pues al final no se sabe a ciencia cierta si logran un efecto y en qué medida lo hacen.

Las disciplinas sociales tienen un llamado particular y tácito ante la realidad expuesta, ya que es evidente su pertinencia y justificación en el nivel de investigación e intervención. Uno de los principales retos es poner énfasis en aquello que va más allá de lo evidente, así como diseñar, desarrollar y socializar instrumentos, técnicas y estrategias acordes con una realidad compleja, además de que sean pertinentes y factibles.

Trabajo Social, al ser una disciplina cercana a los grupos sociales y en constante contacto con sus necesidades y problemas, enfrenta retos en el campo epistemológico y teórico. Se puede decir que se encuentra en un momento clave para su desarrollo y fortalecimiento en el nivel teórico y práctico. La pandemia ha hecho latentes las áreas de oportunidad, asimismo, ofrece la posibilidad de repensar, redirigir y reaccionar. Con gran satisfacción se escucha y hemos sido testigos del reconocimiento social de la labor de trabajadores/as sociales del sector salud y educativo, lo cual brinda la posibilidad de potenciar nuestra identidad como colectivo y como profesión. Lo anterior da lugar a acciones concretas que se sumen a la atención de problemáticas sociales en contextos de emergencia social. En este camino, con nuestra investigación se plantea la posibilidad de desarrollar una estrategia de intervención en un proceso específico: el duelo de la niñez y adolescencia.

Por tanto, durante los meses de enero a agosto de 2021 se realiza el análisis de corte cualitativo, entrevistando a nueve niñas, niños y adolescentes que habían tenido una pérdida significativa durante la pandemia. Sus experiencias de duelo están vinculadas a la muerte de uno de los padres, abuelos o familiares cercanos, divorcio o separación de sus padres, muerte de su mascota, pérdida de su seguridad económica ante el hecho de que uno de los padres se queda sin empleo. De igual manera se enfrentan a cambios en sus espacios de interacción social: escuela, lugares de entretenimiento, convivencia y juego. A través de las entrevistas y del encuentro con su dolor se analizan las etapas de duelo que han experimentado, las emociones, pensamientos y reacciones implicadas. Sus testimonios, de viva voz, permiten obtener material oral que convoca a la reflexión, así como a la atención inmediata y oportuna de la realidad que enfrentan.

## METODOLOGÍA Y DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

*«Y el ratoncito entendió el ciclo natural de la vida. Ahora, cuando ve una mariposa, recuerda todos los buenos momentos vividos con su querida oruga.*

*¡Vuela, mariposa! ¡Vuela!*

*Si miramos una mariposa veremos que tienen cuerpo de oruga y dos alas en forma de corazón unidas para siempre.*

*La belleza de las mariposas nos recuerda que el amor es eterno.»*

Lydia Giménez, 2011

Primero se presenta el diseño y aplicación de la estrategia de intervención para, después, esquematizar los puntos desarrollados para su sistematización.

Las estrategias de intervención en Trabajo Social “son procedimientos organizados para realizar acciones que nos permitan cumplir objetivos” (Pérez, 2017: 11), que pretenden “desarrollar procesos [...], su intención es responder a una circunstancia determinada que válida en sí misma la necesidad de una intervención intencional desde la profesión” (Tello y Ornelas, 2015: 15).

De acuerdo con Martínez (2004: 53-54, citado por Pérez, 2017: 11-12), las estrategias de intervención, entre otros aspectos, deben cumplir una serie de condiciones:

- Refieren a un espacio y sujetos concretos, permiten problematizar una situación o aspecto, apoyándonos en posturas epistemológicas, teóricas y metodológicas.
- Tienen una orientación pedagógica, ya que pueden proporcionar información y formación en un dominio del conocimiento y de la acción; siendo así, requieren un entrenamiento para la formación teórico-práctica de quien la implementa.

- Desarrollan capacidades mentales, se aprenden conceptos y asimilan mejor las ideas frente a una experiencia con otros; usualmente conllevan un trabajo grupal, interacción y esfuerzo suplementario de estudio y reflexión.
- Permiten ensayar diferentes maneras para comprender y afrontar un problema.

Tello y Ornelas (2015: 15-16) precisan sobre las condiciones previas a la propuesta de estrategias de intervención y señalan que es necesario tener en cuenta cinco puntos centrales: pertinencia, relevancia social, accesibilidad, actualidad e innovación.

Hoy en día, realizar algo novedoso resulta complicado, debido a la gran gama de oportunidades que la globalización y los medios digitales brindan para crear, desarrollar e innovar. En realidad, son muchos los profesionales que tienen grandes ideas de intervención, pero son pocos los que se detienen y disponen de su tiempo y recursos para su diseño, ejecución y divulgación. Cuando se dice que algo es útil con frecuencia se piensa en que dicha materia sirve para algo, tiene un valor o se emplea porque satisface una necesidad. Esta referencia ayuda a comprender que una estrategia es útil cuando proporciona conocimientos, genera propuestas y da alternativas ante un problema específico. En este sentido, se expresa la necesidad de realizar una estrategia útil que cumpla con los requerimientos fundamentales antes descritos, con bases teórico-metodológicas y de pertinencia social.

Para el diseño de una estrategia de intervención es necesario considerar tres características fundamentales: 1) coherencia interna, 2) factibilidad y 3) flexibilidad (Tello y Ornelas, 2015: 17). Al tomar en cuenta las aportaciones antes señaladas, sobre los aspectos a considerar para realizar estrategias de intervención, éstas se presentan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Resumen de los momentos de la estrategia de intervención con niñas, niños y adolescentes en proceso de duelo durante la pandemia por COVID-19

<i>Momento</i>	<i>Aplicación</i>
Diagnóstico	Como resultado de la investigación que previamente desarrollé con niñas, niños y adolescentes en proceso de duelo durante la pandemia por COVID-19 se identifica la importante necesidad de que conozcan qué es el duelo, la pérdida, los procesos de duelo y las estrategias para afrontarlo, ya que ello puede contribuir a mejorar su salud mental, así como atender y prevenir otros problemas sociales vinculados con la no elaboración de los duelos.
Construcción de la estrategia de intervención	El planteamiento teórico-metodológico deviene de la pedagogía de la muerte y del duelo. La estrategia comprende tres niveles en donde se integran los métodos, técnicas e instrumentos utilizados.

<i>Momento</i>	<i>Aplicación</i>
Construcción de escenario	<p>Escenario real: la educación formal e informal mexicana no incluye las perspectivas de la pedagogía del duelo y la muerte en su currículo, por lo que culturalmente no se habla ni mucho menos se atiende el tema. La pandemia agudiza las pérdidas y desencadena procesos de duelo.</p> <p>Escenario ideal: todas las niñas, niños y adolescentes comprendan qué es el duelo, su proceso y cómo afrontarlo; que se les proporcionen las herramientas necesarias desde la educación formal y no formal para elaborarlo sana y dignamente; que puedan resolver sus duelos y evitar sus efectos a mediano y largo plazo.</p> <p>Escenario factible: dada la limitación de tiempo y recursos el alcance es lento y limitado, a nivel informativo y de promoción se puede lograr un avance importante con los grupos con quienes se aplica la estrategia, pero es necesario ampliar su alcance y seguimiento.</p>
Proceso de cambio y procesos sociales	<p>Cuando se le pone nombre a aquello que queremos conocer y comprender, iniciamos un proceso en el que podemos atender eso que nos está sucediendo. De manera que, al nombrar y darle sentido a la vivencia de pérdida, a los sentimientos, emociones y pensamientos que acompañan el proceso de duelo se puede atender y encontrar los caminos para afrontarlo e incorporar la experiencia a nuestros aprendizajes de vida. El proceso, aunque es individual, se logra también en lo colectivo con el involucramiento y acompañamiento de docentes, madres y padres de familia.</p>
Actores sociales	<p>Las niñas, los niños y adolescentes son los actores sociales y agentes de cambio, que gracias al conocimiento de su propio proceso podrán nombrarlo, enfrentarlo, vivirlo e incorporarlo a su vida de una manera sana y con los aprendizajes que el proceso de duelo conlleva.</p>
Puntos de ruptura	<p>Su propia pérdida y duelo es un punto de ruptura mediante el cual se puede reflexionar, dialogar y generar procesos de aprendizaje, aceptación y adaptación.</p>

Fuente: elaboración propia.

## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: PEDAGOGÍA DE LA MUERTE Y DEL DUELO

Arnaiz (2003) expone que el tema de la muerte y el sufrimiento se pueden enfocar desde dos vertientes, ambas complementarias:

1. Pedagogía del duelo: busca dar herramientas para minimizar el efecto de desconcierto que provoca la pérdida y el sufrimiento.

2. Pedagogía de la muerte: facilita la conciencia de la muerte como una presencia que llena la vida de sentido y de valor; hace evidente que la muerte no sólo existe cuando perdemos a alguien. Esta vertiente exige la coherencia de hablar de la muerte cuando se habla de la vida.

Al ampliar sobre esta segunda vertiente, De la Herrán y Rodríguez (2020) exponen que la pedagogía de la muerte es la pedagogía aplicada al estudio de la inclusión de la muerte en la educación y la enseñanza, así como de la educación y la enseñanza que incluyen la muerte, y todo lo relacionado con ellas. La base más fiable de una educación que incluya la muerte es la pedagogía de la muerte, como disciplina que ofrece conocimientos no sólo interesantes, sino útiles, tanto desde resultados empíricos –cuantitativos o cualitativos– como desde razones contrastadas, válidas y fiables no empíricas, así como a partir de aperturas y relaciones conceptuales e investigativas.

Arnaiz (2003) menciona que la pedagogía de la muerte,

[...] es el conjunto de propuestas metodológicas, ideas, habilidades y actitudes que permiten a los niños y a las niñas dotarse de herramientas intelectuales y afectivas para aproximarse a la comprensión de la fragilidad humana, de su vulnerabilidad, y así poder vivir dando un sentido a la vida ajustado a su verdadero valor. No es responsabilidad exclusiva de la escuela, pero la escuela es un buen nido (p. 1).

Coincido con Gorosabel (2013) cuando señala que los niños deben ser educados para enfrentar el sufrimiento y el dolor, así como la muerte. Por tanto, “la pedagogía de la muerte y las pérdidas debe estar integrada en la educación [...] esto se puede llevar a cabo si los adultos respetamos la capacidad de comprensión de los niños y nos adaptamos a su etapa de desarrollo” (p. 15). Es cierto que uno de los fines de la educación es preparar para la vida y en ese proceso es importante formarles para las inminentes pérdidas que experimentarán a lo largo de su existencia. Evitar el tema, excluirles del proceso o minimizar su dolor, sentimientos y pensamientos es no darles las herramientas y la oportunidad de poder afrontarlos.

La pedagogía de la muerte es una rama de la pedagogía que cuenta con un corpus teórico y metodológico aplicado a la prevención y atención de duelos en contextos educativos, incluye diversos objetos de estudios vinculados a la formación de los docentes, a la incorporación de la categoría en la educación formal y no formal, y a su importancia para el desarrollo integral desde edades tempranas.

En México la bibliografía producida al respecto es limitada, encontrando así un área de potencial producción de conocimiento. La pedagogía del duelo y de la muerte brinda los soportes epistemológicos, metodológicos y didácticos para la atención y abordaje del duelo.



## METODOLOGÍA PARA LA INTERVENCIÓN EN PROCESO DE DUELO

Durante los meses de septiembre a noviembre de 2021 se diseña, difunde y desarrolla la estrategia de intervención, que a continuación se describe.

### *Diseño*

Se realiza una revisión bibliográfica de materiales que incluye libros, artículos, guías, manuales y antologías elaboradas para acompañar el duelo de niñas, niños y adolescentes durante la pandemia. Esto permite tener un panorama general del estado del arte de los materiales y contenidos, que en su mayoría están dirigidos a madres, padres y docentes. Los materiales realizados desde Trabajo Social están más vinculados al área de la salud que al de la educación. La mayoría están disponibles de forma digital y gratuita. Dicha consulta ofrece la posibilidad de desarrollar una estrategia práctica en atención al duelo, es decir, en pensar en encuentros cercanos y directos con las y los dolientes.

La modalidad pedagógica que se diseña para la sesión es mediante un taller, ya que éste es un espacio propicio para el intercambio de conocimientos y aprendizajes prácticos. Al ser niñas, niños y adolescentes, el taller se propone más interactivo, ameno y dinámico. Por llevarse a cabo en una sesión se le denomina “microtaller”.

Etimológicamente duelo proviene del latín *dólus* que significa sufrir o doler, y *duellum* que significa combate entre dos, desafío y guerra. Con esta idea, se piensa en un nombre atractivo del microtaller en particular y de la estrategia en general: “Tú duelo, tú desafío”. Con el nombre, les expliqué y quise transmitir el hecho de que cuando tenemos una pérdida, ésta nos duele y frente a ese dolor, aunque es inevitable, podemos “luchar”, “hacer algo”, “enfrentarlo”, “desafiarlo”, y así, como un luchador, poder aprender del combate y ganar, en el sentido de superar el duelo y aprender de él. Berriel (2011) dice que “el combate es librado dentro del territorio interno, consiste en una lucha entre la fantasía y la realidad, entre el amor y odio, entre la vida y muerte” (p. 26).

Una vez elegido el nombre se diseñan los objetivos, se organizan los momentos y actividades del microtaller vinculado a la metodología para la intervención en proceso de duelo.

Para la intervención y acompañamiento del duelo desde Trabajo Social, González (2006: 5-6) identifica dos niveles: asesoramiento o consejería del duelo y la terapia de duelo, o lo que yo nombro acompañamiento y seguimiento del duelo.

Nomen (2009) expone ocho pasos para la intervención profesional en proceso de duelo: contacto, evaluación, relato sobre lo que pasó, expresión emocional, resituar lo que pasó, reorganización y aceptación, finalización y seguimiento, así como prevención de recaídas. Con base en estos momentos, Cárdenas (2017: 54-56) propone una

metodología de intervención en proceso de duelo desde Trabajo Social, organizada en diez etapas, las cuales se aplican y esquematizan en el cuadro 2.

Cuadro 2. Etapas para la intervención en duelo y la aplicación de la metodología en la estrategia de intervención con niñas, niños y adolescentes en duelo

<i>Etapas de la metodología para la intervención en proceso de duelo</i>	<i>Aplicación en la estrategia de intervención con niñas, niños y adolescentes a través del microtaller</i>
Primer encuentro	Al iniciar la sesión se realiza la presentación de la moderadora, se les da la bienvenida, se explican los objetivos de la sesión con el fin de respetar el tiempo y el espacio.
Establecer confianza	Se lleva a cabo una técnica grupal para generar un ambiente de confianza, por medio del juego y la participación.
Diagnóstico preliminar	Previamente se indaga con las docentes de los grupos sobre algunas situaciones de duelo que hubieran identificado; la técnica de inicio permite hacer algunas preguntas clave en donde se identifican rasgos particulares con el fin de conocerlos.
Historia de pérdidas	Por medio de la lectura de un cuento se reflexiona sobre las pérdidas que han vivido, así como los sentimientos y pensamientos involucrados.
Pérdida actual o que requiere atención profesional	Al realizar el dibujo sobre “Tú pérdida” se plasma mediante imágenes la pérdida más significativa o profunda que han experimentado. Lo que además les permite nombrar sus pensamientos, emociones y sentimientos.
Resignificar la pérdida y resituarla	La música, propicia el espacio para mirar las pérdidas desde diferentes ángulos y mostrar cómo es que, a pesar de que las pérdidas son dolorosas e inevitables, se puede obtener un aprendizaje significativo.
Establecer metas y tomar decisiones	La segunda parte del dibujo incluye hablar de “Tú desafío”, es decir, pensar en lo que ahora podemos hacer para enfrentar nuestro dolor, ira, culpa o negación que acompañe el duelo.
Seguir viviendo	A través de carteles e imágenes se exponen estrategias de afrontamiento del duelo y se les pide su participación en ese momento.
Seguimiento	Se les ofrece la oportunidad de recibir acompañamiento profesional. Además, se les proporciona una matriz de enlaces digitales para docentes, padres y madres de familia, que incluye guías, manuales y cuentos útiles para acompañar el duelo.
Evaluación y sistematización	Para evaluar la sesión se realiza una técnica en donde se les invita a participar respondiendo las preguntas: ¿qué les pareció la sesión? y ¿qué aprendieron? Para la sistematización se retoma la propuesta de Oscar Jara para recuperar la experiencia; los instrumentos son las observaciones redactadas de las sesiones en la carta descriptiva y el diario de campo.

Fuente: elaboración propia.

### *Difusión*

Para lograr un mayor alcance y participación se diseña un cartel de invitación. El cual se difunde en diferentes redes sociales, como Facebook, WhatsApp e Instagram. El cartel con colores llamativos y dibujos incluye el nombre del microtaller, “¡Tú duelo, tú desafío!”, así como una interrogación, “¿Te has preguntado qué es duelo y cómo afrontarlo?” y las indicaciones, “Te invitamos al microtaller virtual, GRATUITO, dirigido a niños y adolescentes, ¡no faltes!”, además de la fecha, hora y enlace para la conexión. Durante la difusión la respuesta de varias personas es de interés, comparten en sus redes personales el cartel, lo cual contribuye a que en la sesión para público abierto se conecten niñas, niños, adolescentes, padres y madres de familia de diversos puntos de la Ciudad de México, así como del estado de Morelos y Estado de México.

Para las sesiones en escuelas primarias se contacta con cinco docentes, los cuales solicitan un oficio para compartir con sus autoridades y obtener permiso para llevar a cabo la sesión. Se les hace llegar el oficio junto con el cartel de invitación y la carta descriptiva de la sesión para que tengan certeza del contenido del microtaller y de los temas que se abordarían.

### *Desarrollo*

Las sesiones del microtaller tienen una duración de una hora y se utilizan dos plataformas digitales, Zoom y Google Meet.

Se logra la participación de alrededor de 150 niñas, niños y adolescentes, cuyas edades fluctúan entre 5 y 15 años, distribuidos en tres primarias, dos de la Ciudad de México, una de Oaxaca, y un grupo abierto. Del estado de Oaxaca corresponden al sexto grado, de las primarias de la Ciudad de México uno es de segundo grado y de la otra primaria se invita a todos los grupos a conectarse. Para el caso de la sesión para público abierto se conectan niñas, niños y adolescentes del Estado de México, del estado de Morelos y de la Ciudad de México.

En algunas sesiones están presentes las docentes del grupo, así como padres y madres de familia, su participación sólo es como espectadores. Al finalizar la sesión docentes y madres de familia solicitan un espacio para externar dudas y compartir sus experiencias de duelo.

### *La sesión: Microtaller “Tú duelo, tú desafío”*

La sesión comienza con una presentación y bienvenida, les digo mi nombre y les pido que así me nombren, para generar confianza y horizontalidad. Les explico que el objetivo de la reunión es aprender sobre el duelo y cómo enfrentarlo.

Enseguida realizamos la técnica denominada “el pueblo manda”. Así, les doy una indicación, por ejemplo, “el pueblo manda que se levanten”, “el pueblo manda que se toquen la cabeza quienes tengan hermanos”, “el pueblo manda que sonrían los que practican un deporte”, entre otros. Después de dar estos ejemplos concretos les solicito que ahora ellas y ellos den una indicación al grupo. La técnica genera movimiento y risas, les gusta participar y ver a su grupo divertirse. Además, me permite conocer rasgos generales del grupo, como sus gustos, actividades, composición de su familia, etcétera; información que es elemental para conocer a los grupos.

Luego, se comparte pantalla para proyectar tres diapositivas que pretenden exponer qué es el duelo, la pérdida y los tipos de pérdida. El siguiente momento de la sesión incluye la lectura de un cuento que, al ser “una narración breve, de trama sencilla, caracterizada por una fuerte concentración de la acción, del tiempo y del espacio” (Jiménez, 2001: 83, citado por Colomo, 2016: 7), puede cumplir con el objetivo de abordar un tema de manera didáctica. Colomo (2016) comparte que los cuentos en el proceso de enseñanza-aprendizaje tienen un potencial importante, ya que contribuyen a comprender mejor el contexto y la vida, también favorecen el desarrollo y comprensión de problemas al buscar soluciones, de igual manera, gracias a la narrativa, se pueden expresar emociones, sueños y temores.

Los cuentos son una herramienta pedagógica eficaz para tratar el tema de la muerte y el duelo, ya que sirven como instrumento para comprender el proceso, las emociones y pensamientos involucrados, asimismo, ofrecen respuestas y ejemplos de diferentes experiencias de pérdida. “Los cuentos nos deben servir para reflexionar, aumentar nuestra confianza y entender el fenómeno de la muerte como un proceso más de la vida” (Colomo, 2016: 64).

Para explicar las etapas del proceso de duelo se narra y proyectan imágenes del cuento “¡Vuela, mariposa! ¡Vuela!” de Lydia Giménez. Al ser grupos diversos y con distintos tipos de pérdida, la historia permite explicar las etapas por las que pasa el ratón al perder a su amiga la oruga, al final se tiene una reflexión breve y se pueden identificar con las emociones y los pensamientos que se viven tras una pérdida.

Otro recurso didáctico utilizado son las canciones. Le solicito apoyo a una estudiante de la licenciatura en Trabajo Social para entonar una canción cuyo mensaje es positivo y de motivación; durante su participación se proyecta la letra y se les invita a cantar. En ese momento se observa el impacto que genera la música, ya que, como bien lo refieren Colomo y De Oña (2014), “la música traslada y crea cultura, y es un potente emisor de ideas culturales que, usadas correctamente, pueden ser un gran elemento pedagógico de análisis de situaciones y reflexión sobre las letras y las vivencias e ideas que éstas transmiten, ayudando a elaborar, sin coerciones ni visiones impuestas, un auténtico posicionamiento humano ante esta realidad” (p. 109). La canción que se elige para vincularla con el tema y empezar a hablar de

las estrategias para afrontar el duelo se titula “Resistiré”, escrita por Carlos Toro Montoro y Manuel de la Calva.

Además de los cuentos y las canciones, Rodríguez *et al.* (2019: 268) señalan la utilidad del cine, la literatura y las técnicas artísticas y expresivas como medios que favorecen la elaboración del duelo. Entre esas técnicas artísticas y expresivas se encuentran los dibujos. Con el fin de conocer la pérdida más significativa o actual que han experimentado quienes asisten al microtaller, se les solicita que hagan un dibujo y le pongan como título “Mi duelo, mi desafío”. En el dibujo comparten su duelo y lo que podrían hacer para enfrentarlo, algunos acompañan sus dibujos de breves relatos. La realización del dibujo es libre y se les invita a compartirlo de forma voluntaria. En total se reciben 35 dibujos, entre ellos el que se muestra en la imagen 1.

Imagen 1. Dibujo de una niña de 8 años



Fuente: dibujo de Melanie Mondragón Zepeda, asistente al taller.

Una parte central del proceso de duelo es brindar las herramientas pertinentes para enfrentar cada una de sus etapas. Por tanto, mediante carteles se exponen algunas estrategias de afrontamiento, entre las que se mencionan: llorar cuando lo necesites, hablar de tus emociones, dibujar, leer, realizar manualidades, hacer un álbum

de recuerdos, tener un rincón de calma personalizado, contactar con la naturaleza; así como para enfrentar la ira: caminar, subir y bajar escaleras, golpear una pelota, hacer ejercicio, darse un baño. También se les pide que compartan algunas estrategias que consideren útiles, entre las que señalan: jugar, descansar, alimentarse bien, escuchar música y abrazar a las mascotas. Se les recuerda que si haciendo todo eso creen que no podrán con su duelo, busquen acompañamiento profesional.

Con el fin de conocer sus experiencias y aprendizajes en la sesión, se les solicita que en una palabra compartan: ¿qué les pareció el taller? y ¿qué aprendieron? Algunas de sus principales respuestas: “saber qué es duelo”, “me gustó”, “queremos otra clase”, “los tipos de pérdidas”, “saber qué hacer cuando tenemos un duelo”, “entender y saber cómo se llama lo que me pasó”, “me liberé”, “sentí feo lo que me pasó, pero sé que puedo hacer algo” y “que no está mal llorar”.

Para cerrar se agradece su participación, atención y asistencia. Se les proporciona, en el chat de la plataforma, mi correo electrónico y número de celular para que me envíen sus dibujos, alguna duda sobre el tema o si quieren platicar sobre algo relacionado con su duelo. A las docentes y madres presentes en el desarrollo del taller se les entrega un material digital que incluye una recuperación de guías, manuales, lecturas y cuentos para abordar y acompañar el duelo de la niñez y adolescencia.

Como evidencia de las sesiones se toman fotografías, capturas de pantalla y breves grabaciones de video.

## SOBRE LA SISTEMATIZACIÓN

Para sistematizar experiencias Jara (2018) propone cinco tiempos:

1. El punto de partida
2. Las preguntas iniciales
3. Recuperación del proceso vivido
4. La reflexión de fondo
5. Los puntos de llegada

Estos permiten producir conocimientos mediante la vinculación de la teoría con la práctica; su organización, análisis, reflexión y socialización son fundamentales para compartir, evaluar e interpretar experiencias de intervención para ser potenciadas y mejorarlas (cuadro 3).

Cuadro 3. Resumen de los tiempos de sistematización

<i>Tiempo</i>	<i>Descripción</i>
El punto de partida	<p>Haber participado directamente en todo el proceso me ha permitido tener la cercanía para organizar los contenidos, adaptarlos, poder escuchar sus voces, captar sus miradas, reacciones y respuestas, entender sus emociones, conocer sus experiencias y así posicionarme profesional y éticamente ante una realidad social no ajena.</p> <p>Los registros para sistematizar son: cartas descriptivas, cronograma, dibujos, oficios, carteles, fotografías, videos y diario de campo.</p>
Las preguntas iniciales	<p>Objetivo de la sistematización: identificar la pertinencia de la intervención de Trabajo Social en el diseño, adecuación y desarrollo de estrategias de intervención para socializarla.</p> <p>Objeto a sistematizar: experiencia en el desarrollo de la estrategia de intervención con niñas, niños y adolescentes en proceso de duelo durante la pandemia por COVID-19.</p> <p>Eje de sistematización: diseño y aplicación de la estrategia de intervención.</p> <p>Fuentes: materiales escritos y orales, fotografías y observación.</p> <p>Procedimientos: elección del modelo para sistematizar experiencias, ordenar y clasificar la información de acuerdo con los tiempos.</p>
Recuperación del proceso vivido	<p>Se identifican tres momentos importantes para recuperar el proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diseño de la estrategia de intervención</li> <li>- Aplicación de la estrategia de intervención</li> <li>- Evaluación de la estrategia de intervención</li> </ul>
La reflexión de fondo	<p>Para este tiempo es esencial analizar, sintetizar y hacer una interpretación crítica del proceso. La cual se puntualiza y comparte en la tercera sección de este capítulo. La pregunta eje para llevarlo a cabo es: ¿por qué pasó lo que pasó?</p>
Los puntos de llegada	<p>Parte fundamental de la sistematización es elaborar conclusiones y comunicarlas, ya que esto permite producir conocimientos basados en la práctica. Para ello, se envía una solicitud en atención a la convocatoria para participar en el “Primer Seminario de Investigación sobre condiciones laborales de las y los trabajadores sociales” (PAPIIT IN305021) el 18 de agosto de 2021, misma que es aprobada el 10 de septiembre de ese año. La exposición oral se comparte el 13 de octubre de 2021 en modalidad virtual, lo que favorece su alcance y discusión con colegas y público en general. Otro medio importante para comunicar los aprendizajes es este ensayo, en el que se ordena, esquematiza y comparte la experiencia y sus reflexiones.</p>

Fuente: elaboración propia.

## CONCLUSIONES EN TORNO A LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

*«Me pude desabogar, me sentí liberado, necesitaba escuchar esto y sacar lo que tengo.»*

Alfonso, 10 años, asistente al microtaller

“Tú duelo, tú desafío”

La sistematización de la experiencia de intervención permite identificar la pertinencia e impacto del Trabajo Social en el diseño, adecuación y desarrollo de estrategias de intervención en contextos de emergencia social (COVID 19), además expone la necesidad de atender los procesos de duelo de niñas, niños y adolescentes. Socializar la estrategia implementada puede ser de utilidad y pertinencia para la intervención del profesional en Trabajo Social en otros espacios y contextos. En este sentido, es importante señalar que el tema debe seguir analizándose y profundizar en él.

La niñez y la adolescencia tienen una importante necesidad de escucha activa y cercana. Trabajar sus duelos en esta etapa de vida les brindará elementos para mejorar su salud mental y dotarlos de estrategias y herramientas para las pérdidas que vivirán a lo largo de su vida, hacerlo, sin duda, contribuirá a tener una adultez más digna y plena. Además, el trabajo de las pérdidas con sus respectivos duelos es una herramienta de prevención de otros problemas sociales asociados con las adicciones, embarazos prematuros y no deseados, violencia en sus relaciones, deserción y desafiliación escolar, depresión, ansiedad y suicidio.

Otro aspecto por considerar es la incorporación de las familias, padres y madres en la atención del duelo. Si bien es cierto que muchas veces ellos y ellas también están en duelo y tienen pocos recursos económicos para buscar acompañamiento profesional, es fundamental que se inicie por romper algunos mitos como el que los menores no se dan cuenta de lo que sucede, no sufren como los adultos, que para protegerlos del dolor se les oculta información o se les priva de ciertos rituales funerarios. Considero que muchas veces no se debe a falta de interés, sino que, más bien, es por la limitada información y abordaje social del tema.

Al finalizar la sesión algunas madres de familia piden un espacio para tratar un asunto familiar relacionado con la pérdida que habían experimentado y lo preocupadas que están de no saber qué hacer con el duelo de sus hijos e hijas. La siguiente cita corresponde a la transcripción de un mensaje de audio de una de las madres de familia que asiste al taller.

Blanca [...] es un trabajo que le tengo mucho respeto y sobre todo ahorita en esta faceta en donde involucraste a los niños, a mí se me hizo extraordinaria la forma en que lo trabajaste pues estuvo increíble para los niños, yo creo que estuvo bastante fluido,



bastante entendible. Muchas veces los adultos no les damos ese espacio a los niños en los que ellos puedan entender, simplemente damos por hecho que no saben lo que es la pérdida de algo de alguien o de alguna situación que al final causa dolor. La forma con la que le entraste por ahí con los niños a mí se me hizo espectacular, espectacular. La seguridad con la que estuviste trabajando con los niños, obviamente yo estuve nada más como oyente, no quise participar, no quise nada, porque bueno era el espacio de y para, pero sí me dio la oportunidad de ver cómo el desenvolvimiento que tienes también con ellos, entonces pues a mí me gustó mucho tu trabajo, mucho la forma en la que respondieron los niños, la forma en la que se expresaban, es decir, sin miedo, sin temor a que alguien se fuera a burlar de ellos ni nada, creo que son de las cosas que valen mucho, mucho la pena y creo que es una parte muy importante el poder entrar así tan de manera muy certera en los niños (Martha, madre de familia).

Las docentes, por su parte, se muestran agradecidas y explican la utilidad de la información y de las técnicas, asimismo, comparten algunos sucesos que habían vivido sus estudiantes durante la pandemia y las dificultades a las que se enfrentan al no saber cómo abordar y atender la situación.

Cabe mencionar que en dos escuelas, en donde se les extendió la invitación a participar, pese a la disposición de los docentes las autoridades, directores y supervisores, no accedieron a hablar del tema con la comunidad escolar. No se pueden sobreinterpretar sus decisiones, pero se sabe que es un “tema tabú que obviamos con el fin de no sentirnos próximos a ella” (Colomo, 2016: 64) y que “dentro de las Ciencias de la Educación, donde parece existir cierta resistencia a cualquier proceso de enseñanza-aprendizaje que tenga como contenido la muerte” (Colomo y De Oña, 2014: 110).

Al concluir las sesiones me toma un tiempo escribir en el diario de campo algunos detalles de cada sesión, ya que intento grabar en mi mente la experiencia para poder analizarla y reflexionar sobre lo acontecido; pensé en la gran responsabilidad e implicación emocional que conlleva hablar del duelo. Recuerdo, por ejemplo, la reacción de una niña que había perdido a su hermano y de un niño que murieron sus abuelos durante la pandemia, esto me genera particular conmoción porque los vi llorar en la pantalla, limpiarse las lágrimas y seguir escuchando y participando, además sus expresiones de desahogo y lo que compartían en sus dibujos desencadenan en mí un sentimiento de profunda empatía y compromiso por no desistir en la atención del tema.

La pandemia deja grandes e irreparables pérdidas, pero también abre caminos de aprendizaje y desarrollo. Conozco a niñas, niños y jóvenes más resilientes, empáticos, solidarios, reflexivos e independientes que han aprendido a autocuidarse y a valorar lo que tienen, porque saben lo que es perderlo.

Dada la limitación de tiempo y recursos, el alcance de la estrategia en este punto aún es lento y limitado, en el nivel informativo y de promoción se puede lograr un avance importante, pero es necesario ampliar su cobertura y desarrollar estrategias que permitan medir su verdadero impacto.

Estoy convencida que de darle continuidad, fortaleza y seguimiento se puede lograr un verdadero cambio para que sea esta generación la pionera en romper mitos relacionados con el duelo y la muerte, en ponerle nombre a sus vivencias, procesos y emociones, en superar sus duelos y aprender de las pérdidas inevitables e incorporarlas a sus vidas de la manera más sana y digna posible. Además, que sea Trabajo Social una de las disciplinas protagonistas tanto en su investigación como intervención.

## REFERENCIAS

- Arnaiz, Vicenç (2003), "Aula de infantil" [versión electrónica], *Revista Aula de Infantil*, 12, <amapatrampolin.files.wordpress.com/2014/03/diez-propuestas-para-una-pedagogia-de-la-muerte.pdf>.
- Berriel Granados, A. (2011), *Duelo en procesos de reasignación de sexo de varón a mujer en personas transgénero*, tesina para obtener el Diplomado en Tanatología, México: Amecyd.
- Colomo Magaña, E. (2016), "Pedagogía de la muerte y proceso de duelo. Cuentos como recurso didáctico", *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 14(2): 63-77.
- Colomo Magaña, E. y J.M. De Oña Cots (2014), "Pedagogía de la muerte. Las canciones como recurso didáctico", *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 12(3): 109-121.
- De la Herrán Gascón, A. y P. Rodríguez Herrero (2020), "Algunas bases de la pedagogía de la muerte", *Práctica Docente*, Departamento de Pedagogía, Universidad Autónoma de Madrid, DGENAM/AEFCM, 2: 4, <radicaleinclusiva.com/wp-content/uploads/2021/05/2020-Algunas-bases-de-la-PM.pdf>.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF (2021), "Para cada infancia", *¿Qué pasa por tu mente?*, noviembre, <unicef.org/es/salud-mental-en-mi-mente>.
- Giménez Llort, L. (2011), "¡Vuela, mariposa!, ¡vuela!", p. 44, <lulu.com>.
- Gómez Macfarland, C.A. (2021), "La orfandad ocasionada por la pandemia", *Mirada Legislativa núm. 208*, Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República, <bi-bliodigitalibd.senado.gob.mx/handle/123456789/5398>.
- González Calvo, V. (2006), *Trabajo Social familiar e intervención en procesos del duelo con familias*, Sevilla: Universidad Pablo de Olavide.
- Gorosabel Odriozola, M. (2013), *Pedagogía de la muerte en educación infantil. Un protocolo de atención*, Universidad Internacional de la Rioja-Facultad de Educación, <reunir.>

unir.net/bitstream/handle/123456789/1848/2013\_05\_27\_TFM\_ESTUDIO\_DEL\_TRABAJO.pdf?sequence=1>.

Jara Hollidar, O. (2018), *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles*, <repository.cinde.org.co/bitstream/handle/20.500.11907/2121/Libro%20sistematizacio%CC%81n%20Cinde-Web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Nomen Martín, L. (2009), *El duelo y la muerte: el tratamiento de la pérdida*, Madrid: Ediciones Pirámide.

Organización Mundial de la Salud-OMS (2021), “Campañas mundiales de salud pública #SanosEnCasa”, <who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome>.

Pérez Ramírez, B. (2017), *La relevancia de la mirada y la palabra en las estrategias de intervención de Trabajo Social*, 1ª edición, México: Escuela Nacional de Trabajo Social-Universidad Nacional Autónoma de México, 120 pp.

Rodríguez Herrero, P., A. De la Herrán Gascón y M. Cortina Selva (2019), “Antecedentes internacionales de la pedagogía de la muerte”, *Foro de Educación*, 17(26): 259-276, <dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7137476.pdf>.

Tello, N. y A. Ornelas (2015), *Estrategias y modelos de intervención de Trabajo Social. Aportes para su construcción*, 1ª edición, México, 46 pp.



# IMPLICACIONES DEL TRABAJO EN PRIMERA LÍNEA DE ATENCIÓN ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19: EXPERIENCIAS DESDE TRABAJO SOCIAL

*Nadia Karina Franco García*

## INTRODUCCIÓN

El 14 de enero de 1982 tiene su origen el ahora Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER, 2021). Desde entonces, es la entidad normativa en salud respiratoria y centro de referencia nacional para la atención de pacientes con enfermedades respiratorias de difícil control y con alto nivel de contagio.

Entre el equipo multidisciplinario que forma parte de su estructura organizacional se identifica al trabajador social como un profesional que ha sido parte de su evolución histórica, al tener una participación activa en diferentes procesos y momentos por los que ha atravesado el Instituto.

Al mismo tiempo, aporta al equipo médico un panorama más extenso sobre la situación del paciente, retomando aspectos sociales de su vida cotidiana. Lo que genera mayor entendimiento respecto al sujeto y su entorno, integrando los conocimientos que el área médica proporciona para tener una mirada más amplia sobre su situación y reducir, en lo posible, el impacto del problema de salud en la dinámica familiar.

A finales de 2019 se empieza a difundir en diversos medios de comunicación la aparición de un nuevo virus (SARS CoV-2) que se origina en la ciudad de Wuhan en China, por lo que se alertan las diferentes organizaciones de salud internacionales y el mundo por el alto nivel de transmisión y su rápida propagación (OMS, 2021).

En México el 28 de febrero de 2020 se confirma el primer caso positivo de COVID-19; este paciente recibe la atención médica necesaria y se mantiene con las medidas de aislamiento establecidas en las instalaciones del INER (*El Economista*, 2020), en donde ya se había implementado un protocolo de acción ante casos sospechosos que pudieran llegar al Instituto.

Para el caso del Departamento de Trabajo Social ha sido indispensable ajustar sus actividades a la problemática que se suscita a escala mundial. Por el alto nivel de transmisión del virus SARS CoV-2 y las recomendaciones oficiales por parte de los organismos de salud se replantean y modifican las formas de actuar.

En este sentido, el trabajo dentro de esta institución que recibe el mayor número de pacientes graves que requieren de atención inmediata, la problemática de salud

emergente y el panorama de incertidumbre que se vive por esta nueva enfermedad repercuten en los profesionales que se encuentran cerca del fenómeno.

Las implicaciones de trabajar en un contexto de pandemia para el personal del Departamento de Trabajo Social del INER, como parte del equipo de salud, no sólo se reflejan en el ámbito laboral, sino que hay una serie de experiencias que trastocan al profesional en diferentes aspectos, personal, familiar y social, lo que resalta la importancia de identificar las emociones y trabajar con ellas.

Por tanto, la necesidad e importancia de conocer, reconocer y nombrar aquellas emociones, acorde a las condiciones en las que se encuentre laborando, y poder trabajar con ellas, lo anterior como parte de su autocuidado. Asimismo, el profesional desarrolla estrategias que dan cuenta de las vivencias y aprendizajes durante su intervención en un contexto emergente.

#### UN CAMBIO, UNA OPORTUNIDAD: LA ESCRITURA COMO FORMA DE EXPRESIÓN

Desde inicios de la pandemia, y previo al primer caso de COVID-19 en México, se capacita al personal que conforma el equipo de salud del INER para mitigar el impacto que tendría la enfermedad en el país. Así, se imparten diversos cursos institucionales con el objetivo de adquirir elementos preventivos ante la contingencia por el virus del SARS CoV-2.

Por un lado, el Departamento de Trabajo Social no queda exento de estas actividades, ya que todo su personal participa en estas capacitaciones, por otro, es necesario modificar la manera en la que se llevan a cabo algunas tareas, atendiendo las recomendaciones sanitarias.

La pandemia no sólo tiene un impacto en el ámbito de la salud, ya que sus implicaciones repercuten en lo social, cultural, político, laboral y económico, por mencionar algunas. Por lo que, desde la intervención del equipo de salud, es necesario considerar que las consecuencias del fenómeno impactan en quienes se encuentran laborando de cara al suceso.

De ahí que, en el Instituto, se replantean las necesidades del personal al trabajar en estas condiciones, ya que, si bien en un inicio las acciones sólo se enfocan a favor de la higiene y protección personal por las características de la enfermedad, resulta indispensable poner atención a la salud mental como parte del autocuidado de sus empleados.

En un inicio las capacitaciones están relacionadas con la atención a pacientes y sus familias ante la emergencia sanitaria, pero de modo simultáneo se genera un impacto emocional en el equipo de salud. En consecuencia, se ponderan las necesidades del personal, por lo que se incluyen cursos y brigadas de atención a la salud mental.

Es así como, a meses de haber iniciado con la emergencia sanitaria, el Instituto implementa talleres de salud mental a cargo del Departamento de Psicología, con el objetivo de brindar atención a sus trabajadores, contención emocional, al atender las afectaciones emocionales que tienen por su labor y desempeño desde el inicio de la pandemia.

Por tanto, se agendan tres sesiones en el turno matutino y dos en el vespertino y en las que el personal realiza diversos ejercicios donde se abordan temas de estrés laboral y emociones. El Departamento de Psicología elabora un diagnóstico sobre cómo las experiencias profesionales han impactado la vida de los miembros del grupo, asimismo instruye sobre estrategias orientadas a disminuir el estrés.

En la última sesión se nos solicita elaborar dibujos sobre nuestro sentir en el trabajo durante la emergencia sanitaria en la vida de cada uno; los participantes exponen y plasman, individualmente, algunas de las emociones que surgen a raíz de estar trabajando en la pandemia por COVID-19.

Lo anterior genera en miembros del grupo la inquietud no sólo de externar su sentir durante el trabajo en la pandemia en la institución que alberga al mayor número de pacientes graves, sino además la intención de compartir las vivencias del personal del Departamento de Trabajo Social más allá del mismo.

Posterior a este ejercicio, miembros del Departamento de Trabajo Social que participan en la actividad antes mencionada logran identificar y nombrar las emociones que irrumpen en nuestra cotidianidad, y de ahí surge la inquietud de compartir lo que se ha vivido y cómo nos habíamos sentido en el desarrollo de nuestro quehacer profesional.

Si bien somos parte del equipo de salud y brindamos atención a los pacientes y sus familias, por lo general al hablar del ámbito de la salud se tiende a considerar a otros profesionales y su labor, antes de pensar en nuestra intervención en estos escenarios. No obstante, es necesario visibilizar y resaltar la importancia que tienen las y los trabajadores sociales.

Derivado de esta atención se evidencia la necesidad de espacios de escucha en los que se pudiera externar nuestro sentir y la percepción de los cambios por los que pasamos desde que se empieza a trabajar en estas condiciones. Al mismo tiempo, recabar nuestras experiencias para mostrar la forma en que la pandemia nos ha trastocado al ser parte del equipo de salud.

Así, a partir del taller implementado por el área de Psicología, se nombran aquellas emociones que surgen y comienza la inquietud del grupo de poder plasmar y dar cuenta de algunas de las experiencias y el desgaste que implica, para los miembros del departamento, trabajar en este contexto.

Asimismo, el grupo identifica que, si bien había sido un ejercicio oportuno, no hubo un cierre de la actividad y era necesario hacer una reflexión final. De ahí

que se plantea un taller en el que se pudieran retomar los aspectos antes mencionados, tales como recuperar la experiencia y dar cierre al ejercicio por medio de una propuesta metodológica para trabajar con sus emociones.

Cabe señalar que la carga laboral que se tiene en el Instituto y, en específico, la dinámica en el área dificulta la posibilidad de trabajar con nosotros mismos y más aún, hacerlo de forma grupal. Sin embargo, la inquietud de rescatar estas experiencias sobresalía constantemente, por lo que se piensa en una estrategia que se pudiera realizar en conjunto y que atendiera las necesidades identificadas.

Si bien el objetivo es demostrar las experiencias, también es darles cauce a estas emociones que, en consecuencia, emanan del equipo de trabajo, proponiendo una alternativa que cada uno pudiera implementar cuando lo considerara oportuno. Por ello, se lleva a cabo una sesión de autobiografía y escritura planeada, y coordinada por la suscrita.

Lo anterior con el objetivo de plasmar en textos, del personal de Trabajo Social interesado en la actividad, algunas vivencias, experiencias, aprendizajes o pensamientos que se tienen a raíz del trabajo durante la pandemia, y analizar como éstos repercuten en lo particular y profesional en cada uno de nosotros.

Para su realización es indispensable empatar un horario que no interfiera con las actividades laborales y en el que pueda acudir personal de varios turnos. La sesión se realiza en un auditorio de la Institución, con las debidas medidas preventivas, y la invitación es sólo para el Departamento de Trabajo Social, principalmente turno matutino y vespertino en un horario de enlace entre ambos; la asistencia sería voluntaria.

Así, la reunión cuenta con 23 participantes que, si bien todos son del mismo Departamento, se categorizan en tres grupos: el personal de base que continúa laborando en la pandemia, así como quienes están de licencia médica por ser población vulnerable y el personal de nuevo ingreso. La actividad tiene una duración de 90 minutos.

El resultado será la elaboración de escritos autonarrativos, como consecuencia de la reflexión sobre su experiencia y sentir durante la pandemia. Asimismo, se comenta que, si bien la finalidad es proponer una estrategia para el manejo de emociones, se busca compartir los escritos para dar cuenta de las implicaciones que tiene el trabajo en un contexto emergente.

Al inicio, se establecen los lineamientos para llevar a cabo la sesión, después se procede a leer un cuento titulado: “Aprendiendo de nuevo”. Se hace una ronda de preguntas a modo de preámbulo para la siguiente actividad que consiste en la escritura de los textos y al final se realizan comentarios sobre el ejercicio, para así concluir la actividad.



Por último, se enfatiza en que los textos podrán entregarlos al final de la sesión para compartirlos si así lo desean y que éstos podrán ser firmados con su nombre o de manera anónima y que en cualquiera de los casos se mantendría en reserva la autoría.

## TRABAJO SOCIAL EN PRIMERA LÍNEA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON COVID-19 Y SUS FAMILIARES

Al considerar los antecedentes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en torno a la atención de enfermedades infectocontagiosas, previo a la llegada del primer caso a México de COVID-19, queda implícita la participación que tendría ante esta nueva pandemia para albergar al mayor número de pacientes en el ámbito nacional como un área de terapia intensiva.

Por ello, la emergencia sanitaria trae una serie de cambios institucionales. El primero es la reconversión hospitalaria de atención únicamente a pacientes con sospecha o positivos a COVID-19; después, la aplicación del acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus de SARS CoV-2 (COVID-19), lo que permite que los trabajadores considerados población vulnerable tengan la oportunidad de tomar licencia médica.

Acto seguido resulta necesario realizar contrataciones de personal de todas las áreas, para que cubran las ausencias de aquellos trabajadores que ya no se encontraban laborando por licencia médica. De modo que se capacita al personal eventual sobre los procedimientos que se llevan a cabo en cada área y las medidas que el Instituto había implementado para el trabajo con pacientes COVID-19.

El Departamento de Trabajo Social ha estado en primera línea de atención conformando un total de 34 personas, entre ellas 30 profesionales de Trabajo Social y cuatro administrativas, que se distribuyen en el área de urgencias y hospitalización. En la actualidad, con el aumento en la plantilla por la contingencia sanitaria, el Departamento está conformado por 48 profesionales y cuatro administrativas.

Al inicio de la pandemia uno de los cambios que trae consigo la emergencia sanitaria es la reubicación de parte del personal a otros espacios como consecuencia de la reconversión hospitalaria. Asimismo, las oficinas de trabajadoras/es sociales, en los diferentes servicios de hospitalización, se destinan para otros fines, de modo que el personal no se encuentre en zonas de riesgo.

Las estrategias de atención se modifican desde el primer acercamiento del profesional con el familiar del paciente ya que, desde el ingreso a la oficina de Trabajo Social del servicio de urgencias, se implementa un protocolo para el uso del equipo de protección personal y se fija un distanciamiento físico entre los actores, además se instala una protección de acrílico en los escritorios.

A nivel profesional implicó un gran reto la reestructuración de las estrategias de intervención de Trabajo Social para coadyuvar en que la distancia física que se requería entre familiares-paciente no implicaría una distancia social, esto de la mano del fortalecimiento de las redes de apoyo (trabajador social 1; junio 2021).

El servicio de urgencias es el primer y único filtro para el ingreso de pacientes –con las características antes mencionadas– al Instituto y en donde habría un contacto directo con los familiares para la elaboración de la entrevista inicial, la asignación de nivel socioeconómico, la orientación respecto al proceso de hospitalización y la educación social mediante el reforzamiento de medidas preventivas.

Al ser los primeros profesionales que tienen un acercamiento con la realidad del paciente, a través de las entrevistas que realizan a los familiares para el ingreso hospitalario, eso les permite conocer su entorno con relación al proceso de salud-enfermedad contribuyendo a su atención integral, derivado de conocer la situación del paciente.

Un reto al implementar nuevas maneras de intervención, tener las palabras adecuadas para realizar una entrevista en momentos en los que el familiar no sabía si su paciente saldría con vida, dar respuestas realistas sin lastimar y siempre con respeto (trabajador social 2; junio 2021).

En caso del ingreso/egreso el encuentro entre el profesional con los familiares es cara a cara, mientras el seguimiento de los casos se realiza mediante llamadas telefónicas, por las recomendaciones institucionales que se implementan. Y todo bajo la metodología de intervención de Trabajo Social individualizado.

De ahí que el trabajador social, incluso en un contexto en donde el acercamiento con el paciente y los familiares en gran parte del proceso no es directo, conoce la situación tanto del estado de salud, mediante su participación en la presentación de casos o informes médicos, como del contexto familiar derivado del seguimiento que realiza de cada caso.

Por ende, el trabajador social se caracteriza por estar constantemente en contacto con el familiar responsable del paciente, por la interacción que conserva durante el proceso de hospitalización, a partir del seguimiento social a través de las entrevistas, así como por los encuentros que se pudieran generar.

El primer día como Hospital de pacientes COVID-19, llegué a casa y me aislé de todo, sólo lloré, fue horrible reportar 12 ingresos y 8 defunciones, no saber qué decir a los familiares [...] el no poder acercarte y tener que brindar apoyo y contención con palabras (trabajador social 3; junio de 2021).

A la fecha, el seguimiento de los casos continúa siendo vía telefónica, en donde las preguntas son acerca de la evolución del estado de salud del paciente, el impacto que la hospitalización ha tenido en la dinámica y salud familiar, la situación económica y las redes de apoyo con las que se cuenta, y de ahí se identifican barreras a las que se ha enfrentado la familia, así como áreas de oportunidad en las que se pudiera incidir.

La educación social del paciente y su familia se reconfigura en este nuevo proceso de atención. El abordaje se realiza vía telefónica durante el tiempo de hospitalización del paciente, a fin de que en ese periodo y en el espacio familiar se refuercen las medidas necesarias tanto para evitar el contagio de más miembros como para contar con las condiciones idóneas para el egreso del paciente.

El profesional está en contacto con la realidad del paciente y su familia, ya que tiene conocimiento de las problemáticas que ocurren ante la hospitalización, pues al no ser un evento aislado la familia sufre de alteraciones y desgaste físico y emocional en su dinámica, además de que en ocasiones se enfrentan a otras problemáticas, tales como las defunciones o contagio de más miembros de la familia y el desempleo, por mencionar algunas.

Descubrir rostros en busca de comprensión, de seguridad de alguna esperanza al ver hospitalizado a su familiar, su padre, su madre, su hijo, su hermano, su esposa y no saber si ese día sería el último en que estarían juntos (trabajador social 4; junio 2021).

Estos sucesos implican que el trabajador social viva de cerca situaciones como el dolor y las pérdidas, que, si bien suelen ser comunes en el ámbito hospitalario, por la cercanía con las problemáticas de salud y lo que conllevan, no impide trastocar al profesional emocionalmente, mientras que su labor exige que sea oportuna y de calidad; por ejemplo, en la orientación a familiares de egreso por defunción se genera una carga emocional.

Un día me creía fuerte y al otro el miedo me invadía, como personal de salud estaba aprendiendo cosas nuevas las cuales cada vez eran más difíciles de manejar, ver familiares llegando a la institución y la poca capacidad de respuesta por falta de espacio (trabajador social 5; junio 2021).

Aunado a esto el laborar en un contexto de “riesgo” desde la aparición de esta nueva enfermedad, sobre todo en el ámbito hospitalario, con la modificación en los cuidados de trabajadores/as y en cómo llevan a cabo sus actividades ante la atención de este tipo de casos, se ha vuelto un parteaguas no sólo en el aspecto profesional, sino en el personal.

Por consiguiente, escuchar cómo las familias han vivido la pandemia, las circunstancias por las que han pasado, como la hospitalización de uno o más miembros, las pérdidas de cualquier índole que tuvieron, entre otros aspectos, son situaciones que no suelen ser alentadoras y generan un involucramiento por el hecho de conocer lo que ocurre en torno al proceso de enfermedad.

Por tanto, resulta indispensable que, pese a la situación, se refuercen las redes de apoyo del paciente, en tanto que la familia es un grupo que se prioriza, puesto que se considera que al egreso del paciente ésta se encuentre en las condiciones óptimas para que apoye en su recuperación, así como en algunos casos de otros familiares y el paciente pueda regresar a su núcleo familiar.

Las acciones implementadas a lo largo de la pandemia han sido cambiantes, ya que se trata de una nueva enfermedad de la que sólo con el paso del tiempo se tiene mayor información, aunado al hecho de que cada uno ha desarrollado diversas estrategias que considera pertinentes para su quehacer profesional.

Cabe señalar que muchos de los cambios realizados en la manera de trabajar del Departamento de Trabajo Social han pasado desapercibidos, es decir, conforme van ocurriendo se efectúan, al grado de que se vuelven parte de las actividades que hoy en día se realizan, y para el personal de nuevo ingreso todo se desarrolla bajo esa forma de laborar.

#### EN UN INICIO FUE MIEDO, INCERTIDUMBRE, INTRIGA, FUERON CAMBIOS...

Derivado de los cambios que ocurren institucionalmente y en la dinámica grupal, diferentes procesos sufren alteraciones a raíz de la pandemia. Uno de ellos es la convivencia en los espacios de trabajo, puesto que el uso de cubrebocas y lentes de protección o careta nos limita ver el rostro completo de nuestros compañeros.

Al mismo tiempo, como parte de las medidas que se toman debido a las características de la enfermedad, la restricción de los tiempos y espacios de convivencia, al reducirse el número de personas que pueden estar en un mismo lugar e incluso hay quienes evitan expresiones como la risa.

A causa de las recomendaciones que los organismos de salud hacen y las acciones preventivas que toma Trabajo Social, se identifica la importancia de estos espacios o instantes, no sólo como parte del desarrollo personal y social, sino como momentos en los que se podía *huir* o *despejarse* del estrés que se vivía en el entorno laboral. Toda vez que estos intervalos de escucha entre compañeros, al ser personas que quizá están pasando por una situación similar, sin hablar necesariamente temas relacionados con la problemática o de trabajo, fungen como espacio de contención de lo que muchas veces no podíamos externar con nuestros seres queridos por temor a preocuparlos.

No obstante, en estos espacios se genera empatía debido a que se comparten experiencias en común de diferentes ámbitos, al estar trabajando en el área de la salud en el contexto de pandemia, asimismo se consolida una red de apoyo en la escucha dentro del mismo departamento.

De manera simultánea, y en lo que respecta al equipo de Trabajo Social, cada uno construye estrategias sanitarias de autocuidado para evitar el contagio por COVID-19 de nosotros y de nuestras familias, tanto dentro del espacio laboral como en nuestros hogares. El grupo coincide en que el hecho de que en todos los medios de comunicación la mayoría de la información difundida sea sobre la pandemia, se agrava la tensión en el equipo, ya que no sólo en el trabajo la información es respecto a la emergencia sanitaria.

El bombardeo de información es sobre cómo el virus se va extendiendo por todo el mundo, como unos países están más afectados que otros, la cifra diaria de decesos, el alto nivel de contagio y la rápida propagación, el desabasto en los hospitales de recursos humanos y materiales, la falta de un tratamiento para esta enfermedad y lo incontrolable que resulta. Lo anterior genera que el estrés se incremente no sólo en la población en general, sino que ello también repercute en el personal de salud, más aún estando cerca del fenómeno.

El COVID-19 nos trajo miedo, desconcierto, incertidumbre, nos trajo angustia y tristeza, nunca pensamos que la vida pudiera cambiar tanto, nunca imaginamos que los abrazos o la cercanía con las personas fuera tan importante hasta que nos dijeron que debíamos reservarnos esas demostraciones físicas de afecto (trabajador social 6; junio 2021).

Los cambios ocurrieron de un momento a otro, el miedo es un sentimiento que en repetidas ocasiones se escucha entre el equipo de salud del Instituto, tal como sucede con la población en general, pues no sólo es el temor de alguno de nosotros resultara contagiado, sino de ser quienes le transmitiéramos esa enfermedad a un ser querido.

Mi mayor temor siempre fue contagiar a mis familiares por laborar en la principal institución de referencia, ese miedo me invadía en miles de ideas, como no encontrar medicamentos, insumos médicos que pudieran ser necesarios para salvar la vida de los nuestros (trabajador social 7; junio 2021).

Asimismo, lo que se vive día con día en el INER nos permite conocer la realidad del fenómeno, lo que podría tener una ventaja en el aspecto de que sabíamos de primera mano lo que ocurría en torno a la enfermedad; sin embargo,

el tener tanta información al respecto genera un mayor temor y mantenernos a la expectativa de que nos ocurriera algo a nosotros o a nuestra familia.

Desde que [la pandemia] comenzó el miedo a no poder salir por el miedo a contagiarse o contagiar a mis padres que ya tienen enfermedades crónicas y que escuchaba en las noticias que eran los más vulnerables [...] sentí temor y miedo de ver a mi padre salir todos los días a trabajar sabiendo el riesgo que corría al estar en la calle (trabajador social 8; junio 2021).

El temor se incrementa ante la idea de ser portadores del virus y que con ello nuestros seres queridos se vieran afectados, puesto que se trata de una enfermedad impredecible que, de acuerdo con estudios, en la mayoría de los casos no tiene manifestaciones graves. No obstante, el conocer el lado de la enfermedad que provoca la hospitalización resulta inquietante e inevitable pensar que pasaríamos por eso.

La pandemia en un inicio fue miedo, fueron cambios, intriga e incertidumbre, no puedo decir que con el tiempo ya no tengo temor, pero sí aseguro que ya no es como antes, temía contagiarme, temía por mi familia y por mis seres queridos (trabajador social 9; junio 2021).

En este sentido, el Departamento de Trabajo Social ha estado exento de contagios de su personal, lo que genera una mayor preocupación al momento en que alguien resulta positivo, ya que provoca preguntas en nuestra mente, como si habíamos convivido con esa persona, si implementamos correctamente las medidas preventivas y el que probablemente tendríamos que realizarnos la prueba para saber si nosotros también habíamos contraído el virus y ser asintomáticos.

De ahí que cuando se sabe que algún familiar de nuestros compañeros había resultado positivo y que en ocasiones habían requerido de hospitalización se genera una empatía y preocupación no sólo en la persona que atraviesa por la situación, sino en el resto del equipo de trabajo.

Una vez llegando el COVID-19 a mi familia el mundo se derrumbó, el simple hecho de pensar en mi familia contagiada me angustiaba, mis ojos llenos de lágrimas y la voz entrecortada se hacía presente, el estrés me hacía llegar a mis límites, no tenía ganas de salir, pero alguien tenía que hacerlo (trabajador social 10; junio 2021).

Incluso, en esas situaciones, el temor e incertidumbre se suman a los sentimientos, la preocupación, la tristeza, cuando esta condición traspasa el ámbito laboral y ocurre en alguien cercano a nosotros, algún conocido, amigo o miembro de la

familia, en donde la carga emocional no sólo es por lo que se vive en lo laboral, sino por las implicaciones personales que tenía en nosotros.

Estos meses han implicado miedo en todos los aspectos: de contagiarme, contagiar a un ser querido e incluso perder a alguien cercano. Lamentablemente lo viví y cuando sucedió fue como si hubiera vivido la peor pesadilla de mi vida, el miedo se multiplicó de manera exponencial, la incertidumbre me perseguía en todo momento (trabajador social 11; junio 2021).

El profesional, como cualquier otra persona, puede contagiarse o perder a un ser querido. En un inicio se suma la tensión que genera la información presentada en diversos medios de comunicación, el miedo de ser víctima de la enfermedad y de que, con ello, se tengan complicaciones en el estado de salud hasta el grado de fallecer, y la impotencia que podría causar el no tener las herramientas para contrarrestarla

Además, resulta alarmante escuchar los síntomas de esta nueva enfermedad, puesto que si alguien presenta dolor de cabeza, estómago, rinorrea, por mencionar algunos, al margen de la causa, automáticamente se piensa en un probable diagnóstico de COVID-19, lo que desencadena en ideas catastróficas para quien lo siente.

A nivel personal enfrentar el miedo constante de perder algún miembro de tu familia y pensar por un momento que tú lo has contagiado, el estar sentado en el otro escenario con la incertidumbre de la evolución que pudiese presentar tu familiar al tenerlo hospitalizado (trabajador social 12; junio 2021).

Lo anterior deja entrever lo que algunos de quienes nos encontramos laborando a inicios de la pandemia pensamos. No obstante, este temor también está presente en aquellas compañeras que tienen licencia médica, ya que, si bien no están ante las mismas condiciones, aún en su contexto surgen inseguridades y temor.

Ha sido muy difícil como profesional de la salud enfrentarse a una pandemia tan larga y demandante, mi principal sentimiento el miedo, el miedo a enfermarme, el miedo por ser hipertensa y ser más vulnerable, el miedo a contagiar a mi familia, el miedo a morir (trabajador social 13; junio 2021).

Al ser testigo de las afectaciones que tenía la enfermedad desde la primera línea de atención es que se conoce lo que la misma provoca y al presenciar escenarios complejos genera que al encontrarnos con la contraparte de quienes no seguían al pie de la letra las recomendaciones de autocuidado o no creyeran en la enfermedad nos generara enojo.

Lo antes mencionado resulta normal, a causa de que lo profesional trastoca el aspecto personal, ya que muchas de las conductas o sentimientos generados irrumpen en otras áreas de nuestra vida, así como por la experiencia de las condiciones a las que estamos expuestos en el trabajo ante una emergencia.

## VIVIR EN PANDEMIA, UN RETO MUY GRANDE

Si bien en el apartado anterior se exponen algunos de los sentimientos e inquietudes que miembros del equipo de trabajo manifiestan a raíz del trabajo en primera línea de atención a pacientes con COVID-19 y sus familiares, las implicaciones del trabajo en algunos casos traspasan las emociones.

En algunos momentos ocurre que tenemos manifestaciones físicas de aquellas emociones que sentíamos, debido a que se identifica que varios de los malestares físicos que presentamos son consecuencia del desgaste físico y emocional que conlleva trabajar en este escenario.

Habría que señalar la estrecha relación que existe entre las emociones y el estado físico y anímico, ya que conforme el grupo va teniendo nuevas experiencias, durante su intervención con familias, se genera una sobrecarga emocional derivada de la exposición al sufrimiento ajeno de manera prolongada (Ruíz y Gómez, 2021: 8).

Recuerdo el día que no podía salir de mi auto, estaba en el estacionamiento del INER, creí tener ansiedad, miedo, no me podía mover, me paralicé, lo único que quería era llorar y estar en mi casa, pedí ayuda, lloré, volví a llorar, sabía que mi vida ya no era la misma que ya no volvería a ser igual (trabajador social 14; junio 2021).

En concordancia, el temor, la angustia, el enojo, la frustración, la incertidumbre y la molestia se manifiestan en los cuerpos de algunos de nosotros como una enfermedad o síntomas, provocando un malestar, y es a partir de un ejercicio de reflexión que cada uno puede relacionar las implicaciones del trabajo.

De tal forma que las reacciones se desencadenan de forma conductual, debido a que los cambios en actividades o hábitos tienen una causa emocional, puesto que son estresores que al exacerbar provocan la presencia de problemas de salud mental (Terry, Bravo, Sucet y Espinosa, 2020: 589).

Una de las principales formas de manifestación del malestar que se identifica es la ansiedad, que, si bien en algunos casos se revela a través del insomnio, las preocupaciones excesivas, también se presenta a modo de crisis de pánico; es decir, los problemas de salud pueden tener un impacto significativo en el bienestar y calidad de vida de los profesionales en salud (Lozano, 2020: 52).



Vivir en pandemia fue un reto muy grande para mí, ya que la ansiedad se hizo presente de una manera que perdía la noción del tiempo, los días se hacían eternos y el insomnio estaba consumiendo mi salud mental (trabajador social 15; junio 2021).

Cada uno, y de acuerdo con su experiencia, pasa por un proceso de autoconocimiento, en donde identifica lo que le incomoda, lo cual favorece que hoy en día no sólo se tenga noción de la relación entre lo físico y lo emocional, sino que puede ser la oportunidad de implementar estrategias que mitiguen el malestar.

En este sentido, en el equipo se identifica que, pese a la carga emocional que le implica el trabajo en este contexto, cada uno desarrolla actitudes en las que al encontrarse frente a los familiares no demuestra estas emociones, ya que no quiere transmitir mayor preocupación. Por lo anterior, es que cada uno reconoce alternativas que le ayudan a sobreponerse a las situaciones que se exponen y aquellas que le generan alguna reacción física o emocional, pues nuestro objetivo no es aumentar la angustia de aquellos con quienes trabajamos.

Sin embargo, el estar de cerca con las problemáticas como parte de nuestra labor profesional no nos exenta de ser empáticos o que el dolor de otros no nos afecte, pues “hemos romantizado al personal de salud en el sentido de que ellos son valientes, a ellos no les pasa nada, ellos no son vulnerables” (trabajador social 16; junio. 2020).

Otro aspecto que destaca es la participación que el mismo equipo de trabajo tiene y cómo se generan espacios de contención a partir de una experiencia en común, se busca el apoyo entre compañeros, ya que se ha generado esa confianza para hablar de nuestro sentir, y así se consolida una red de apoyo.

Es por eso que se resalta la importancia de la consolidación de las redes de apoyo generadas en el Departamento de Trabajo Social, toda vez que existe un reconocimiento de lo reconfortante que resulta hablar con los compañeros sobre las preocupaciones e inquietudes, lo que aminora la carga emocional en el equipo. Cabe señalar la importancia de la creación de espacios de escucha y reflexión en donde trabajadoras/es sociales puedan expresar y dar atención a situaciones que repercuten en su salud mental al estar en contacto con el sufrimiento humano.

Pues si bien cada uno ha logrado afrontar la pandemia dependiendo de sus capacidades es necesario reconocer que este acontecimiento irrumpe en nuestras realidades alterando nuestra cotidianidad y que sus repercusiones no tienen vuelta atrás (Belmont, Velázquez y Tello, 2020: 2).

## CONSIDERACIONES FINALES

La participación del trabajador social en la pandemia ha sido crucial para mantener, fortalecer y consolidar las redes de apoyo de los pacientes que ingresan y que, en ocasiones, por un tiempo prolongado no comparten el espacio físico con sus familiares, aunado a las aportaciones sobre su intervención con el equipo de salud.

El trabajador social se distingue de otros profesionales por tener una mirada integral sobre la realidad del paciente. Si bien le permite contribuir e incidir en otros ámbitos en los que el área médica no tiene alcance, genera un involucramiento con la situación de los sujetos.

La pandemia por COVID-19 es un fenómeno que irrumpe con la cotidianidad del personal de salud, por ser de los principales actores que están en contacto directo con la problemática. Este hecho es un parteaguas en la vida de cada uno y conforme la enfermedad se va extendiendo se tiene mayor noción de las necesidades del personal de salud.

Tal es el caso de la salud mental, que se ve afectada por las diferentes situaciones que día con día se enfrentan, surgiendo el interés en dar atención a estas inquietudes que más de un miembro del equipo de Trabajo Social manifiesta, al ser escucha de las historias y experiencias de los familiares sobre las implicaciones que la enfermedad ha tenido en ellos.

Por lo que es indispensable crear espacios de escucha en los que quienes conforman el equipo de salud puedan atender su salud mental por la cercanía que tienen con las pérdidas, el dolor y el sufrimiento de las personas con quienes trabajan, así como aprender a reconocer la sintomatología que se pudiera desencadenar en ellos y afectar su salud física.

Hoy en día, en el Departamento de Trabajo Social se han consolidado redes de apoyo entre compañeros por la empatía que hay respecto a las experiencias vividas en el espacio laboral, de ahí la importancia de fortalecerlas y generar nuevas redes que pudieran apoyar la capacidad de sobreponernos a situaciones complejas durante nuestro quehacer.

Debido al ejercicio de reconocimiento, autoconocimiento de sus emociones y la percepción de la problemática se podrían plantear, desde nuestra profesión en el ámbito de la salud, áreas de intervención no sólo con quienes acuden a la Institución para solicitar atención médica, sino que se podría proponer un trabajo auto-narrativo y reflexivo.

El trabajador social podría ser promotor de estos espacios no sólo con el personal de su área, sino con otros profesionales que conformen el equipo de salud, a modo de innovar su intervención en este ámbito, involucrándose en otros proyectos que favorezcan la atención a la población que acude a unidades de salud.

## REFERENCIAS

- Bonafont, A., y P. Rodríguez (2020), “Relatos en primera persona”, *Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal*, núm. 5.
- Belmont, G., M. Velázquez y N. Tello (2020), “La intervención en lo social en tiempos de pandemia”, <trabajo-social.unam.mx/comunicados/2020/mayo/intervencion\_social\_tiempos\_pandemia.pdf>
- El Economista* (2020), “Secretaría de Salud confirma primer caso de Coronavirus en México”, 28 de febrero, <eleconomista.com.mx/politica/Secretaria-de-Salud-confirma-el-primer-caso-de-coronavirus-en-Mexico-20200228-0061.html>.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias-INER (2021), “Historia del Instituto”, 20 de abril, <iner.salud.gob.mx/interna/historia.html>.
- Lozano, V.A. (2020), “Impacto en la epidemia del Coronavirus en la Salud Mental del personal de salud y en la población general en China”, *Neuropsiquiatra*, 51-56.
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2021), “Cronología de la respuesta de la OMS al COVID-19”, 29 de junio, <who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>.
- Ruiz, C. y J. Gómez (2021), “Efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población trabajadora”, *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, pp. 6-11.
- Terry, Y., N. Bravo, K. Sucet e I. Espinosa (2020), “Aspectos psicosociales asociados a la pandemia por COVID-19”, *Revista Información Científica*, pp. 585-595.



SEGUNDA PARTE

TESTIMONIOS



# RECONVERSIÓN HOSPITALARIA ANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19: PROCESOS DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL

*Viridiana Judith González Zavala*

## INTRODUCCIÓN

Ante el incontrolable suceso de la expansión prolongada del virus del SARS-CoV-2, que causa la enfermedad por coronavirus (COVID-19), los sistemas hospitalarios en México y en el del mundo se ven al borde del colapso por la insuficiencia de equipo médico para la atención de esta nueva pandemia. El virus que se desarrolla inicialmente en Wuhan, China, en poco tiempo se extiende por todo ese país y más tarde a escala internacional.

China, ante esta problemática, realiza una reconversión hospitalaria y transforma tres hospitales generales en hospitales de terapia intensiva, exclusivos y especializados en neumonía secundaria a SARS-CoV-2, con un total de 2 500 camas. Este modelo de salud se replica por todo el mundo ante la elevada demanda de atención por el contagio de COVID-19 y que requiere de cuidados especializados (Mendoza y Suárez, 2020).

La reconversión hospitalaria es un proceso mediante el cual diferentes tipos de hospitales se preparan para la atención de pacientes durante una crisis, en este caso, la pandemia por COVID-19. En México el Dr. Gustavo Reyes Terán, titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) (Mendoza y Suárez, 2020), lanza este proyecto el 29 de marzo de 2020. Sin embargo, no sólo implica que se abran espacios de atención, sino que además existan los recursos materiales, financieros y humanos para ocuparse, de manera oportuna, de los nuevos casos de coronavirus.

Dentro de la red de la CCINSHAE se encuentran siete hospitales regionales de alta especialidad (HRAE), distribuidos en toda la República Mexicana: zonas del Bajío en León Guanajuato; Ciudad Victoria en Tamaulipas; Mérida en Yucatán, así como en Oaxaca, Chiapas y Zumpango e Ixtapaluca en el Estado de México. Asimismo, en trece Institutos Nacionales de Salud (INSalud): Hospital Infantil de México “Federico Gómez”; Instituto Nacional de Cardiología; Instituto Nacional de Nutrición; Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; Instituto Nacional de Neurología; Instituto Nacional de Pediatría; Instituto Nacional de Perinatología; Instituto Nacional de Psiquiatría; Instituto Nacional de Rehabilitación; Instituto Nacional de Medicina Genómica; Instituto Nacional de Geriatria,

e Instituto Nacional de Salud Pública. De igual manera en hospitales federales de referencia (HFR), cuya área comprende la Ciudad de México y la zona conurbada, integrando seis unidades hospitalarias, a saber: Hospital General de México; Hospital General Dr. Manuel Gea González; Hospital Nacional Homeopático; Hospital de la Mujer; Hospital Juárez del Centro, y Hospital Juárez de México.

Este relato se enfoca desde la experiencia de la acción profesional de Trabajo Social ante la emergencia sanitaria por SARS CoV-2 tanto en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca como en el Hospital Juárez de México, instituciones de salud que se someten a reconversión para el tratamiento de pacientes con COVID-19.

## DESARROLLO

De manera oficial, el 28 de febrero de 2020 se anuncia el primer caso de infección en territorio nacional; para el 17 de marzo la Secretaría de Salud informa a la CCINSHAE la posibilidad de brotes en la Ciudad de México y zona conurbada; mientras que el 18 del mismo mes se da la noticia de los primeros fallecimientos a causa de este virus. Por tal razón, la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública emiten un comunicado en el cual señalan que a partir del 20 de marzo se suspenden clases de manera presencial.

En las instalaciones del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, el día 27 de marzo 2020, la Dirección General inicia reuniones de trabajo con los responsables de Dirección Médica, subdirectores de Servicios Clínicos y Quirúrgicos, Dirección de Operaciones, subdirectores de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, responsable de la Subdirección de Atención al Usuario-Trabajo Social, subdirector de Ingeniería Biomédica, subdirector de Enfermería, subdirector de Planeación, jefe de Enseñanza e Investigación y director de Administración y Finanzas, subdirector de Recursos Humanos, subdirector de Recursos Materiales y subdirector de Mantenimiento y Servicios Generales, así como con el Área de Calidad de la Institución con el objetivo de crear un manual de atención por área de adscripción. Hasta ese momento la información con la que se cuenta es limitada, por lo que es necesario que cada uno de los especialistas por área sumen datos en función de su área de conocimiento y experiencia.

Así, el 5 de abril de 2020, con ayuda del documento denominado “Lineamiento de reconversión hospitalaria”, se establecen los criterios y las directrices de acción para la reconversión hospitalaria, para garantizar la organización de los servicios de atención médica, apegados a los principios de oportunidad, calidad y eficiencia de los recursos humanos, materiales y financieros, asegurando el acceso oportuno y la calidad de la atención para los pacientes y familiares. A partir de este principio



se da paso a la instalación del Comité COVID-19, conformado por los directivos de la Institución, los jefes de las áreas críticas y de soporte para la atención de los pacientes y sus familiares.

La atención para la población ante la emergencia da pie a la Subdirección de Atención al Usuario, que en ese momento se encuentra a mi cargo, para realizar acciones que brinden una serie de acciones integrales y, por tanto, exige una coordinación con otros involucrados. Resulta vital contar con una comunicación endógena y exógena al área de Trabajo Social, por lo que el personal adscrito a esta área se ve en la necesidad de enfrentarse a un nuevo modelo de trabajo, recibiendo capacitaciones relacionadas a bioseguridad y uso de equipo de protección.

En la propuesta de acción de estos lineamientos sólo se menciona al personal de Trabajo Social en tres ocasiones: la primera, anunciándonos como área de apoyo; la segunda, como personal que debía formar parte del Comité COVID-19 y, la tercera, como enlace para la correcta identificación de cadáveres. No obstante, la labor del Trabajador Social va más allá de las funciones establecidas.

Por tanto, resulta indispensable buscar referentes de otros países sobre la actualización de Trabajo Social, a la par que se realiza trabajo conjunto con la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), donde de manera interna se comparten las diferentes estrategias abordadas en las instituciones que conforman la red.

Para tal efecto se realiza un análisis FODA del área, que permite planificar las estrategias a futuro, en todo momento contemplando que la función del trabajador social resulta fundamental ya que, si bien no se atiende de manera directa al paciente, el familiar queda a nuestro cargo, por tanto, debíamos contar con todos los recursos humanos y materiales para realizar la tarea de la forma más ética y teniendo todas las consideraciones que la situación demanda en ese momento. De esta manera, resulta vital que el equipo camine en el mismo sentido, trabajando de forma empática, por lo que se verifica que en todo momento se cuente con personal de Trabajo Social y de admisión hospitalaria. Esta situación presenta un desafío, ya que el número de trabajadores sociales adscritos a esta área es de 28 y 18 auxiliares de admisión distribuidos en los turnos matutino, vespertino, nocturno y fin de semana. Por lo que se solicita a la Dirección General que se incremente el número de personal, logrando integrar a siete trabajadores sociales y a un personal administrativo al equipo. Asimismo, se coloca en resguardo a todo aquel personal de la Subdirección de Atención al Usuario (SAU) que presente padecimientos crónicos, retirando a tres compañeros administrativos y a cinco trabajadores sociales. En algunos casos se solicita su colaboración para realizar trabajo desde su domicilio, como estudios sociales y captura de información estadística.

Cabe destacar que en algunos hospitales se implementan guardias, sin embargo, en el HRAEI ello no es posible, ya que aun cuando se cierra la consulta externa

el Hospital sigue atendiendo y recibiendo pacientes de otras especialidades, por lo que resulta necesario continuar con la atención de Trabajo Social en cada uno de los pisos. Esta situación se suma al desafío no sólo de organizar el problema de la emergencia sanitaria, sino de continuar con la atención en las distintas áreas.

Se reactiva el área de supervisión de Trabajo Social que aglutina a todos los turnos y se convierte en el canal de comunicación del servicio; asimismo, se realizan roles de trabajo y se efectúan medidas internas de higiene y seguridad generando así la cobertura de todos los servicios durante las 24 horas del día los 7 días de la semana.

Como parte de las acciones esenciales para la seguridad del paciente se trazan rutas de ingreso y egreso de pacientes, familiares y personal de salud, produciendo códigos verbales (código cristal) para reducir la posibilidad de cruzar en pasillos a pacientes que serían trasladados de un espacio contaminado a otro, evitando contagios, trabajando de manera interdisciplinaria para hacer equipos con comunicación efectiva, de igual manera se refuerzan y verifican cada una de las rutas. Asimismo, el equipo de Trabajo Social, con el personal administrativo de admisión hospitalaria, tiene la responsabilidad de brindar y difundir, en salas de espera y en ingreso hospitalario, la técnica adecuada de lavado de manos, con la intención de reducir el riesgo de infección.

Con relación a la infraestructura y para evitar que el personal de Trabajo Social se coloque en riesgo de contagio es necesario retirar al equipo de las oficinas asignadas en los pisos de atención COVID-19, con la finalidad de realizar una reingeniería de los espacios y únicamente se conservan la oficina y la ventanilla de urgencias.

Estas actividades se organizan como parte de los procesos que se implementan a partir del momento en que se recibe información por parte de las autoridades y de los medios de comunicación. La tarea no es fácil, ya que los ojos y la atención recae de manera exclusiva en el equipo médico y de enfermería, desdibujando al resto de los profesionistas que tenemos una participación indirecta con el paciente, pero más cercana con los familiares, situación por la cual somos poco visibles en el proceso de atención. La confrontación dentro del Comité COVID-19 existe y, en un primer momento, el material de protección está supeditado sólo al personal que trabaja de manera directa con el paciente. Tras explicar y exponer de nuevo la forma en cómo se gesta la atención a los usuarios y los procedimientos, al hablar de la necesidad de contar con equipo de protección, es que se nos brindan cubrebocas quirúrgicos y en áreas de mayor riesgo se otorgan cubrebocas KN95.

Otro tema es el uso de la bata blanca, que está restringido para los médicos; sin embargo, el personal de Trabajo Social lo porta como parte del uniforme, mientras que para el personal que atiende en ventanillas no forma parte de su indumentaria. De acuerdo con la naturaleza del contagio del virus surge la necesidad de dotar al personal mencionado de este tipo de vestimenta, que forma parte de

las medidas de protección al ser una barrera para protegerlos, por lo que se realizan gestiones de solicitud de batas para dicho personal y, más adelante, de equipo de protección con empleo de pijama quirúrgica para áreas de atención COVID-19, siendo esta última rechazada, pero reemplazada con batas desechables.

En este punto puedo decir que se integran distintas medidas y procedimientos de seguridad para todo el personal, entre otros: determinar si la realización del estudio social se suspendería o se continuaría realizando cara a cara, y se determina que se realizaría de manera presencial en compañía de un familiar, preferentemente, que no hubiera tenido contacto con el paciente en las dos últimas semanas; se implementa el uso de caretas de protección y uso de cubrebocas, así como también se establece que la realización de las entrevistas sería con puerta abierta y con una distancia de 1.50 metros entre el profesional de Trabajo Social y el familiar. Por otra parte, se solicita que la documentación oficial de los pacientes se envíe por correo electrónico para evitar fómites, además desde el ingreso el familiar debe acudir con cubrebocas y careta. Del mismo modo, al ingreso y egreso al área se realiza desinfección de espacios con disolución de cloro, así como uso de desinfectantes de manos.

De manera externa se implementa, para todo el personal, un voceo en el cual se solicita a todos desinfectar áreas de trabajo, celulares, teclados y teléfonos, así como el lavado constante de manos, que se realiza cada dos horas. Para todas estas acciones el personal de supervisión de Trabajo Social debe estar atento a dicho apego y cumplimiento.

De otra parte, es importante señalar que la entrevista ayuda a que los familiares se sientan acompañados en el proceso, se favorece la escucha activa y en los casos de crisis se envía a soporte psicológico mediante las líneas que el Hospital implementa para este fin. Conforme la población de pacientes incrementa, surge la necesidad de abrir espacios hospitalarios, lo que obliga a hacer uso de otros que se mantenían cerrados hasta ese momento. Además, el personal médico es insuficiente para cubrir dichos espacios, y esta implementación desequilibra la atención oportuna del informe médico, situación que deriva en la búsqueda de apoyo para su realización.

En esta etapa de prueba y error las supervisoras de Trabajo Social y yo nos damos a la tarea de pilotear durante dos semanas el proceso, con la finalidad de ajustar y/o conocer las limitaciones de esta acción y así perfeccionar dicha actividad. Llegamos a la conclusión de que la información que podíamos proporcionar es limitada y no había información suficiente que permitiera al familiar entender el proceso en el que el paciente se encuentra. Por tanto, se lleva un informe ante las autoridades y el Comité COVID-19 indicando que se buscaría una forma diferente de afrontar la situación. Pero es hasta que se manifiesta una serie de quejas de la

población atendida que se incorpora personal médico para realizar junto con el área de Trabajo Social dicho proceso.

A mediados del mes de mayo de 2020 se determina contar con algunos médicos para que realicen el reporte médico y, por su parte, Trabajo Social se encarga de llevar a cabo la contención emocional en los casos que se requería. Resulta fundamental que el trabajador social brinde a los usuarios [familiares] una sensación de apoyo, protección y cuidado, proporcionando información útil sobre el estado de salud de sus pacientes y difunda información que permita llegar, de primera instancia, al núcleo primario y que, después, se disemine en el entorno familiar (lavado de manos, medidas de seguridad, uso de cubrebocas, desinfección de ropa; sana distancia; cohabitación con el paciente poshospitalario). Asimismo, hacer hincapié en que cada acción que se realiza debe quedar registrada, sin excepción, en el expediente clínico electrónico de cada paciente.

Como se ha mencionado, el ingreso de pacientes se incrementa de forma súbita y con ello la demanda por parte de los familiares para poder ingresar y ver a su paciente. Lo cual no es posible, ya que las áreas de hospitalización COVID-19 están restringidas para el uso exclusivo del personal médico y de enfermería, con la intención de evitar la propagación del coronavirus ante el incremento de casos. Para mitigar la angustia de los familiares se permite el ingreso de un celular desechable con el propósito de que puedan contactarse con los pacientes de manera diaria, facilitando la comunicación entre ambas partes.

Con el avance de la pandemia nos encontramos con otra situación por afrontar, al paso del tiempo surge la primera defunción de pacientes positivos con COVID-19 y con este evento la disposición de cadáveres. Por tanto, se diseña un tríptico informativo con recomendaciones para los deudos del paciente, donde se informa sobre el tratamiento que los cuerpos debían tener, el proceso de entrega del cuerpo de los pacientes y, finalmente, se realiza el acompañamiento por parte de Trabajo Social en área de Patología. Este acompañamiento está descrito en los manuales de procedimiento, pero sufre modificaciones para evitar algún riesgo de infección, por ende, se solicita preparar al familiar del fallecido y se le explica, en términos sencillos, la necesidad de no tocar, besar o abrazar el cuerpo, bajo los conceptos de los mecanismos de transmisión de la enfermedad. Una tarea sin duda compleja. Al llevar a cabo una adecuada intervención en crisis, los usuarios realizan el reconocimiento del paciente y se retiran reconfortados, por el acompañamiento y la contención que se les proporciona.

Cuando se establecen las rutas y los procesos en operación suceden modificaciones en la estructura directiva y mi labor como responsable concluye para realizar algunas acciones operativas dentro de este nosocomio.

Tiempo después recibo la oportunidad de laborar en el Hospital Juárez de México, institución donde presto actualmente mis servicios. La experiencia de trabajar en

hospitales reconvertidos a atención COVID-19 se amplía, la práctica es renovadora y totalmente diferente con una población similar en algunos aspectos, pero diferente en cuanto a la demanda y el grueso de población, así como la capacidad instalada de camas censables, situación que desde el inicio detona una diferencia sustancial.

Las actividades de Trabajo Social entre un hospital y otro difieren, pero esto obedece a las instalaciones y a la demanda de la población para acceder a una atención de calidad. En este caso cuando conozco el proceso de ingreso de los pacientes al área de urgencias respiratorias del Hospital Juárez, mi perspectiva de la forma en la que se hacen las cosas en una institución y otra en un principio me conflictúa, pero pronto entendí y aprendí que la forma es diferente, aunque el objetivo sigue siendo el mismo.

De inicio los pacientes acuden a una ventana donde son captados por un trabajador social, quien les realiza una entrevista inicial donde se toman todos los datos generales, para pasarlo a ventanilla de admisión para registro y, de manera posterior, a triage (sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia). Una vez que el paciente queda hospitalizado se solicita al familiar que tome asiento en sala de espera y se le informa que se llevará a cabo una llamada telefónica con la intención de realizar un estudio social, para conocer la dinámica familiar, identificar redes de apoyo y brindar indicaciones sobre el ingreso hospitalario.

Cuando se concluye con el estudio, se solicita al familiar responsable que informe al resto del nodo familiar sobre la importancia de estar pendiente sobre su estado de salud: cambios de temperatura, tos, dificultad respiratoria, cansancio, pérdida de gusto o de olfato, dolor de cabeza. El área médica brinda consentimientos informados y se orienta sobre los probables procesos a realizar con el paciente en un momento de crisis y, finalmente, se corroboran los tres números telefónicos de contacto para brindar el informe médico; asimismo, se solicitan enseres de baño y se pide al usuario se retire a casa, ya que el informe sobre el estado de salud se brindará de manera telefónica.

Me percaté que el informe médico, igual que en el otro nosocomio, se da entre el personal de Trabajo Social y el médico tratante, generando una mancuerna de comunicación y trabajo vinculatorio con las diferentes áreas. La trabajadora social de urgencias respiratorias tiene a su cargo la comunicación y contención del familiar antes, durante y al término del informe, de modo que el acercamiento se da de manera natural y favoreciendo una interacción más sólida y cercana. Asimismo, a la par que se lleva a cabo el informe, es función del profesional de Trabajo Social realizar una nota individualizada para el expediente del paciente. Es importante señalar que cada una de las acciones que se efectúa se registra en las respectivas notas de Trabajo Social, las cuales vienen estipuladas con indicadores específicos necesarios para su elaboración, lo que permite que la información fluya de manera

uniforme en cada uno de los turnos, sin que se omita la información esencial que debe contener la nota. Aunque es importante señalar que este documento es susceptible de poder agregarle o añadir alguna otra información que se considere de importancia y relevante sobre el paciente y su familia.

En el área de urgencias respiratorias la trabajadora social a cargo tiene la responsabilidad de brindar el informe médico y atender las necesidades de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos.

La comunicación puntual, objetiva y asertiva es pieza clave para el desarrollo del quehacer del trabajador social, ya que el vínculo y la interacción con otros profesionales de la salud se da de manera constante y el flujo de información se debe transmitir de manera que limite el error y que permita siempre la adecuada identificación del paciente.

Por su parte, las trabajadoras sociales que intervienen en pisos de hospitalización se dedican, en todo momento, a rendir informes en compañía de personal médico, sobre el estado de salud.

El Hospital Juárez de México cuenta con dos pisos dedicados a atención COVID-19 con una ocupación de aproximadamente 90 camas por piso, divididas en ala norte y ala sur, el flujo de esta información es constante y permanente. Los egresos de pacientes COVID-19 tienen una ruta exclusiva y la comunicación, como mencioné antes, es fundamental ya que ambos trabajadores de urgencias respiratorias y de piso deben hacer mancuerna para informar al familiar sobre el egreso (personal de piso) y para recibir los artículos de egreso desde el área de urgencias respiratorias y enviarlos al área correspondiente, para que los pacientes puedan egresar sin mayor inconveniente.

Con respecto a la entrega de pacientes fallecidos, la labor del trabajador social se limita a acompañar y a contener al familiar durante el momento en el que se informa sobre la pérdida de la vida y el proceso para la entrega del certificado de defunción, a diferencia de lo que ocurre en el nosocomio HRAEI, nuestra área no realiza acompañamiento para reconocer el cadáver.

La cercanía dentro de esta institución es tal que te permite conocer a los familiares y tener con ellos un acercamiento más dinámico, en específico en el área de terapia intensiva. Los informes se brindan mano a mano con el personal de área médica y esta situación permite que, con el paso del tiempo, la comunicación con el familiar sea muchísimo más fluida y llegue a existir un conocimiento y acercamiento a la familia, un vínculo sólido que se va construyendo con el tiempo. Es en este espacio que conocí a la familia Sánchez, quienes me permitieron participar de la experiencia más conmovedora durante mi labor en el área de urgencias respiratorias:

La paciente ingresa por urgencia respiratoria el 30 de junio del 2021 con un embarazo de 39 semanas de gestación a término, ingresa sin conocimiento de que era portadora de SARS-CoV-2 (COVID-19). Durante su ingreso se detona código *mater* ya que presentaba deficiencia respiratoria, la paciente ingresa en un estado de *shock*, situación por la cual el área médica interviene de manera directa con la paciente para preservar la vida del binomio. Dada la condición de salud de la paciente y el delicado estado de salud de la recién nacida, nuestra usuaria estuvo imposibilitada para conocer a su bebé. La paciente pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos respiratorios donde permaneció durante un lapso de tres meses hospitalizada, debatiéndose entre la vida y la muerte, luego de este lapso de tiempo la paciente inició un proceso arduo de rehabilitación dentro de la misma terapia, el trabajo por parte del área médica y de enfermería fue constante, por su parte el equipo de Trabajo Social brindaba ánimo y contención de manera diaria durante el informe médico. Como mencionaba anteriormente el vínculo que se establece entre los usuarios familiares y el trabajador social se va consolidando al tiempo, permitiendo conocer los estados de ánimo del interlocutor aun cuando la comunicación es vía telefónica, permitiéndole al profesional reconocer de manera empática los diferentes estados emocionales por los cuales los familiares atravesaban.

Esta situación sucede de manera muy cercana en el caso de nuestra paciente, ya que en el servicio veíamos transitar pacientes que ingresan y egresan en un periodo corto de tiempo, pero ella permanecía en el servicio sin mejora aparente. Finalmente, la paciente a los 3 meses 15 días evoluciona de manera favorable, permitiéndole cambiar de posición y retirar la sedación, por tanto, goza de un estado adecuado de conciencia. Esta situación es favorable para que tanto el equipo médico como el área de Trabajo Social gestionen una corta visita a la paciente, aprovechando que el área de terapia se encuentra un piso arriba del área de urgencias y que afuera del área de urgencias se dispone de un jardín que tiene acceso a una de las ventanas de terapia intensiva. Se cita a la familia de la paciente y el área médica dispone lo necesario para que ella pueda observar desde la ventana, en una posición cómoda, a sus familiares y es así como después de todo el tiempo de agonía ella alcanza a observar a la distancia a la recién nacida, a quien no pudo cargar en brazos y reconocerla al momento del nacimiento. Después se realiza un enlace vía telefónica entre el área médica con la paciente y los familiares (esposo, hija mayor, recién nacida y suegra), de modo que se pudieron enviar notas de audio, videos, fotografías de la bebé y de su hija mayor.

El trabajo del profesional de Trabajo Social en el área hospitalaria va más allá de una actividad administrativa. El virus SARS-CoV-2 (COVID-19) nos ha enseñado a realizar las cosas desde una perspectiva diferente, nos obliga a salir de nuestra zona

de confort, nos ha dado la oportunidad de ser creativos y buscar formas diferentes de hacer las cosas.

Y queda en la responsabilidad de cada uno de los profesionistas de Trabajo Social el crear nuevas herramientas, buscar soluciones de forma diferente que nos permitan producir nuevos paradigmas en pro de la transformación de nuestra profesión.

## REFLEXIÓN FINAL

Las experiencias en cada hospital han sido significativas a lo largo del ejercicio de mi profesión y más aún se han marcado, rotundamente, en el periodo de la pandemia. Un lapso en el que se debían ir construyendo nuevas estrategias conforme a la situación y demanda para intervenir, y en el que existe mucho espacio para la improvisación. La mayoría de las ocasiones la labor de Trabajo Social suele ser invisibilizada, cuando en realidad formamos parte de distintos procesos en donde participamos activamente.

Como se apunta con antelación, Trabajo Social no sólo realiza funciones administrativas, sino que ante la situación de pacientes COVID-19 toda la responsabilidad de los familiares recae sobre nosotros, ya que a otras disciplinas no les concierne la atención a éstos o simplemente no se le ha brindado la suficiente importancia. Así, Trabajo Social tiene las suficientes herramientas para dar acompañamiento a los familiares de los pacientes y brindar contención; un ejemplo son los casos en que hay fallecimientos. Más allá de la relevancia de esta atención individualizada y el uso de las diferentes técnicas para la intervención, sobresale el importante hecho de ser el único vínculo que mantiene comunicados a los pacientes COVID-19 con sus familiares.

Por otro lado, la contingencia se convierte un punto relevante en el que solamente se habla de los nuevos casos y se llega a pensar que no existen otras enfermedades diferentes al nuevo virus. Sin embargo, al tratarse de hospitales de alta especialidad existen servicios que no se podían suspender, entre ellos: Hemodiálisis, Quimioterapia, Hematología, Banco de Sangre, Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos. Es decir que, pese a que los casos saturan los hospitales, estos servicios también generan una atención que en el contexto COVID-19 son un “extra” por la atención requerida en otras especialidades. De manera que, si estos servicios seguían en función, Trabajo Social también debía repartirse en los distintos escenarios; aunque en su momento COVID-19 es sumamente demandante, al grado de que el personal es insuficiente para atender los ingresos por el virus.

Por último, el alcance de los objetivos en ambos hospitales, con la atención puntual y de calidad, se logra en colaboración con todas las áreas que los conforman; es decir, la relevancia del trabajo multidisciplinario es la pieza clave para el



logro de esos objetivos. Baste decir que las improvisaciones que surgen a partir de la contingencia dan la oportunidad de mostrar que el área de Trabajo Social puede implementar y coadyuvar con una serie de medidas y procedimientos que permiten el funcionamiento y la atención a los usuarios a la luz de una pandemia que cambia y modifica, constantemente, la realidad que se vive en los nosocomios.

## REFERENCIAS

- Mendoza Popoca, C.Ú. y M. Suárez Morales (2020), “Reconversión hospitalaria ante la pandemia de COVID-19”, *Revista Mexicana de Anestesiología*, <[medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2020/cma2021.pdf](http://medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2020/cma2021.pdf)>.
- Secretaría de Salud (2016), “Triage obstétrico, código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica”, <[cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web\\_TriageObstetricoCM.pdf](http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf)>.



## “DEBO ESTAR BIEN PARA MI FAMILIA”: EXPERIENCIA LABORAL FRENTE AL COVID-19, EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

*María Eugenia Martínez Valera  
María de los Angeles Rodríguez Casillas*

*«Antes que todo, debemos aceptar que la enfermedad forma parte de la historia de la humanidad, y que no es la primera ocasión, ni será la última, que se presenta una amenaza mundial causada por un virus o una bacteria.»*

Aquí mi experiencia...

### EL ESCENARIO

Mi labor es en uno de los principales hospitales del estado de Puebla, México. Este nosocomio, creado en 1993, brinda atención especializada de segundo nivel. Cuenta con medicina interna y cirugía, servicios de apoyo a diagnóstico como pruebas especiales de laboratorio clínico, radiología con medios de contraste y ultrasonido. Contempla básicamente todas las especialidades, excepto ginecoobstetricia, ya que hace algunos años ésta se separa y se crea otro hospital (en el mismo terreno geográfico) que la ofrece. Atiende a población abierta con énfasis en personas de mayor vulnerabilidad, aunque también lo hace a población derechohabiente, principalmente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y, en menor proporción, de la Secretaría de Marina.

En este espacio –aunque con un código administrativo– llevo 29 años adscrita al Departamento de Trabajo Social. En el área colaboramos en total 22 personas: 20 mujeres y 2 hombres. La media de edad del equipo es de 45 años. La mayoría cuenta con licenciatura en Trabajo Social, el resto son de nivel técnico también en Trabajo Social. Para cubrir nuestras labores, por recomendación de las autoridades sanitarias y por salud mental, nos distribuimos en distintos servicios y rotamos cada año. En cada uno de ellos con el compromiso de incidir en el proceso de atención hospitalaria para proporcionar a la población abierta servicios de salud integrales en distintas áreas: urgencias, hospitalización y consulta externa.

## LA LLEGADA DE LA PANDEMIA

El primer caso de COVID-19 se detecta en México el 27 de febrero de 2020 en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de la Ciudad de México (Suárez *et al.*, 2020). Y es en un periodo relativamente corto que el número de casos aumenta exponencialmente y el primer fallecimiento ocurre el 18 de marzo de ese año (Escudero *et al.*, 2020).

De ahí que el gobierno de nuestro país, en coordinación con las autoridades de la Secretaría de Salud, implementa distintas medidas para prevenir y controlar los contagios: la extensión del periodo vacacional estudiantil, el confinamiento por la pandemia y la puesta en marcha del Plan DN-III-E (García, 2020). Este último, integrado por tres fases, inicia con la suspensión de ciertas actividades económicas, seguido de la restricción de congregaciones masivas, hasta llegar al resguardo domiciliario de la población mexicana.

En nuestro hospital, sin saber entonces la magnitud con la que se va a proyectar, se empiezan a desarrollar acciones para afrontar la epidemia desde el 17 de marzo de 2020. La atención comienza en la Unidad Médica Especializada “Enfermedades Crónicas” (UNEME), ofreciendo consulta a personas que presentan signos y síntomas de enfermedad respiratoria con sospecha de COVID-19. En ese momento se disponía únicamente de cuatro consultorios con triage respiratorio y tres camas para hospitalización. La atención muy pronto empieza a complicarse:

1. Aumenta el número de personas que solicitan el triage y la posterior atención en caso de diagnóstico confirmado, sin que este hospital tuviera el espacio y equipo de salud suficiente. En el mejor de los casos, cuando la/el paciente no presenta gravedad se le estabiliza y solicita que continúe su tratamiento en casa. La situación empeora cuando requiere de hospitalización y no se cuenta con suficientes camas.
2. La UNEME no dispone del equipo necesario para completar el diagnóstico mediante estudios de gabinete, por lo que las y los pacientes, en compañía del personal de salud, debían cruzar el estacionamiento (aproximadamente 250 metros) caminando, en silla de ruedas o en camilla (según su estado de salud en ese momento) para dirigirse al área del Hospital a realizar estos estudios, y por último por la falta de personal para atender a estas personas.
3. En Puebla, el 23 de marzo 2020, el gobernador Miguel Barboza anuncia dos decretos: el primero para que personas de 60 años, personas con discapacidad y mujeres embarazadas que laboran en el Gobierno estatal no asistan a trabajar durante la “Jornada Nacional de Sana Distancia” y aun así gozarían de sueldo; el segundo para que las madres y trabajadoras del

Gobierno estatal pudieran ingresar a laborar a las 11.00 a.m. durante el periodo vacacional, a fin de que los menores tengan acompañamiento. Con estas disposiciones más de la mitad de los trabajadores del Hospital General empiezan a estar en confinamiento, lo que genera que se trabaje con menos personal en todas las áreas. Para el caso del Departamento de Trabajo Social se ausentan por confinamiento nueve compañeras.

Para dar respuesta a estas problemáticas, al mismo tiempo que UNEME está funcionando, las autoridades del Hospital gestionan la remodelación del área de urgencias de pediatría con la intención de habilitar más cubículos. En dos meses ya se cuenta con cuatro cubículos para asegurar el aislamiento y tener mejor control. Un mes después se contrata a personal médico, de enfermería y ortopedia para la atención en estos nuevos espacios.

Para el mes de agosto se empieza a dar atención en el área del lactario. Por fortuna, en ese mismo mes, ya está en funcionamiento para atención de COVID-19 el Hospital de Cholula y el Hospital de Traumatología y Ortopedia de la Secretaría de Salud, donde se logra referir a las y los pacientes más graves.

Se inicia una nueva adaptación, en este caso en el ala norte del servicio de cirugías en el 4° piso, el cual empieza a funcionar en noviembre con 20 camas y personal de traumatología y ortopedia de contrato. Trabajo Social asume esa área en los tres turnos, más la jornada acumulada.

## EFFECTOS EN EL ENTORNO LABORAL

A pesar de las distintas medidas que este hospital adopta, los contagios siguen en aumento y la pandemia empieza a rebasar su capacidad de atención. La demanda crece en doscientos por ciento y por ello se tiene que exhortar a la población derechohabiente que se atiende en sus instituciones.

Varios compañeros de trabajo mueren, incluso los que se ausentan por confinamiento, así como algunos a quienes se les considera relativamente jóvenes y con buen estado de salud. Hay desconcierto por la actitud de algunas personas del equipo de salud, sobre todo con las y los residentes, porque no guardan las medidas de sanidad, y decían “somos jóvenes, a nosotros no nos pasa nada”.

Existe descontrol y desorganización, de pronto todo es muy improvisado. No hay uniformes ni equipo de protección suficiente ni medicamentos. No se tiene un protocolo específico para informar a los familiares sobre el estado de salud de sus pacientes, del fallecimiento o de la entrega de cadáveres.

En general, todo el personal del Hospital es testigo de las molestias, dolor y enojo de los familiares. A muchas personas se les informa que sus familiares están

bien y horas después que han muerto. Muchas familias expresan que sus pacientes habían entrado por otra enfermedad y que ahí se habían contagiado, responsabilizando de su muerte al Hospital.

Debemos reconocer que de parte del personal de salud se presentan muchas equivocaciones en la comunicación, estábamos muy saturados y fatigados, sin preparación, no contábamos con espacio, equipo y personal suficiente para hacer frente a la avalancha de casos, todo lo cual nos lleva a cometer errores de atención.

Esta situación se extiende a Trabajo Social, donde también se observa desorganización y falta de control, lo que provoca errores e inconsistencias en nuestra labor. No todas/os usan las mascarillas, entrevistamos a familiares en los pasillos, algunos ingresan al área COVID-19 sólo para tomarse la foto como evidencia de que realizan sus funciones. La pandemia nos pone “cara a cara” para reconocer que hoy por hoy en varias instituciones de salud no estamos a la altura del resto de sus integrantes, que no sabemos conformarnos como equipo y que no estamos dispuestos a “cerrar filas”.

#### AFECTACIONES PERSONALES

Con los decretos que dicta el gobernador Barbosa más de la mitad de los trabajadores/as del Hospital empiezan a estar en confinamiento y ello genera que se trabaje con menos personal en todas las áreas. En la jornada acumulada sólo queda una compañera “supervisora”. La jefa de Trabajo Social solicita mi apoyo y acepto irme, desde el mes de abril, a la jornada acumulada durante el tiempo de pandemia.

En todo este tiempo estoy con miedo, agotamiento mental, estrés y afectaciones a mi salud. Escucho en las noticias que la pandemia es mundial y que a diario mueren cientos. Empiezo a tener confusión y desconcierto por el compartimento de las personas de mi entorno:

1. Pacientes con comorbilidades serias, como hipertensos, con obesidad, diabetes, problemas cardíacos, es decir, en muy malas condiciones de salud y negligentes en su atención.
2. Familiares de pacientes incrédulos y renuentes a lo que está pasando y poco sensibles al respeto de las medidas de sanidad. Se les pide continuamente a pacientes y familiares que realicen el lavado de manos, el uso del cubrebocas y muchos no aceptan. Por ello, se realizan cambios en el pase de visita, se restringe a un familiar por paciente, es decir, están de 08:00 a 20:00, lo cual ocasiona molestias y constantemente recibimos quejas y reclamos. Esta situación es persistente y me estresa mucho.

3. Autoridades del Hospital sin sensibilidad y responsabilidad para proporcionar al personal de Trabajo Social el equipo que asegure las medidas sanitarias. Únicamente se nos suministran cubrebocas. Yo tuve que cubrir el gasto de adquisición de un uniforme quirúrgico, botas y caretas para mi protección personal. Asimismo, gestioné con una Asociación Civil donación de caretas para el personal del área.
4. Personal de salud con poca responsabilidad profesional y que no cumple con las medidas sanitarias.

El miedo es latente. Entre compañeros se comenta que los que están en confinamiento están falleciendo y me pregunto ¿si no corren riesgo y nosotros estamos aquí estresadas, por qué les está pasando esto? Un fin de semana nos enfrentamos a muchas defunciones. Ver carroza tras carroza y entre ellos también la pérdida de un compañero, aumenta la angustia y la ansiedad.

Además del miedo, hago frente a distintas experiencias que me producen un elevado estrés:

1. Una compañera de contrato a quien tengo que capacitar en todas las actividades y funciones de Trabajo Social (hospitalización, urgencias, pediatría, admisión hospitalaria y la nueva área de COVID-19), lo cual vuelve más agotadora mi jornada de trabajo.
2. Otra colega que se cambia a la jornada acumulada. Esta persona asegura que en esa jornada no se trabaja y que “ya estaba cansada”, además los pacientes no la encuentran en su servicio, en piso no realiza notas, por lo que le invito a trabajar en equipo, pero no se logra su colaboración y encima se molesta y solicita la intervención del sindicato. Si de por sí ya es difícil la situación, todavía lidiar con la falta de empatía de las compañeras complica todo.
3. Entre los apoyos que nos da el Hospital está la entrega de *goggles*. El único día que los utilizo me cortan el pómulo derecho; está conmigo un familiar de paciente COVID-19 quien al ver esta situación quiso apoyarme.
4. Mi miedo ya no es miedo, es estrés laboral por la demanda de pacientes, además de no tener medicamentos, familiares sin recursos económicos, familias contagiadas y muchas muertes.
5. En el mes de diciembre a la supervisora de la jornada le otorgan la jefatura del Hospital del Norte y, con ello, únicamente nos quedamos tres trabajadoras sociales, dos de base y una de contrato, esta última a la semana renuncia por problemas familiares, así que sólo nos quedamos dos compañeras para atender los servicios. Ella en urgencias adulto COVID-19

y yo en hospitalización del 2°, 3° y 4° piso, más área COVID-19, admisión hospitalaria, quirófano y urgencias de pediatría.

6. En mi responsabilidad de entregar los cadáveres y gestionar el certificado de defunción enfrento muchos problemas. No todas las carrozas llevan caja, sólo bolsas recolectoras. Varias funerarias se presentan sin rótulo, lo cual no ofrece seguridad. No se tiene un protocolo para este servicio, únicamente sabemos que debía entregarse el cadáver en una caja empleada.

En particular, con la entrega de cadáveres tengo serios problemas con el servicio de vigilancia, ya que su personal desconoce su responsabilidad. En cierta ocasión me dirijo al mortuario con el familiar y no había nadie que atendiera el servicio. Acudo a la caseta en busca del personal y observo que la vigilante está muy entretenida revisando su teléfono celular. Al preguntarle sobre quién se haría cargo del servicio, refiere que no sabía, ya que ella sólo está cubriendo a su compañera, quien en ese momento llega con una bolsa de alimentos y argumentando que es su horario de desayuno. Al no tener otra opción, tengo que ir sola con el familiar para el reconocimiento del cuerpo de su paciente. Para evitar estas situaciones se le conmina al personal de vigilancia que cumpla con su labor, ya que había muchas defunciones. Esta solicitud es usada en mi contra, me levantan un acta administrativa sin tener el apoyo del Departamento de Trabajo Social. Incluso el director del Hospital opina que desconocía los procedimientos, así es que tuve que informarle que yo misma había realizado los manuales de Trabajo Social y por ello conocía muy bien los procedimientos y que él se había guiado sólo por un mensaje de WhatsApp, sin tener una conciliación. Realicé mi escrito correspondiente, el área de vigilancia cambia a su personal y modifican su actitud, constantemente se acercan a preguntar si se requiere de su apoyo.

Recuerdo el caso de un paciente con neumonía adquirida en la comunidad con prueba negativa de COVID-19. Al revisar la libreta de pendientes de Trabajo Social observo que se tenía programado un traslado a las 09:00 a otro hospital para la realización de una electromiografía y no había chofer. Esta situación la informo a la Subdirección, quien confirma que no había personal. Frente a esa circunstancia el familiar, al ser de escasos recursos económicos, apenas había completado para el estudio y no podía pagar una ambulancia, sólo tiene 200 pesos. Me dirijo a la oficina de supervisión en busca de tarjetas de presentación de servicios de ambulancia. Marco a un par de ellas y el servicio tenía un costo de 800 pesos. Por más que les refiero de la situación financiera del paciente y de la urgencia del estudio, no logro convencerlos de que nos apoyen. Les comento sobre la situación del paciente y no quisieron apoyarme y la hora del estudio ya estaba muy cerca. Insistí con varias ambulancias más, hasta que por fin logré sensibilizar a los encargados, quienes



aceptan dar el servicio con la cantidad que el familiar tenía. Me sentí muy bien por el familiar, quien se muestra sumamente agradecido.

Desde diciembre de 2020 hasta mayo de 2021 todas las oficinas de Trabajo Social se cierran, mis actividades las realizo en los pasillos de las áreas, solicitando a la jefa que las dejen abiertas. Un domingo al estar en el servicio de pediatría conversando con una doctora sobre un caso legal del paciente, me senté y me caí de la silla. Al momento no sentí nada hasta que en la tarde me dolía el cuello. En urgencias de pediatría me suministran un analgésico. Al otro día empiezo con dolor en el costado derecho, acudo al ISSSTE para que me den atención y me otorgan incapacidad. El dolor no cede, así que acudo a trabajar, pero no termino mi jornada porque el dolor es demasiado, regreso al ISSSTE, pero ya no me dan consulta, así es que acudo con un médico particular. Estuve un mes de incapacidad y a mi regreso me informan que debía regresar a mi jornada normal, de lunes a viernes en el turno matutino.

A pesar de mi estrés y la carga de trabajo realizo todas mis actividades de la mejor manera para darles solución de forma inmediata. Mis compañeros me buscan para que los apoye en trámites cuando fallecían sus familiares o para ellos mismos que requerían de consulta.

A mediados del mes de enero de 2021 llega la vacuna a la Secretaría de Salud, donde somos inoculados con Pfizer-BioNTech y con una segunda dosis a mediados de febrero. Por un amigo conseguí otro apoyo de la asociación Fundación Tzu Chi, donde nos dan el equipo para las áreas de COVID-19, batas, cubrebocas y caretas, que se entrega en el área mencionada, al igual que a Trabajo Social, a familiares de los pacientes y al personal de intendencia.

Así, la pandemia me ocasiona serias repercusiones en mi salud física y mental. Ante la muerte tenía mucho temor, escalofríos recurrentes cada vez que entrego un cadáver. Viví un estrés muy alto, sin embargo, realicé mis actividades aun con carencias. A pesar del estrés y el miedo siempre tenía en mente “debo estar bien para mi familia”. Mis padres son mayores de edad y tengo cinco hermanos, porque al trabajar en una institución de salud tenía más probabilidades de contagiarme y de contagiarlos. Me tuve que aislar, dejé de ver a mis cinco hermanos, a mis sobrinas y sobrinos durante año y medio, para quienes he sido la hija, hermana y tía ejemplar, que siempre me ven como héroe porque siempre han contado con mi apoyo.

La familia representa la unión, por lo que yo no podía derrumbarme en ningún momento. Por tanto, trate de mostrar una conducta ejemplar para ellos. En varios momentos de la pandemia estuve tentada a renunciar porque para jubilarme aún no tengo la edad. Tuve que tomar terapia porque ya no podía manejar mis emociones, sumado a una pérdida personal.

Desde la aparición de la pandemia he tenido una pregunta constante acerca de nuestra disciplina: ¿Cuál es el papel que le corresponde al Trabajo Social en

momentos de emergencia social? Creo, sin lugar a duda, que la intervención de Trabajo Social debe estar cimentada en contribuir al bienestar integral de las personas en programas de salud y actividades sociales, educativas, contempladas en normas, protocolos de atención y, por ello, debe ser parte indispensable del equipo multidisciplinario de salud.

Sin olvidar que para lograrlo debemos tener salud física, mental y espiritual; mostrando siempre empatía y satisfacción por lo que hacemos; sonreír a las y los pacientes y sus familiares. Así como tener compromiso laboral, de apoyo, reconocimiento, aprendizaje y valoración. Debemos plantearnos el reto de lograr el equilibrio entre la mente, el cuerpo, nuestras emociones y el espíritu.

### A MANERA DE REFLEXIÓN

La pandemia ha afectado todos los ámbitos de desenvolvimiento de las personas: salud, economía, educación, el aspecto social y el cultural. Es un evento público, extraordinario, de notable intensidad y dramatismo que ha generado un gigantesco e inevitable impacto en todas las dimensiones vinculadas con las condiciones de vida y el bienestar de las personas, de las comunidades y de las sociedades.

Lo que al principio es una crisis sanitaria se convierte en una crisis institucional generalizada, tanto del Estado como del sector privado, de las organizaciones de la sociedad civil y no sólo dentro del sector salud, sino en todo el aparato de servicios y campos de intervención social. Entre otras muchas cosas:

- Ha evidenciado un sistema de salud precario y un servicio hospitalario endeble e improvisado, producto de décadas de abandono y poca inversión, en el que se ha dejado de lado la medicina preventiva por priorizar la atención médico-hospitalaria. De ahí que nuestra población, a diferencia de otros países, presentara mayor vulnerabilidad frente al COVID-19. Bien lo señala Hernández (2021) “para explicar la evolución de la pandemia de enfermedad por coronavirus en México deben tomarse en consideración, entre otros aspectos, las condiciones de salud de la población previas a la pandemia, caracterizadas por una alta prevalencia de enfermedades crónicas; la existencia de regiones y grupos sociales altamente vulnerables por su condición socioeconómica, y la capacidad de respuesta institucional para el cuidado de la salud antes y durante la pandemia” (p. 7).
- Ha generado afectaciones económicas sin precedentes: cierre de centros de trabajo, incremento de proveedores económicos sin empleo, cierre de centros educativos, de cuidado de menores de edad y espacios de esparcimiento.

- Ha causado una enorme transformación de los roles y dinámicas familiares y, con ello, el desgaste de los sistemas familiares: incremento de la carga de trabajo de las labores del hogar y del cuidado de las y los hijos, personas haciendo *home office* y al mismo tiempo cubriendo tareas escolares, cuidando de hijas e hijos pequeños o enfermos y atendiendo a personas mayores. Asimismo, el aislamiento y la convivencia más prolongada entre las personas en espacios reducidos han hecho posible que las violencias se incrementen.
- Ha ocasionado serias afectaciones socioemocionales: presencia de estrés, angustia, miedo, ansiedad; emociones completamente justificadas. Primero, por la cantidad inmensa de información (real y falsa), mitos y verdades que los medios de comunicación difundieron del virus SARS-CoV-2 y de la remota llegada de una cura o tratamiento efectivo. Y, en segundo término, por el temor a morir o ser testigos de muertes cercanas. De igual manera, por los millones de personas que fallecieron y por la frustración personal y profesional de saber que muchos sistemas familiares no tuvieron la oportunidad de elaborar un adecuado duelo.

A pesar de todos estos efectos, también me dejan importantes aprendizajes, entre ellos:

- Las personas, todas, no importando el grupo etario al que pertenecemos ni el espacio geográfico que habitemos, debemos realizar un ejercicio de fondo que nos permita recuperar el sentido de la vida, que nos ponga a pensar seriamente sobre el devenir de la propia humanidad. Que nos cuestione hacia dónde queremos ir y en qué condiciones pretendemos llegar.
- Como integrantes de una sociedad debemos exigir que se cumpla el derecho de contar con un sistema de salud libre de todo daño: personalizado, continuo, oportuno, de calidad y acceso equitativo.
- Debemos continuar con nuestras medidas sanitarias de cuidado. Comprometernos a mejorar nuestros hábitos alimenticios y físicos, así como poner especial atención a nuestra salud mental. Es tiempo de aprender a desarrollar una actitud activa y responsable respecto de nuestra salud, con mayor implicación y compromiso.
- Como disciplina de Trabajo Social nos corresponde realizar un análisis serio y profundo acerca de las funciones que desempeñamos en el área de la salud y, en particular, de nuestra actuación en la pandemia, para que identifiquemos nuestras áreas de oportunidad y trabajemos en ellas.

En resumen, esta pandemia que tanto nos ha afectado e interpelado debemos asumirla como una seria experiencia para identificar y desarrollar nuevos aprendizajes,

nuevas habilidades y competencias para superar la adversidad actual y para motivarnos a generar recursos para que a futuro podamos afrontar de una mejor manera un fenómeno mundial similar.

Por último, debemos aceptar que esta pandemia no se ha erradicado. Más aún, hasta la fecha no tiene cura ni tratamiento específico y, lo más importante, que no será la última que como sociedad viviremos.

## REFERENCIAS

- Escudero, X., J. Guarner, A. Galindo, M. Escudero, M.A. Alcocer y C. Río (2020), “La pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): situación actual e implicaciones para México”, *Archivos de Cardiología de México*, 90: 7-14.
- García, E. (2020), “El COVID y su tratamiento político en México”, *XVI Seminario Internacional de la FIAAIINAPE*, <[fiaaiinape.org/web/images/documentos/seminarios/xvi\\_seminario/Mxico-Enrique\\_Rabell.pdf](http://fiaaiinape.org/web/images/documentos/seminarios/xvi_seminario/Mxico-Enrique_Rabell.pdf)>.
- Hernández Bringas, H. (2021), “COVID-19 en México: un perfil sociodemográfico”, *Notas de Población*, <[repositorio.cepal.org/handle/11362/46557](http://repositorio.cepal.org/handle/11362/46557)>.
- Suárez, V., M. Quezada, S. Ruiz y E. De Jesús (2020), “Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020”, *Revista Clínica Española*, 220(8): 463-471.

# TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ” ANTE LA PANDEMIA

*Virginia Emilia Fajardo Martínez*

## INTRODUCCIÓN

Hablar sobre la ética de Trabajo Social ante la pandemia, durante la “tercera ola del virus”, cuando muchos de nosotros hemos perdido amigos entrañables y familia cercana, otros con contagios de gravedad, de modo leve o incluso asintomáticos el impacto emocional es grande por el cúmulo de recuerdos que se agolpan en la mente. El miedo, la incertidumbre y el temor son, todos, sentimientos que han llenado nuestras vidas en los últimos tres trimestres de 2020.

El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud declara emergencia de salud pública a escala mundial por el nuevo virus SARS-CoV-2, de la familia de los coronavirus, en este caso COVID-19. En México, el 30 de marzo de ese año se publica en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) el “Acuerdo por el que se declara emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)”, y, un día después, ante la posibilidad de un mayor número de contagios, se declara alerta nacional y se publica en el DOF el diverso “Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2”, Así, inicia la contingencia sanitaria con varias acciones que se implementan, como *home office*, escuela en casa, cierre de actividades “no esenciales”, periodos de descanso programados en todas las instituciones de salud, entidades gubernamentales y públicas, así como para la sociedad en general, con la intención de proteger a las personas más vulnerables por edad o enfermedad.

En el mismo mes y año el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, por indicaciones de la Secretaría de Salud, se convierte en Hospital COVID, adaptando áreas de atención a pacientes con SARS-CoV-2, lo que acrecienta la angustia en toda la plantilla. El contacto directo con los padres de los pacientes con padecimiento por COVID-19, así como la necesidad inherente de proteger la propia salud genera incertidumbre, miedo y angustia en el personal de Trabajo Social, con el consecuente estrés. “Incertidumbre que expresa un sentimiento generalizado de preocupación en la población. Por un lado, este sentimiento se vincula a una situación incierta, propia del contexto de pandemia, que es indefinida y que no permite planificación” (Johnson *et al.*, 2020). La incertidumbre trae consigo sentimientos de impotencia, desconcierto y angustia. El miedo al contagio crece día a día, pues no

se tiene control sobre la situación que se vive, “la incertidumbre debe ser comprendida también vinculada a las consecuencias sociales y económicas que supone la medida del aislamiento para la vida cotidiana, social y laboral” (Johnson *et al.*, 2020).

Ante tal situación se solicita a las autoridades laborar por equipos de trabajo, con un periodo de descanso, entre uno y otro grupo, de dos semanas. El 31 de marzo de 2020 se comienza a laborar con esa dinámica por grupos de trabajo. Ni la jefatura ni el personal auxiliar de la misma tomamos descanso, priorizando la atención integral del paciente y su familia, con sus especificidades y necesidades sentidas. Lo anterior, a partir de la realidad y el contexto social que se vive y nos ocupa. Sin perder de vista el duelo ante la posible disminución de la salud de manera inesperada, además de la preocupación por la seguridad no sólo de los hijos y familiares del paciente, sino de los propios. Todo lo anterior hasta hoy día persiste en usuarios y personal de salud.

Por cuestión de comorbilidad por enfermedades hipertensivas, diabetes, insuficiencia renal, VIH, cáncer, tuberculosis, EPOC y asma, así como por edad se otorga contingencia de tiempo para resguardo en casa, conforme a lo indicado en el Diario Oficial de la Federación y previa evaluación médica, a catorce profesionales en Trabajo Social por cinco meses, laborando en equipos de trabajo de 26 a 27 trabajadores sociales hasta agosto de 2020. El primer día de ese mes regresan a laborar ocho personas y en marzo de 2021 se reintegra todo el personal del Departamento. Para un retorno seguro, y garantizar su protección, se realiza una presentación electrónica por parte de la jefatura para que el personal se capacite previamente para poder regresar a laborar.

Un reto adicional que se enfrenta es que ningún hospital cuenta con equipo de protección personal (EPP) suficiente y, otro más, que no estamos acostumbrados a utilizarlo de manera cotidiana, por ende, desconocemos el uso correcto de cada implemento. Para solucionar lo primero, la Institución recibe donativos de todos lados, en especial de las asociaciones y fundaciones que, históricamente, han ayudado a los pacientes en el tratamiento médico. Así, se subsana la necesidad primaria del EPP que se requería; asimismo, internamente se realiza la capacitación para el adecuado uso de la máscara o el cubrebocas, los *goggles* de seguridad y la careta de protección. La Institución, a través de las subdirecciones y jefaturas, distribuye el equipo entre todo el personal y ya se tiene instrumentada la capacitación para su adecuado uso.

En abril de 2020 se inician los cursos de capacitación para conocer más acerca del COVID-19, así como sobre la prevención, el cuidado y autocuidado. Pese a que los profesionales en Trabajo Social promovemos de forma constante el autocuidado y que somos expertos en educación social en salud, comienzan los conflictos entre lo personal/individual y lo profesional/institucional. A nivel personal se tiene franco deseo de proteger la propia salud y la de los nuestros; mientras que en el ámbito institucional se tiene el interés de ayudar a quienes requerían de nuestra intervención,

[...] exponer los dilemas éticos del quehacer profesional a la hora de intervenir en el campo del trauma social, donde se encontraron dilemas frente a la relación con la institucionalidad, porque los trabajadores sociales establecen que los intereses o lineamientos institucionales en ocasiones van en contra de los principios éticos profesionales o en su defecto no contribuyen a la comunidad, lo que se convierte en una intervención que no es integral, lo que genera frustraciones a nivel laboral (Acero *et al.*, 2019).

Por tanto, la Institución establece grupos de ayuda personal y un número telefónico, *Call Center* (Centro de Atención Telefónica), ambos dirigidos y atendidos por profesionales en salud mental sin costo para los empleados, con la finalidad de ayudar a manejar situaciones emocionales ante la pandemia, como angustia, enojo, miedo, etcétera.

Se establece una unidad de toma de muestra y detección de COVID-19 para los empleados, con la finalidad de detectar oportunamente el virus, enviar al trabajador a su unidad médica, si así correspondía, o al aislamiento en su hogar, para evitar el contagio en la Institución y promover la recuperación en vigilancia en su domicilio. Para los pacientes programados también se establece una unidad de toma de muestra y detección de COVID-19, para que sean examinados y se determine si ingresan o no a sala de hospitalización y lo mismo en urgencias.

El trabajo para el Departamento disminuye considerablemente en consulta externa, y se mantiene cerrada por cinco meses, no así en hospitalización donde seguimos laborando al mismo ritmo, lo que provoca carga de tareas al estar trabajando por equipos.

En septiembre de 2020 la jefatura de Trabajo Social presenta un proyecto ante la Dirección General denominado “Retorno Seguro al Trabajo”, en el que se propone realizar una plática con diapositivas para que el personal del Departamento sepa qué hacer y cómo hacerlo en el momento en que se reincorporen a laborar. El proyecto es aceptado y se envía al grupo de WhatsApp de Trabajo Social. Por otra parte, la Institución realiza un curso general para todos los empleados del Hospital y en el que participan todas las disciplinas, ya que es requisito indispensable para poder reincorporarse a laborar. En estas situaciones, nuestros principios éticos pueden servir de brújula para guiar las deliberaciones. Es importante tener en cuenta el principio ético que señala: los trabajadores sociales deben ser conscientes de las situaciones que pueden amenazar su propia seguridad y protección, y, por tanto, deben tomar decisiones sensatas en tales circunstancias.

Durante la pandemia tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) indican que el COVID-19 es altamente contagioso, pero las prácticas preventivas pueden reducir sus posibilidades de contraerlo y también proteger a quienes lo rodean.

Los y las trabajadoras sociales tienen el deber de tomar las medidas necesarias para cuidar de sí mismos profesional y personalmente en el lugar de trabajo, en su vida privada y en la sociedad. La pandemia nos ha llevado a escenarios que no hubiésemos imaginado nunca. Nos hemos amoldado a las nuevas circunstancias y hemos aprendido protocolos de protección personal contra el virus, lo que nos ha llevado a generar un gran estrés. El contacto cara a cara deja de ser un modo importante para comunicarnos, por lo que nos auxiliamos de equipos electrónicos para acercarnos, en lo profesional, al familiar del paciente hospitalizado, así como, en lo personal, a nuestra familia y, en lo laboral, al compañero de trabajo. Desde el inicio de la pandemia hemos lidiado con la toma de decisiones que implican un compromiso ético y moral. Nos encontramos entre “lo que tengo que hacer para acercarme a la realidad social de la familia del paciente” y el “tengo que protegerme para no contagiarme”; en otras palabras: “Necesito acercarme, pero quiero alejarme”.

Hay que tener claro que el SARS-CoV-2 no va a desaparecer, estemos vacunados o no. Nosotros, trabajadores sociales, sin ubicarnos al frente de la batalla o en la primera línea de acción en nuestra institución, somos quienes estamos dando la alerta de las necesidades sociales que han surgido a partir del primer brote en nuestro país el 27 de febrero de 2020. Nunca como hoy nuestros hospitales y los diarios de circulación nacional han estado tan repletos de situaciones de maltrato, violación, abuso de los derechos humanos, etcétera. Trabajo Social se encuentra en la primera línea de acción para atender la pandemia social que ha desatado el virus.

La pandemia COVID-19 inicia como una situación extraordinaria que ocurre en un país lejano, para luego ser una enfermedad que compromete la subsistencia de individuos, familias, comunidades y economías a escala mundial, y México no es la excepción. Hoy entendemos que el virus nos coloca ante nuevas formas de vida, constituciones familiares, sociales y políticas; el SARS-CoV-2 ha llegado para quedarse y transformar el modo de relacionarse con el otro en todas las sociedades.

A partir de ahí se escribe una nueva era del Trabajo Social en el área de la salud. La frase “quédate en casa” forma parte de nuestro discurso cotidiano, como nuestra responsabilidad individual y colectiva para la prevención y evitar así que el virus se propague y contribuir a romper la cadena de transmisión desde nuestro hacer social, “los sentimientos de empatía, solidaridad y conciencia social aparecieron como una constante” (Johnson *et al.*, 2020).

Para disminuir la tensión, terminan las entrevistas cara a cara con los familiares de los pacientes para hacer uso de las TIC en la interacción con el otro, ya que es esencial y refleja la estrategia del Trabajo Social de adaptarse rápidamente a los desafíos. Se ha hecho todo lo posible para que los profesionales de Trabajo Social no



se contagien del virus, por lo que se les proporcionan herramientas para evitar la enfermedad, tales como cursos de capacitación, EPP, apoyo psicológico, etcétera. En el caso de los dilemas éticos en el campo profesional y más en el laboral los trabajadores sociales se ven enfrentados no sólo a las lógicas del contexto y la población con la que intervienen, sino que las lógicas y lineamientos institucionales y el contexto personal también afecta, en parte, el quehacer, lo que genera frustraciones o desgaste tanto físico como emocional que se refleja en la intervención.

Dentro del abordaje social los procesos de intervención son cada vez más conscientes y objetivos. El trabajador social se enfrenta al dilema de decidir entre actuar de manera ética o no, y

[...] es contradictorio porque la autorreflexión tiene que ver con la capacidad de revisarse a sí mismo y las acciones que se llevan a cabo de tal forma que algunos profesionales en el discurso mantenían unas lógicas y en su accionar podían tener otras que no eran tan afines con el discurso. Otro dilema ético estuvo en la definición de límites de acción porque en ocasiones el profesional estaba entre: me entrego totalmente a la intervención y me centro en el sujeto y sus necesidades, o me centro en sólo llevar a cabo acciones que estén enmarcadas en lógicas operativas o me vuelvo más rígido y establezco unas pautas que se cierran al reconocimiento del otro como sujeto de tal forma que me centro en mí mismo como profesional (Acero *et al.*, 2019).

Al estar expuestos rutinariamente a riesgos múltiples, es esencial comprender que el autocuidado es una parte estratégica de la cotidianidad.

Aunque nos sentimos más informados y preparados, este virus al que nos hemos enfrentado sigue latente; por un lado, frente a nuestra interdependencia global y, por otro, al reconocer nuestra vulnerabilidad. Nos enfrentamos a lo que somos y en cómo pensamos hoy a partir del COVID-19. Somos seres necesitados, la individualidad y el individualismo acabará con nosotros. Este sentimiento se vincula a una situación incierta, propia del contexto de pandemia, que es indefinida y que no permite planificación; estamos dando valor a todo aquello que hacíamos y teníamos, como la independencia y libertad en contraste con las limitantes y el encierro que genera la pandemia.

COVID-19 nos ha enfrentado al dilema profesional de actuar inmediatamente y de protegerme por razón personal. Nos ha enfrentado con el ser y el deber ser y, en igualdad de circunstancias, cualquiera de las respuestas positivas o negativas en los dilemas éticos planteados será buena, pero tendrá consecuencias a las que quizá no nos queremos enfrentar.

## CONCLUSIÓN

Trabajo Social es una de las profesiones de primera línea en lo social, dando la voz de alarma de las necesidades sociales y respuesta a las situaciones que han surgido a partir del SARS-CoV-2. Queda señalado plantear los nuevos escenarios que la situación mundial actual generará en un futuro próximo, ya que las formas de convivencia han cambiado.

La intervención social con pacientes y familias se realiza a distancia, pero el seguimiento de caso nos mantiene muy de cerca, evitándose, de esta manera, deshumanizar a la institución y a nuestra labor diaria, promoviendo y contribuyendo a desarrollar habilidades interpersonales en todo el entorno, para proporcionar atención de calidad, realizando entrevistas con padres y/o cuidadores primarios con un acercamiento poco común pero útil que ha permitido que la atención de nuestros pacientes y sus familias sea integral. No se puede desarticular la salud pública de las necesidades primarias, somos personal apto, capacitado y sobre todo experto, que hace del quehacer profesional la actividad más sustentante y de mediación entre usuarios y el instituto en el que se labora.

Cuando pase la pandemia tendremos que dar respuesta a la crisis social que se avecina, ya que el encierro ha provocado un crecimiento en las cifras de pobreza, precariedad económica, desempleo, desigualdad de oportunidades, violencia contra las mujeres y contra la infancia, racismo, xenofobia y exclusión social, lo que genera vulnerabilidad. El aumento de la violencia intrafamiliar y de género, las farmacodependencias de manera inimaginable también exigen respuesta. Aquí el dilema ético debe tener una convergencia, cuidarnos y cuidar al otro porque somos seres humanos, tenemos temores, generamos angustia, nos enfermamos y también nos contagiamos, porque en esta nueva forma de vida debemos seguir uniendo esfuerzos y superar los miedos.

Para finalizar, en el quehacer profesional de los trabajadores sociales que intervienen en instituciones de salud se tiene el compromiso de promover acciones resilientes como estrategia de afrontamiento ante la pérdida y fortalecer las prácticas de autocuidado. Los nuevos escenarios nos exigen definir los límites de acción profesional para poder intervenir de tal forma que se responda a la institucionalidad, pero también a las necesidades del usuario sin desconocer el papel y lo que implica ser trabajador/a social. Tenemos un compromiso sobre todo con nosotros mismos, y frente este escenario que ha abierto la pandemia, para seguir fortaleciendo a la profesión y hacerla visible cada día y a cada paso.

Son momentos cruciales para fortalecernos como profesionales, debemos asumir un rol social, humanitario, con los pacientes y sus familias, recordemos que, cómo dijo el *Che* Guevara, “la única lucha que se pierde es la que se abandona”.

## REFERENCIAS

- Acero Robayo, Y., M. García Molina y J. Sánchez Rodríguez (2019), “Quehacer profesional, dilemas éticos y desafíos de trabajadores sociales que ejercen en el campo del trauma social”, <[ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1675&context=trabajo\\_social](http://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1675&context=trabajo_social)>.
- Diario Oficial de la Federación* (2021), “Acuerdo por el que se da a conocer el medio de difusión de la nueva metodología del semáforo por regiones para evaluar el riesgo epidemiológico que representa la enfermedad grave de atención prioritaria COVID-19”, <[dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5624896&fecha=27/07/2021#gsc.tab=0:~:text=JORGE%20CARLOS%20ALCOCER,2%20\(COVID%2D19\)%2C](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5624896&fecha=27/07/2021#gsc.tab=0:~:text=JORGE%20CARLOS%20ALCOCER,2%20(COVID%2D19)%2C)>.
- Johnson, M., L. Saletti y N. Tumas (2020), “Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID- 19 en Argentina”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1): 2447-2456, <[scielosp.org/article/csc/2020.v25suppl1/2447-2456/es/](http://scielosp.org/article/csc/2020.v25suppl1/2447-2456/es/)>.



# TRABAJO SOCIAL: DESAFÍO Y RESPUESTA EN LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19, HOSPITAL DE LA MUJER COMITÁN, CHIAPAS

*Yolanda Pérez Lara  
Alejandra Gabriela Moreno Fernández*

## INTRODUCCIÓN

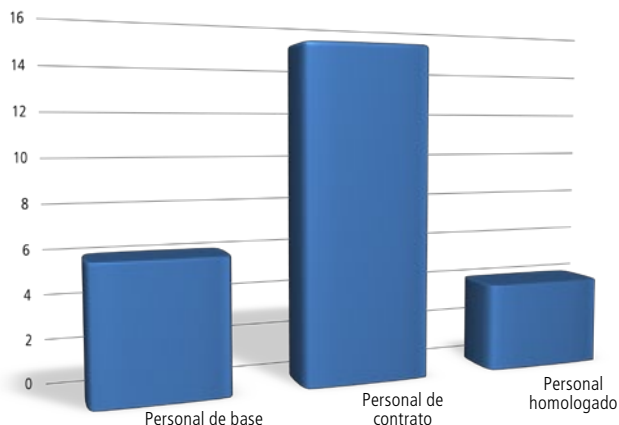
La condición de precariedad en la que se encuentran las instituciones gubernamentales mexicanas no es un secreto; se caracteriza por la insuficiencia de instalaciones, equipo e insumos de protección personal (EPP), así como de recursos humanos profesionales. El personal de salud presenta irregularidad en las condiciones generales de trabajo y asignadas amplias coberturas territoriales para atender la sobredemanda de servicios. Esta condición existente, previo a la pandemia por COVID-19, configura un escenario complejo para la prestación de servicios antes y durante la emergencia sanitaria, lo que se considera tiene implicaciones psicosociales en el personal de salud.

En este capítulo se presentan los resultados del estudio realizado en el Hospital de la Mujer Comitán, en el que se identifican las estrategias e instrumentos de intervención diseñados e implementados por las autoridades y el personal, para responder y atender, oportunamente, la demanda de la población. Asimismo, se analizan las condiciones generales de trabajo y las implicaciones psicosociales en el personal de Trabajo Social. Además, se muestran las condiciones generales de trabajo que prevalecen en la región. En la investigación participan, con entrevistas individuales y grupos de reflexión, 28 trabajadoras/es sociales activos de base, por contrato y regularizados (gráfica 1).

El Hospital de la Mujer es una institución de segundo nivel de atención de la Jurisdicción Sanitaria III de la Secretaría de Salud, ubicado en Comitán, Chiapas, y brinda servicios a niñas, niños y mujeres gestantes que presentan problemáticas y diagnósticos de salud de la mujer y el niño.

Durante la pandemia esta institución de salud no se clasifica como Hospital COVID-19, por lo que no tiene prioridad en el abastecimiento de material y equipo de protección para el personal. En el caso del Departamento de Trabajo Social las autoridades no dimensionan el riesgo de contagio y el argumento es que este servicio hospitalario tiene mínimo o nulo contacto con pacientes con patología COVID-19. Más allá de esta valoración errónea en la atención a la población, que incluye pacientes y familiares, el riesgo está latente.

Gráfica 1. Personal de Trabajo Social del HMC



Fuente: “Información actitudinal emergente del personal de Trabajo Social del HMC durante el periodo junio 2019-enero 2020” (Lara, 2020).

Con las condiciones generales de trabajo preexistentes y la actividad intensa que se genera, el personal de Trabajo Social experimenta desgaste emocional y sobrecarga de trabajo, con implicaciones psicosociales que causan una reducción temporal de la plantilla por contagio e incapacidad por COVID-19. Esta situación evidencia, recrudece y repercute en el desempeño.

Los resultados indican que a pesar de que este hospital es el mejor equipado de la región, frente a esta situación extraordinaria, no cuenta con los recursos necesarios para dotar de equipo de protección personal (EPP) e insumos. Asimismo, se observan otras variables del contexto que son problemáticas para la prestación de servicios, como la responsabilidad de atender a la población de una jurisdicción conformada por los municipios Chicomuselo, Comitán, Frontera Comalapa, Tzimol, Independencia, Socoltenango, Margaritas y Maravilla Tenejapa, así como, por su ubicación fronteriza, a la población centroamericana en ruta migratoria, en particular, de origen guatemalteco, hondureño, salvadoreño y haitiano.

El Hospital tiene 42 camas censables, sin mencionar el número de las utilizadas y habilitadas para efectos de atender en su problemática de salud a pacientes demandantes del servicio, que va desde sillas, sábanas, etcétera, que no son consideradas como censables, más de diez. En los meses de octubre y noviembre de 2021 este hospital registra saturación de pacientes, reportando una ocupación de 50% de su capacidad, lo que limita la recepción de población demandante y referida de otras unidades de la entidad, esto incluye población nacional y extranjera.

A pesar de estas condiciones de trabajo, en dos años el Hospital ha tenido tres responsables de la Dirección, lo cual redundo en un ineficaz seguimiento de acciones y compromisos. El personal da respuesta a la demanda de atención clínica y social desarrollando su trabajo en una dinámica de acción-reacción, al implementar estrategias que integran conocimiento y metodología disciplinar, logrando que su intervención sea pronta y expedita frente a la problemática de salud pública.

El conjunto de acciones disciplinares (metodológicas y operativas), en el desempeño de Trabajo Social institucional realizadas en el Hospital de la Mujer Comitán, desde 2019 hasta la fecha, coincide con categorías que menciona atinadamente Evangelista (2013) respecto a la pericia, que se da en los espacios institucionales donde se concretiza el campo disciplinar en la relación sujetos y metodologías para la praxis.

Lo anterior con la finalidad de llegar a la concretización de las acciones donde reincide la praxis profesional; es decir, la realidad de las acciones en el intervenir cotidiano del trabajador/a social en el campo de la salud según se trate del primer, segundo o tercer nivel de atención. Si bien es cierto que existen ciertas discrepancias en el “querer y hacer”, concurren lineamientos muy específicos que son regulados por la calidad en salud de la Secretaría de Salud, en el ámbito nacional, que vigilan y supervisan el cumplimiento de dichas acciones adecuándolas a la realidad contextual de las necesidades institucionales según sea el caso.

Para el tema que nos ocupa, y con el objeto de validar la trascendencia laboral del Trabajo Social en salud y lo que se aprecia como parteaguas para este desempeño, se considera importante retomar el planteamiento de Evangelista (2013) sobre los pilares profesionales del Trabajo Social. Los pilares profesionales del Trabajo Social son aquellos lineamientos o parámetros sustantivos en los que recae la acción profesional y son medios para dar respuesta a problemas, necesidades, demandas e intereses sociales, a saber:

- Pilar profesional de la investigación, diagnóstico, planeación, gestión, desarrollo, evaluación, sistematización y comunicación de planes, programas y proyectos, modelos o iniciativas sociales (ciclo de vida del Trabajo Social).
- Pilar profesional de la gestión de servicios y beneficios sociales.
- Pilar profesional de la relación con los sujetos sociales: impulso a procesos de educación, participación, organización, empoderamiento y resignificación social (Evangelista, 2013).

## ESTRATEGIAS E INSTRUMENTOS DE INTERVENCIÓN

Durante la pandemia la demanda de servicios de salud plantea nuevos retos para los profesionales de la salud.

En el caso del quehacer profesional de Trabajo Social la atención a la población en una emergencia sanitaria es un hecho extraordinario que se suma a las condiciones existentes en el sector y en cada institución.

En particular, como se ha señalado, en el Hospital de la Mujer Comitán el constante cambio de responsables de la Dirección del Hospital redundaba en un ineficaz seguimiento de acciones y compromisos. Sin embargo, el personal da respuesta a la demanda de atención clínica y social en una dinámica acción-reacción, para implementar estrategias que integran conocimiento y el logro de los objetivos planteados en el Trabajo Social de casos y su seguimiento. Lo cual implica el dominio metodológico para desempeñar las funciones de sistematización de la información de diferentes procesos y sus acciones: la atención a pacientes, la cuantificación de población referida y contrarreferida, el control de pacientes enviadas a casa materna, la capacitación a población usuaria, el control de pacientes vulnerables, los censos de control de referencias recibidas y rechazadas, así como los informes mensuales de actividades y de pacientes código rojo, además de los reportes al Ministerio Público, la identificación e implementación de protocolo a pacientes que presentan Norma 046 (violentadas), el informe o realización de protocolo a casos de defunción y la elaboración de constancias de incapacidades, por mencionar algunas (tabla 1).

Tabla 1. Trabajo social de casos

<i>Métodos</i>	<i>Cuantitativo y cualitativo</i>
Técnicas	Observación Entrevista estructurada y semiestructurada Encuestas
Procesos de Trabajo Social involucrados	Diagnóstico social Diseño de intervención-programación Evaluación
Instrumentos	Estudio socioeconómico Flujogramas Manual de procedimientos de Trabajo Social Concentrado de la información mensual de Trabajo Social Videos y fotografías Directorios de autoridades en salud Compilación jurídica en materia laboral y de Trabajo Social Concentrado de referencias recibidas y enviadas Concentrado de pacientes enviadas a casa materna Concentrado de certificados de defunción Concentrado de traslado de cadáveres

Fuente: elaboración propia a partir de la “Guía de manejo de cadáveres por COVID-19 (SARS-CoV-2)” (2020) y del “Manual de procedimientos de Trabajo Social del Hospital de la Mujer” (2020).



Otra acción relevante es el manejo emergente de donaciones de material y equipo de instancias privadas y estatales, gestionadas por personal de Trabajo Social, y, además, los de la Secretaría de Salud: “A la fecha se ha proporcionado al personal operativo EPP (cubrebocas, batas, botas quirúrgicas, jabón, gel antibacterial, etcétera); el demás equipo es adquirido de forma particular por personal frente a paciente y administrativo (gorras, pantalla, filipina, lentes protectores), con aportación anual que se otorga al personal de salud anualmente [insuficiente]” (SSA *et al.*, 2020).

Respecto a las características de la atención en su dimensión metodológica se implementa un protocolo universal denominado para “población abierta”; es decir, sin distinción, sin contar con afiliación de atención médica institucional, sea cual fuere la patología (propias de la mujer y el menor) que se presente, la población es atendida e ingresada, si amerita el caso, hospitalizada, por horas o días hasta que no se descarte o corrobore el diagnóstico de COVID-19 mediante el estudio PCR (prueba rápida del COVID-19), y, posteriormente, aplicada de manera emergente (margen de factibilidad).

Durante la atención existe el riesgo de que el personal sea contagiado por el paciente o por familiares, a los que está expuesto hasta no contar con un diagnóstico (positivo o negativo a COVID) a través de la prueba rápida. Asimismo, y posterior al resultado del estudio, el/la paciente recibe atención desde el ingreso al Hospital por parte del equipo multidisciplinario de salud de primera línea, incluyendo a trabajadores/as sociales, quienes son el primer contacto con los pacientes y familiares, y el tercero después del servicio médico y de enfermería.

Si la prueba es positiva a COVID-19, en un lapso de estudio de término natural, el laboratorio envía resultado después de 24 horas y se procede a enviar al paciente para su atención especializada, si hay espacio a la clínica COVID-19 de esta ciudad o en caso contrario a donde haya lugar en el estado o fuera de él. Situación compleja, sin duda, para todo el personal y en particular para el gremio de Trabajo Social, sujeto de este estudio.

Asimismo, se ha implementado una Red de Apoyo Interinstitucional con todas y todos los trabajadores de la Jurisdicción Sanitaria III y autoridades del ámbito estatal (incluyendo al secretario de Salud en el estado de Chiapas), con la finalidad de dar seguimiento a la atención de pacientes que la requieran continuar en otra unidad de salud (exaltando la importancia del Comité de Referencia y Contrarreferencia, labor principal en la Secretaría de Salud por parte de Trabajo Social).

De esta manera, el Comité de Referencia y Contrarreferencia ha visibilizado la importancia y el papel fundamental de la/el trabajador social en salud, que en este momento coyuntural ha adquirido relevancia significativa y aporte disciplinar de calidad y calidez e histórico en la salud de la frontera sur y sus alrededores.

En el desempeño profesional de Trabajo Social existen dos desafíos, el dominio teórico y metodológico, así como mantener, lo que se puede llamar, la esencia que

caracteriza a trabajadores/as sociales y que consiste en exaltar la sensibilidad humana, comprensiva, mediadora y profesional que arroje al paciente, que se manifiesta en momentos que requieren de infinita sensibilidad ante la vulnerabilidad, como en los casos de defunción y la entrega del cuerpo de pacientes, que se apoya en la “Guía de manejo de cadáveres por COVID” de la Secretaría de Salud, que a la letra dice:

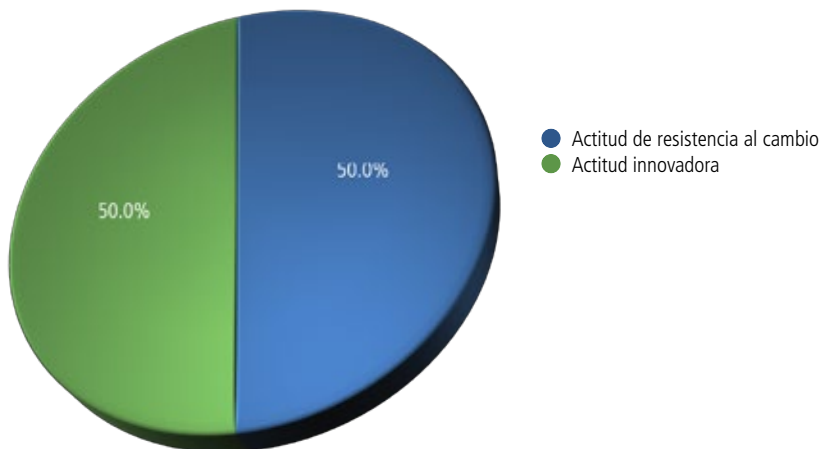
1. Restricción de acceso a hospitales y acompañamiento de familiares con el paciente grave que fallece, puede incrementar la pena por falta de cierre del proceso de duelo. Es por ello que la Institución deberá determinar a un integrante del equipo de salud para que mantenga la comunicación permanente con la familia.
2. Es importante para el personal de salud tener la sensibilidad de identificar las condiciones por las que estará pasando el familiar, que incluye, además de la pérdida del ser querido, tener compromisos económicos, laborales, de organización familiar, etcétera, que complican aún más la experiencia que están viviendo.
3. Se sugiere que Trabajo Social explore posibilidades de apoyo y guía de los deudos, así como facilitar el proceso de recepción y entrega de cadáveres de manera oportuna. De igual manera, en caso de ser posible, referir al familiar que lo requiera al equipo de salud mental institucional para soporte, asesoría sobre el manejo del cadáver, duelo y seguimiento.
4. Respetar la decisión de los familiares de ver el cuerpo si así lo solicitan, después de su extracción de la sala de aislamiento.
5. Riesgo de infección para las personas que entren en contacto directo con ellos, por lo que deben ser manejados según lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas, además de considerar el respeto por la dignidad humana en el tratamiento de los cadáveres y la relación con los familiares del fallecido, y se deberá verificar que se sigan las precauciones.
6. Resulta necesario explicar a la familia en términos sencillos la necesidad de no tocar ni besar el cuerpo bajo los conceptos de los mecanismos de transmisión de la enfermedad (contacto y gotas). A la entrega del cadáver, por parte del personal capacitado para ello de la Institución, la familia debe contar ya con un plan de disposición del cuerpo” (SSA *et al.*, “Manejo de cadáveres por COVID-19 [SARS-CoV-2]”, 2020).

Otro reto es implementar la tecnología, como un instrumento de codificación. La sistematización de la información es un requerimiento para registrar y controlar la información cuantificable y generar estadística, verificar la fluidez de

los procesos, la obtención de los resultados y productividad del Departamento de Trabajo Social. Las autoridades exigen dicha automatización, lo que ha venido a conflictuar el desempeño laboral de un porcentaje considerable (50%) del gremio de Trabajo Social que se ha adaptado o bien ha adquirido los conocimientos de sistematización que requieren los nuevos tiempos, ya sea por juventud (menos de cuarenta años) o por una actitud innovadora y abierta a los retos que implica la tecnología.

De 28 trabajadoras/es sociales, 14 muestran actitud reacia al cambio y 14 se han adaptado a la innovación que demanda la actualidad, como se muestra en la gráfica 2.

Grafica 2. Actitud del personal de Trabajo Social



Fuente: “Información actitudinal emergente del personal de Trabajo Social del HMC durante el periodo de junio de 2019 a enero de 2020” (Lara, 2020).

Al respecto, Joaquín Castillo de Mesa menciona:

[...] que es trascendental el uso de la participación sistematizada y que la información es un bien primario en el bien entendido de su orientación de uso: entretenimiento-logro, toda vez que existe en el individuo un déficit-carencia digital generalizado = resistencia/rechazo a capacitarse (Castillo, 2021).

Es decir, que se identifique conscientemente la necesidad e importancia de recibir capacitación para la acción sistematizada, pero, no por ello, dejar de lado la calidad y calidez en la acción del desempeño profesional como trabajadoras/es sociales.

En la actualidad y derivado de esta situación trabajadores/as sociales se han visto “comprometidos” en su quehacer profesional a sistematizarlo; surgiendo así una problemática más, la resistencia al cambio. En específico, la adquisición de conocimientos en programas computacionales y plataformas virtuales, así como la utilización inadecuada del equipo, el manejo impropio del material y equipo, en particular el de cómputo, dando como consecuencia descompostura y problemas con el Internet (mala recepción) para la sistematización de las acciones y ejecución del programa de referencia y contrarreferencia de pacientes.

Esta renuencia al cambio provoca que la función de sistematizar sea una acción no asimilada ni aceptada del todo, es motivo de estrés, omisión, negativa, hasta de somatización. Presentan resistencia al cambio y no se capacitan por cuenta propia o por la vía institucional. Así que, en algunos casos, se les ha capacitado sobre la marcha con programas y plataformas de información.

#### CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO DEL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL

Es de especial interés lo inherente al estatus del personal de Trabajo Social de contrato o eventual que presenta inconsistencia entre el código y la labor desempeñada. En específico, este rubro es denominado de “contrato” y está en periodo de regularización o recodificación”; es una situación contractual pendiente de resolver para el Estado y, por tanto, contemplado en la normatividad laboral referida con antelación, como a continuación detalla Miguel Ensástigue, considerando éste como una realidad contractual prevaleciente en el sector salud de nuestro país hasta el momento:

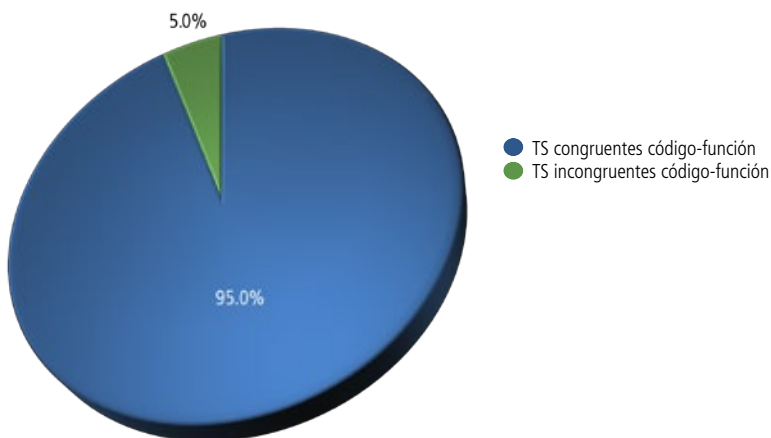
La necesidad de atender la pandemia desencadenó diversas acciones en el sector salud, en el tema de contratación, de acuerdo con una revisión hecha a los datos de la dependencia, el total del personal de salud de base, aquellos que por contrato se consideran inamovibles al interior de la dependencia, se había reducido, pasando de 21 mil 479 trabajadores reportados durante el primer año de gobierno del presidente Andrés Manuel López Obrador, a 15 mil 939 empleados de base en 2021. De acuerdo con información presentada por la SSA, de 2019 a 2021 se recortaron a mil 96 empleados de confianza. Sin embargo, los datos refieren que, en los meses más críticos por el coronavirus, contrario al comunicado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), cuyo contenido planteó que la SSA contaba con recursos suficientes para combatir al COVID-19, se registró un incremento de la plantilla de 22 mil 971 personas con base, que en parte corresponde a las contrataciones de personal médico de todos los niveles. La creación de nuevas plazas para este sector fue autorizada desde el año 2020, con la autorización de la SHCP de 17 mil 210 plazas mediante

la instrumentalización del “Programa de regularización de personal”, incluye otras ocho mil 977 plazas permanentes “necesarias” para los hospitales (Ensástigue, 2022).

Con relación a lo anterior, y en cuanto al tema del personal de contrato convenido en el Hospital de la Mujer Comitán, dichos individuos de contratación se encuentran en periodo de reestructuración en la plantilla de personal de Trabajo Social. Asimismo, se observa cierto desinterés por parte de las autoridades para regularizar la situación, por tanto, es un tema que sigue pendiente en su implementación cabal en este nosocomio de salud. Esta situación que atañe a personal de Trabajo Social de contrato se caracteriza por la inconsistencia entre el código y función profesional, es decir, desempeñan funciones de Trabajo Social y perciben un sueldo con código administrativo que es inferior al de profesional en Trabajo Social. Se considera que es una situación que vulnera su economía y salud frente a COVID-19; asimismo genera inconformidad y redundancia en un desempeño profesional deficiente, “como que me pagan... como que trabajo”, afectando la disponibilidad de recursos humanos para el trabajo ordinario y en tiempos de pandemia. Además, se observa negativa por parte de autoridades a enviar personal suplente, permanente o temporal que cubra las incidencias.

En materia de las condiciones generales de trabajo se evidencia que se requiere una revisión concienzuda por parte de las autoridades y directivos; a la fecha se registran algunos avances en materia laboral, mismos que en la gráfica 3 se presentan como resultado del estudio realizado.

Grafica 3. Congruencia código-función



Fuente: “Información actitudinal emergente del personal de Trabajo Social del HMC durante el periodo de junio de 2019 a enero de 2020 (Lara, 2020).

## IMPLICACIONES PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL

Se sabe que la precariedad de las instituciones de salud es una condición preexistente a la pandemia, como se ha planteado antes, la alta demanda de servicios por la amplia cobertura territorial designada, la insuficiencia de instalaciones, equipo e insumos de protección personal (EPP) y la irregularidad en las condiciones generales de trabajo del personal de salud configuran un escenario complejo en la prestación de servicios, lo que genera implicaciones psicosociales en el personal de salud.

En el estudio realizado con el personal de Trabajo Social del Hospital de la Mujer Comitán los resultados obtenidos confirman la existencia de implicaciones psicosociales: 100% del personal de Trabajo Social manifiesta desgaste emocional a consecuencia del COVID-19, así como sobrecarga de trabajo frente al pago de vacaciones extraordinarias del personal que está al frente de COVID-19. También se registra 10% de ausentismo del centro de trabajo. De igual manera, se identifican otras repercusiones psicosociales que pueden relacionarse con el desempeño del personal (tabla 2).

Tabla 2. Repercusiones psicosociales

<i>Materiales</i>	<i>Humanas</i>	<i>Laborales</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Averío de material y equipo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausentismo por temor a contagio</li> <li>• Contagio por COVID-19</li> <li>• Somatización</li> <li>• Actitud negligente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renuencia a la capacitación continua (específicamente a la adquisición de herramientas de programas y plataformas virtuales)</li> <li>• Apatía</li> <li>• No realización de procesos</li> <li>• Dilación en la respuesta a la acción-reacción de los requerimientos solicitados por la autoridad competente</li> </ul>

Fuente: “Información actitudinal emergente del personal de Trabajo Social del HMC durante el periodo de junio de 2019 a enero de 2020” (Lara, 2020).

### AVANCES: CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO

En la actualidad la situación laboral para el personal del equipo multidisciplinario de salud y en específico el de Trabajo Social, derivada de la experiencia COVID-19, ha sido reveladora. A la fecha se ha llevado a cabo una revisión del desempeño, estatus, derechos y obligaciones del personal frente a contingencias sanitarias.

En retrospectiva, a dos años de distancia la situación en materia de condiciones laborales y generales del trabajo para el personal de Trabajo Social en el Hospital

de la Mujer Comitán se ha subsanado de manera paulatina, así como las acciones contenidas en la normatividad laboral.

Se visibiliza el desempeño profesional de la y el trabajador social tanto en su función preventiva como operativa en salud en el Hospital. Asimismo, se reconoce la importancia de la labor de Trabajo Social mediante una intervención destacada en el sistema de referencia y contrarreferencia en la Jurisdicción Sanitaria III y en el estado, que consiste en la participación dinámica y de manera comprometida de todo el gremio de Trabajo Social estatal involucrando en las acciones sanitarias, así como del secretario de Salud estatal y colaboradores en beneficio de la población usuaria.

En cuanto al personal, 28 integrantes del equipo de Trabajo Social y demás personal del Hospital de la Mujer de Comitán ya cuentan con esquema de vacunación completo a la fecha (Gálvez, 2019).

Además, ya se tiene equipo personal de protección (EPP) y, derivado de la necesidad de atención a pacientes referidos y contrarreferidos, han equipado mayormente al departamento de Trabajo Social.

El personal se encuentra comprometido con su labor a pesar de presentar resistencia al cambio y desconocimiento de herramientas virtuales en 50% de su población. De igual forma, se otorgó al personal que ha estado frente a la pandemia COVID-19 un periodo de descanso extra, como motivación por su desempeño. Asimismo, se ha asignado a las instancias operativas, es decir personal de Trabajo Social jurisdiccional y estatal (hospitales, casas de salud), el bono anual para este gremio, aprovechando el espacio coyuntural de contar con el Reconocimiento oficial del Trabajo Social.

Sin duda, es un momento coyuntural en el que, aprovechando el éxito gremial de contar con un día reconocido como oficial de la profesión (21 de agosto), se gestiona el otorgamiento de “bono anual” para el gremio de Trabajo Social, al que nos sumamos todas y todos en el ámbito estatal, generando la solicitud en el ámbito federal.

Aún falta mucho por hacer, no obstante, se ha avanzado a paso lento pero seguro. En el recuento de los daños, a la fecha, el equipo de Trabajo Social de los diferentes turnos del Hospital de la Mujer Comitán está con vida y ello es muy importante, “mientras haya vida, hay esperanza”.

Existe un número de trabajadores de contrato a quienes se les debe otorgar el código que corresponde a su función, como incumbe a los relacionados con las áreas de trabajos determinados como nocivos, peligrosos, de alto, mediano o bajo riesgo, así como la asignación de las compensaciones sobre el sueldo tabular mensual y demás derechos, por realizar la función de área paramédica, en este caso, Trabajo Social frente a pacientes, ya que hasta el momento no se han dado las condiciones

obrero-patronales ni volitivas por parte de las autoridades, requisito indispensable para que se dé el binomio puesto-funciones.

De acuerdo con la jurisprudencia en materia laboral para efectos de incentivar, estimular, motivar el desempeño de la o el trabajador social en el sector salud se cuenta también con premios, estímulos y recompensas, como se ha mencionado con antelación: “Estímulos anuales a la calidad del desempeño, vacaciones extraordinarias, Reconocimiento Nacional de Trabajo Social en el Sistema Nacional de Salud” (Enríquez, 1995).

Los derechos y obligaciones de trabajadores/as sociales del sector salud están contemplados en los estatutos del derecho laboral, siendo una de sus vertientes la regulación del personal de salud. Por tanto, es de suma importancia que los trabajadores sociales del Hospital de la Mujer Comitán conozcan sus derechos e identifiquen sus obligaciones. Es procedente que se conozcan y demandarlos (solicitarlos), y, sobre todo, hacerlos valer congruentemente con responsabilidad, profesionalismo, aplicando valores propios del Trabajo Social: “respeto, responsabilidad, honestidad, compromiso, igualdad, integridad, lealtad, prudencia, amistad” (Cano *et al.*, 2016).

Aun con los avances adquiridos, nos enfrentamos, a fines de 2021, en el Hospital al cambio de directivos y “a volver a empezar”, derivando en que, en la mayoría de los casos, no se da un seguimiento apegado a los acuerdos establecidos. El personal antiguo se acomoda en el confort, con el bien conocido lema “los directivos vienen y se irán, y nosotros seguiremos”, satanizando así a las autoridades que implementan directrices conforme a la normatividad, y con una actitud conformista esperan, pacientemente, el momento en que sea removido ese directivo que quiere actuar conforme las Condiciones Generales de Trabajo y, de ese modo, seguir con su actitud apática (como acontece en este momento). Ello repercute en una pausa y, en caso extremo, hasta en retroceso en los procesos, y el gremio de Trabajo Social no es la excepción.

Por tanto, se sugiere dar seguimiento, por parte o partes interesadas, a la revisión y aplicación en materia laboral, recursos humanos y administración para redundar en congruencia entre código y función de trabajadoras/es sociales que ahora mismo están colocados en las líneas de acción ostentando un código administrativo diferente a la función real; situación un tanto complicada, toda vez que las autoridades aún no han realizado las adecuaciones pertinentes en el profesiograma y derivado del programa de reestructuración.



## CONCLUSIONES

Se considera de importancia concluir este ensayo con ciertas anotaciones en materia laboral, porque los avances han ido subsanando, paulatinamente, las acciones encaminadas a evidenciar y corregir la situación inequitativa para con el gremio de Trabajo Social en el Hospital de la Mujer Comitán, conforme a los estatutos laborales de la y el trabajador social, y que están contemplados en la normatividad respectiva. Toda vez que estos derechos han sido omitidos por desconocimiento del propio trabajador o por los directivos, objetando inexperiencia, tanto en derechos como en obligaciones. Y como resultado se han generado acciones conjuntas (directivos y personal) para el abastecimiento de material y equipo, a dicho colectivo de Trabajo Social, registrando en especie y por escrito el papel trascendental de la y el trabajador social frente a la pandemia.

En el equipo multidisciplinario destaca la labor y el respectivo reconocimiento otorgado por las autoridades del Hospital de la Mujer Comitán, así como felicitaciones por parte de la Coordinación de Calidad encargada de verificar el buen cumplimiento de los procesos en salud. Asimismo, se pueden citar los estímulos anuales a la calidad del desempeño, a pesar de que es complejo participar y permanecer vigente en la evaluación continua por un año (a consecuencia de estar sujetos a la evaluación de personal que, en la mayoría de los casos, desconoce los procesos de intervención, metodología propia de Trabajo Social, así como intereses particulares, entre otros). Cabe hacer mención que, en este ejercicio, se invita a concursar a las diferentes disciplinas que conforman el equipo multidisciplinario de salud, ya que está actualizado y estimula al personal a esforzarse en su labor.

En el legítimo interés por encontrar mecanismos para incentivar al personal de salud, se busca elevar la calidad de la atención de los servicios que se prestan a la población, y que es tema del Gobierno federal. Muestra de ello es el Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño, que depende de la Secretaría de Salud, que tiene su origen hace 18 años, y, el más reciente, denominado Reconocimiento Nacional de Trabajo Social en el Sistema Nacional de Salud.

Los retos que han significado la razón de ser es el compromiso de quienes conforman la extensa red de comisiones y comités a lo largo y ancho del país, lo que ha permitido que se consolide como un reconocimiento basado en evidencias objetivas, que año con año busca transparentar su operación.

Si se considera que la evaluación del desempeño de personal nos permite conocer si el desarrollo de las actividades institucionales responde a las necesidades de la población para cumplir las metas establecidas en materia de salud, se observa que este programa constituye una herramienta fundamental en la evaluación de la calidad de

la atención en salud. Para ello, es indispensable crear conciencia en los responsables de la evaluación de la importancia de la objetividad en la misma y la necesidad de que los resultados sean analizados con el trabajador de manera conjunta y que se perciba como una realimentación a su actividad, y no como una mera acción punitiva o acusatoria en que se destaquen las fallas en lugar de las acciones para favorecer la calidad en la atención (Enríquez, 1995).

Derivando en acciones conjuntas en pro de las condiciones laborales que beneficiarán al personal de Trabajo Social en el ámbito jurisdiccional, estatal y federal, lo que redundará e impactará en la atención de la población usuaria.

En relación con los avances en materia de las condiciones generales del trabajo se rescata lo siguiente: la satisfacción gremial por la gestión que, de manera propositiva y metodológica, mediante diversas acciones sistematizadas, logra su cometido, no sólo con el abastecimiento de recursos de protección al personal de Trabajo Social, sino, además, por el posicionamiento respecto al desempeño de la labor profesional.

## REFERENCIAS

- Cano, L. (2016), “Código de ética de la Escuela Nacional de Trabajo Social”, <trabajosocial.unam.mx/codigo/codigo\_etica\_ents\_2016.pdf>.
- Castillo, J. (2021), “Primer Seminario Internacional en Trabajo Social Digital Latinoamericano (Digitalización, formación profesional y buenas prácticas en tiempo de pandemia)”.
- Enríquez, J. (1995), “Programa de estímulos”, CdMx.
- Ensástigue, M. (2022), “Recorte a cinco mil trabajadores de base en tres años”, <elsol-demexico.com.mx/mexico/sociedad/secretaria-de-salud-recorta-a-cinco-mil-trabajadores-de-base-en-tres-anos-7681417.html>.
- Evangelista, E. (2013), *Desarrollo histórico del Trabajo Social en México*, 1ª edición, CdMx, México: Red de Investigaciones y Estudios Avanzados en Trabajo Social A.C.
- Gálvez, L. (1999), Coordinación de Epidemiología del Hospital de la Mujer de Comitán.
- Hospital de la Mujer Comitán-HMC (2019), “Manual de Procedimientos de Trabajo Social”, Chiapas.
- Pérez, Y. (2020), “Información emergente actitudinal del personal de Trabajo Social del HMC durante el periodo de junio de 2019 a enero 2020”, Comitán, Chiapas.
- Secretaría de Salud (2020), “Guía de Manejo de Cadáveres por COVID-19 (SARS-CoV-2)”, <coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Guia\_Manejo\_Cadaveres\_COVID-19.pdf>.

## DE LAS AUTORAS Y LOS AUTORES

### ALEJANDRA GABRIELA MORENO FERNÁNDEZ

Técnica Académica Asociada “C” Interina y profesora de asignatura en el Programa de Maestría en Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.  
Líneas de investigación: metodologías de trabajo social e intervención social.  
Correo electrónico: a.moreno@posgrado.unam.mx

### BERENICE PÉREZ RAMÍREZ

Profesora-investigadora en la Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.  
Líneas de investigación: discapacidad, espacios de encierro, género y salud mental.  
Correo electrónico: bereramirez@comunidad.unam.mx

### BLANCA PAULINA CÁRDENAS CARRERA

Profesora de asignatura en la Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.  
Líneas de investigación: proceso de duelo, educación y trabajo.  
Correo electrónico: blanca\_paucc@comunidad.unam.mx

### CELESTE LUCERO ROMERO CASTRO

Profesora de asignatura en la Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.  
Líneas de investigación: familia, derechos humanos, desarrollo social y humano.  
Correo electrónico: celestelucerorc@gmail.com

**CLAUDIA YUDITH REYNA TEJADA**

Profesora-investigadora de la Facultad de Trabajo Social,  
Universidad Autónoma de Coahuila, Unidad Saltillo.  
Líneas de investigación: calidad de vida y estilos de vida.  
Correo electrónico: claudiareynatejada@uadec.edu.mx

**FRANCISCO DE LA ROSA ÁVILA**

Trabajador Social en la Unidad Médica Familiar 163,  
Instituto Mexicano del Seguro Social.  
Línea de investigación: promoción y prevención a la salud.  
Correo electrónico: francisco.delarosaa@imss.gob.mx

**GUADALUPE CAÑONGO LEÓN**

Técnica Académica adscrita al Centro de Investigación y Estudios de  
Trabajo Social en Gerontología (CIETSGe) de la Escuela Nacional de  
Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.  
Líneas de investigación: enfoque social de la salud y gerontología social.  
Correo electrónico: guadalupe.canongo@ents.unam.mx

**IRVING VÁZQUEZ CRUZ**

Profesor Asociado “C” de Tiempo Completo Interino, Escuela Nacional  
de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.  
Líneas de investigación: vivienda, comunidad y medio ambiente.  
Correo electrónico: irving.vazquez@ents.unam.mx

**JOSÉ LUIS ALFARO HERNÁNDEZ**

Trabajador Social en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” de  
la Ciudad de México y en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”.  
Línea de investigación: embarazo en adolescentes.  
Correo electrónico: investigaciontsbd15@yahoo.com.mx

**JOSUÉ MÉNDEZ CANO**

Profesor de Carrera de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán.  
Líneas de investigación: calidad de vida, participación y adultos mayores.  
Correo electrónico: josue.mendez@correo.uady.mx

**JULIO CESAR MEDINA ARELLANO**

Titular de la Unidad de Trabajo Social y Relaciones Públicas en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango.  
Línea de investigación: determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.  
Correo electrónico: jmedinaa@uaemex.mx

**KARLA JACQUELINE GUTIÉRREZ ESTRADA**

Jefa del Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.  
Líneas de investigación: familia, salud y derechos humanos.  
Correo electrónico: karlagutierrezestrada@gmail.com

**LAURA SOFÍA CHACÓN GIRONZA**

Docente de Trabajo Social en la Universidad Santiago de Cali.  
Líneas de investigación: intervención social en el área de la salud, políticas públicas y la perspectiva de género.  
Correo electrónico: laura.chacon02@usc.edu.co

**MARÍA DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ CASILLAS**

Integrante del Centro de Investigación y Estudios en Discapacidad y Salud de la Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.  
Línea investigación: salud.  
Correo electrónico: angeles.casillas@ents.unam.mx

**MARÍA EUGENIA MARTÍNEZ VALERA**

Trabajadora Social adscrita al Hospital del Estado de Puebla.

Líneas de investigación: Trabajo Social

Correo electrónico: tsmariamtzv@yahoo.com.mx

**MARÍA SOLEDAD NORMA ARZATE RODRÍGUEZ**

Jefa del Departamento de Trabajo Social del Hospital de Especialidades

“Dr. Belisario Domínguez” de la Ciudad de México.

Líneas de investigación: educación para la salud, sistema familiar y adulto mayor.

Correo electrónico: trabajosocial.beli.dominguez@gmail.com

**MARIBEL MALDONADO PÉREZ**

Técnica Académica Asociada “C” de Tiempo Completo Interina, Escuela

Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.

Línea de investigación: tutoría par y trayectorias escolares.

Correo electrónico: mpmaribel6@gmail.com

**MARLENE BARRAGAN OSORNIO**

Licenciada y maestra en Trabajo Social por la Escuela Nacional de

Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México

Líneas de investigación: teoría y ética del Trabajo Social.

Correo electrónico: marleneob3@gmail.com

**MARTÍN CASTRO GUZMÁN**

Profesor-investigador de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma de Yucatán

y profesor de asignatura en la Universidad Nacional Autónoma de México.

Líneas de investigación: participación, calidad de vida y política social.

Correo electrónico: martin.castro@correo.unady.mx

**NADIA KARINA FRANCO GARCÍA**

Trabajadora Social de área médica, adscrita al Programa de Redes de Apoyo Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

Líneas de investigación: discapacidad, discapacidad psicosocial, sistema penitenciario, salud mental y trabajo social en salud.

Correo electrónico: [karinafragarts@gmail.com](mailto:karinafragarts@gmail.com)

**NATALIA RAMÍREZ MONCADA**

Profesional de apoyo de la Estrategia ASES en la Universidad del Valle, sede Palmira y Asistente de Investigación de la Universidad Católica Lumen Gentium.

Líneas de investigación: intervención social, educación y condiciones laborales.

Correo electrónico: [natalia.moncada@correounivalle.edu.co](mailto:natalia.moncada@correounivalle.edu.co)

**NORMA CRUZ MALDONADO**

Profesora Asociada “C” de Tiempo Completo Interina, Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.

Líneas de investigación: investigación cualitativa, maternidad, trabajo de cuidados, desigualdad social y determinantes sociales de la salud.

Correo electrónico: [norma.cruz@ents.unam.mx](mailto:norma.cruz@ents.unam.mx)

**PEDRO ISNARDO DE LA CRUZ LUGARDO**

Técnico Académico de la Escuela Nacional de Trabajo Social e integrante del Sistema Nacional de Investigadores.

Líneas de investigación: políticas públicas de seguridad; cultura de la prevención de las violencias y la criminalidad; estrategias de atención social y humanitaria con comunidades migrantes; trabajo social interdisciplinar, y desarrollo comunitario sostenible.

Correo electrónico: [pedro.isnardo@ents.unam.mx](mailto:pedro.isnardo@ents.unam.mx)

**REYNA VIGDALIA ZÚÑIGA GÓMEZ**

Trabajadora Social en área médica en el Hospital General de Cuautitlán General “José Vicente Villada” y profesora de asignatura en la Unidad Académica Profesional Huehuetoca, Universidad Autónoma del Estado de México.  
Línea de investigación: determinantes sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad.  
Correo electrónico: rvzunigag@uaemex.mx

**SUSANA ALATRISTE AGUILAR**

Trabajadora Social en el Hospital Juárez Centro.  
Líneas de investigación: educación, enfoque constructivista y conocimientos significativos.  
Correo electrónico: bbpumas\_1998@hotmail.com

**VERÓNICA FERNÁNDEZ FUENTES**

Supervisora de Trabajo Social de segundo nivel de atención en el OOAD Sur de la Ciudad de México, Instituto Mexicano del Seguro Social.  
Línea de investigación: promoción y prevención a la salud.  
Correo electrónico: veronica.fernandez@imss.gob.mx

**VERÓNICA MARTÍNEZ VELASCO**

Coordinadora operativa de Trabajo Social, Secretaría de Salud de la Ciudad de México.  
Líneas de investigación: gestión directiva y planeación estratégica.  
Correo electrónico: veromar0206@gmail.com

**VIRGINIA EMILIA FAJARDO MARTÍNEZ**

Jefe del Departamento de Trabajo Social en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”. Actualmente impulsa proyectos de investigación social que han sido aceptados para Fondos Federales.  
Correo electrónico: virgemil63@yahoo.com.mx



**VIRIDIANA JUDITH GONZÁLEZ ZAVALA**

Responsable de los Asuntos Inherentes a la Subdirección de Atención al Usuario en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (2019-2020) y Trabajadora Social en Área Médica “A” en el Hospital Juárez de la Ciudad de México.  
Correo electrónico: [avaloscerrato@gmail.com](mailto:avaloscerrato@gmail.com)

**VIVIAN ANDREA LADINO MOSQUERA**

Docente de Trabajo Social en la Universidad Católica Lumen Gentium Cali y la Universidad del Valle.  
Líneas de investigación: intervención social, estudios urbanos, participación y organizaciones sociales.  
Correo electrónico: [vivian.ladino@correounivalle.edu.co](mailto:vivian.ladino@correounivalle.edu.co)

**YOLANDA PÉREZ LARA**

Supervisora de Trabajo Social en el Hospital de la Mujer Comitán, Chiapas, Secretaría de Salud, y Coordinadora de Trabajo Social en la Universidad Mariano N. Ruíz Suasnávar.  
Líneas de investigación: mujeres y niños.  
Correo electrónico: [yolandaperez9573@gmail.com](mailto:yolandaperez9573@gmail.com)

*UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO*  
*La intervención encarnada: reflexiones en torno a las experiencias de*  
*trabajadoras/es sociales del Sector Salud frente al COVID-19*

Esta edición se terminó en octubre de 2023.

Su composición se realizó con la familia tipográfica

Janson Text LT STD en 10.5 pts en sus variantes

55 Roman y 56 italic.

Edición digital

# La intervención *encarnada*:

reflexiones en torno a  
las experiencias de  
trabajadoras/es sociales  
del Sector Salud frente  
al COVID-19

El Trabajo Social está enraizado en una espiral dorada. Quienes dedican su vida a esta vocación son como hojas y pétalos que se aferran con tenacidad a su tallo y cáliz, creando así esta forma perfecta. Los tiempos son adversos y extrañas esporas amenazan con ferocidad la armonía de la espiral.

En medio de un reconocimiento gubernamental y social escaso, en un contexto de inestabilidad y precariedad laboral, con limitados recursos materiales a su disposición y la ausencia de acompañamiento y cuidado, las trabajadoras y trabajadores sociales abrazan la incertidumbre buscando condiciones laborales dignas, salarios justos que reconozcan su labor, la profesionalización de su quehacer, herramientas que les brinden contención en tiempos difíciles y que se reduzcan los riesgos que enfrentan, todo ello con el fin preservar la esencia dorada de su espiral y encarnarla.

Octavio Garay

