



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

---

---

**TRABAJO SOCIAL, CERCANÍA, DOLOR Y MUERTE.  
PANDEMIA COVID-19 Y LOS EFECTOS PSICOSOCIALES EN LAS Y  
LOS PROFESIONALES**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

**PRESENTA**

**LAURA LIZBETH OSORNIO MORA**

**DIRECTORA DE TESIS**

**BERENICE PERÉZ RAMÍREZ**



**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., FEBRERO 2024**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A **Dios** por guiarme y darme una maravillosa familia, por colocar en mi vida a las personas correctas, por ser mi consuelo y fuerza, por mostrarme que todo lo que sucede en mi vida es parte del proceso. ¡GRACIAS!

A mi madre **Virginia Mora González** por su gran apoyo incondicional, por su esfuerzo y sacrificio, porque a pesar de todas las dificultades veló por mi bienestar y el de mis hermanas, por darme la mejor herencia: su amor y la educación que me permitieron tener una profesión y guiarme a ser una mejor persona. Gracias por fomentar el deseo de superación en mí, todos mis logros son nuestros. Las palabras y la vida no me alcanzarán para agradecerte lo mucho que has hecho por mí y esta pequeña familia de grandes mujeres. Gracias por simplemente ser la mejor mamá del mundo. ¡TE AMO MAMÁ!

A mi tío **Rodolfo Obregón López** que me dio un hogar y es un segundo padre para mí, gracias por escucharme, protegerme y darme muchas enseñanzas, por su apoyo, comprensión y sus consejos, sin duda es uno de mis grandes ejemplos a seguir. ¡LO AMO Y ADMIRO MUCHO!

A mis hermanas **Jessica, María de los Ángeles y Arely Jazmín**, gracias por ser mis amigas, por estar siempre para mí, por todo su apoyo que directa o indirectamente me han dado para recorrer este camino tan difícil y lograr mis metas, gracias por ser un gran estímulo en mi vida. Seguiremos caminando juntas y arrasando con la vida. ¡LAS AMO MUCHO!

A mi padre **Mario Osornio Cervantes** que, aunque ya no está con nosotras seguro estaría orgulloso de mi madre, de mis hermanas y de mí, de esta hermosa familia de mujeres luchonas que hemos formado. Te mando un abrazo allá en el cielo. ¡TE AMO PAPÁ!

A **Raquel Granados Arias y Jazmín Jiménez Ramírez**, mis mejores amigas y hermanas del alma, gracias por acompañarme en todo este proceso, por escucharme, por compartir mis penas y alegrías, por darme palabras de aliento y ayudarme a seguir adelante. Agradezco a Dios y al universo el haberlas conocido, fue un placer compartir

la universidad y coincidir en esta vida, les deseo el mejor de los éxitos. ¡LAS AMO MUCHO LOVERS!

Un especial agradecimiento a mi tutora de tesis, profesora y amiga **Berenice Pérez Ramírez** por guiarme en todo este proceso, por alentarme a realizar esta tesis, por darme de su valioso tiempo, por sus comentarios, disposición, por escucharme, comprenderme y brindarme la oportunidad de aprender de ella. ¡BERE ERES LA MEJOR!

A mi jurado revisor, la Mtra. **Alejandra Gabriela Moreno Fernández**, Lic. **María de la Luz Rodríguez Rodríguez**, Mtra. **Blanca Paulina Cárdenas Carrera** y Mtra. **Martha Patricia Vargas Pineda**, muchas gracias por su dedicación y sus valiosas contribuciones y observaciones que me ayudaron a enriquecer este trabajo. ¡SON UN GRAN EJEMPLO A SEGUIR!

Gracias a **todos y todas las trabajadoras sociales** del Sistema Nacional de Salud en México, por su arduo trabajo durante la pandemia por Covid-19, por brindar su tiempo y experiencias, que permitieron realizar y enriquecer este trabajo. ¡SON UN ORGULLO PARA ESTA NACIÓN!

Esta investigación fue realizada gracias al programa **UNAM-PAPIIT**, proyecto: “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (IN305021). Gracias al equipo de investigación que me invitó a formar parte de este gran proyecto y al programa por la financiación de una beca económica que me permitió titularme. ¡MUCHAS GRACIAS!

## Contenido

Agradecimientos.....	1
Introducción.....	5
<b>Capítulo 1. Marco teórico.....</b>	<b>8</b>
1.1 La convivencia de las y los profesionales de la salud con el dolor y la muerte de sus pacientes .....	8
1.2 Desempeño profesional de trabajo social durante la pandemia por Covid-19.....	16
1.3 Factores y efectos psicosociales en las y los profesionales de la salud.....	23
1.3.1 Factores psicosociales.....	23
1.3.2 Efectos Psicosociales: Estrés y síndrome de Burnout.....	30
1.4 Duelo: Dolor y muerte.....	35
<b>Capítulo 2. Diseño metodológico .....</b>	<b>46</b>
2.1 Planteamiento del problema.....	46
2.1.1 Pregunta de investigación.....	47
2.1.2 Supuesto de investigación.....	47
2.1.3 Objetivos.....	48
2.2 Diseño de la investigación.....	48
2.2.1 Tipo de investigación.....	48
2.2.2 Población, tipo de población, método de muestreo, tipo de muestreo y tamaño de la muestra.....	49
2.2.3 Técnicas e instrumentos.....	51
2.2.4 Ruta metodológica.....	54
<b>Capítulo 3. Análisis de resultados.....</b>	<b>56</b>
3.1 Características del personal de trabajo social.....	58
3.2 Efectos psicosociales en el personal de trabajo social.....	67
3.2.1 La convivencia del personal de trabajo social con la muerte de pacientes diagnosticados con Covid-19.....	67
3.2.2 La convivencia del personal de trabajo social con el dolor de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familias.....	74

3.2.3 Las emociones y su relación con el dolor físico y emocional que surge en el personal de trabajo social en la atención de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familias.....	80
3.2.4 Implicación emocional y duelo.....	92
3.2.5 Efectos psicosociales que surgen por la convivencia con el dolor y la muerte. Estrés y síndrome de Burnout.....	98
3.2.6 Reflexiones que surgen en el personal de trabajo social por la convivencia con el dolor y la muerte y sus efectos psicosociales.....	104
3.3 Condiciones laborales del personal de trabajo social y estrategias sociolaborales.....	109
3.3.1 Condiciones laborales desfavorables (Factores de riesgo psicosocial o factores psicosociales negativos).....	109
3.3.2 Condiciones laborales favorables que contribuyen a afrontar los efectos psicosociales en el personal de trabajo social (Factores psicosociales positivos).....	115
3.3.3 Estrategias personales y colectivas en el personal de trabajo social.....	118
Conclusiones y propuesta .....	122
Anexos.....	128
Referencias.....	134

## Introducción

Trabajo social junto con médicas/os, enfermeras/os, cuidadoras/es, entre otras/os profesionales de la salud, se encuentra en primera línea de atención frente al Covid-19, desarrolla diversas funciones que implican el contacto directo con pacientes diagnosticados con la enfermedad y sus familias, por lo que son un grupo susceptible, no solamente de contraer el virus de Covid-19 y poner en riesgo sus vidas y las de sus allegados, sino que también a desarrollar diversos efectos psicosociales que afectan su salud física y emocional y, por ende, interfieren en su labor profesional. Debido al aumento de casos y defunciones que se registraron principalmente en el periodo 2020-2021, lo cual incrementó el contacto y las experiencias en torno al dolor y la muerte en su ambiente de trabajo.

El dolor y la muerte son hechos que están presentes en el ambiente laboral de trabajo social, no son exclusivos del personal de medicina y enfermería como existe en la mayor parte del imaginario social. El dolor se define como una experiencia universal, desagradable, sensorial y emocional asociada a una lesión real o potencial que se describe como daño (Pedace, 2018), es subjetivo y solo puede ser descrito por quien lo vivencia en carne propia o de manera cercana (Le Breton, 1999). Por su parte, la muerte que a partir de la pandemia comenzó a verse como un hecho más cercano, se define como la interrupción permanente y general de las funciones clínicamente observables del organismo como un todo y pérdida permanente de la conciencia en todas sus partes identificables (Gert, 1995).

El dolor y la muerte de pacientes son hechos descritos como experiencias muy difíciles e impactantes en el personal de trabajo social, y representan una gran carga física y emocional para las y los profesionales (Benbunan-Bentata et al., 2007). La convivencia con el dolor y la muerte puede producir en el personal sentimientos de tristeza, dolor, impotencia, desmotivación, entre otros (García et al., 2014). También, puede tener efectos físicos como dolor de cabeza, dificultad para conciliar el sueño, pérdida del apetito, debilidad, por mencionar algunos. Estas emociones y efectos físicos si no son atendidos pueden traer consecuencias en la vida personal y profesional de las y los trabajadores.

El ambiente laboral surgido por la dinámica hospitalaria implementada desde el inicio de la pandemia expuso al personal de trabajo social a diversos factores psicosociales negativos, tales como la carga de trabajo física y emocional, horarios expandidos y sin descanso, condiciones materiales y deficientes en el entorno laboral, falta de control sobre el trabajo que se realiza y tensión en los equipos de trabajo. Estos efectos negativos tienen múltiples causas, pero se pueden mencionar: un sistema sanitario precarizado, falta de organización y liderazgo, así como, las propias condiciones coyunturales que representó el arribo del Covid-19. También existen diversos factores en la relación del personal de trabajo social con pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familias que contribuyen en la generación de vínculos significativos que influyen en la implicación emocional del personal.

El contacto con el dolor y la muerte puede generar efectos psicosociales en el personal de trabajo social, como estrés laboral, el cual se define como: “El conjunto de reacciones emocionales, cognitivas y fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo”. En varios textos (García y Gil, 2016; Sánchez, 2017; Vinueza et al., 2020), observamos que dichos efectos se enmarcan en el síndrome de Burnout, el cual se relaciona directamente con el estrés y se define como un síndrome de agotamiento físico y emocional que genera respuestas negativas hacia el trabajo, derivado de un bajo auto concepto y pérdida de motivación e interés del trabajador o trabajadora (Rojas, 2014).

No todo el personal de trabajo social experimenta estos efectos psicosociales, debido a la implementación de estrategias personales y colectivas. Además, de que en su ambiente de trabajo también existen diversos factores psicosociales positivos que contribuyen a afrontar y superar las experiencias dolorosas y de muerte por Covid-19.

Esta investigación se desarrolla en tres capítulos principales:

**CAPÍTULO UNO:** El objetivo del capítulo es establecer las bases teóricas que fundamenten la cercanía del personal de salud y de trabajo social con el dolor y la muerte, el desempeño profesional del personal de trabajo social durante la pandemia por Covid-19, así como desarrollar los diversos factores y efectos psicosociales que



pueden surgir en las y los profesionales de la salud a raíz de la convivencia con las experiencias de dolor y muerte.

**CAPÍTULO DOS:** Tiene como principal objetivo desarrollar el diseño metodológico que se empleó para esta investigación. El planteamiento del problema que dio origen a la interrogante principal, el supuesto y objetivos de investigación. También se describe el enfoque y tipo de investigación, el tipo de población, así como el tipo y método de muestreo seleccionado. A fin de dar a conocer el recorrido para la elaboración de esta investigación, se describe brevemente la ruta metodológica y se presentan las técnicas e instrumentos que se emplearon para cumplir con los objetivos.

**CAPÍTULO TRES:** El tercer y último capítulo tiene como objetivo mostrar los principales resultados obtenidos en la investigación, en él se describen las experiencias de las y los trabajadores sociales en torno al dolor y la muerte a partir de las diversas funciones desarrolladas en instituciones de salud que se dedicaron a la atención del Covid-19, así como, qué reflexiones personales y profesionales surgieron. Se identifican cuáles son los factores y efectos psicosociales presentes el personal de trabajo social a partir de esas experiencias, de qué manera influyeron en su salud física y emocional, así como, cuáles son las estrategias que implementaron para llevar a cabo un trabajo personal y colectivo orientado a su intervención profesional.

**CONCLUSIONES:** A manera de cierre, se presentan una serie de conclusiones que permiten elaborar una síntesis del trabajo de investigación, recomendaciones y las posibilidades de continuación del estudio.

## CAPÍTULO 1

### 1. Marco teórico

El siguiente capítulo aborda la cercanía del personal de salud y trabajo social con el dolor y la muerte, cuál es la concepción de ambos términos, cómo esta cercanía se intensificó por el arribo del Covid-19 en México y el mundo y mostró la necesidad de reorganizar y establecer nuevas funciones en el personal de trabajo social. También se desarrollan los diversos factores psicosociales presentes en el trabajo: los positivos que benefician al personal y los negativos que pueden repercutir en la salud física y emocional de las y los trabajadores.

Se presentan los principales efectos psicosociales que surgen por la cercanía con el dolor y la muerte: el estrés y síndrome de Burnout, cómo se definen, cuáles son sus principales características y cuáles son sus efectos físicos y emocionales. A su vez se ha destinado un apartado en este capítulo para desarrollar el tema del duelo, cómo se transita del dolor al duelo, algunos de sus principales enfoques, tipos, etapas y características, así como las principales emociones que surgen en el personal de salud al convivir con la muerte de pacientes diagnosticados que permiten comprender su implicación emocional.

#### 1.1 La convivencia de las y los profesionales de la salud con el dolor y la muerte de sus pacientes

Las experiencias ante el dolor son singulares, es decir, “nadie reacciona frente al dolor de la misma forma. Cada individuo responde de una manera diferente a una herida o a una afección, aunque estas sean idénticas” (Bustos, 2000, p. 107). No hay un camino del cómo responder al dolor, sino una probable aproximación, ya que depende del significado que la persona le da en el momento que le afecta. El dolor no se limita a una experiencia sensorial, sino que también protege a las personas de las innumerables amenazas del mundo exterior, muestra la fragilidad del ser humano, por ello se educa en la prudencia para evitar sufrir daño y compensar esa fragilidad (Le Breton, 1999).

El dolor también indica la aparición de la enfermedad, un desvío del ser humano de preservar su salud. El dolor es una experiencia forzosa, una barrera que aparta al individuo del mundo e inclusive de las actividades que más le gustan, el dolor le hace perder la confianza de su propio cuerpo generándole ansiedad ante el riesgo de que acabe con su vida, este riesgo tiende a generar en la persona un pesimismo integral (Le Breton, 1999). El placer es una experiencia familiar, el dolor por su parte, es percibido como algo extraño que rompe con la costumbre del individuo, lo saca de su comodidad generándole también un dolor psíquico o emocional (Le Breton, 1999). Esto se debe a que la noción de dolor físico es interiorizada por la persona y ésta la convierte en sufrimiento a través de la percepción de males que físicamente no están presentes (Orellana, 2007).

El dolor es una experiencia universal, todos los seres humanos en algún momento de nuestras vidas lo hemos experimentado. La Sociedad Internacional dedicada al estudio del dolor (IASP por sus siglas en inglés), lo define de manera general como una “experiencia desagradable, sensorial y emocional asociada a una lesión real o potencial que se describe como daño” (Pedace, 2018, p. 1). Aunque el dolor puede describirse como un proceso fisiológico, este también puede ser físico y emocional. En su dimensión física el dolor es el resultado de una herida, afección o enfermedad que impide el correcto funcionamiento corporal o fisiológico (Moreira et al., 2020).

Desde sus orígenes, la humanidad ha luchado contra el dolor físico. En la antigua Mesopotamia, “Asu” era el médico encargado de realizar exorcismos para aliviar el dolor, decían oraciones para conseguir el perdón de los dioses y usaban hojas de mirto. Por su parte, en la antigua Sumeria empleaban el hulgil o planta de la alegría para aliviar el dolor. Durante los años 400-700 a.C. los incas peruanos tenían la creencia de que la hoja de coca era un regalo de los dioses en compensación al dolor. En China, Huang Ti (2, 600 a.C.) aliviaba el dolor dando hachís a sus pacientes y acupuntura. Durante el siglo XVIII aparecen corrientes frente al dolor como el mesmerismo, basada en el poder curativo de fuerzas magnéticas y otra fundamentada en el campo de los gases (Pérez et al., 2005).

Diversos tratamientos fueron utilizados para combatir el dolor, tales como la morfina, la utilización del óxido nitroso o de diversas plantas curativas debido a que el dolor no solo es un hecho que afecta a quien lo padece, sino que también a quien convive con la persona doliente, un ejemplo de ello es el médico Henry Hill Hickmann en 1823, quien no tenía el valor de soportar los gritos de los pacientes durante las cirugías, por lo cual realizó diversos experimentos con animales que le permitieran llevar a cabo procesos sin dolor, aunque terminaron en fracasos (Pérez et al., 2005). El dolor físico en pacientes sigue afectando a las personas aun con el descubrimiento de la morfina y diversos analgésicos, puesto que en ciertas ocasiones es inevitable no poder aliviarlo, es por ello que en épocas más recientes se siguen realizando estudios sobre el tema e inclusive se han creado asociaciones como la "Asociación Internacional para el Estudio del Dolor" (IASP) que hoy en día cuenta con miles de miembros afiliados representando más de 100 países y 60 sociedades mundiales que se dedican exclusivamente a la investigación del dolor (Pérez et al., 2005).

El dolor físico es la principal causa de las consultas médicas. El dolor muestra la necesidad de aliviarlo, así que la principal tarea del profesional de salud consiste en curar sus causas (Le Breton, 1999). Las experiencias ante el dolor que vivencia el personal de salud con sus pacientes, les lleva a experimentar cierto fracaso a nivel profesional cuando no pueden dar una respuesta o manejo adecuado del dolor, además de que la experiencia del dolor ajeno no es agradable para ningún individuo psicológicamente sano, por tanto no es extraño que los miembros que conviven con el dolor quieran evitarlo, puesto que el personal de salud sufre con el dolor del otro muchas veces de manera inconsciente (Orellana, 2007).

“El dolor es un fenómeno mixto que surge entre el límite del cuerpo y psique” (Nasio, 1996, p. 24). En su dimensión emocional, el término del dolor es más complejo, pues se considera como una condición humana básica que aparece en diversas formas:

- 1) Como la acumulación de diversas emociones tales como la culpa, pena, ansiedad, miedo, entre otras;

- 2) aparece como categorías de alto orden en sentimientos de ruptura o de pérdida como la muerte de un ser querido, la pérdida material, de propósitos, significado, identidad, etcétera;
- 3) se define a través de la frustración, el deseo de escapar de la situación y la negatividad que modifican la autopercepción y;
- 4) el sentimiento de irrevocabilidad y la tensión hacía los cambios “negativos” (Henestrosa, 2006).

El dolor emocional por la pérdida de un ser querido aparece sin daño físico, y es más bien desencadenado por el vínculo de aquel que ama y su objeto amado, se sitúa en un espacio inmaterial y surge por la ruptura del lazo que vincula con el otro (Nasio, 1996).

Como establece Nasio (1996) “el dolor es la reacción a la pérdida afectiva de la persona amada” (p. 34). Sin embargo, el dolor emocional no solo es causado por la pérdida de un ser querido, también puede ser causado por el abandono, es decir cuando el ser amado retira repentinamente su amor tal como en los casos de ruptura de pareja, la humillación cuando se denigra a la persona y se le hiere en su amor propio, por la mutilación o pérdida de una parte del cuerpo, la pérdida de algo material, entre otros, cada una de las causas están relacionadas con el estrecho vínculo del objeto amado que mantenía armonía a nivel psíquico (Nasio, 1996).

Durante la pandemia por Covid-19 el dolor emocional se presenta principalmente por la pérdida de algún ser querido o paciente a causa de la enfermedad, por la pérdida de la salud, por el abandono y alejamiento de las familias debido a que la enfermedad generó nuevas formas de convivencia y medidas de seguridad que limitan el contacto físico entre las personas. Aunque cabe aclarar que las vivencias del dolor y su origen dependen muchas veces del contexto, la persona y su cultura (Cortés, 2018)

El dolor físico como el dolor de cabeza, dolor de estómago, riñones, un pinchazo, entre otros, dura mientras el mal incide el organismo, cuando esta situación se soluciona o se corrige el dolor físico también desaparece. El dolor emocional no tiene un límite de duración, recordar el pasado, vivir el presente e inclusive idealizar el futuro con el objeto amado perdido, puede ocasionar dolor (Torralba, 2007).

Por su parte, el sufrimiento es un efecto del dolor, es una perturbación que engloba lo psíquico y corporal (Nasio, 1996), desde la perspectiva antropológica puede definirse como un mal visible y universal que afecta en todas sus dimensiones, física, psíquica y espiritual, y que resulta ser personal y concreto, es decir, el sufrimiento es único e intransferible y cada persona se enfrenta a su dolor (Fuster, 2004).

Todo sufrimiento para ser considerado como tal necesita de dos condiciones: el logro de un mal y la precepción de este logro. El mal puede considerarse como una privación de un bien o una imperfección, por ejemplo, la enfermedad vista como la privación de la salud o el dolor físico visto como una amenaza hacia la vida misma. La causa del sufrimiento es el sujeto “el hombre sufre en la medida en que percibe un mal, que puede ser de diferentes formas: físico (corporal), espiritual (ánimico) y puede ser producido de forma natural (un dolor de muelas), o de una forma voluntaria” (Torralba, 2007, p. 25).

El sufrimiento es “sentir la precariedad de la propia condición personal [...] el sufrimiento provoca una realidad dolorosa donde algo no se encuentra en su sitio” (Esquivel, 2019, p. 114-115). El sufrimiento es una cuestión de percepción, de ser consiente de todo aquello que le causa dolor físico o emocional, se puede sentir de distintas formas según la persona que lo observa o lo vivencia, por ello la persona que es más sensible a lo que sucede tiende a sufrir más que aquella que no lo es (Torralba, 2007).

Por otro lado, también se han realizado diversos estudios y concepciones en torno a la muerte (González, 2000; Benbunan-Bentata et al., 2007; Oviedo et al., 2009; Gianni, 2018). La muerte según Gert (1995) puede definirse como la interrupción permanente y general de las funciones clínicamente observables del organismo como un todo y pérdida permanente de la conciencia en todas sus partes identificables. Entendiendo al “organismo como un todo” al complejo superior que interactúa con todos los subsistemas orgánicos (encéfalo), el cual se encarga de toda la generación, interrelación y control de todas las actividades del cuerpo, por lo que, si el organismo ha perdido toda la integración de sus funciones vitales a través de la destrucción del encéfalo, puede considerarse como muerto y las “funciones clínicamente observables” hacen referencia a que el hecho de que aunque exista vida celular en el organismo a través de un estudio

de laboratorio no se puede considerar como un organismo vivo si sus funciones como un todo ya no existen (Ortúzar, 1996).

Durante el siglo XVIII, desde el pensamiento médico, la muerte era un hecho absoluto y relativo de los fenómenos, era el término de la vida y en muchas ocasiones la consecuencia de la enfermedad si se consideraba como fatal (Oviedo et al., 2009). En el siglo XIX “el otro mundo” era el lugar en donde se reunían las personas que habían sido separados de su vida y ser separado de la vida era considerado como algo horrendo que no debía de estar comúnmente en el pensamiento de las personas, por lo que la muerte empezó a tener una connotación negativa y a ser vista como un tema tabú. La muerte es un hecho difícil de asimilar que persiste en la actualidad y en consecuencia muchas personas enfermas, en algunos casos enfermos terminales, acuden a los hospitales con el fin de luchar hasta el último momento de su vida con la muerte (Hernández, 2006).

Gran parte de la sociedad mundial actual tiene una gran dificultad para pensar o hablar sobre la muerte, esto se debe a varios factores como:

- 1) el aumento de la esperanza de vida, la cual da una visión de que la muerte es un hecho lejano,
- 2) los avances en la ciencia y medicina que han logrado curar o establecer tratamientos efectivos a enfermedades que antes eran mortales y
- 3) la muerte que solía suceder en casa fue trasladada a los hospitales ocasionando que se perdiera la experiencia de acompañar a la persona enferma y convivir con su muerte (Álvarez y Gómez, 2021).

También autores como Deckard et al. (1994) expresan que existe gran dificultad para aceptar la enfermedad y la muerte como un hecho natural debido a estos factores y que han generado una visión distinta que exige en las y los profesionales de la salud “poderes ilimitados” para salvar a sus pacientes, aun cuando la situación es irreversible y la muerte inevitable, provocando tensiones y altos niveles de estrés en las y los profesionales cuando no pueden salvarles la vida.

Aunque existen grupos que desarrollan estudios y hablan sobre la muerte como un suceso natural que requiere aceptación y responsabilidad por parte de pacientes, familiares y personal de salud para que la muerte sea digna, acompañada y que contribuya al proceso de duelo, la mayoría de las personas niegan este hecho porque les causa dolor y angustia, por lo que es preferible evadir el tema, no hablarlo y esto a su vez refuerza el miedo y la dificultad de expresarlo (Álvarez, 2021).

En México, la Secretaría de Salud en coordinación con la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA), menciona en su obra “Muerte digna. Una oportunidad real” (2008), que la universalidad de la muerte es algo que nos irrita y nos confunde, pero solo si ésta se contempla desde la individualidad de los deseos y la inmortalidad. También expresa que el concepto popular que se ha atribuido a médicos/as, y en general el personal de salud, se limita a “luchar contra la muerte” y coloca al personal en una situación incómoda de “perdedor obligado”, ya que la muerte siempre saldrá ganando al ser parte fundamental del ciclo vital (Secretaría de Salud, 2008).

Preservar la salud, curar o aliviar los padecimientos y el dolor de los pacientes, apoyarlo y acompañarlo, así como evitar las muertes prematuras e innecesarias, son algunos de los principales objetivos del personal de medicina y salud en México (Secretaría de Salud, 2008), por lo tanto actualmente se realizan estudios que apoyen a lograr esos objetivos y a su vez de los efectos que conlleva el no poder cumplir con ellos (Oviedo et al., 2009; Benbunan-Bentata et al., 2007; Pascual y Santamaría, 2009).

Las y los profesionales de la salud se encuentran en contacto con el dolor ajeno y la muerte en mayor medida que aquellas personas que intervienen en otro tipo de situaciones, cuestión que puede desencadenar estrés (Fernández et al., 2016). El personal de salud se enfrenta con la muerte, “lo cual le produce dolor, impotencia, y tristeza principalmente; sentimientos que pueden afectar el cuidado del paciente y la vida social del profesional” (García, 2014, p. 47).

Según Benbunan-Bentata et al. (2007) la convivencia profesional con la muerte y su proceso se describe como una de las experiencias más impactantes para la mayor parte de las y los profesionales de la salud, a pesar de que todos/as son conscientes de que la muerte es parte del ciclo vital y que se trata de un fenómeno natural, no siempre existe



aceptación a ella, siendo un hecho poco mencionado, pues como refiere el autor “no se nos enseña a reflexionar sobre la muerte ni tampoco se educa para morir” (Benbunan-Bentata et al., 2007, p. 198).

Por otro lado, “siendo el paciente, el objeto de trabajo de este personal, el contacto con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, constituyen una carga mental para este grupo de trabajadores” (García et al., 2014, p. 54). Se ha identificado que el contacto con el dolor y la muerte, así como el sentimiento de pérdida son factores muy estresantes y las emociones con la que dispone el personal para la relación emocional y afectiva, es decir, pensamientos, deseos, fantasías e impulsos hacía los pacientes y hacía ellos mismos no son suficientemente regulados (García et al., 2014), por ello se cree que “la información que reciben los profesionales de salud para el desarrollo de la atención a este tipo de situaciones es deficiente” ( p. 49).

El personal de salud se encuentra con personas enfermas, usuarios exigentes y a veces conflictivos (Merino, 2009). La relación profesional con el paciente no es sencilla y requiere de una serie de herramientas, actitudes y habilidades por parte del personal de salud, además de saber establecer la distancia terapéutica necesaria sin que por ello se pierda la empatía y compromiso con el paciente (García y Gil, 2016). La relación con el paciente somete al personal de salud a situaciones estresantes y altamente vulnerables de padecer afecciones físicas y psicológicas. En 2008, un estudio realizado a 45 enfermeras/os de diferentes turnos y servicios destaca que el factor más estresante en las unidades hospitalarias es carecer de personal y la sensibilidad al dolor o sufrimiento de pacientes, por lo que es común encontrar que uno de los factores que llega a producir más estrés es el enfrentamiento a la experiencia de la muerte (Muñoz et al., 2015).

Para responder con una adecuada atención de calidad ante los usuarios es necesario el intercambio de pensamientos, sentimientos, acciones y experiencias entre el personal y el paciente, los cuales ejercen una influencia reciproca para lograr una intervención de calidad (Muñoz et al., 2015). Las demandas emocionales para las y los profesionales se expresan en las exigencias de esconder y autocontrolar ciertas emociones y sentimientos, que surgen del cuidado de pacientes y de la organización del trabajo, con

el propósito de mostrar su capacidad laboral, asegurar la satisfacción del paciente y cumplir con las objetivos y metas institucionales (Orozco et al., 2019).

Las enfermeras viven el proceso de muerte de acuerdo con lo que significa el paciente, a sus creencias sobre la muerte en donde se enlazan sus historias de vida, los aspectos culturales, religiosos y su experiencia laboral. De igual forma el ejercicio profesional implica afrontar la agonía el dolor, el sufrimiento y finalmente la muerte de sus pacientes. (García et al., 2014, p. 49)

El acercamiento científico a los procesos de dolor que vivencia el personal de salud expone las diversas respuestas de afrontamiento utilizadas durante el cuidado de pacientes en los hospitales, entre ellas destacan principalmente: distanciarse del paciente, tener un mayor compromiso con los cuidados del paciente, buscar apoyo psicológico y la reflexión sobre el rol profesional, la categoría más utilizada fue la del distanciamiento del paciente, como un mecanismo de defensa para el personal (Benbunan-Bentata et al., 2007, p. 199-200).

En síntesis, médicas/os, enfermeras/os, cuidadoras/es, trabajadoras/es sociales, entre otros/as, pueden verse afectados/as en el aspecto físico y emocional de forma continua por la cercanía con el dolor (físico y emocional) y la muerte, por lo tanto, si no se recibe apoyo psicológico y psiquiátrico por parte de las autoridades de salud o se refuerza la responsabilidad ética del autocuidado, trae como consecuencia el deterioro de la calidad de vida en las y los profesionales y se ve reflejado en la atención de los pacientes (Merino, 2009).

## **1.2 Desempeño profesional de trabajo social durante la pandemia por COVID-19**

A principios del 2020 se dio a conocer la aparición de un nuevo tipo de coronavirus a nivel mundial. Se trata del coronavirus SARS-Cov-2 o Covid-19 el cual fue notificado por primera vez en Wuhan, China, el 31 de diciembre de 2019 (Tenorio, 2020).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2020, los coronavirus son:

Una amplia familia de virus que pueden causar diversas afecciones, desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como ocurre con el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el que ocasiona el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-CoV). Cuando se habla de la aparición de un nuevo coronavirus se refiere a que es una nueva cepa de coronavirus que no se había encontrado antes en el ser humano. (OMS, 2020, p. 1)

Este tipo de virus es transmisible de humano a humano y entre sus afecciones más comunes se encuentran problemas respiratorios y fiebres, en casos más graves puede causar neumonía, síndrome respiratorio agudo severo, insuficiencia renal e inclusive llegar a la muerte (Tenorio, 2020). Algunos de sus síntomas principales según la Organización Mundial de la Salud (2021), son fiebre, tos seca, cansancio, pérdida del gusto o el olfato, congestión nasal, conjuntivitis (enrojecimiento de ojos), dolor de garganta, dolor de cabeza, dolores musculares, erupciones cutáneas, náuseas o vómito, diarrea y escalofríos o vértigo.

Su propagación se da de persona a persona por medio de gotículas procedentes de la nariz o la boca que salen desprendidas cuando una persona infectada tose o exhala. También se puede contraer el virus si una persona entra en contacto con objetos o superficies a las que les hayan caído gotículas y posteriormente se toca los ojos, la nariz o la boca. (Tenorio, 2020, p. 4)

Los grupos poblacionales con más vulnerabilidad que pueden desarrollar una complicación o morir a causa del virus por Covid-19, según el Gobierno de México (2020) son: 1) personas en estado de embarazo, 2) personas lactantes, 3) personas con obesidad mórbida, 4) personas adultas mayores sin comorbilidades, 4) personas que viven con hipertensión arterial sistémica descontrolada, 5) personas que viven con diabetes mellitus descontrolada, 6) enfermedad pulmonar, 7) asma, 8) enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares, 9) cáncer, 10) enfermedad renal crónica, 11) infección por VIH, y 12) combinaciones de comorbilidades.

La Organización Panamericana de Salud (OPS), menciona que hasta el 18 de noviembre de 2022 en América más de 181,237,385 personas contrajeron Covid-19, y que la gran

mayoría se recupera, pero muchas de ellas conservan los síntomas durante semanas e inclusive meses, y lo que es más preocupante algunas no se recuperan y mueren (OPS, 2022). En el caso específico de México el primer caso de Covid-19 se detectó el 27 de febrero de 2020 (Suarez et al., 2020), y hasta el 22 de noviembre de 2022 existían por lo menos 7,443,315 casos estimados y acumulados de Covid-19 (Gobierno de México, 2022).

Antes de la pandemia en 2019, el Banco Mundial, reportó que 7.5 personas por cada mil habitantes murieron en el mundo (aproximadamente 57.6 millones de personas) y muchas de estas muertes se dieron dentro de unidades hospitalarias (Banco Mundial, 2019), estas cifras aumentaron drásticamente, pues tan solo por la pandemia de Covid-19 se estima que a nivel mundial entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2021 se reportaron aproximadamente 14.9 millones de muertes adicionales, es decir hay un exceso de mortalidad a causa de la pandemia (Organización de las Naciones Unidas, 2022), en el caso particular de México al 22 de noviembre de 2022 acumulan 344,478 muertes estimadas (Gobierno de México, 2022), por lo que, las experiencias del personal de salud entorno al dolor y muerte son más frecuentes en época de pandemia por Covid-19.

Debido a la creciente emergencia sanitaria, médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales y demás personal de salud se enfrentan a grandes retos pues más allá de tener contacto directo con pacientes diagnosticados con Covid-19, tienen que cuidar la salud de la población a través de actividades de educación, promoción y prevención, buscar contactos de los enfermos, tomar y analizar pruebas, entre otras actividades que se sumaron a su trabajo diario (Pérez y Svellana, 2020).

El personal de salud en tiempos de pandemia desarrolla diversas acciones para cumplir su compromiso ético y profesional con las personas que han sido diagnosticadas con Covid-19. La labor que realizan es muy importante ya que proveen atención y cuidados directos que han salvado vidas y reducido el dolor o sufrimiento de pacientes, a través del apoyo emocional, la educación a los pacientes y sus familias, además de llevar a cabo acciones de prevención y atención de los mismos (Lahite et al., 2020).

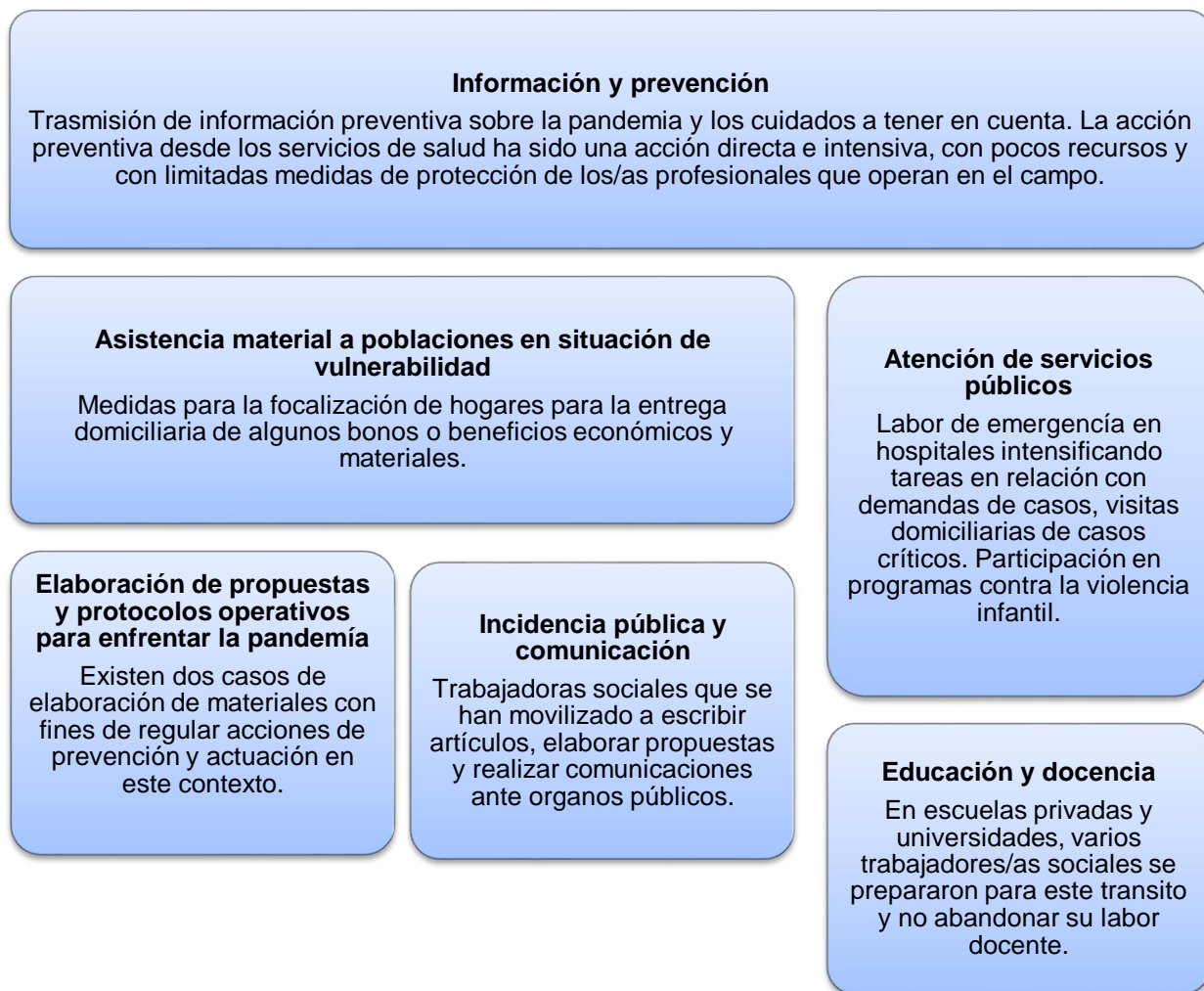
Según la Organización Internacional del Trabajo [OIT] (2020), la pandemia ha colocado al personal de salud en diferentes situaciones de exigencia laboral, ya que tienen una enorme carga de trabajo y en varias ocasiones se enfrentan a situaciones traumáticas que requieren tomar decisiones muy difíciles, además de que deben de realizar su labor profesional con temor a contraer, propagar la enfermedad y poner en riesgo su propia vida y la de las personas con las que conviven día a día como lo son sus familiares y allegados. En esta situación de emergencia mundial el personal de salud comúnmente trabaja en situaciones irregulares y atípicas pues se encuentran con trabajo adicional, horas de trabajo prolongadas y falta de periodos de descanso (OIT, 2020).

En el caso específico de trabajo social, este se encuentra dentro del equipo multidisciplinario que conforma la primera línea de atención contra el Covid-19, no se conoce con exactitud cuáles son todas las funciones que está desarrollando debido a que depende de la institución de salud y a la reorganización de sus funciones ante esta situación mundial, sin embargo, podemos encontrar algunas producciones que nos dan un acercamiento a ello.

En España, diversos colegios y entidades han colaborado con el Consejo General de Trabajo Social para aportar sus ideas, experiencias y conocimientos de la profesión durante la pandemia y mencionan que trabajo social es fundamental debido a la crisis social que ha producido esta situación mundial, pues ha incrementado la vulnerabilidad y excluido a grupos sociales con menos recursos. Como principales funciones se plantean dos como claves: la contención en situaciones de riesgo y vulnerabilidad, y el acompañamiento y soporte emocional a los grupos más vulnerables. También, aunque en menor grado, son gestores y organizadores de recursos (Vicente y Arredondo, 2020).

En Perú, a través de información recogida en consultas rápidas de redes y de diversos colegas que laboran en instituciones de salud, servicios municipales, etcétera, se han establecido algunos roles que asume el trabajador social durante esta pandemia (Centro Latinoamericano de Trabajo Social [CELATS], 2020a).

**Tabla 1. Roles que desempeña el trabajador/a social durante la pandemia de Covid-19**



Fuente: Elaboración propia con base en la información proporcionada por CELATS (2020a).

Algunas experiencias durante la pandemia otorgadas por el CELATS (2020b) a través de entrevistas cortas nos dicen que trabajo social está desarrollando actividades de:

1. Cronograma de pruebas rápidas y dar seguimiento a trabajadores que den positivo.
2. Monitoreo del personal vulnerable y Covid-19 que resultan positivos, así como los procesos logísticos para organizar el apoyo que requieren.
3. Generar conciencia del riesgo al que se está expuesto ante la pandemia.
4. Intervención inmediata para hospitalizaciones a quienes lo necesitaban y coordinación con diferentes entidades para resolver su atención.

5. Construcción de políticas públicas.
6. Soporte familiar del paciente y su familia.
7. Soporte económico a través de la gestión.

Es importante recalcar que, durante estas entrevistas, las y los profesionales enfatizaron una atención con calidez y calidad, así también, apreciaron momentos gratos al recibir agradecimiento por parte de los pacientes y familiares por la atención brindada.

En Argentina, Carballeda (2020) menciona que, como toda enfermedad, el Covid-19 es una enfermedad social que no puede ser solo abordada desde la medicina, la biología o los efectos psicológicos, sino que también debe de ser abordada desde lo social, puesto que esta pandemia implica circunstancias micro sociales como la accesibilidad al sistema de salud, a las políticas sociales, los cuidados en general y la estructuración de la vida cotidiana condicionada desde lo social, es decir la enfermedad impacta de manera distinta según el lugar y el espacio donde se presenta, las características nutricionales, habitacionales, las enfermedades previas e inclusive a través de la percepción subjetiva de los sujetos sobre la enfermedad. Por lo que la intervención de las y los trabajadores sociales debe considerar el nivel micro social en donde se presentan problemas relacionados con la intervención del trabajo social como: acceso a la alimentación, agua potable, salud, construcción de nuevas formas de convivencia (tanto en aislamiento como con la población), el acceso a los derechos, entre otros (Carballeda, 2020).

En México, según Langarica Naves (2021) líder del equipo de trabajo social en la Unidad Temporal Covid-19 Citibanamex (UTC) en la Ciudad de México, trabajo social es parte del personal de primera línea de atención en esta pandemia, desarrollando principalmente las siguientes actividades:

1. Orientación personalizada a las familias de pacientes provenientes de la Ciudad de México, área metropolitana, interior de la república y otros países, sobre la dinámica y atención hospitalaria desde su ingreso hasta su egreso.
2. Atención integral a pacientes en abandono social.
3. Contención emocional a los familiares y canalización a servicios de salud mental.

4. Acompañamiento a las familias, intervención en crisis de manera presencial o vía remota.
5. Fomentar los cuidados en casa y fortalecer las redes de apoyo familiar.
6. Diseño de procedimientos específicos hospitalarios del área de trabajo social.
7. Orientación a procesos hospitalarios de donación y transfusiones sanguíneas.
8. Coordinación, acompañamiento y orientación familiar en el proceso de reconocimiento y entrega de cadáveres.
9. Acompañamiento de familias de pacientes participantes en el protocolo de reporte “Control de síntomas y cuidados paliativos”.
10. Coordinación de la atención post hospitalaria de pacientes o usuarios con necesidad de oxígeno suplementario.

Las estrategias de intervención fueron en las modalidades: presencial, vía telefónica, vía whatsapp y vía correo electrónico. Cabe recalcar que la atención no solo se limitó al control de síntomas de las personas infectadas, sino que también se retomó el contexto de la persona y la atención se dirigió al entorno de cada paciente, sobre todo al núcleo familiar, con acciones, estrategias inmediatas y emergentes. Las acciones de intervención del área de trabajo social se propusieron, diseñaron, pilotearon con el objetivo de satisfacer las necesidades presentadas en pacientes y sus familias, se diseñaron protocolos y procesos específicos, distintos a los hospitales y por ello la UTC es un modelo a seguir a nivel Latinoamérica (Langarica Naves, 2021).

Según Ángeles García (2021), coordinadora delegacional de trabajo social de los Órganos Operativos de Administración Desconcentrada del Distrito Federal Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social (ÓOAD DF Norte IMSS), trabajo social desarrolla funciones en primer nivel tales como, la promoción de la salud a través de estrategias educativas (educación individualizada) y en segundo nivel apoya como enlace entre el familiar y el paciente hospitalizado.

En la experiencia de González Zavala (2021) trabajadora social en el Hospital Juárez de México, trabajo social interviene directamente con pacientes y sus familias atendiendo sus demandas y brindándoles soporte, menciona también que el compromiso de trabajo social se llevó al límite apoyando al informe médico de manera diaria, en coordinación



del área médica. Trabajo social acompañaba a los familiares en la entrega de cadáveres, esta función se hacía de manera cálida, estando presentes y haciendo un acompañamiento integral de principio a fin.

Trabajo social en México se encuentra implícito en la calidad de los servicios de salud, en cuanto a la investigación de necesidades de pacientes, familias y comunidades, así como la atención centrada en las personas. A su vez puede desarrollar funciones como la identificación de factores de riesgo y de protección en las familias, las características del fallecido y del doliente, del vínculo relacional y de los duelos previos, así como, incentivar el uso de guías de orientación básica dirigida principalmente para aquellas personas que no solicitan ayuda para la elaboración del duelo con un profesional (Hernández, 2021).

Con todo ello, podemos decir que las y los trabajadores sociales en el sector salud y durante la pandemia son muy importantes debido a las funciones que pueden desarrollar en el nivel micro social y las funciones que están desarrollando como parte del equipo multidisciplinario con pacientes y sus familias, esto a su vez los hace un grupo vulnerable debido a que tienen contacto directo con la enfermedad y a otros factores psicosociales como la convivencia con el dolor y la muerte de pacientes diagnosticados y sus familias, la organización de su trabajo, entre otros, que sin duda pueden afectar su salud física y emocional y por lo tanto impactar en su desempeño profesional.

### **1.3 Factores y efectos psicosociales en las y los profesionales de la salud**

#### **1.3.1 Factores psicosociales**

El concepto y estudio de los factores psicosociales en el trabajo se originaron aproximadamente a finales de los años 70s, dando pauta (aunque de forma escasa) para hablar de ellos y su relación con el desempeño profesional y la salud física y emocional de las y los trabajadores (Moreno, 2011).

Una de las primeras referencias oficiales al tema aparece en 1984 en el trabajo "Los factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control" en un documento publicado por la Organización Internacional del Trabajo. Desde el primer momento de su formulación se insiste en la importancia de sus efectos reales, en la dificultad de su formulación objetiva y en su complejidad [...] Las

primeras listas de riesgos psicosociales son amplias y abarcan gran cantidad de aspectos: la sobrecarga en el trabajo, la falta de control, el conflicto de autoridad, la desigualdad en el salario, la falta de seguridad en el trabajo, los problemas de las relaciones laborales y el trabajo por turnos. Llama la atención que la práctica totalidad del listado siga siendo actual. (Moreno, 2011, p. 7)

Como hace referencia Moreno (2011), el concepto de factores psicosociales laborales se asocia a la conducta, la salud física y emocional, así como el desempeño profesional de las y los trabajadores, ya sea de manera positiva o negativa. A partir de esas referencias se ha desarrollado el tema por diversas organizaciones y autores como la Organización Internacional del Trabajo, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, la Organización Mundial de la Salud, entre otros.

Los factores psicosociales pueden ser definidos como “condiciones presentes en situaciones laborales relacionadas con la organización del trabajo, el tipo de puesto, la realización de la tarea e incluso con el entorno que afectan el desarrollo del trabajo y la salud de las personas trabajadoras” (Gil-Monte, 2012, p. 238).

Otra definición interesante es la que nos brinda Royo et al. (2016), al referirse a los factores psicosociales como “aquellas características de las condiciones del trabajo y, sobre todo, de su organización que afecta a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos a los que llamamos estrés” (p.175).

Sin embargo, como hace mención La Oficina Internacional del Trabajo realizada en Ginebra (1984) los factores psicosociales son complejos ya que representan un conjunto de percepciones y experiencias del trabajador ligados a él de manera individual (capacidades y limitaciones del trabajador en relación con las exigencias de su trabajo, así como la satisfacción de sus necesidades y expectativas), a las condiciones y al ambiente en el lugar de trabajo (que incluyen la propia tarea, las condiciones físicas del lugar de trabajo, las relaciones de las y los trabajadores con sus jefes y compañeros/as) y a influencias económicas y sociales ajenas al lugar del trabajo, pero que repercuten en el trabajador (situaciones familiares o privadas, elementos culturales, de nutrición, las facilidades de transporte y de vivienda). Por lo cual se requiere de una definición amplia que contemple cada uno de estos aspectos.

Así es como se retoma la definición otorgada en el Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo realizado en Ginebra en 1984, ya que nos dice que los factores psicosociales consisten en:

Interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo. (Oficina Internacional del Trabajo Ginebra, 1984, p. 12)

Esta amplia definición nos permite englobar todos los aspectos que definen a los factores psicosociales y que repercuten en la salud física y emocional de las y los trabajadores de la salud. Los factores psicosociales pueden ser de dos tipos según varios autores (Gil-Monte, 2012; Sánchez, 2017; Brito et al., 2019). Positivos y negativos: positivos cuando contribuyen al desarrollo personal de los individuos, “facilitando el trabajo, el desarrollo de las competencias profesionales, además generan altos niveles de satisfacción laboral y motivación en los empleados” (Brito et al., 2019, p. 140). Y negativos cuando tienen consecuencias que perjudican la salud y el bienestar de las y los trabajadores y representan una fuente elevada de estrés y su impacto no se manifiesta de manera directa e inmediata en la salud, sino que juega un papel fundamental en los mecanismos de afectación (Brito et al., 2019, p. 140).

Es importante hacer una clara diferenciación entre los factores psicosociales y los factores de riesgo psicosocial, ya que en el primero se engloban los aspectos positivos y negativos que hemos mencionado y, por su parte, los factores de riesgo psicosocial hacen referencia solo a aquellos aspectos negativos y que son más predictivos, puesto que tienen una alta probabilidad de afectar negativamente la salud y bienestar del trabajador/a (Moreno, 2011).

Los factores psicosociales positivos pueden beneficiar a la persona, si el medio que rodea al trabajador es saludable, el trabajador se siente más cómodo, mejora su salud, su autoestima, las relaciones personales y la independencia económica (Red de Organizaciones Plena Inclusión Madrid, 2017). Algunos factores psicosociales positivos según la Guía de Factores Psicosociales en el Entorno Laboral, elaborada por la Red de

Organizaciones Plena Inclusión Madrid (2017) y Moncada et al. (2002) son los siguientes:

**Tabla 2.** *Factores psicosociales positivos*

<p><b>Apoyo social</b></p> <p>Recibir ayuda adecuada y en el momento que se requiere. Formar redes de apoyo entre las y los trabajadores.</p>	<p><b>Periodos de descanso adecuados</b></p> <p>La correcta administración de periodos de descanso: días libres y vacaciones.</p>	<p><b>Autonomía</b></p> <p>El trabajador/a tiene la posibilidad de decidir sobre sus tiempos de trabajo, la forma de hacer sus tareas y la organización de su trabajo.</p>
<p><b>Participación</b></p> <p>Participación en la toma de decisiones en su lugar de trabajo.</p>	<p><b>Organización</b></p> <p>La correcta distribución de las funciones y tareas del personal por parte de los jefes o directivos.</p>	<p><b>Compensación</b></p> <p>El trabajador/a recibe una compensación económica justa por el trabajo que realiza.</p>
<p><b>Buenas relaciones con jefes y compañeros/as</b></p> <p>Implica tener una buena comunicación con los/as compañeros de trabajo y jefes que permita llevar a cabo relaciones de confianza y cooperación.</p>	<p><b>Puesto estable</b></p> <p>El trabajador/a tiene la seguridad de contar con un trabajo más o menos estable que durará en el tiempo según lo acordado.</p>	<p><b>Seguridad en el trabajo</b></p> <p>Las y los trabajadores cuentan con el equipo o materiales necesarios para realizar sus tareas.</p>
<p><b>Mostrar interés en el trabajador/a</b></p> <p>Interés en las tareas y necesidades de las y los trabajadores,</p>	<p><b>Contar con los recursos mentales</b></p> <p>Que el trabajador/a sepa prestar atención a la tarea que realiza,</p>	<p><b>La claridad del rol</b></p> <p>La definición de tareas y responsabilidades son claras y comprensibles, se debe de saber con</p>

preocuparse por su formación, brindarle la información necesaria y promoverlo.	recordar cuestiones importantes, pensar de forma ordenada, tener la capacidad para resolver problemas y calcular los tiempos en los que va a realizar las tareas.	claridad qué y cómo debe de hacerse la tarea, cuál es la calidad de trabajo a entregar, con cuánto tiempo se dispone y cuál es la responsabilidad que tiene de acuerdo a su puesto de trabajo.
--	---	--

Fuente: Elaboración propia con base en la información proporcionada por la Red de Organizaciones Plena Inclusión Madrid (2017) y Moncada et al. (2002).

Por otro lado, los factores psicosociales negativos o factores de riesgo psicosocial pueden desencadenar efectos psicosociales como pérdida de la salud, de satisfacción laboral y personal, de bienestar en el trabajador/a, entre otros, los cuales a su vez pueden repercutir en una disminución de su rendimiento y por lo tanto en el cumplimiento de los objetivos profesionales e institucionales (López, 2009). El trabajador/a en el sector salud está expuesto a un gran número de riesgos laborales, siendo los factores psicosociales negativos o factores de riesgo psicosocial los causantes de un enorme impacto en la calidad de vida de las y los profesionales (Merino, 2009).

El personal de salud dirige sus actuaciones hacia “la prevención, fomento, atención y mantenimiento de la salud a través de los cuidados integrales del individuo enfermo o sano” (López, 2009, p. 17). Sin embargo, los hospitales son considerados como centros de trabajo de alto riesgo por el National Institute Occupational Safety and Health, por la gran cantidad de peligros a los que se exponen sus trabajadores/as (Sánchez, 2017).

Los factores psicosociales negativos que predominan son el trabajo nocturno y a turno, exceso de la carga de trabajo, las largas jornadas de trabajo, así como cargas emocionales, las cuales han aumentado significativamente con la situación mundial actual, estos factores predominantes no permiten a las y los profesionales participar adecuadamente en las responsabilidades familiares y sociales, causando un gran impacto en su quehacer profesional y personal (Merino, 2009).

Los factores psicosociales negativos o factores de riesgo psicosocial en el personal de salud según Moreno y Báez (2010), Red de Organizaciones Plena Inclusión Madrid (2017) y la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018 (2018) son los siguientes:

**Tabla 3.** Factores psicosociales negativos

<p><b>Condiciones en el ambiente de trabajo</b></p> <p>Son las condiciones que hay en el lugar de trabajo. Por ejemplo, condiciones peligrosas e inseguras, condiciones deficientes como la falta de recursos materiales. Exigen un esfuerzo adicional para adaptarse.</p>	<p><b>Carga laboral física y emocional</b></p> <p>Son las exigencias que el trabajo impone al trabajador/a y que exceden su capacidad, pueden ser físicas aunadas al exceso de trabajo o cantidad de tareas a realizar y emocionales por las exigencias e intercambio de emociones.</p>
<p><b>La falta de control sobre el trabajo</b></p> <p>Es la posibilidad que tiene el trabajador/a para influir y tomar decisiones en su trabajo. La falta de iniciativa y autonomía, del uso y desarrollo de habilidades y conocimientos, la falta de participación y manejo del cambio, así como la falta de capacitación. También la seguridad contractual.</p>	<p><b>Las jornadas de trabajo y rotación de turnos</b></p> <p>Es la exigencia de tiempo laboral en términos de la duración y el horario de la jornada, con extensas jornadas, con frecuente rotación de turnos o turnos nocturnos, sin pausas y descansos periódicos, ni medidas de prevención y protección para detectar afectación de su salud de manera oportuna.</p>
<p><b>Interferencia en la relación trabajo familia</b></p> <p>Cuando de manera constante se tienen que atender responsabilidades laborales durante el tiempo dedicado a la vida familiar y personal, o se tiene</p>	<p><b>Liderazgo y relaciones negativas en el trabajo</b></p> <p>Hace referencia al tipo de relación que se establece entre el patrón y las/os trabajadoras, que influyen en la forma de trabajar y en las relaciones de un área de trabajo, está relacionado con</p>

que laborar fuera del horario de trabajo.	la actitud agresiva, falta de claridad de las funciones en las actividades, y escaso o nulo reconocimiento y retroalimentación del desempeño, así como la imposibilidad de interactuar con los/as compañeros/as de trabajo para la solución de problemas relacionados con el trabajo.
<p style="text-align: center;"><b>Violencia laboral</b></p> <p>Como el acoso psicológico, el cual consiste principalmente en acciones de intimidación. El hostigamiento expresado en conductas verbales, físicas o ambas, y malos tratos como insultos, burlas, humillaciones y/o ridiculizaciones al trabajador/a.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Relacionados con la persona</b></p> <p>Son las características de cada trabajador/a, por ejemplo, la capacidad personal para tomar decisiones, la experiencia, los deseos, el estado de salud física, la cultura, el tiempo de traslado y medio de transporte hacia el trabajo, etcétera.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en la información proporcionada por Moreno y Báez (2010), Red de Organizaciones Plena Inclusión Madrid (2017) y la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018 (2018).

Se ha generado un pensamiento erróneo en el personal de salud de que los riesgos laborales implican solo riesgos físicos y biológicos, quitando importancia a los factores psicosociales (Merino, 2009). Y aunque los efectos que causan las condiciones psicosociales en el personal de salud están más presentes en el ámbito laboral de enfermería, no significa que no sea importante mirar a otros profesionales de la salud como lo es trabajo social, ya que cumple un rol importante dentro del equipo de salud debido a su contacto cercano y la interacción con los problemas físicos y sociales de pacientes, familias y comunidades (Sánchez, 2017).

Por lo descrito anteriormente, al brindar cuidado o buscar el restablecimiento de la salud del paciente “el profesional se expone a trabajar con sufrimiento, dolor, desesperanza, y a presenciar la muerte, situaciones que pueden generar sentimientos de preocupación, miedo, desconsuelo, impotencia, angustia y una creciente carga emocional proveniente

del trabajo“ (Orozco et al., 2019, p. 6), además de que con la reorganización de sus funciones y el aumento de los casos y muertes por Covid-19 y en muchos casos la falta de insumos y recurso humano se ve comprometida la salud física de las y los trabajadores de la salud.

### **1.3.2 Efectos Psicosociales: Estrés y síndrome de Burnout**

El personal de salud tiene como principal tarea conservar la vida del paciente asegurando la satisfacción de sus necesidades, por lo que las afecciones en la salud mental en el personal sanitario están apareciendo en la actualidad, donde se destaca el estrés causando afecciones en la salud física y emocional la cual puede llegar a la depresión y ansiedad (Muñoz et al., 2015).

Los riesgos psicosociales no solo reflejan su acción directa sobre el cerebro y lo desagradables que son, sino también en la consciencia de los trabajadores, la sospecha o el miedo de estar expuestos a daños. Este último puede dar lugar al estrés. (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2018, p. 14)

Un estudio realizado por Dewe (1987) con una muestra de 2,500 enfermeras/os procedentes del sector salud, expone el elevado estrés e insatisfacción laboral que surge en las y los profesionales cuando el esfuerzo es muy grande ante la gravedad del paciente y la carga de trabajo derivado de su cuidado (López, 2009, p. 34). Otro estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Internacional de Enfermería y la Organización Internacional del Trabajo, “estima que el 85% del personal de salud presenta síntomas de estrés asociado a la condición del trabajo” (Sánchez, 2017, p. 1).

La ansiedad y el estrés son problemas muy frecuentes en el personal de salud, por lo que diversos profesionales han sugerido a la comunidad científica la necesidad de atenderlos, especialmente en la época actual en donde las y los profesionales de la salud son el recurso más imprescindible (Bueno y Barrietos, 2021).

Debido a la contagiosidad del virus y el número cada vez mayor de los casos confirmados y muertes en el mundo, las emociones y los pensamientos negativos se extienden amenazando la salud mental de la población [...] Se conoce que los pacientes y el personal de salud pueden padecer situaciones



de miedo a la muerte y presentar sentimientos de soledad, tristeza e irritabilidad. (Huarcaya-Victoria, 2020, p. 327-328)

El estudio realizado por Cortaza y Francisco (2014) a 41 enfermeros/as de base que trabajan en un hospital de segundo nivel en la Secretaría de Salud en Veracruz, México, muestra que para el 29.3% de las y los enfermeros participantes, de los principales factores generadores de estrés ambiental, específicamente en el ambiente psicológico, son la muerte y el sufrimiento de los pacientes en el tratamiento. Los resultados muestran a las y los profesionales de enfermería como personas que viven conflictos emocionales en su día a día, generados por el contacto que tienen con el dolor y la muerte de las personas a las que atienden, además que son profesionales sensibles y en muchos casos percibidos por pacientes o familiares como personas poco sensitivas durante los procesos de dolor y muerte (Cortaza y Francisco, 2014).

Según un estudio realizado por Muñoz et al. (2015) uno de los mayores estresores que se da en el personal de enfermería y salud es observar el sufrimiento de un paciente correspondiente al ambiente psicológico, tener que realizar muchas tareas que no van acordes a sus funciones e insuficiente personal, y hoy en día a eso se le suma el miedo al contagio por Covid-19.

En 1999 la Comisión Europea define al estrés relacionado con el trabajo como:

El conjunto de reacciones emocionales, cognitivas y fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de ansiedad y angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación. (Merino, 2009, p. 17-18)

La salud mental es vista como un estado de bienestar en el cual los sujetos reconocen sus capacidades y habilidades para enfrentar el estrés, por lo que el estrés puede ser visto como cualquier cosa que exija una respuesta indeterminada del organismo ante cualquier demanda o situación (Muñoz et al., 2015). El estrés motivado por diversos factores externos altera los niveles de bienestar en las y los trabajadores y en ocasiones generan trastornos en todas sus dimensiones: físicas, psicológicas y de relación social llegando así a la enfermedad (López, 2009).

Kahn et al., (1964) define al estrés como una experiencia subjetiva, que puede enmarcarse en la ansiedad que vive cada persona y como una respuesta fisiológica y conductual, por lo que el estrés puede entenderse como “la relación entre la persona y el entorno que es percibido por el individuo como sobrecarga o agotamiento de los recursos de afrontamiento, poniendo en riesgo el bienestar” (Lima et al., 2017, p. 81). El estrés puede verse desde diferentes enfoques:

**Tabla 4. Enfoques del estrés**

Selye (1974) y Bonafonte (2005)	Sandin (1995)	Lazaraus y Folkman (1984)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta orgánica a estímulos estresores y situaciones psicosociales de riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene sus orígenes en los estímulos externos que rodean al individuo, generando procesos psicosociales que afectan su vida cotidiana y su salud, llegando a modificar el comportamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expone la existencia de una interacción entre el medio ambiente y la persona, así como la imposibilidad de afrontamiento a ese entorno, presentando el individuo diferentes respuestas.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con base a Selye (1974), Bonafonte (2005), Sandin (1995) y Lazaraus y Folkman (1984).

Los agentes causantes del estrés pueden ser físicos como el ruido; bioquímicos, como las infecciones; o psicosociales ligados con los procesos de adaptación y capacidad de control ante situaciones estresantes. De esta forma las experiencias generan diferentes efectos dependiendo de las características de cada agente estresor (duración, intensidad), la persona afectada (edad, sexo, cultura, historia de vida, etcétera), y la respuesta de cada individuo al estrés según su propia valoración (López, 2009).

Por su parte algunas consecuencias del estrés en el sector salud, según Artiaga (1997), son el agotamiento emocional, la despersonalización, baja percepción de autorrealización en el trabajo, bajo autoestima y escaso reconocimiento de su rol profesional.

Los signos y síntomas experimentados se asocian con sensación de nerviosismo, agitación o tensión, sensación de peligro inminente, pánico o

catástrofe, aumento del ritmo cardíaco, taquipnea, sudoración excesiva, temblores, sensación de debilidad o cansancio, problemas para detener la mente o para pensar en otra cosa, problemas gastrointestinales, necesidad de evitar la situación que nos genera la ansiedad ponen un riesgo para la salud psicoemocional de los profesionales sanitarios. (Bueno y Barrietos, 2021, p. 536)

Por otro lado, Abreu (2011) expresa que los altos niveles de estrés en el trabajo se asocian a factores de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial. El estrés está relacionado directamente con el síndrome de Burnout. El síndrome de Burnout, según Merino (2016), es una consecuencia del estrés laboral ocasionado por diversos factores.

El síndrome de Burnout es un hecho que empezó a ser investigado a principios de los años 70. Durante la época inicia una gran transformación en diversos aspectos relacionados con el trabajo, como la invención de nuevas tecnologías, cambios organizacionales, precarización en el trabajo, exigencia de un mayor grado de especialización a trabajadores/as, entre otros. Estas transformaciones han generado nuevos factores de riesgo psicosocial que han afectado la vida física y emocional de las y los trabajadores entre los que se encuentra presente el “Síndrome de Burnout” (Díaz y Gómez, 2016).

Entre los desarrollos conceptuales sobre el síndrome de Burnout se encuentran, en primer lugar, el Modelo Multidimensional de Maslach (1982,1993, 2009), el cual es un referente obligatorio cuando se estudia este fenómeno. Pueden mencionarse también el Modelo Existencial de Pines (1993), el Burnout desde el sentido existencial, de Längle (2003); los planteamientos de Cox, Kuk y Leiter (1993); el Modelo del burnout socialmente inducido de Bakker, Demerouti y Schaufeli (2006); los planteamientos de Dworkin (1987) y Gil-Monte (2005a, 2007) sobre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo. (Díaz y Gómez, 2016, p. 114)

En publicaciones más recientes encontramos literatura de Arias y Noreña (2015); García y Gil (2016); Sánchez (2017); Vinueza et al. (2020); entre otros estudios que han hablado del síndrome de Burnout como la consecuencia de diversos factores psicosociales presentes en el trabajo.

Vinueza et al. (2020) nos dice que “la exposición a un ambiente rico en factores estresantes sumando el aumento de la carga laboral contribuyen al manejo inadecuado del estrés crónico, lo que se conoce como síndrome de burnout” (p. 3). Por otra parte, el Burnout puede ser definido como un síndrome de agotamiento físico y emocional que genera el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, bajo auto concepto y pérdida de motivación e interés del trabajador o trabajadora (Rojas, 2014).

Otra de las definiciones más aceptadas para este término es la de Maslach y Jackson (1981), los cuales definen al síndrome de Burnout como una respuesta negativa de afrontar el estrés emocional crónico, cuyas características principales son el agotamiento emocional, la deshumanización y la disminución del desempeño personal y profesional de las y los trabajadores. Se puede destacar que el síndrome afecta al personal relacionado con los cuidados de la salud, entre los que se encuentran médicos/as, enfermeros/as, odontólogos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, entre otros (Gutiérrez et al., 2006).

Las características fundamentales del Burnout según Rojas (2014) y Sánchez (2017) son las siguientes:

*Agotamiento emocional:* Cansancio físico y psicológico, disminución de los recursos personales y cierta pérdida de la vitalidad. Referente al exceso de esfuerzo físico en conjunto con la sensación de fastidio emocional como producto de la interacción de las y los profesionales con su ambiente de trabajo.

*Deshumanización:* Despersonalización, inestabilidad en el trato, actitudes negativas con cierto grado de cinismo hacia los usuarios que reciban sus servicios, así como actitudes negativas e indiferentes hacia el entorno laboral.

*Falta de realización personal:* Tendencia a valorar de forma negativa el propio trabajo, pérdida gradual por el gusto a las tareas laborales, sensaciones de insuficiencia para realizar las tareas, acompañado de bajo nivel de autoestima y respuestas negativas hacia uno mismo.

Las consecuencias a nivel psíquico que puede traer consigo el síndrome de Burnout afectan de manera negativa la vida en general, disminuyendo la calidad de vida de las personas, aumentando los problemas familiares y de toda la red social de la persona (Royo, 2016).

Otros efectos psicosociales ocasionados por el estrés y síndrome de Burnout son las manifestaciones biológicas, que se presentan ante la muerte del paciente: se da a través de la manifestación física por medio de signos y síntomas consecuentes a una alteración en la salud. Al enfrentarse a una emoción, el cuerpo tiene respuestas fisiológicas denominadas mecanismos de alerta como la taquicardia, disnea o dificultad respiratoria, contracción muscular, cansancio, debilidad, alteraciones estomacales, sequedad en la boca, mareo y hasta pérdida pasajera del conocimiento (García et al., 2014). La muerte de un paciente se considera como una pérdida importante para el personal de salud, “lo que les genera manifestaciones físicas como cefalea, cansancio [...] y debilidad. Dichas manifestaciones suelen aparecer en el momento de la pérdida o días posteriores” (García et al., 2014, p. 53).

Cada institución de salud debe de contemplar el estado de salud físico de sus trabajadores/as, sus niveles de satisfacción y su bienestar psicológico para que de esta manera pueda desempeñar de manera adecuada su quehacer profesional (López, 2009). No todos/as llegan a los efectos psicosociales dentro del sector salud, al contar con recursos personales e institucionales que les permitan adaptarse y superar situaciones difíciles y que impidan el desarrollo de los procesos de morbilidad, sin embargo, muchas veces el personal de salud “no se ve beneficiado en programas de prevención de riesgos laborales y mucho menos en el aspecto psicosocial” (Merino, 2009, p. 10). Es importante atender esta cuestión porque, como expresan González y Polo (2013) un trabajador con alteración de su bienestar físico, emocional o social puede tener repercusiones en su desempeño laboral, así como su productividad y su motivación.

#### **1.4 Duelo: Dolor y muerte**

El duelo no siempre ha tenido el mismo significado ya que las relaciones sociales y culturales han modificado el término, el duelo anteriormente era visto como algo natural en el proceso de la muerte, sin embargo, hoy en día el duelo pocas veces se ve de esa manera y se asocia más a una situación estresante y hasta con una connotación patológica (Pereira, 2010).

La muerte es el destino inevitable de todo ser vivo, una etapa en la vida que debe de ser considerada como un hecho natural (Oviedo et al., 2009). “A lo largo de la vida se presentan situaciones difíciles de enfrentar, una de ellas es la muerte” (García et al., 2014, p. 48-49). La muerte ha dejado de considerarse una parte de la vida, convirtiéndose en ocasiones como algo negativo y supersticioso de lo que ya casi no se escucha hablar ni siquiera de quien la está vivenciando de manera cercana (Cabodevilla, 2007).

La muerte es la culminación prevista de la vida, es ambigua en cuándo y cómo sucederá, forma parte de nosotros, nos afecta cuando perdemos a quienes nos rodean y la actitud que adoptamos ante este hecho determina hasta cierto punto cómo vivimos la muerte del otro, y más cuando es considerada cercana tendrá un mayor impacto y desencadenará procesos reflexivos en torno a la posibilidad de la propia muerte (Oviedo et al., 2009).

El luto y el duelo son formas de expresión social de la muerte, la principal función del luto es expresar la tristeza y el dolor que sufren las personas por la pérdida física de un familiar, amigo/a o alguien cercano a ellas (Oviedo et al., 2009), se da a través de conductas y prácticas posteriores a la pérdida como llorar, vestir de negro, acudir a la iglesia, visitar la tumba, entre otras (Camps, et al., 2008). “Duelo es un sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido y proviene del latín *dolus* que significa dolor” (Oviedo et al., 2009, p. 5). También se define del latín *duellum* que significa combate, desafío y guerra. La misma palabra refiere que el dolor y el combate interno forman la base para la elaboración del proceso del duelo (Cárdenas, 2017).

El duelo se presenta cuando se pierde algo o a alguien (un ser querido, objetivos de vida, una extremidad, cosas materiales, vitalidad, entre otras), la realidad se derrumba y muestra su aspecto más cruel, creándose un combate interno entre la realidad y el deseo (Rolón, 2020). La pérdida desorienta en el terreno emocional y puede tener un impacto permanente en la vida de las personas (Frazzetto, 2013).

Todas las personas a lo largo de la vida han sufrido algún tipo de pérdida, sin embargo, no todo tipo de pérdida conlleva al duelo (Rolón, 2020). “Solo se duela a aquello que se ha amado” (Rolón, 2020, p. 17) aquello con lo que se ha establecido afecto y vínculo, con alguien o algo por el que se siente amor, apego y valor (Cárdenas, 2017). Cuando la

muerte irrumpe el vínculo se altera, los lazos se rompen y la persona se niega a aceptar la pérdida y esto le produce dolor (Rolón, 2020).

La vivencia del duelo es una experiencia considerada común a todo ser humano y exige la actitud de “comenzar de nuevo”, la reorganización de lo cotidiano y la renovación de la vida [...] El duelo es un proceso de dolor y sufrimiento generado por la experiencia de la muerte o pérdida de alguien con vínculos afectivos significativos. El duelo es una reacción emocional, física y psíquica, como respuesta a una ruptura de vínculos. (Di Maio, 2015, p. 241-242)

El dolor y sufrimiento es una reacción a la pérdida del vínculo con el otro, y sus manifestaciones son determinadas por el nivel de apego hacía la persona (Di Maio, 2015), “el duelo de la persona amada es, en efecto, la prueba más ejemplar para comprender la naturaleza y los mecanismos del dolor mental” (Nasio, 1996).

El duelo puede ser visto desde diferentes enfoques:

**Tabla 5. Enfoques del duelo**

<b>Sigmund Freud (1967)</b>	El duelo es un estado de ánimo profundamente doloroso, pérdida por el interés de amar y por el mundo que nos rodea y una inhibición general de todas las funciones. Es un proceso en donde se muestra que el objeto amado ya no existe y demanda que la libido (placer) abandone las relaciones con el objeto amado, todo ello requiere de un tiempo y no es inmediato.
<b>John Bowlby (1980)</b>	Ligó el duelo con su teoría del apego, el cual es una conducta instintiva que se da entre una madre e hijo en donde la amenaza de ruptura genera una reacción psíquica, somática y vegetativa la cual fue denominada como el “Síndrome de Respuesta a la Separación”, en donde la ansiedad por la separación fue considerada como respuesta a la amenaza de pérdida de vínculo y el duelo como una respuesta a la pérdida de ese vínculo.
<b>Murray Parkes (1991)</b>	La reacción del duelo debe de entenderse como una “Transición Psicosocial”, entendiéndolo a estas transiciones como cambios vitales que necesitan la reflexión de las personas sobre su concepción del mundo y que traen consigo cambios rápidos y permanentes de reglas, hábitos, costumbres, entre otros.

Fuente: Elaboración propia con base a Freud (1967), Bowlby (1980) y Parkes (1991).

Bowlby (1998) tiene la visión de la persona como un ser de relaciones y como hemos mencionado a partir de ese supuesto construyó la teoría del apego, que afirma la necesidad de los seres humanos de establecer fuertes lazos afectivos. Dicha teoría afirma que el vínculo se forma a partir de “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido” (Bowlby, 1993, p. 60).

El dolor del duelo aumenta significativamente cuando se percibe que la vida de la persona se encontraba conectada a la propia (Di Maio, 2015). “El duelo implica, por lo tanto, el reconocimiento de que el sentido de la vida del doliente no está en sí mismo, sino que está vinculado al otro que le era cercano” (Di Maio, 2015, p. 242). El duelo es una reacción emocional, física y psíquica, como respuesta a una ruptura de vínculos (Cabodevilla, 2007).

En el duelo se pueden presentar sentimientos de incredulidad, tristeza, impotencia, angustia, desesperación, vacío interior, rabia, entre otros, todos estos sentimientos invaden la mente de las personas y crean una realidad en donde el sujeto ya no se concibe como alguien que fue o puede volver a ser feliz (Del Pino, et al., 2012).

Específicamente el duelo puede manifestarse de diversas maneras en las personas, tal y como expresa Pascual y Santamaría (2009):

A nivel emocional (tristeza, melancolía, rabia, culpa, etc.), cognitivo (falta de concentración, preocupación, pensamientos recurrentes, etc.), conductual (aislamiento, llanto, desinterés por las actividades cotidianas, etc.), físico (cansancio, falta de energía, dolores musculares, etc.), social (dificultad para retomar las relaciones sociales) y espiritual (cuestionamiento existencial y de valores). (Pascual y Santamaría, 2009, p. 49)

La resolución y vivencia de cada duelo dependen de diferentes aspectos en la persona, incluyendo su contexto, cultura, personalidad, edad, experiencias previas y similares, también de diversos factores tales como: lo imprevisto de la pérdida, el grado de apego y tipo de vínculo con la persona, la acumulación de pérdidas a la misma vez, el tipo de enfermedad o causa de muerte, entre otras (Del Pino et al., 2012). Por ello no se puede



establecer la duración exacta del duelo y su variación e intensidad es individual para no desmeritar su valor (Frazzetto, 2013).

Cuando la persona sufre alguna pérdida se desencadena un proceso denominado “Proceso de duelo”, el cual puede definirse como un conjunto de fases caracterizadas por cambios psicológicos y psicosociales, principalmente emocionales en los que se elabora la pérdida (Cárdenas, 2017). Aunque son diversos los aspectos que influyen en la elaboración del duelo, existe un consenso sobre diversas etapas por las que atraviesa la persona para finalizar su duelo, cabe recalcar que no es un proceso lineal y la duración es subjetiva.

Según Maza et al. (2008) y Viorst (1999) el desarrollo clínico del duelo normal pasa siempre por tres grandes fases:

*El inicio o primera etapa:* Se caracteriza por un estado de choque, la persona tiende a no sentir ni pensar en nada, el cuerpo se ve afectado de manera física a través de alteraciones en el ritmo cardiaco, temblor o náuseas. Hay incredulidad y rechazo (negación), las frases “¡Esto no puede estar sucediendo! ¡No puede ser!” (Viorst, 1999, p. 252) son comunes en esta etapa a través de un comportamiento tranquilo e insensible o viceversa, exaltado, la persona puede lamentarse o gritar de dolor o permanecer inmóvil y el hecho de que la persona amada ya no exista no parece real. Este comportamiento funge como un sistema de defensa. Esta etapa es de corta duración, inicia desde el anuncio de la muerte hasta el término del rito funerario.

*Etapa central:* Se caracteriza por un estado depresivo en donde la imagen y recuerdo de la pérdida están presentes en el pensamiento de la persona. En esta etapa se recuerda con frecuencia la pérdida y se extrañan las vivencias con ella. Es una fase de larga duración caracterizada por un estado de depresión que puede extenderse por semanas y meses. El estado depresivo que genera el duelo ocasiona que la persona se desinterese del mundo y en muchas ocasiones de sí misma. Esta etapa es caracterizada por la presencia del dolor emocional, a través de lamentos, llanto, cambios emocionales como desesperanza, ansiedad, culpa y furia.

*Etapa final o periodo de restablecimiento:* Comienza cuando el sujeto es capaz de seguir adelante y mirar hacia el futuro, siente interés por nuevas cosas, deseos y es capaz de expresarlos. La depresión originada por la pérdida comienza a desaparecer, hay una

aceptación que genera el alivio del dolor y pena. El final del duelo se caracteriza por la facultad de poder amar de nuevo. Se recupera la energía, esperanza y estabilidad emocional, se acepta la pérdida y se vuelve a tener confianza y gozar la vida.

El duelo distorsiona nuestro ser y realidad, y solo el paso del tiempo hace posible tolerar el dolor y sufrimiento y posiblemente superarlo. Es necesario que trascorra un periodo de tiempo determinado para poder ordenar la vida afectiva, aceptar la realidad, buscar nuevas metas y seguir avanzando (Del Pino et al., 2012).

Entre los tipos de duelo encontramos los siguientes:

**Tabla 6.** *Tipos de duelo*

<p><b>Duelo anticipado</b></p> <p>La persona elabora el dolor de la pérdida, aunque ésta no haya ocurrido. Es una forma de anticipar una pérdida irremediable.</p>	<p><b>Duelo crónico</b></p> <p>La persona se encuentra pegada al dolor, pudiéndolo arrastrar durante años. No es capaz de rehacer su vida y ésta gira en torno a la persona fallecida, considerando como ofensa volver a cierta normalidad.</p>	<p><b>Duelo retrasado</b></p> <p>La persona no muestra signos de afectación o dolor por la pérdida durante las primeras etapas del duelo. Se prolonga el embotamiento afectivo, posponiendo la expresión de emociones.</p>
<p><b>Duelo enmascarado</b></p> <p>La persona experimenta síntomas y conductas que le causan dificultades y sufrimiento. Se acude frecuentemente a consulta por diferentes afecciones orgánicas, pero no las relaciona con la pérdida.</p>	<p><b>Duelo exagerado</b></p> <p>Se caracteriza por una intensa reacción del duelo. Negando la realidad de la muerte, manteniendo la sensación de que la persona sigue viva o reconociendo que la persona falleció pero, con la certeza exagerada de que ocurrió para beneficio de la persona doliente.</p>	<p><b>Duelo normal</b></p> <p>Se caracteriza por diferentes vivencias en todas las dimensiones de la persona. La persona puede presentar aturdimiento, perplejidad, dolor y malestar, sensación de debilidad, pérdida de apetito, peso, sueño, dificultad para concentrarse, culpa, rabia, momentos de negación, ilusiones y alucinaciones, e identificación relacionados con la pérdida.</p>

Fuente: Elaboración propia con base a Cabodevilla (2007).

Las y los profesionales de la salud pueden transitar por algún tipo de duelo, ante la pérdida de algún paciente, puesto que todo aquel que esté vinculado con la pérdida es susceptible a ello. Hoy en día la muerte ha sido trasladada principalmente a los hospitales, por lo que las expresiones de dolor y rabia por la pérdida parecen controladas e inexpresivas, ya que no se considera adecuado manifestarlo de manera pública (Cabodevilla, 2007), lo que tiene un impacto negativo en las personas que establecieron vínculos con la persona ya que al ser más privado el dolor y sufrimiento a veces no se lleva a cabo un buen proceso de duelo debido a la falta de expresión de las emociones por la pérdida.

En el caso de las y los profesionales de la salud al momento de la muerte de un paciente pueden surgir diversos sentimientos y emociones, muchas veces poco articulados, ocasionados por la incomprensión del proceso de muerte (García et al., 2014).

García et al. (2014) nos muestra en su investigación algunos sentimientos surgidos en el personal de salud derivados del proceso de muerte de los pacientes:

**Tabla 7.** *Sentimientos que se expresan en el personal de salud*

Tristeza	Ansiedad	Impotencia
Emoción negativa que implica sufrimiento y privación de los afectos, ayuda a que el individuo se exprese, favoreciendo la reflexión e induce al desahogo.	Estado emocional inmediato caracterizado por la combinación de sentimientos de tensión, opresión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones.	Dolor emocional de no poder remediar la situación o circunstancia desagradable, o de no poder llevar a cabo un proyecto o idea.
El personal de salud manifiesta tristeza cuando fallece un paciente, porque les conmueve la muerte de un padre, de un joven que no ha vivido lo necesario.	Se toma en cuenta la definición de angustia como un estado de excitación que se traduce por un sentimiento de amenaza o peligro en la que el ser humano se siente expuesto.	Es un sentimiento de desesperación ante la muerte, ya que el no poder hacer nada genera intranquilidad en el profesional.

Nota: Elaboración propia con base a García et al., (2014).

García et al. (2014) asocia la espiritualidad a una acción interna que ayuda a conectar al individuo con sus pensamientos, los cuales le permiten reflexionar y ampliar su conciencia, ayudando al individuo a superar las situaciones poco favorables, a su vez, menciona que de manera conjunta la resiliencia le brinda la capacidad de afrontar esas dificultades, adaptándose y recuperando el equilibrio en su vida. Menciona que el dolor espiritual puede originarse por procesos inexplicables para la persona, como en el caso de las pérdidas por la muerte de un familiar o un ser querido, ruptura de lazos familiares o con personas cercanas, aparición de enfermedades, entre otras, y que cuando el individuo vinculado no es capaz de solucionar ese dolor puede tener alteraciones físicas y psicológicas.

Las manifestaciones físicas se presentan ante la etapa de duelo y no son universales, generalizables, sino que vienen mediadas por la cultura aunada a la experiencia, el aprendizaje, la personalidad y otra serie de factores externos, como pueden ser otros vínculos, moldearán de forma individual la respuesta de duelo en cada individuo. (García et al., 2014, p. 53)

La enfermedad y la posibilidad de la muerte pueden generar una crisis acerca de lo que significa la propia vida, produciendo interrogantes en el personal (García et al., 2014). “La muerte es un proceso natural biológico y psicosocial, el cual se presenta de manera gradual y de forma silenciosa generando en el personal de salud sentimientos diferenciadas tanto en intensidad como en manifestación” (López, 2008, p. 958, citado en Allende, 2019). Algunos de los principales sentimientos que se expresan en el personal de salud según Cid (2019) son los siguientes:

**Tabla 8.** Principales sentimientos que expresa el personal de salud ante la muerte de sus pacientes

<p><b>A nivel físico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✎ Dolores agudos en el pecho.</li> <li>✎ Cuadros de pánico.</li> <li>✎ Cefaleas o dolores de cabeza y sensación de compresión.</li> <li>✎ Dificultad para conciliar el sueño.</li> <li>✎ Pérdida del apetito y falta de motivación.</li> <li>✎ Pérdida de fuerza física y una constante sensación de debilidad.</li> <li>✎ Sensación de inquietud y agitación continuas.</li> <li>✎ Alteración nerviosa.</li> <li>✎ Falta de deseo sexual.</li> <li>✎ Tendencia a respirar suspirando.</li> </ul>	<p><b>A nivel emocional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☹ Aturdimiento o la sensación de pérdida de control de los sentidos.</li> <li>☹ Pánico.</li> <li>☹ Incredulidad.</li> <li>☹ Rechazo o negociación.</li> <li>☹ Ira.</li> </ul>
	<p><b>A nivel mental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☹ Culpabilidad.</li> <li>☹ Miedo.</li> <li>☹ Tristeza.</li> <li>☹ Vacío.</li> <li>☹ Depresión.</li> <li>☹ Pérdida de proyectos o pérdida del sentido de la vida.</li> <li>☹ Complicaciones para retener datos en la memoria.</li> </ul>
	<p><b>A nivel espiritual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✝ Enfrentamiento con una consciencia de limitaciones.</li> <li>✝ Se pierde la denominada “ilusión de inmortalidad” ante la que no se está preparado.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con base a Cid (2019).

Los síntomas depresivos también pueden presentarse en el personal de salud, tales como la “desesperanza, desesperación, tristeza, ganas de llorar, cambios en el apetito, irritabilidad, frustración, sentimientos de inutilidad, pérdida del placer por las actividades que habitualmente se desarrollan, dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas, cansancio o falta de energía” (Bueno y Barrietos, 2021, p. 536).

El duelo es una vivencia en el que las personas sufren mucho durante un tiempo determinado, generalmente la persona doliente logra superar la pérdida sin ayuda profesional, pero una minoría tiene riesgos de padecer afecciones en su salud (Barreto y Torre, 2012).

Por lo que se puede decir que el trabajo con el dolor es un aspecto fundamental en el proceso de duelo, siendo el objeto de trabajo más importante los familiares o personas

que hayan formado un vínculo significativo con el sujeto, como lo es en varias ocasiones el médico/a, el enfermero/a, el trabajador/a social y demás personal de salud, por lo tanto no se debe olvidar que también el objeto de trabajo debe de ser el mismo personal, ya que la relación de ayuda y acompañamiento generada entre el personal y el paciente puede desencadenar las situaciones ya antes mencionadas y ser un obstáculo para que el personal desarrolle su quehacer profesional de manera adecuada (Cid, 2019).

## **Conclusiones**

El dolor como experiencia universal y subjetiva se manifiesta de diversas maneras afectando a quien lo padece y a quien lo vivencia, en el caso del personal de salud esta experiencia les puede generar sentimientos de insatisfacción y fracaso profesional cuando no pueden contener o brindar alguna respuesta a sus pacientes entorno al dolor. La muerte por su parte a través del tiempo ha adquirido una connotación negativa, originando en la sociedad actual una lucha constante contra ella, que en su mayoría de veces recae en las y los médicos y personal de salud, los cuales adquieren un grado de compromiso para salvaguardar la vida de las personas aun cuando las condiciones sean irreversibles, por lo que cuando el personal de medicina no llega a salvar la vida de sus pacientes, experimenta emociones de fracaso que le hacen cuestionarse su rol profesional e inclusive su propia existencia.

Las experiencias de dolor y muerte sin duda han aumentado en tiempos de pandemia por Covid-19 y el personal de salud y trabajo social se encuentra más en contacto con ellas, por lo cual son más susceptibles a desarrollar diversos efectos psicosociales como el estrés y síndrome de Burnout, manifestándose a través de alteraciones físicas y emocionales como depresión, ansiedad, angustia, dolor de cabeza, insomnio, cansancio físico, la falta de realización personal, la baja autoestima, entre otros. Todos estos efectos pueden representar un obstáculo para desarrollar de manera adecuada el quehacer profesional del personal de salud.

Los profesionales de la salud también se pueden enfrentar a situaciones de duelo ocasionado por el dolor emocional que pueden sufrir a causa de una escasa autorregulación de emociones que lo llevan a implicarse de manera emocional con

pacientes que fallecen y sus familias, en aquellos casos es necesario incentivar estrategias personales y colectivas a nivel institucional que permitan al personal establecer la distancia terapéutica necesaria. Se deben de considerar los factores psicosociales en general y sus consecuencias en las y los profesionales para poder diseñar mejores estrategias que atiendan y fomenten la salud física y emocional de los trabajadores de la salud y específicamente de trabajo social, ya que comprenden uno de los pilares más importantes y a veces invisibilizados dentro del personal de salud.

## CAPÍTULO 2

### 2. Diseño metodológico

El siguiente capítulo precisará cómo se organizó y desarrolló la investigación, en él se muestra a detalle el planteamiento, supuesto y objetivos de la investigación, el diseño de investigación seleccionada, así como la ruta que seguí para lograr conseguir los objetivos de esta investigación.

#### 2.1 Planteamiento del problema

El contacto con el dolor y la muerte es un hecho que afecta a médicos/as, enfermeros/as, cuidadores/as, paramédicos/as, entre otros profesionales que laboran en el sector salud, causándoles “malestar, ansiedad, incertidumbre y un sentimiento de desprotección” (Benbunan-Bentata et al., 2007, p. 198-199). Este hecho también ocurre con las y los trabajadores sociales que laboran en las instituciones de salud, ya que se encuentran en cercanía con pacientes y sus familias, sin embargo, al hacer un recorrido bibliográfico por diversos autores de trabajo social (Vicente y Arredondo, 2020; Álvarez y Gómez, 2021; Ángeles, 2021; González, 2021; Langarica, 2021), nos encontramos con poca información desde la profesión que recupere de manera más profunda esas experiencias.

Desde que se reportó el primer caso de Covid-19 en México el 27 de febrero de 2020, el número de pacientes diagnosticados con la enfermedad aumentó exponencialmente (Suarez et al., 2020, p. 463). Esta emergencia sanitaria generó un gran número de experiencias en las y los trabajadores de la salud ante situaciones relacionadas con la salud y bienestar de pacientes diagnosticados y sus familias.

El personal de trabajo social estuvo en primera línea de atención frente a la pandemia por Covid-19, desarrollando diversas funciones que van desde la prevención de la enfermedad, acompañamiento del paciente y su familia, contención de familiares, hasta la entrega de cadáveres, lo cual implica que las y los profesionales se encuentren en contacto directo con las necesidades expresadas de los pacientes y sus familias, así como con sus emociones, esto lo/a hacen susceptible a desarrollar vínculos emocionales y afectivos hacia ellos/as y a su vez vivenciar diversas experiencias relacionadas en



torno al paciente y su familia como lo es el dolor y la muerte ante la enfermedad. Este último punto puede desencadenar reflexiones, cuestionamientos, insatisfacción laboral, estrés e inclusive llegar a desarrollar el síndrome de Burnout, los cuales pueden manifestarse de diversas maneras en las y los profesionales como a nivel emocional, conductual, físico, social e inclusive espiritual (Pascual y Santamaría, 2009).

Las experiencias negativas surgidas a raíz de esta emergencia sanitaria pueden representar un problema en el desempeño profesional en el personal de salud. Debido a que el sector salud se ha convertido en el principal pilar para llevar a cabo tareas de investigación, diagnóstico, prevención y rehabilitación en la población mexicana diagnosticada con Covid-19, es importante atender las necesidades físicas y psicológicas de todas y todos aquellos que laboran en las instituciones de salud, incluidas las y los trabajadores sociales, para que de esta manera las unidades hospitalarias tengan más elementos para afrontar esta situación mundial.

Por ello se pretenden recuperar las experiencias del personal de trabajo social en el sector salud durante la pandemia, que den cuenta de cuáles son los efectos psicosociales que surgen a raíz de la convivencia con el dolor y la muerte de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familias, qué reflexiones personales y profesionales surgen, si implementan estrategias personales y colectivas para afrontar estas experiencias, saber en qué condiciones laborales se encuentran, si existe apoyo institucional y qué se necesita para atender esta situación.

### **2.1.1 Pregunta de investigación**

¿Cómo afecta la cercanía con el dolor y la muerte de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familiares al personal de trabajo social que labora en las instituciones de salud en el sector público en México?

### **2.1.2 Supuesto de investigación**

La cercanía del personal de trabajo social con el dolor y la muerte de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familiares en instituciones de salud en el sector público en México, genera efectos psicosociales negativos en su salud física y emocional, que interfieren en su quehacer profesional.

### 2.1.3 Objetivos

#### **Objetivo general:**

Conocer el impacto que tiene la cercanía del personal de trabajo social con el dolor y la muerte de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familiares en las instituciones de salud en el sector público en México.

#### **Objetivos específicos:**

- 1.- Describir las experiencias de las y los trabajadores sociales en torno al dolor y la muerte a partir del trabajo desarrollado en las instituciones de salud desde que se estableció de forma oficial el inicio de la pandemia por Covid-19 en México.
- 2.- Identificar cuáles son los efectos psicosociales que desarrollan las y los trabajadores sociales ante la cercanía con el dolor y la muerte de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familiares, y cómo influyen en su quehacer profesional.
- 3.- Exponer cuáles son las estrategias personales y colectivas que implementan las y los trabajadores sociales, que les permita desarrollar procesos de intervención ante las experiencias de dolor y muerte de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familias.

## 2.2 Diseño de la investigación

### 2.2.1 Tipo de investigación

**Nivel de estudio descriptivo:** Se sitúa sobre una base de conocimiento, el problema ha alcanzado cierto nivel de claridad, pero aún se necesita información para poder llegar a establecer caminos que conduzcan al esclarecimiento de las causas (Jiménez, 1998). “La investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de conocer su estructura o comportamiento” (Arias, 2016, p. 24). Se retoma la investigación descriptiva ya que muestra el conocimiento de la realidad igual que como se presenta en una situación de espacio y tiempo determinado. En este tipo de investigación se observa o se pregunta y posteriormente se registra. Describe el fenómeno sin realizar ningún tipo de cambio (Rojas, 2015, p. 7).

- Se utilizó la investigación descriptiva ya que el tema de la cercanía con el dolor y la muerte y sus efectos en el personal de salud, a pesar de ser estudiados principalmente por médicos/as y enfermeros/as, y que se tiene cierta claridad del

hecho en esas profesiones, no es muy claro dentro de la profesión de trabajo social, aun cuando el personal también convive con ello al ser parte del equipo multidisciplinar de salud y encontrarse como personal de primera línea de atención en la pandemia por Covid-19. Se pretende mostrar el hecho tal y como lo describen las y los profesionales.

**Enfoque de investigación mixto:** Implica la recolección de datos de manera cualitativa y cuantitativa, así como su integración y análisis en conjunto (Hernández, 2017).

- Se pretenden recabar datos estadísticos, experiencias de las y los profesionales e integrarlos al análisis de resultados.

**Estudio transversal:** Es un tipo de investigación utilizada para el estudio de una serie de variables sobre una determinada población, durante un periodo de tiempo determinado (Coll, 2020).

- El estudio que se realizó en esta investigación es de tipo trasversal debido a que solo se llevó a cabo durante un periodo de tiempo específico, de marzo a diciembre de 2021.

### **2.2.2 Población, tipo de población, método de muestreo, tipo de muestreo y tamaño de la muestra**

**Población:** “La población es el conjunto de elementos bien determinados y con características comunes que los hace formar parte del mismo” (Sandoval, 2018, p. 9). La población objetivo queda delimitada por el problema y los objetivos de la investigación (Arias, 2016).

- En esta investigación la población objetivo son las y los trabajadores sociales que laboran en las instituciones de salud del sector público en México y que además de ello pertenecen a hospitales Covid-19.

**Tipo de población:** El tipo de población es infinita ya que esta refiere a “aquel conjunto en el que el número de sus elementos es indefinido o indeterminado” (Sandoval, 2018, p. 10). En ella se desconoce el total de elementos que la conforman, debido a que no existe un registro documental exacto (Arias, 2016).

- La población de esta investigación es infinita, ya que se desconoce el número exacto de trabajadores y trabajadoras sociales adscritos que laboran en el sector salud público en México y que además pertenecen a hospitales Covid-19, debido a la reorganización constante de las instituciones de salud por la pandemia.

**Método de muestreo:** El método de muestreo es sin remplazo es decir “si el elemento de la población ha sido extraído para la muestra, no volverá a tener oportunidad de pertenecer nuevamente a ella” (Sandoval, 2018, p. 12). El método de muestreo sin remplazo no reintegra nuevamente cada elemento que se extrae de la población para registrar las categorías de su estudio, por lo que “en cada nueva elección participan un menor número de elementos de la población” (Universidad América Latina [UAL], 2011, p. 62).

- En esta investigación el personal de trabajo social entrevistado solo participó en una ocasión en la entrevista a profundidad.

**Tipo de muestreo y tamaño de la muestra:** El tipo de muestreo es probabilístico, es decir que “los elementos de la población tienen una probabilidad conocida de formar parte de la muestra” (Sandoval, 2018, p. 12).

- Las y los trabajadores sociales que se encuentren adscritos a las diversas instituciones de salud del sector público en México y que además pertenezcan a hospitales Covid-19, tienen la probabilidad de formar parte de la muestra.

Dentro de la clasificación del tipo de muestreo probabilístico hemos elegido el “muestreo estratificado”, el cual considera las características heterogéneas en los estratos que a su vez se distinguen por la homogeneidad respecto a una característica (Sandoval, 2018).

- La característica que distingue a las diversas trabajadoras y trabajadores sociales que laboran en hospitales del sector público en México y que además pertenecen a hospitales Covid-19, es que deben de haber tenido experiencias en torno al dolor y la muerte de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familiares. Por tanto, y siguiendo los criterios, el tamaño de la muestra total es de 28 trabajadoras y trabajadores sociales.

### 2.2.3 Técnicas e instrumentos

#### **Técnica: Sistema de sustentación documental**

Provee de toda la documentación posible o aquella más relevante para tener una base sólida de argumentación de la hipótesis o del supuesto de investigación (Tecla y Garza, 1978). Presenta la información existente de un tema y muestra una organización de dicho material con un enfoque específico (Coral, 2016).

- Instrumentos:

Fichas bibliográficas: “Consiste en identificar las fuentes de información que se van a examinar para realizar un trabajo [...] por lo general los datos que se identifican en el documento se recogen en una tarjeta [...] o mediante un registro electrónico” (Santana, 2008, p. 2) (Anexo 1).

Fichas de trabajo: Se trata de un instrumento que ayuda a ordenar y clasificar los datos consultados, en ella se colocará la información más importante que se utilizará posteriormente (Salatino, 2016). Su construcción es un trabajo de análisis, crítica o de síntesis. La ficha de trabajo refleja la profundización, la lectura y la reflexión del texto. Es un instrumento que permite ordenar y clasificar los datos consultados (Tecla y Garza, 1978) (Anexo 2).

#### **Técnica: Entrevista a profundidad**

En esta técnica el entrevistador explora, detalla y rastrea por medio de preguntas, cuál es la información más relevante para los intereses de la investigación, con ello se conoce lo suficientemente a la gente para entender lo que quieren decir y así crear una atmosfera que les permita expresarse libremente (Taylor y Bogdan, 1990).

- Instrumentos:

Guía de entrevista: Se refiere a las preguntas que se realizarán durante el desarrollo de la entrevista, estas deben de estar plasmadas en un documento digital o impreso y sirven como una guía para el entrevistador (Anexo 3).

## **Técnica: Observación**

Observación: “La observación es la forma más sistematizada y lógica para el registro visual y verificable de lo que se pretende conocer, es decir captar de manera objetiva lo que ocurre en el mundo real, para describirlo, analizarlo o explicarlo” (Campos y Lule, 2012, p. 49).

- Instrumentos:

Guía de observación: Permite el registro de lo observado, para su posterior descripción, análisis o explicación, no hay un formato único (Anexo 4).

La realización de las entrevistas se hizo con previa autorización de las y los entrevistados/as para grabar sus voces o videos, así como utilizar los relatos proporcionados durante la entrevista, sin embargo, por fines confidenciales no se otorgarán los nombres de las y los entrevistados y solo se identificarán sus datos institucionales y de residencia a través de códigos.

La transcripción de las entrevistas se realizó a través de una “Guía de transcripción de entrevistas”, donde los códigos extralingüísticos se marcaron de la siguiente forma: <pausa> para pausas; <vocal> para pausas sonoras, voces de duda o pensamiento; <Kinesic> para fenómenos de gesticulación; o <incident> para eventos accidentales como ruidos en el ambiente y demás, <risas> o <llanto> para manifestaciones de algún sentimiento o emoción, <ininteligibles> palabras ininteligibles o dudosas que deben ser escritas entre < > tal cual suenan. Los números se transcribieron en letras y se utilizó <Sic> como señal de errores de dicción por parte de las y los involucrados de la entrevista a fin de que no se interpreten como errores de transcripción.

**Tabla 9.** *Códigos de identificación de las/os entrevistadas/os*

<b>Código</b>	<b>Institución en donde labora</b>	<b>Lugar de residencia</b>
Ts/02	Instituto Mexicano del Seguro Social	Ciudad de México
Ts/03	Instituto Mexicano del Seguro Social	Ciudad de México
Ts/04	Hospital de la Mujer	Michoacán
Ts/05	Hospital Infantil de México Federico Gómez	Ciudad de México
Ts/06	Hospital de la mujer	Ciudad de México
Ts/07	Unidad Temporal COVID-19 Centro Citibanamex	Ciudad de México
Ts/08	Hospital General de Mazatlán	Sinaloa
Ts/09	Hospital General de Ajusco Medio	Ciudad de México
Ts/10	Instituto Mexicano del Seguro Social	Ciudad de México
Ts/11	Hospital General de Ajusco Medio	Ciudad de México
Ts/12	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Ciudad de México
Ts/13	Hospital General de Alta Especialidad Ixtapaluca	Estado de México
Ts/14	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Ciudad de México
Ts/15	Hospital Regional de Alta especialidad de la Península de Yucatán	Yucatán
Ts/16	Hospital Infantil de México Federico Gómez	Ciudad de México
Ts/17	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Ciudad de México
Ts/18	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Ciudad de México
Ts/19	Jurisdicción Sanitaria Miguel Hidalgo	Ciudad de México
Ts/20	Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca	Estado de México
Ts/21	Instituto Mexicano del Seguro Social	Estado de México

Ts/22	Hospital Regional de Alta Especialidad Zumpango	Estado de México
Ts/25	Hospital General de Tehuacán	Puebla
Ts/26	Servicios de Salud del Estado de Puebla	Puebla
Ts/27	Hospital General Izúcar de Matamoros	Puebla
Ts/28	Instituto Mexicano del Seguro Social	Querétaro
Ts/30	Instituto Mexicano del Seguro Social	Querétaro
Ts/31	Instituto Mexicano del Seguro Social	Querétaro
Ts/32	Instituto Mexicano del Seguro Social	Querétaro

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

#### 2.2.4 Ruta metodológica

- 1ra fase: Construcción del proyecto de investigación, revisión bibliográfica y escritura académica del primer capítulo

En esta fase se estableció el planteamiento del problema, el supuesto, los objetivos y todo el diseño de la investigación. Después, a través de una lectura rápida se buscó la literatura relevante respecto a los temas a abordar y la información de las fuentes fue plasmada en fichas bibliográficas de manera electrónica. Posteriormente, se hizo una lectura profunda en la literatura a fin de identificar la información más relevante de cada fuente, esta información se plasmó en fichas de trabajo electrónicas. A partir de ello, se estableció un orden y relación de la información y se comenzó con la escritura académica del primer capítulo.

- 2da fase: Desarrollo y aplicación de instrumentos.

Después de tener los conocimientos necesarios sobre los temas que se abordarían en la investigación se establecieron preguntas claves para el diseño del instrumento de la entrevista a profundidad. Posteriormente, a través de diversos contactos se tuvo acceso a diversos trabajadores y trabajadoras sociales que cumplían con las características de la población de estudio y en coordinación con ellos se realizó la aplicación de las entrevistas a profundidad.



- 3ra fase: Discusión y análisis de resultados.

Esta investigación se realizó vía tradicional, es decir, se hizo la transcripción manual de las entrevistas a profundidad a través del procesador de textos “Word”, posteriormente, se realizó una lectura profunda de ellas y se identificaron datos estadísticos relevantes para elaborar tablas y gráficas a través de hojas de cálculo “Excel”. Durante la lectura de las entrevistas se identificaron las principales categorías y subcategorías de esta investigación. Se hizo una selección de los relatos escritos y se comenzó con el análisis y construcción del tercer y último capítulo. Por último, se elaboraron las conclusiones en donde se estableció si se cumplieron los objetivos y supuesto de investigación, así como recomendaciones para atender la situación problema.

### **Conclusiones**

Las y los trabajadores sociales también se encuentran en contacto con las experiencias de dolor y muerte de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familias. Por ello se pretende seguir este diseño metodológico para dar cuenta sobre los efectos en el personal de trabajo social que pueden repercutir en su quehacer profesional. Esta investigación de tipo descriptiva, mixta y transversal, busca a través de la población de estudio seleccionada y la aplicación de instrumentos, demostrar que los efectos psicosociales que origina la convivencia con el dolor y la muerte también están presentes en la profesión.

## CAPÍTULO 3

### 3. Análisis de resultados

La presente investigación tomó en cuenta a 28 trabajadoras y trabajadores sociales que laboran en instituciones de salud pública en México, que pertenecen a hospitales Covid-19 y que además han tenido experiencias en torno al dolor y la muerte de sus pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familias, los resultados obtenidos se desprenden de diversas entrevistas a profundidad que fueron realizadas de marzo a diciembre de 2021.

Dentro de las dificultades presentes en esta investigación, se encuentran la reorganización constante de la información del marco teórico y establecer de forma clara las categorías de análisis. Las facilidades en esta investigación son: que conté con el apoyo profesional de mi asesora de tesis en todo momento y esto me permitió integrar mejor la información del marco teórico y tener más claras las categorías de análisis. También que las y los trabajadores sociales contactados fueron muy flexibles y abiertos a brindar toda la información que se requiriera para esta investigación, a pesar de la carga de trabajo con la que contaban y que dentro de las entrevistas se tocaran temas muy sensibles.

Los resultados que se obtuvieron de las entrevistas a profundidad se expondrán de la siguiente manera, la primera parte consta de un apartado cuantitativo en donde se presentan los principales datos estadísticos que nos permiten conocer las características de las y los entrevistados, el siguiente apartado consta de un análisis de las principales categorías encontradas.

Las principales categorías encontradas, se presentarán de la siguiente manera:

**Tabla 10. Categorías encontradas durante la investigación**

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS				
<b>Efectos psicosociales</b>	<b>Muerte</b>	La convivencia del personal de trabajo social con la muerte de pacientes diagnosticados con Covid-19		Efectos psicosociales que surgen por la convivencia con el dolor y la muerte: Estrés y síndrome de Burnout	Reflexiones que surgen en el personal de trabajo social por la convivencia con el dolor y la muerte y sus efectos psicosociales
	<b>Dolor</b>	La convivencia del personal de trabajo social con el dolor de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familias	Las emociones y su relación con el dolor físico y emocional que surge en el personal de trabajo social en la atención de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familias		
<b>Condiciones laborales del personal de trabajo social y estrategias sociolaborales</b>	<b>Condiciones laborales favorables que contribuyen a afrontar los efectos psicosociales en el personal de trabajo social (Factores psicosociales positivos)</b>				
	<b>Condiciones laborales desfavorables (Factores psicosociales negativos)</b>				
	<b>Estrategias personales y colectivas del personal de trabajo social</b>				

Fuente: Elaboración propia (2022).

La principal categoría dentro de esta investigación son los efectos psicosociales. Los efectos psicosociales que surgen en el personal de trabajo social son el resultado de la interacción de las y los profesionales con el dolor y la muerte de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familias, aunado a otras condiciones sociolaborales que afectan la salud física y emocional del personal.

### 3.1 Características del personal de trabajo social

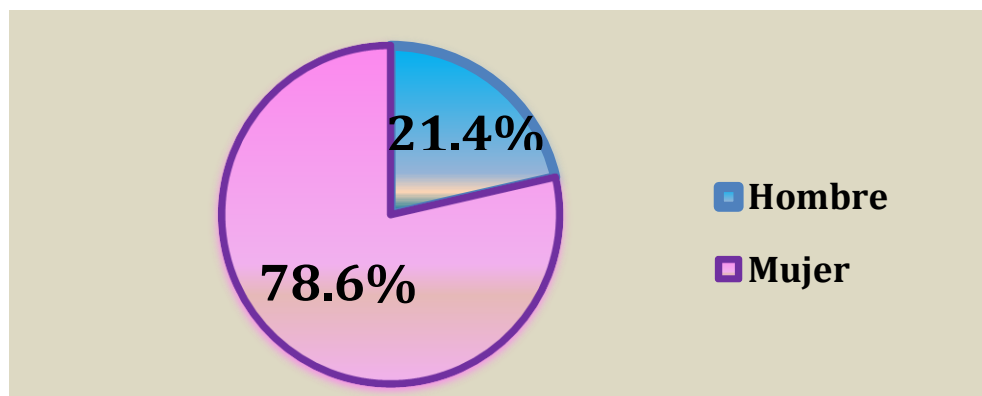
Dentro de las características del personal se encuentran el sexo, lugar de residencia, la institución de salud en la que laboran, así como la fecha aproximada en la que empezaron a atender pacientes con Covid-19, si las y los trabajadores sociales se contagiaron de Covid-19, si familiares, compañeras/os o personas cercanas al personal se contagiaron, así como las principales funciones que desarrollaron durante la pandemia.

**Tabla 11.** *Sexo del personal de trabajo social*

RESPUESTA	FRECUENCIA INICIAL	FRECUENCIA ABSOLUTA
Hombre	6	21.4%
Mujer	22	78.6%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

**Gráfica 1.** *Sexo del personal de trabajo social*



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

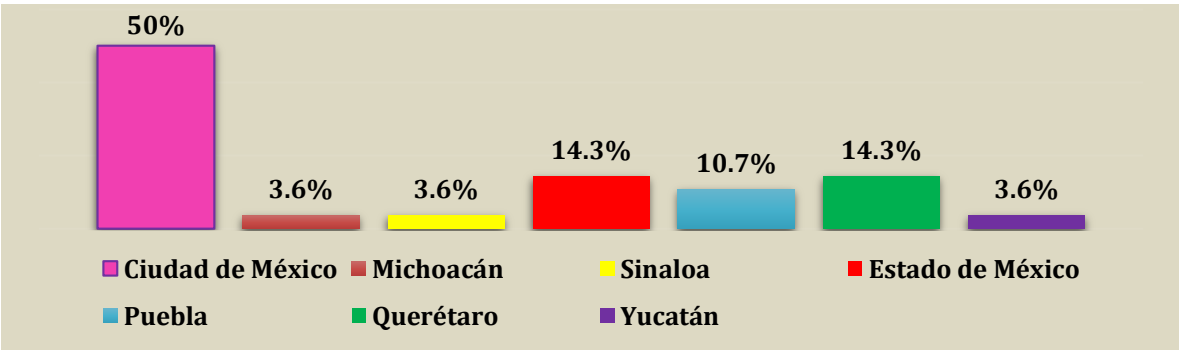
Como se puede observar en la gráfica 1, el sexo dominante en el personal de trabajo social son mujeres con 78. 6% y 21.4% correspondiente a hombres.

**Tabla 12.** Lugar de residencia del personal de trabajo social

RESPUESTA	FRECUENCIA INICIAL	FRECUENCIA ABSOLUTA
Ciudad de México	14	50%
Michoacán	1	3.6%
Sinaloa	1	3.6%
Estado de México	4	14.3%
Puebla	3	10.7%
Querétaro	4	14.3%
Yucatán	1	3.6%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

**Gráfica 2.** Lugar de residencia del personal de trabajo social



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

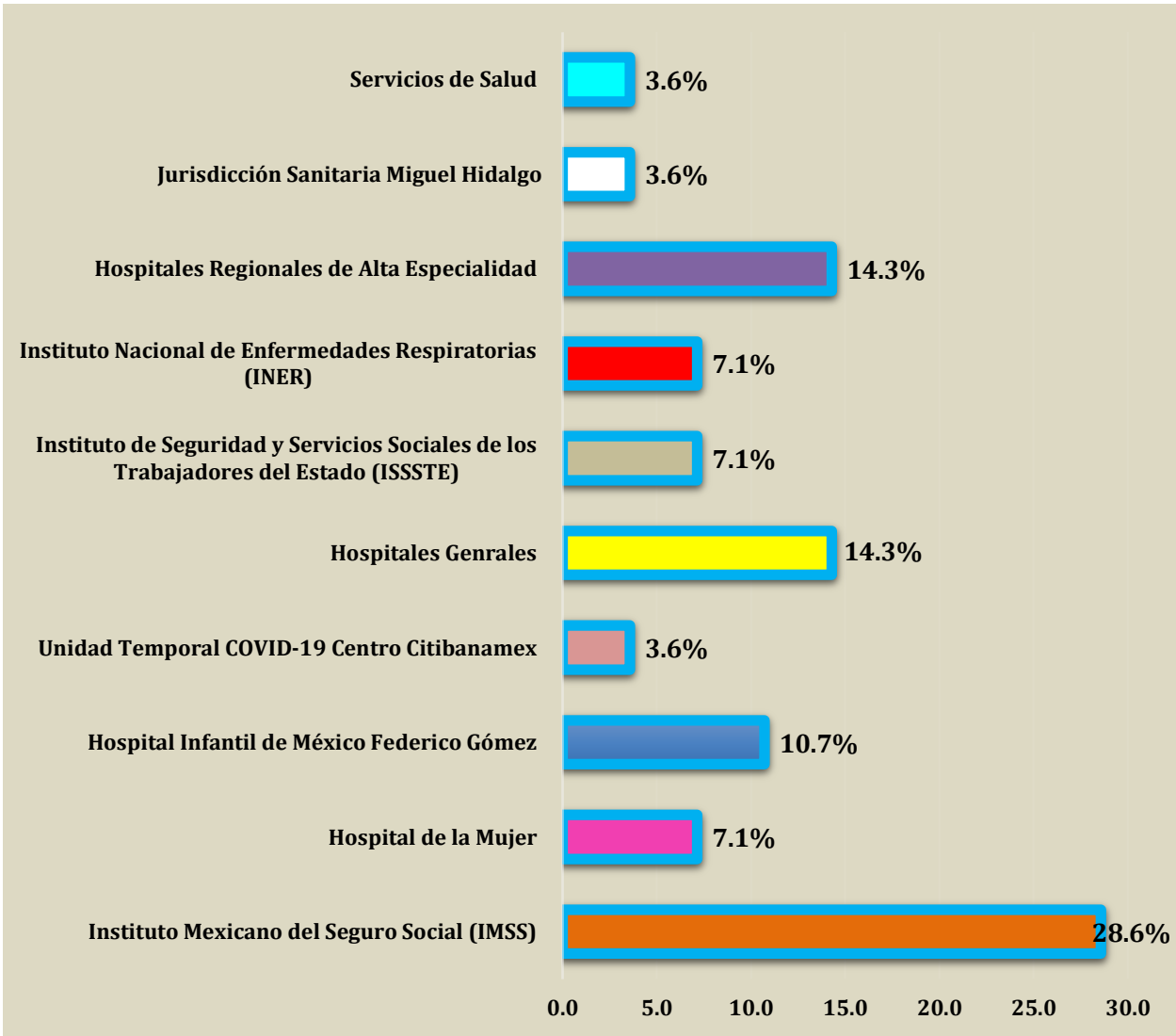
El principal lugar de residencia de las y los trabajadores sociales está en Ciudad de México, con un 50% de las entrevistadas/os, seguido del Estado de México y Querétaro con un 14.3% en cada uno, así como Puebla con un 10.7%, mientras que una minoría de las entrevistadas/os reside en los estados de Michoacán, Yucatán y Sinaloa con un 3.6% en cada uno.

**Tabla 13.** *Instituciones donde labora el personal de trabajo social*

<b>RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA INICIAL</b>	<b>FRECUENCIA ABSOLUTA</b>
<b>Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)</b>	8	28.6%
<b>Hospital de la Mujer</b>	2	7.1%
<b>Hospital Infantil de México “Federico Gómez”</b>	3	10.7%
<b>Unidad Temporal COVID-19 Centro Citibanamex</b>	1	3.6%
<b>Hospitales Generales</b>	4	14.3%
<b>Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)</b>	2	7.1%
<b>Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)</b>	2	7.1%
<b>Hospitales Regionales de Alta Especialidad</b>	4	14.3%
<b>Jurisdicción Sanitaria Miguel Hidalgo</b>	1	3.6%
<b>Servicios de Salud</b>	1	3.6%
<b>TOTAL</b>	28	100%

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

**Gráfica 3.** *Instituciones donde labora el personal de trabajo social*



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

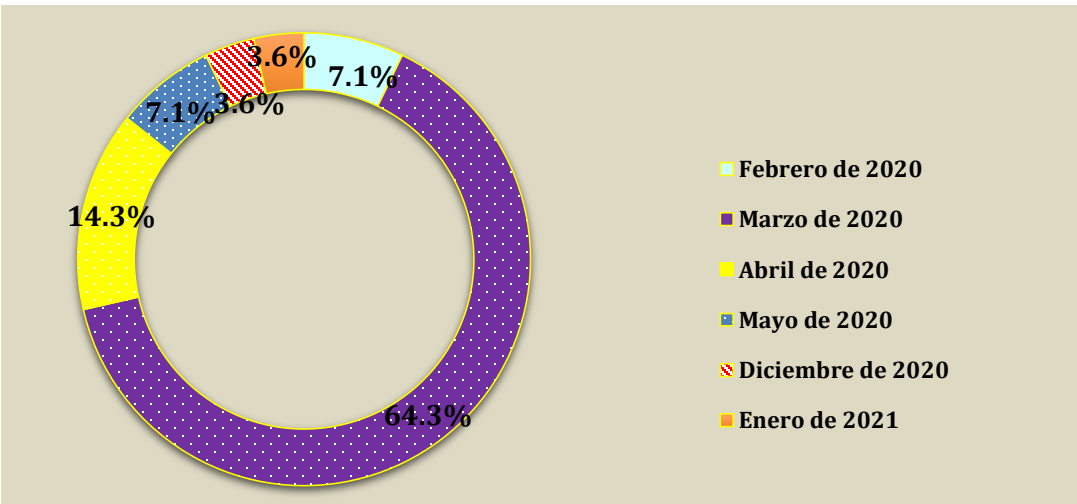
Las principales instituciones donde laboran las y los trabajadores sociales del estudio son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con un 28.6%, hospitales generales y regionales de alta especialidad con un 14.3% en cada uno, así como el Hospital Infantil de México Federico Gómez con un 10.7%, mientras que una minoría labora en otras instituciones de salud.

**Tabla 14.** Fecha aproximada en que la institución comenzó a atender a pacientes con Covid-19

RESPUESTA	FRECUENCIA INICIAL	FRECUENCIA ABSOLUTA
Febrero de 2020	2	7.1%
Marzo de 2020	18	64.3%
Abril de 2020	4	14.3%
Mayo de 2020	2	7.1%
Diciembre de 2020	1	3.6%
Enero de 2021	1	3.6%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

**Gráfica 4.** Fecha aproximada en que la institución comenzó a atender a pacientes con Covid-19



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).



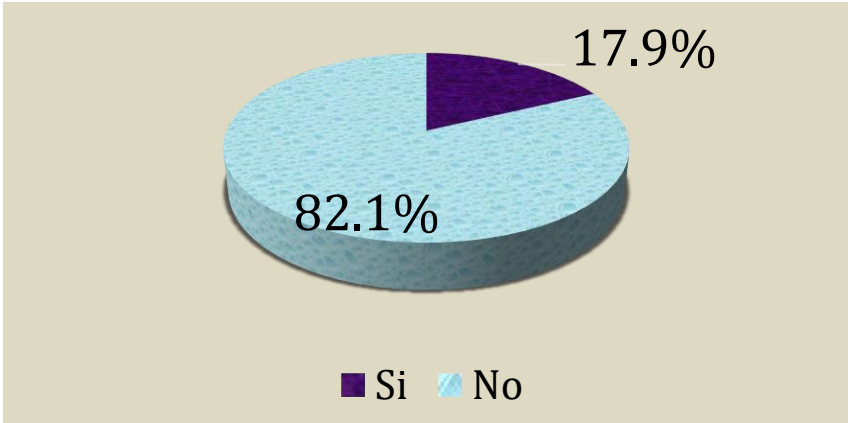
El 64.3% del personal expresó que la institución en donde laboran empezó a atender a pacientes con Covid-19 a partir del mes marzo de 2020, es decir que la mayoría del personal entrevistado formó parte de la primera línea de atención casi desde el inicio oficial de la pandemia en México, mientras que una minoría, el 3.6% comenzó a atender a pacientes Covid-19 en diciembre de 2020 y enero de 2021.

**Tabla 15.** Personal de trabajo social que se contagió de Covid-19

RESPUESTA	FRECUENCIA INICIAL	FRECUENCIA ABSOLUTA
Si	5	17.9%
No	23	82.1%
<b>TOTAL</b>	28	100%

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

**Gráfica 5.** Personal de trabajo social que se contagió de Covid-19



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

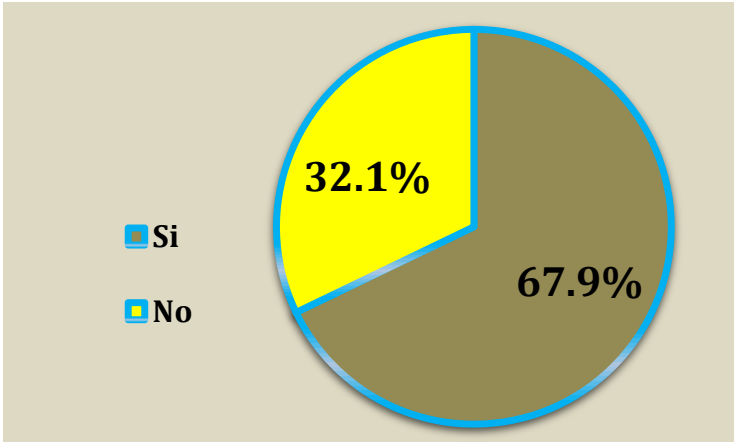
Como se puede observar en la gráfica presentada, el 82.1% de los y las trabajadoras sociales entrevistadas/os no se contagió de Covid-19 debido al correcto uso del equipo de protección y el seguimiento de las medidas sanitarias, mientras que una minoría, el 17.9% sí contrajo la enfermedad.

**Tabla 16.** Personal de trabajo social que tuvo algún familiar, compañero/a o persona cercana enferma de Covid-19

RESPUESTA	FRECUENCIA INICIAL	FRECUENCIA ABSOLUTA
Si	19	67.9%
No	9	32.1%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

**Gráfica 6.** Personal de trabajo social que tuvo algún familiar, compañero/a o persona cercana enferma de Covid-19



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

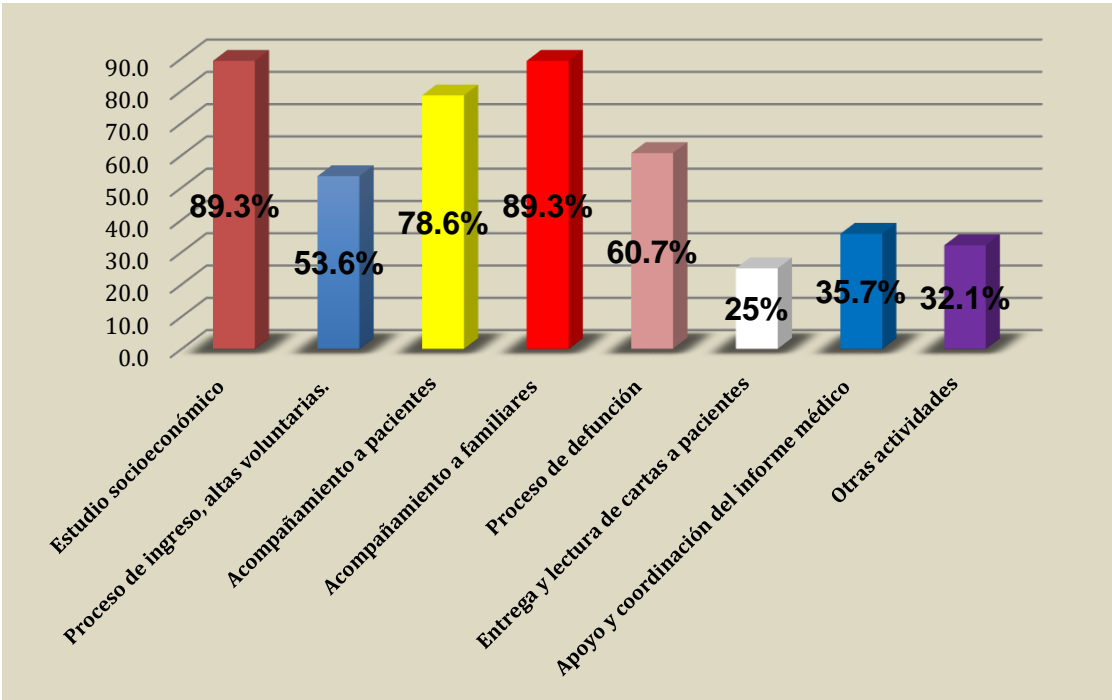
La mayoría del personal de trabajo social entrevistado/a (67.9%) tuvo familiares, compañeros/as de trabajo o personas cercanas que contrajeron Covid-19, mientras que una minoría (32.1%), negó haber tenido a personas cercanas enfermas.

**Tabla 17.** Principales funciones del personal de trabajo social durante la pandemia por Covid-19

RESPUESTA	FRECUENCIA INICIAL	FRECUENCIA ABSOLUTA
Estudio socioeconómico	25	89.3%
Proceso de ingreso y altas voluntarias	15	53.6%
Acompañamiento a pacientes	22	78.6%
Acompañamiento a familiares	25	89.3%
Proceso de defunción	17	60.7%
Entrega y lectura de cartas a pacientes	7	25%
Apoyo y coordinación del informe médico	10	35.7%
Otras actividades	9	32.1%

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

**Gráfica 7. Principales funciones del personal de trabajo social durante la pandemia por Covid-19**



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

Dentro de las principales funciones encontramos el estudio socioeconómico con un 89.3%, el proceso de ingreso y altas voluntarias con un 53.6%, acompañamiento a pacientes (enlazar llamadas telefónicas y videollamadas con el familiar, ser el enlace médico-paciente, buscar redes de apoyo familiar, sensibilización, orientación, información, canalización, escucha activa) con un 78.6%, acompañamiento a familiares (enlazar llamadas telefónicas y videollamadas con el paciente, enlace con el médico, orientación, información, solicitud de insumos, gestión de recursos, sensibilización, contención emocional) con un 89.3%, el proceso de defunción (identificación y entrega de cadáveres, registro y entrega de certificados de defunción) con un 60.7%, entrega y lectura de cartas a pacientes con un 25%, apoyo y coordinación del informe médico con un 35.7% y otras actividades de trabajo social (capacitación del nuevo personal,

planeación, programación y emisión de recomendaciones, difusión y promoción de la salud) con un 32.1%. Algunas de las funciones que desarrolló el personal surgieron a partir de la identificación de demandas y necesidades de la población atendida, como lo es enlazar llamadas y video llamadas con el paciente-familiar, debido a que las visitas se restringieron, entrega y lectura de cartas a los pacientes, como un medio para hacer conocer el sentir y pensar de los familiares hacía el paciente, el apoyo y coordinación del informe médico, por la demanda creciente de los familiares por saber sobre el estado de salud del paciente, identificación y entrega de cadáveres, así como el registro y entrega de certificados de defunción como nuevas funciones en apoyo al área médica.

### **3.2 Efectos psicosociales en el personal de trabajo social**

Las diversas experiencias que se describirán a continuación reflejan cómo se fue dando la convivencia con de dolor y muerte a partir de la dinámica hospitalaria que surgió desde inicios de la pandemia por Covid-19, cómo la pandemia vino a mostrar la necesidad de modificar el quehacer profesional, reflexionar la intervención profesional de trabajo social y sobre su propio cuerpo, así como ver a la muerte y el dolor como un hecho cercano al personal. Las experiencias con el dolor y la muerte juegan un papel principal en la elaboración de diversos efectos psicosociales en el personal.

#### ***3.2.1 La convivencia del personal de trabajo social con la muerte de pacientes diagnosticados con Covid-19:***

En época de pandemia por Covid-19, el personal de trabajo social al formar parte del equipo multidisciplinar que se encuentra en primera línea de atención contra la enfermedad, narra desde su experiencia que el número de defunciones por Covid-19 durante las diversas olas de contagio ha aumentado las experiencias de muerte significativamente respecto a otras épocas, puesto que pacientes que llegaban solos o familias enteras que fueron contagiadas en muchas ocasiones morían a causa de la enfermedad:

“Cuando empezaron a subir lo de las muertes, yo veía treinta, cuarenta defunciones diarias”. (Ts/03)

“Llegamos a tener muertes de familias completas y puedo decir tal vez que fueron familias extensas que vivían en un departamento de Infonavit, Fovissste, ¿no?, así de que se enfermó el hijo que iba a trabajar, el hijo contagia la mamá, la mamá contagia al papá y este hijo contagia tal vez al otro hermano y eran los cuatro que se hospitalizaban y los cuatro fallecieron, sí nos tocó vivir esa parte, así de repente decíamos ya nos están llegando familias y de esas familias uno sobrevivió o todos se iban en ese momento y creo que eso se dio más como a partir de junio y cuando fue la, el pico horrible de enero”. (Ts/14)

El personal de trabajo social fue testigo de innumerables muertes, ya sea que, de manera general el hospital registrara un gran número de defunciones o que el mismo profesional presenciara en un solo turno de trabajo la muerte de muchos pacientes a su cargo:

“Era desesperante la situación sobre todo te digo como en, sobre todo la segunda ola, fue impactante la segunda ola te lo juro, fue muy fuerte, tuvimos e ca<Sic> este, fallecimientos hasta cinco en nuestro turno, más los otros turnos o sea yo también 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 y luego pues sí”. (Ts/07)

La muerte ya no era un hecho lejano para el personal, no solo por las experiencias de muerte de sus pacientes, sino que también en la mayoría de los casos el mismo personal de trabajo social presenció la muerte de colegas en su lugar de trabajo y en sus núcleos familiares:

“Cuando yo regresaba de vacaciones cada que regresaba veía el letrado desde que alguien había fallecido, [...] te ibas un fin de semana y llegabas el lunes y ya había un letrado de que alguien había muerto ahí en el hospital”. (Ts/06)

“Sí, también contamos compañeros de trabajo, podemos decir que cuatro murieron, muy cercanos; compañeros de trabajo, cuatro fallecieron y ocho familiares que también fallecieron y que les dio”. (Ts/02)

Aunque los avances en la medicina son sorprendentes, este virus vino a romper con la visión de que el sector salud en México y en el mundo estaba preparado para todo tipo de emergencias, pues no solo carecía de personal, instalaciones e insumos necesarios, sino que ante el desconocimiento de este nuevo virus los tratamientos, sobre todo en un inicio eran inciertos y poco efectivos. En un inicio, el personal de salud tenía la noción general de los riesgos que implicaba atender la enfermedad debido a la información brindada por las autoridades de salud y los medios de comunicación, pero no fue hasta que comenzaron a morir colegas que realmente fueron conscientes de la gravedad del virus:

“Al principio hubo una reunión entre todo el personal ahí en el auditorio y un médico decía -Es que la mayoría o la mitad de los presentes, que estamos aquí presentes con esta pandemia ya no vamos a estar, vamos a morir-, entonces en ese momento sonó un comentario muy catastrófico, pero en realidad sí estaba sucediendo, ¿no?, entonces tener como esa idea de lo que él había dicho y estar viendo que se van muriendo, te digo cada que, cada fin de semana o cada que eran vacaciones y regresaba y una o dos personas habían muerto”. (Ts/06)

El Covid-19 es una enfermedad contagiosa que se trasmite de humano a humano (Tenorio, 2020), afecta a diversos grupos poblacionales, dentro de los cuales algunos pueden considerarse más vulnerables, como los adultos mayores, personas con obesidad mórbida, mujeres embarazadas, personas con diabetes mellitus no controlada, entre otras (Gobierno de México, 2020). Las experiencias del personal de trabajo social narran que los diversos criterios de vulnerabilidad no eran un factor determinante en todos los casos:

“Hay pacientes que los ves bien macizos<sup>1</sup>, podría decir yo, este señor se ve bien macizo, pero fallecen”. (Ts/08)

Toda persona incluida el personal de trabajo social independientemente de su edad, sexo, condición de salud, entre otros, se encontraba expuesta/o a morir por la

---

<sup>1</sup> Macizo/a: Estar en la plenitud de la vida, ser fuerte o resistente (Diccionario del Español de México, 2023).

enfermedad de Covid-19. Convivir con la muerte de pacientes que compartían características físicas con el personal, promovió el hecho como algo que podía sucederle al profesional:

“Ver fallecer familias de veintiocho años, de veintinueve, de treinta y dos, de treinta y cuatro, yo luego llegaba y quería abrazar a mi mamá y me daba muchísimo miedo, o ver a mi papá o luego me decían es que ya no quiere saludar, ya no quieres quedarte a convivir con nosotros o no quieres platicar [...] este nudo en la garganta de decir no quiero platicarles nada, no quiero decirles que acabo de ver que una chica de treinta y dos años acaba de fallecer sin hijos o sea igual que yo, igual que yo”. (Ts/21)

“Ya estaba más cerca, o sea decíamos si antes lo veíamos lejano, de ¡Ay!, le pasó a conocido tal, luego le pasó al primo y ahora ya lo estás viendo con tus compañeros de trabajo, con los que convives y pues te espantabas porque te decían salió positivo y órale todos hacerse la prueba, ¿no?”. (Ts/17)

Ante el aumento de casos positivos por Covid-19 y el surgimiento de nuevas necesidades, el personal de trabajo social vio modificado su quehacer profesional, por lo que tuvo que cambiar y sumar nuevas funciones.

Las funciones y actividades que ya se encontraban presentes en su quehacer profesional en muchos casos se vieron modificadas debido a la dinámica de la enfermedad que exigía diferentes métodos de aplicación:

“Inicialmente, el personal de trabajo social le indicaba al familiar todo lo relacionado a las áreas de esperas, que tenían que permanecer en la sala de Covid, de manera posterior nos dijeron que ya no, que ya no tenían que permanecer, que el informe iba a ser de vía telefónica [...] Todo iba a ser vía telefónica”. (Ts/13)

Se sumaron nuevas funciones que trabajo social no realizaba antes de la pandemia como la entrega de certificados de defunción, que desde su narrativa antes se les atribuía a los médicos/as y la entrega y/o lectura de cartas como una nueva función:



“Si hay cartas que envían los pacientes para sus familiares en apoyo pues también hay que imprimirlas y llevarlas al área pertinente, si hay una defunción del área Covid nos tenemos que ir al área a llevar el certificado, actividades que en realidad no pues no se hacían”. (Ts/22)

Muchas de las funciones que llevaba a cabo el personal de trabajo social tuvieron un impacto en las y los profesionales, ya que la realización de éstas implicó que el personal tuviera más contacto con el dolor y la muerte, como lo fueron el reconocimiento y la entrega de cadáveres, estar presente en el reporte de defunción y la contención emocional de los familiares ante la pérdida de uno o varios miembros a causa de la enfermedad:

“A mí me tocaba entregar los cadáveres, entonces luego entregaba hasta doce cadáveres en mi turno y era así”. (Ts/21)

“Generalmente, cuando los pacientes fallecían ya estaban en piso. Entonces, este hacía mucha entrega de certificados, las localizaciones para avisarles que pues tenían que presentarse en brevedad en el hospital e <vocal>, también la parte de la orientación cuando les entregas los certificados de defunción y este, orientarles, indicarles qué era lo que seguía y cuáles eran sus opciones y demás”. (Ts/10)

“Los médicos directamente, enfrente del trabajador social brindaban el reporte de defunción. El médico toda vez que terminaba con su participación, entraba la labor de trabajo social para hacer la contención, a veces no había que decir, solamente estar y escuchar, escuchar”. (Ts/10)

El trabajo y acompañamiento de los familiares, implicaba que trabajo social estuviera en todo momento en contacto con el familiar, desde el ingreso y egreso ya sea por mejora, egreso por alta voluntaria o por defunción del paciente, esta última era considerada como una de las tareas más difíciles e impactantes para el personal de trabajo social debido a la gran carga emocional que implicaba esa función:

“Por eso, yo puedo decir, eso era lo único que no me gustaba porque pues si, a veces me venía a la casa y venía pensando en cierta situación o que entregaba un cuerpo y ¡Ay no!, entregue de tal persona, ¿por qué me tocó?, o yo así, que

no me toque en mi turno que fallezca porque cuando los veía malitos, porque sabes que le vas a hablar al familiar, le van dar la noticia, tienes que estar ahí acompañándolo. Entonces, si es una carga emocional difícil, eso es lo que más cansa”. (Ts/08)

“Nosotros de hecho, es hablarle al familiar, coordinarlo con el médico y controlar la crisis para orientarlo en toda la parte de las defunciones. Y bajar con ellos cuando traen a la funeraria para hacer el reconocimiento de que es su paciente. Entonces, es muy difícil porque es un mar de emociones ahí, ¿no?”. (Ts/05)

El seguimiento y acompañamiento de pacientes diagnosticados con Covid-19 mostró la necesidad del personal de trabajo social de tener contacto físico con el paciente, de estar a su lado y escucharlo, de intercambiar pensamientos y emociones que le permitieran generar una relación de confianza y mitigar el miedo que sentían, para que se sintieran acompañados y por lo tanto lograr una intervención de mayor calidad a pesar de los riesgos físicos y emocionales que esto podía implicar:

“Entonces ese sentimiento que me estaba generando este de establecer como un límite entre el paciente y yo, por, porque entraba con él, pero era con la sana distancia y demás, entonces cuando el paciente levantaba la mano y quería agarrarte entonces es cuando fue necesario reflexionar, que mi paciente necesitaba mi contacto, entonces era de tomarle la mano y escucharlo, acariciar su cabeza ajá, e<vocal> acomodarle a lo mejor la posición de algo que le pudiera estar afectando, pero sobre todo ese contacto de e<vocal> de la mano, este respetando las medidas porque las manos de verdad las tengo tan maltratadas que de tanto jabón, de tanto gel que, este decía -No pasa nada-, entonces era sentarme a su lado, tomar su mano y escucharlo, creo que esa escucha activa que fue necesario reflexionar, pero sobre todo lo que consideré que era necesario era retomar el contacto, no me podía perder ese contacto”. (Ts/18)

“Tenían mucho miedo, mucho miedo, se ponían a llorar y yo los abrazaba. Yo sí me daba esa oportunidad de abrazarlos consciente del riesgo que tenía, pero pues sabía que tenía todo el equipo completo y que eso me protegía. Cuando mi paciente llegaba a abrazarlos, [...] y se sentía bien porque los pacientes tenían

esa necesidad de contacto físico, porque no era lo mismo de que los enfermeros los tocaba para ponerles las soluciones a que tú los abrazaras, que los tomaras de la mano y que les dijeras -Estoy aquí, vas a salir adelante, estoy contigo-. Eso les ayudaba mucho”. (Ts/09)

El contacto físico era indispensable, pues permitía llevar a cabo una adecuada contención emocional de los familiares o apoyar al paciente a su transitar hacia la muerte:

"Entonces, este evitar todo ese contacto, pero ya a la vez que reflexionas esta parte de, de, de, de, de tener ese contacto con el otro y sobre todo un paciente que se estaba debatiendo entre la vida y la muerte [...] entonces este de, de, de e<vocal> cuando venían a, a recoger el certificado o querían una orientación era la contención, pero era ese contacto, solamente la mano, que te tocara o que tú tocaras al paciente o estar en ese transitar de la muerte y que sea tu mano lo último que toca o una llamada que tú hagas con la familia”. (Ts/18)

“Yo lo único que les digo es que simplemente a veces hasta en el hospital, si podemos nosotros tomarlos de la mano y poder hacer esta videollamada para que se despidan tanto al familiar en otra parte como el paciente que escuche la última voluntad o las últimas palabras de su ser amado y se vayan en paz, eso sí se puede hacer”. (Ts/26)

La muerte es un hecho natural que está más presente durante la pandemia por Covid-19, la interacción con el proceso de muerte de pacientes diagnosticados con la enfermedad mostró la necesidad de reflexionar sobre las prácticas cotidianas que surgieron por las medidas de seguridad para evitar el contagio, evidenciando que el contacto físico y la proximidad con las personas son una herramienta muy valiosa en la intervención de trabajo social, pues como refiere García et al. (2014) “el contacto físico es una forma de comunicación amorosa. La persona recibe sentimientos de apoyo, seguridad y confianza que le hacen posible afrontar la crisis del momento” (p. 51)

### **3.2.2 La convivencia del personal de trabajo social con el dolor de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familias:**

Trabajo social era consciente del dolor de los pacientes, del dolor que sufrían a causa de la pérdida de su salud, del dolor y sufrimiento emocional causado por el miedo a morir por el virus o del dolor físico que les causaba la propia enfermedad, el personal también era consciente del dolor de los familiares, el dolor que sufrían por ver a su familiar perecer por la enfermedad, el dolor que surgía por el miedo de perder a un miembro de su familia y el dolor que atravesaban cuando sufrían esa pérdida. El personal de trabajo social sufría con el dolor del otro, sentía a través de las personas la angustia y el dolor que generaba tener a un familiar enfermo y sufrir su muerte, debido a que el personal desarrolló empatía hacia sus pacientes y sus familiares y también por el reconocimiento del otro como alguien semejante al profesional:

“Siempre hemos dicho que cuando tus muertos no son tus muertos entonces no entiendes la dimensión del caso, ¿no?, entonces, así como cuando tenemos hijos chiquitos y trabajamos en salud, no queremos que nos toquen las áreas de pediatría porque te pones en ese lugar, ¿no?, de la mamá [...] te sientes empática con el dolor y haces casi, casi adoptas el caso, ¿no? “. (Ts/03)

La concepción del dolor que tiene el personal va más allá de un dolor físico y está más relacionado a aquel dolor emocional o psíquico que solo puede ser descrito por sí mismo y por quien lo vivencia, un dolor que, aunque es diferente en cada caso, está ligado a quien convive con él y ello no solo implica a las familias, sino que también al personal de trabajo social:

“Pues yo creo que más allá del dolor, porque creo que el dolor a lo mejor no lo sabemos expresar, pensamos que el dolor es cuando, te pega, ¿no?, [...] Y yo creo que tiene que ver más, más, más que el dolor por sí, ¿no?, tiene que ver con el reconocimiento que también soy ser humano y que tanto sufren las familias que atendemos y los pacientes como también tú lo puedes hacer, pero no lo expresas, no lo exteriorizas porque se supone que tú eres el profesional que está atendiendo al paciente y la familia se recarga en ti, porque ve en ti ese, ese sujeto que te está

brindando una, sin dejar de, sin dejar de ser yo también un ser humano que también siente y piensa y llora y, y se enoja”. (Ts/11)

Aunque el dolor es una experiencia subjetiva también tiene una dimensión social de intersubjetividad pues como establece Le Breton (1999b) “Por medio de la compasión o la culpabilidad que siempre induce en el otro el dolor es un medio seguro para estar acompañado, compadecido, amado y sobre todo reconocido (p. 99). Esta compasión, condolencia y empatía remiten al dolor a una dimensión simbólica que afecta a la persona que lo vivencia en carne propia y toda persona cercana a él (Cortés, 2018).

Aunque las experiencias ante el dolor y la muerte son singulares, el personal coincidió en ocasiones que le causaba dolor convivir con pacientes que les recordaran a sus familiares y la condición en la que ellos se encontraban al estar más expuestos a contraer y propagar la enfermedad:

“Y aquí, me dolía mucho cuando veía a personas de la edad de mis papás, ¿no?, [...] Entonces cuando veía edades de mi mamá, que las video llamadas les hablaban sus hijos y todo, entonces me <vocal> como que lo sentía mío pues”. (Ts/03)

La pandemia vino a exponer que son necesarias diversas actitudes, competencias, herramientas y habilidades que les permitieran a las y los profesionales llevar a cabo procesos de intervención, sin que se vea afectada la parte humana que identifica a trabajo social, el compromiso con la atención a pacientes y sus familias y la empatía con su dolor a pesar de la gran carga de trabajo y número de experiencias de dolor y muerte a la que se exponía el personal:

“Ser empático con las personas, con lo que te está expresando. O sea, entender que en ese momento la persona necesita que la ayude y no ser como la mayoría”. (Ts/03)

“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 [...] Se tuvo que contratar un camión congelador para cincuenta cuerpos <llanto>”. (Ts/13)

Dentro de estas experiencias se recalcó la importancia de no perder la empatía hacia los pacientes y sus familiares, de establecer la distancia terapéutica necesaria con el paciente, así como identificar que es normal que surjan ciertas emociones en el profesional:

“Cuando nosotros dejáramos de sentir ya no funcionábamos para ese trabajo porque decía dónde queda tu parte humanitaria, ¿no?, entonces este como quedó solo lo que me consolaba bueno yo decía bueno lo siento y, y siento el dolor de la persona y es ahí es empatía hasta cierto punto entonces yo decía no pues, estoy bien, vamos sobre la marcha, está bien y es normal o sea no es fácil también vivir y ver cómo llega la persona inconsciente y luego que le digan sin signos de bueno se entiende que reaccioné así, ¿no?, entonces es completamente normal”. (Ts/17)

Trabajo social dentro de sus funciones se encargaba de ser el enlace entre el paciente y el familiar, a través de la entrega y/o lectura de cartas que enviaban los familiares y enlazar llamadas o videollamadas, esto hacia más susceptible al personal de estar en contacto con los sentimientos de las familias y del paciente, además de ser testigo de experiencias desgarradoras, tal como lo describe (Ts/09), quien fue testigo de la muerte de un familiar de uno de sus pacientes:

“Antes de contactarme con el señor X, me contacto con la familia, en ese momento la esposa había fallecido, en ese mismo momento que estaba haciendo la llamada la esposa se desmayó, pero en ese momento no tenía doctores a la mano que nos pudieran dar la orientación para el RCP [...] Todo el personal estaba ocupado, no tenía quien me orientara para poder auxiliar a la familiar, en ese momento la que estaba atendiendo la videollamada era la nieta, me dijo -Ts/09, es que no sé qué hacer, mi abuelita está aquí desmayada, está morada-, <este> en ese momento la familiar estaba escupiendo agua por la boca porque obviamente ya tenía los pulmones llenos de líquido, [...] fue muy impactantes esa situación, esa videollamada duró media hora cuando las videollamadas deben ser

de dos a tres minutos y dar todo el proceso, dar toda la contención, ver cómo apoyar a la nieta, pues estaban solas, ver cómo llegó un vecino que trabaja en una ambulancia como paramédico, ver el momento en que la declaró de que ya había fallecido <eh>, obvio la nieta se vino abajo, yo estaba ahí por videollamada o sea fue ver como cambió nuestra, nuestra...<intenta contener llanto> ¡Ah!, disculpa <llanto>”. (Ts/09)

Este tipo de experiencias marca de manera significativa al personal, puesto que traer este recuerdo revive muchas de las emociones que estuvieron presentes en aquel momento, por lo que claramente se puede mostrar que estas experiencias necesitan ser trabajadas para que no interfieran en su vida personal y profesional.

Convivir con el dolor y la muerte era algo a lo que no estaban acostumbrados las y los profesionales, por lo que les implicaba grandes cargas emocionales, haciendo que surgieran diversas emociones y efectos físicos:

“Muchas veces llegué aquí a casa llorando, porque era tan, tan emocionalmente fuerte este trabajo que, pues yo tenía que llorar [...] Nos enterábamos de familias que ya se murieron, el tío, la abuelita, la prima, el hijo, el otro está intubado y no tienen dinero, este vienen de Oaxaca, están solos, no tienen ropa o sea era una descarga de emociones muy fuertes, era muy, muy fuerte la situación o sea llegó un momento en que todos llegábamos agotados a nuestras casas y al otro día ojerosos, con sueño”. (Ts/07)

“Llega un momento en el que, si lloramos o sea si y llegamos a comentar -Ay que yo la verdad ayer llegué y me puse a llorar- porque así siempre ha sido cuando nos enteramos de, de estos casos”. (Ts/07)

Las experiencias en torno al dolor y la muerte llevan al personal de salud a experimentar cierta carga a nivel profesional y a volverse propensos a desarrollar respuestas emocionales que invalidaban el dolor para no verse afectados emocionalmente:

“Yo podría decir que mi trabajo lo disfruto, lo amo, pero esa parte si te <vocal>, yo no sé si en algún momento ya no llegue a sentir nada por ver ese dolor, pero ahorita a la fecha <kinesic> también lo siento”. (Ts/08)

Todas las y los profesionales, en algún momento de la pandemia estuvieron al límite y desbordaron sus emociones, pero su ética profesional y su compromiso por acompañar a las familias les mostró una ruta para seguir realizando su intervención:

“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”.  
(Ts/13)

Trabajo social es una de las profesiones que tiene una gran cercanía con el dolor y la muerte al estar en contacto directo con pacientes y sus familias, de acompañarlos desde un inicio hasta el final de todo este proceso derivado de la enfermedad, es una profesión cercana a las familias y por ello, es susceptible que sus profesionales sean tocados también por las expresiones de dolor y muerte:

“Es muy impactante sobre todo porque como área nosotros no somos ajenos a todos estos factores sociales, ¿no?, es lo que yo creo como profesión nos identifica y nos hace diferente a, a las demás áreas porque, por ejemplo, el médico pues está formado de esa manera para poder precisamente dar informe de defunción y a veces pues la nostalgia más fuerte que, que el hecho de dar esa información, o por ejemplo, en el caso de las enfermeras es cuidar, estar ahí siempre con el paciente, pero con el paciente y nosotros estamos del otro lado, a nosotros nos toca estar con los familiares, nos toca vivir toda esta parte de la pérdida o vivir ser parte de ese duelo, ¿no?, que ellos en ese momento están atravesando”. (Ts/20)

Cada profesión cumple con su rol profesional, sin embargo, la pandemia visibilizó que la intervención de trabajo social es indispensable, sobre todo en aquellos casos en donde se necesitaba el acompañamiento de las familias que sufrían alguna pérdida a causa de



la enfermedad por Covid-19, llevando a cabo procesos de contención emocional y de escucha activa:

“El médico salvó la vida, sí, pero los que estuvimos al borde de todo esto o interviniendo o apoyando o participando fue trabajo social, no creo que aun cuando me digan lo que me digan, trabajo social fue una clave medular para poder efectuar varios procesos que no podían llevar a cabo los médicos, como te digo simplemente el que nosotros, sin ser tanatólogos, porque pues llegaban los familiares que han perdido a su, o los pacientes habían fallecido y llegaban los familiares, otros fuimos esa parte de escucha de saber que estaba en duelo y saber que estaba dolido y escuchar tantas cosas, entonces, fuimos portadores de muchas voces y pues que así hicimos llegar a los que pudimos o hubo ocasiones en las que no se pudo pero trabajo social tuvo la intención de hacerlo”. (Ts/22)

Una de las principales contribuciones de trabajo social es poder apoyar a los familiares en los procesos más difíciles, aunque esto implique un gran reto para el profesional y se vea comprometido su bienestar emocional:

“Me siento bien. Me siento pues que he contribuido de una u otra forma a poder tranquilizar a las familias, el poder brindarles como esa contención en el sentido de <vocal>, en su gran mayoría ya han experimentado pérdidas entonces llegan con el miedo de si éste no sale o si ésta no sale, ¿no?, como pasó con el abuelito o con el papá, o con el hermano de veinticinco años, <vocal>. Entonces, pero cada día es, cada día que yo voy al hospital es para mí como un reto, ¿no?, es para mí un reto y un compromiso el poder atender a las personas de una mejor forma porque te digo, ya van lastimados, ya van dolidos de pérdidas que han tenido; entonces, voy siempre con la intención de atenderlos o de tratarlos de la mejor manera y es lo que me mantiene, lo que me hace sentirme bien a mí”. (Ts/05)

La intervención de trabajo social en los procesos de dolor y muerte y en general durante la pandemia refleja el compromiso ético del personal con los pacientes y sus familias, sin embargo, es necesario que el personal cuente con más herramientas y desarrolle habilidades que le permitan llevar a cabo su intervención profesional sin que se vea

afectada su salud física y emocional. En las narrativas se puede identificar que el personal de trabajo social presentó signos y síntomas en su cuerpo, desarrolló vínculos y emociones que lo llevaron a la implicación emocional y el duelo, somatizando las experiencias con el dolor y la muerte.

### ***3.2.3 Las emociones y su relación con el dolor físico y emocional que surge en el personal de trabajo social en la atención de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familias:***

Para entender la relación que tienen las emociones con la generación de dolor físico y emocional en el personal de trabajo social por su convivencia con el dolor y la muerte, es necesario, en primer lugar, definir el concepto de emoción. Entre las definiciones encontradas me interesó desarrollar la propuesta por Chóliz (2005), el cual expone que una emoción es “una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete a tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo” (p. 4). Esta definición nos permite comprender el papel que juegan las emociones en las respuestas físicas, cognitivas y conductuales ante la presencia de estímulos externos en las y los profesionales.

Las emociones según Frazzetto (2013) tienen lugar en algo que ocurre en el cuerpo, una respuesta fisiológica al medio que nos rodea o una consecuencia de la imaginación o pensamiento de las personas, esta respuesta se manifiesta a través de diversos cambios orgánicos.

Las dimensiones de respuesta a las emociones según Bitbrain (2018) se ejemplifican de la siguiente manera:

**Tabla 18. Respuestas a las emociones**

<b>Cognitivo</b>	<b>Fisiológico</b>	<b>Conductual</b>
Pensamientos, ideas e imágenes, que influyen directamente en la atención, memoria y aprendizaje.	Cambios orgánicos en diferentes sistemas, por ejemplo, la tensión muscular, presión arterial, dolor de cabeza, etcétera. Suelen ser el primer sistema de respuesta.	Acciones observables de afrontamiento o evitación, expresiones fáciles o movimientos corporales.

Fuente: Elaboración propia con base a Bitbrain (2018).

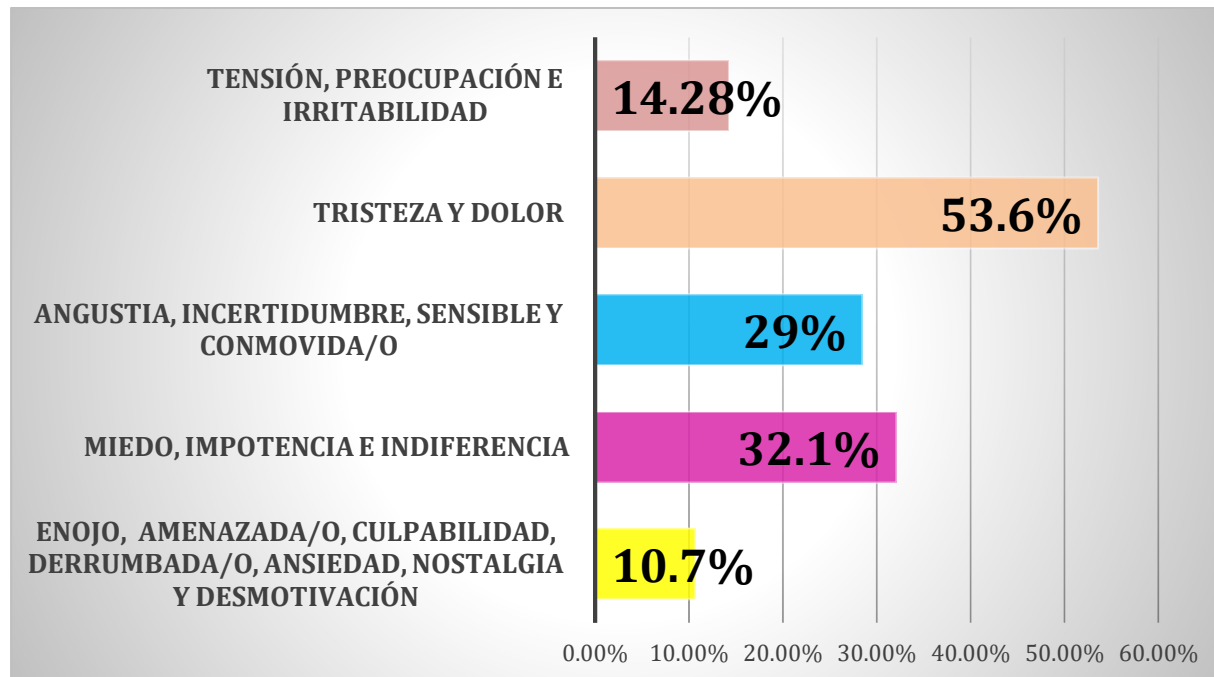
Las principales emociones mencionadas por las y los trabajadores sociales que desde su percepción surgen a raíz de la convivencia con el dolor y la muerte se exponen a continuación.

**Tabla 19. Emociones que surgen por la convivencia con el dolor y la muerte**

<b>RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA INICIAL</b>	<b>FRECUENCIA ABSOLUTA</b>
Enojo, amenazada/o, culpabilidad, derrumbada/o, ansiedad, nostalgia y desmotivación	3	10.7%
Miedo, impotencia e indiferencia	9	32.1%
Angustia, incertidumbre, sensible y conmovida/o	8	29%
Tristeza y Dolor	15	53.6%
Tensión, preocupación e irritabilidad	4	14.28%

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación "Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19" (2021-2022).

**Gráfica 8. Emociones que surgen por la convivencia con el dolor y la muerte**



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

Las emociones que presentaron las y los trabajadores sociales por su convivencia con el dolor y la muerte fueron variadas, por ello la integración de cada una de las emociones y su porcentaje respectivo representan el total por cada emoción de manera individual, es decir el 10.7% presentó enojo, el 10.7% culpabilidad, el 10.7% se sintió amenazada/o, etcétera. De igual forma el personal sintió tensión, preocupación e irritabilidad en un 14.28% en cada uno, las emociones predominantes fueron la tristeza y dolor con 53.6%, el miedo, impotencia e indiferencia con un 32.1% y la angustia, incertidumbre, sensible y conmovida/o con un 29%.

Para conocer qué tipo de emociones presentó el personal considero que es indispensable definir las.

**Desmotivación:**

Se definiría como una sensación, caracterizada por la carencia de esperanzas y el sentimiento de angustia a la hora de solventar problemas o superar obstáculos, esto a su vez produce insatisfacción y se evidencia con la disminución de energía y la incapacidad para experimentar entusiasmo. (Herrera, 2017, p. 9)

En el caso del personal, la desmotivación se daba por presenciar la muerte de muchos de sus pacientes, al sentir que no fue suficiente la labor profesional y que su intervención no pudo brindarle una mejor atención al paciente antes de morir.

**Incertidumbre:** La incertidumbre a nivel emocional es una sensación que surge por el enfrentamiento a una situación que es incierta e insegura y porque la persona tiene que enfrentarse a algo que desconoce (Cedeño, 2021). También se define como “lo que carece de conocimiento seguro y claro de algo, y que conlleva temor de errar” (Villar, 2021, p. 152). La incertidumbre en el personal surgía en primera instancia por el desconocimiento del estado y evolución del paciente en el tratamiento y sobre lo que sucedería en las familias después de la muerte del paciente.

**Amenazado/a:** “Se refiere a un peligro latente o un factor de riesgo externo de un sistema o de un sujeto expuesto” (Cardona, 2001, p. 11). El personal se sentía amenazado/o al trabajar en contacto directo con la enfermedad por Covid-19 y por poner en riesgo su vida y la de sus allegados.

**Irritabilidad:**

Se caracteriza por un control reducido sobre el carácter –que habitualmente genera explosiones de irascibilidad verbal o conductual, aunque ésta puede estar presente sin manifestaciones observables. Puede experimentarse en forma de breves episodios, en circunstancias particulares, o puede ser persistente y generalizada. (Busto, 2017, p. 5)

La irritabilidad se presentaba al saber que tenían que enfrentarse a situaciones extenuantes y el no sentirse lo suficiente preparadas/os física y emocionalmente para llevar a cabo tareas como el reconocimiento y entrega de cadáveres, la contención emocional, entre otras.

**Sensibilidad:** “La sensibilidad emocional es definida como la capacidad de los individuos para identificar rápidamente emociones, tanto propias como ajenas, al igual que la habilidad para reaccionar ante las emociones expresadas por los otros” (Herrera y Guarino, 2008, p. 184). La sensibilidad estaba presente en el personal de trabajo social al estar en contacto con las emociones de los pacientes y sus familias, el personal reconocía las emociones por las que transitaban las personas y se veía afectado en las suyas.

**Preocupación:**

El término preocupación designa una actividad cognitiva (mediante la cual se hace presente la posibilidad de un suceso negativo) así como el resultado emocional de dicha actividad cognitiva. Sin embargo, este resultado emocional puede variar dependiendo del objeto de preocupación, de la duración y de la recurrencia de dicha actividad cognitiva. (Prados, 2002, p. 16)

La preocupación adelanta y repasa un evento futuro, imaginando resultados no deseados (Yentzen, 2008). La preocupación estaba latente en el personal de trabajo social debido a la peligrosidad del virus y por poner en riesgo la vida del personal y personas cercanas a ellos/as, así como la preocupación por el estado clínico de sus pacientes.

**Impotencia:** Es aquella emoción que surge en situaciones en las que queremos alcanzar u obtener un resultado de algo, pero no se consigue (Sánchez, 2015), también se define como la incapacidad de “sobreponerse a algo, de vencer algo” (Yentzen, 2008, p. 74). El personal sentía impotencia al ver que no se puede hacer más por parte del equipo de salud para salvarle la vida a las personas.

**Conmovida/o:** Respuesta natural del organismo a un estímulo proveniente del exterior, las relaciones, los hechos o sucesos pueden generar impacto en la persona causando

reacciones positivas o negativas, risa, llanto, etcétera, a lo que se le puede considerar como estar conmovida/o (Ucha, 2011). Sentirse conmovida/o, se daba por el hecho de presenciar el dolor y la muerte de manera cercana, de exponerse a los sentimientos que surgían durante el proceso de estos hechos, generaban un impacto en el personal y en su mayoría venía acompañado de emociones que los llevaban a la tristeza y al llanto.

**Indiferencia:** Puede ser definida como un estado emocional en donde “no se siente inclinación ni repugnancia hacia una persona objeto o negocio determinado” (López, 2018, p. 266). La indiferencia se daba a través de ignorar el dolor y la muerte de los pacientes y sus familias como un mecanismo de defensa para no verse afectados a nivel emocional.

**Enojo:**

Es una emoción básica en el ser humano que de acuerdo a su intensidad y la importancia cognitiva que el sujeto le proporcione puede causar malestar físico y procesos cognitivos desagradables [...] Las modalidades de exteriorizar el enojo puede ser en tres niveles “expresado” mediante insultos, gritos, agresividad, “suprimido”, es decir, no expresar algún malestar, aunque se sienta, “asertivo”, mediante la expresión de inconformidad o molestia de manera adecuada. (Jiménez y Osorio, 2016, p. 846)

El enojo en el personal se presentó por haber tenido fallas en su labor profesional y no avisar oportunamente sobre la muerte del paciente, también enojo por presenciar tantas muertes y estar en contacto con el dolor, lo cual les causaba actitudes agresivas mediante insultos y reproches hacia sus compañeras/os de trabajo.

**Culpabilidad:** “Condición emocional del ser parlante, que se caracteriza por la penosa sensación de haber realizado en acto o pensamiento “algo reprobable” o incluso por la fantasía de no haber realizado alguna acción que “deberías haber hecho”. (Parra, 2021, p. 1). Culpabilidad por considerar no haber sensibilizado lo suficiente a los pacientes que pedían la alta voluntaria a pesar de que su condición de salud era crítica y podían morir saliendo del hospital y culpabilidad por no haber contribuido lo necesario en el bienestar del paciente.

**Derrumbada/o:** Emoción que se asocia a un estado en el que la persona por un hecho o suceso se encuentra triste, débil y desanimado física o emocionalmente. Otro significado hace referencia a abatirse moralmente o fracasar, se toma esta palabra de manera metafórica refiriéndose a alguien que se abate completamente ante algún evento (Diccionario actual, 2022). El personal expresó sentirse derrumbada/o al sentirse triste y desanimado/a al ver que su entorno está cambiando y que se están perdiendo vidas cercanas a ellos/as, sentían fracaso a nivel profesional por no poder salvar en muchas ocasiones las vidas de sus pacientes.

**Ansiedad:** “Alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico” (Sierra y Virgilio, 2003, p. 15). Ansiedad por la amenaza latente del personal de trabajo social de encontrarse en la misma situación de debatirse entre la vida y la muerte como sus pacientes, ansiedad por no sentirse lo suficientemente preparados para atender a familias que sufrían una o varias pérdidas.

**Nostalgia:**

Necesidad de anhelo por un momento, situación o suceso anterior [...] que cualquier persona normal puede atravesar en cualquier etapa biológica. La nostalgia es el sufrimiento de pensar en algo que se ha tenido o vivido en un marco temporal anterior, y ahora no se tiene, está extinto o ha cambiado. (Muñoz, 2013, p. 13)

Nostalgia principalmente por la muerte de sus pacientes o por la alta probabilidad de que los pacientes ya no se recuperaran al ser intubados, así como la respuesta negativa de ellos al tratamiento por el cambio en la dinámica hospitalaria que limitaba el contacto físico con el personal y sus familiares.

**Miedo:** “Es un estado afectivo y emocional, necesario para la correcta adaptación del organismo al medio, que genera angustia y ansiedad en la persona, la persona puede sentir miedo sin que parezca existir un motivo claro” (Barbosa y Gómez, 2021, p. 2). El personal expresó experimentar este sentimiento al convivir de manera cercana con la



muerte de muchos de sus pacientes y compañeros/as de trabajo, el miedo estaba presente en el personal al sentirse vulnerables ante la enfermedad y la muerte.

**Angustia:**

La angustia es visceral obstructiva y aparece cuando un individuo se siente amenazado por algo [...] vinculado a situaciones de desesperación, donde la característica principal es la pérdida de la capacidad voluntaria y libremente por parte del sujeto, es decir, la capacidad de dirigir sus actos. (Sierra et al., 2003, p. 27)

La angustia en el personal surgía por la idea de lo que podía suceder al día siguiente, ante el desconocimiento de qué nuevas experiencias y retos se tenían que enfrentar por la enfermedad, angustia por la situación a la que se enfrentaban las familias por la pérdida de uno o varios de sus familiares, por la situación médica en la que se encontraban los pacientes y la percepción de no poder apoyar mucho a la mejora de su salud.

**Tristeza:** Considerada como una emoción básica en los seres humanos.

La tristeza opera en el individuo llevándole a un “mal-estar” ocasionado por algún evento previo como lo puede ser la pérdida de cualquier tipo [...] La tristeza funge como un catalizador de un proceso de reestructuración o de adaptación del individuo. (Cruz, 2012, p. 1314)

Tristeza por ver morir a personas jóvenes, madres, padres de familia, hermanos, tíos, entre otros, que muchas veces eran el sustento familiar o que desde su percepción no habían vivido lo suficiente. Tristeza al ver que muchos pacientes morían solos sin despedirse de sus familiares por las estrictas reglas de operación de los hospitales Covid-19 que limitaban el contacto con sus familiares, tristeza por no poder haber hecho más por la persona.

**Dolor:** Es definido generalmente como una experiencia universal, subjetiva y considerada como desagradable a nivel sensorial y emocional asociada a una lesión, enfermedad real o que es percibida por el sujeto como una amenaza o daño (Pedace,

2018). El personal sentía dolor o sufrimiento emocional por la muerte de sus pacientes, por desarrollar empatía y sufrir al presenciar el dolor de los familiares.

**Tensión:** Es la respuesta orgánica debido a la presión física, intelectual o emocional que experimenta la persona al someterse a situaciones o diversos hechos que provocan estrés (Sainz, 2010). Tensión por las altas demandas físicas y emocionales a las que se enfrentaban el personal de trabajo social por la dinámica hospitalaria que los exponía a diversas cargas de trabajo.

Las experiencias de dolor y muerte en el personal de trabajo social desarrollaron las diversas emociones antes expuestas, estas emociones se enmarcan en diversas respuestas fisiológicas y cognitivas que pueden ser consideradas como mecanismos de alerta ante los hechos a los que se enfrentan las y los profesionales (García et al., 2014).

Los aspectos exteriores y observables de una emoción son un conjunto de respuestas fisiológicas que van desde alteraciones en el organismo y conducta, hasta una simple expresión facial (Frazzetto, 2013). Las respuestas a las diversas emociones detonan en alteraciones en el organismo que provocan principalmente un dolor físico en el personal de trabajo social, presentes en primera instancia en signos y síntomas, los cuales tienen un impacto en el cuerpo y representan un riesgo para la salud de las y los profesionales.

Los signos presentes en el personal pueden definirse de la siguiente forma:

El signo es aquello plausible de ser objetivado de lo que se presenta como fenómeno [...] La objetividad se define como una señal, un indicio, una prueba, una evidencia, una manifestación, un hallazgo, un carácter, un dato o un elemento [...] El signo es el indicador de un cambio, señala la alteración de aquello que no está dentro del normal funcionamiento del organismo. (Aliani, 2015, p. 33-34)

Por su parte los síntomas presentes en el personal son:

Aquello percibido por el paciente, o más exactamente, lo sentido por él ya que se trataría no una percepción de un objeto externo, sino de una sensación interna en el propio cuerpo [...] El síntoma transmite un contenido subjetivo y es la manifestación de un fenómeno sentido solo por el paciente [...] Es lo expresado

en el relato o las acciones del paciente, aquello que permanece como una experiencia singular. (Aliani, 2015, p. 58-59)

Con estas definiciones podemos llegar a la conclusión de que los signos refieren a la parte objetiva que puede ser medida, observada, etcétera, como el aumento del ritmo cardíaco, ojos rojos, la piel hinchada, entre otros, mientras que los síntomas representan la parte subjetiva de las personas y su grado o intensidad, solo puede ser descrito y entendido por quien lo vivencia en carne propia, por ejemplo, el dolor y el picor. Aunque ambos términos pueden ser considerados opuestos, los dos guardan una estrecha relación al ser hechos que indican la presencia de anomalías o enfermedades en el organismo.

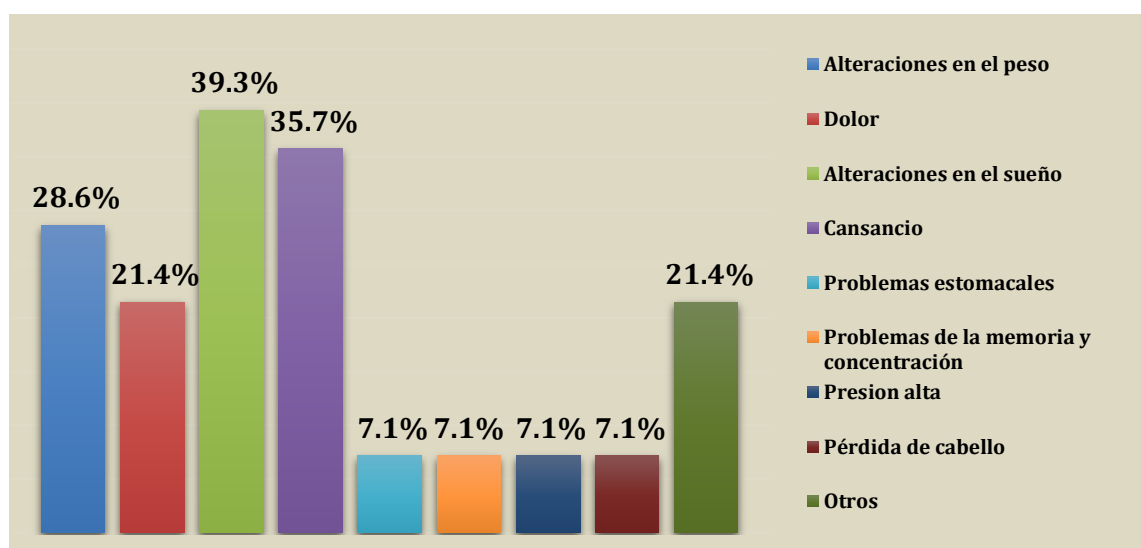
Diversos estudios realizados demuestran que enfrentarse y reaccionar de manera negativa a ciertas situaciones que producen estrés incrementa la probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares y que esto no sucedería si hay correcto manejo de las emociones que permita expresarlas de manera constructiva (Frazzetto, 2013). Por ello, la escasa autorregulación en el personal de trabajo social durante la pandemia contribuyó a la aparición de diversos signos y síntomas en las y los profesionales de trabajo social, se han identificado algunos de ellos que desde la voz de nuestras/os entrevistadas/os surgían al experimentar procesos dolorosos y de muerte.

**Tabla 20.** Signos y síntomas que surgen por la convivencia con el dolor y la muerte

RESPUESTA	FRECUENCIA INICIAL	FRECUENCIA ABSOLUTA
Alteraciones en el peso	8	28.6%
Dolor físico	6	21.4%
Alteraciones en el sueño	11	39.3%
Cansancio	10	35.7%
Problemas estomacales	2	7.1%
Problemas de la memoria y concentración	2	7.1%
Presión alta	2	7.1%
Pérdida de cabello	2	7.1%
Otros	6	21.4%

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

**Gráfica 9.** Principales signos y síntomas que surgen por la convivencia con el dolor y la muerte



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

Como se puede observar en la gráfica 9, los principales signos y síntomas físicos que surgen por la convivencia con el dolor y la muerte son alteraciones en el peso (subir o bajar de peso) con un 28.6%, dolor (dolor de cabeza, de espalda y estómago) con un 21.4%, alteraciones en el sueño (insomnio o mucho sueño) con 39.3%, cansancio con un 35.7%, problemas estomacales, problemas en la memoria y concentración, presión alta, pérdida del cabello con un 7.1% en cada uno y otros signos y síntomas (vista borrosa, malestar general, taquicardia, presión baja) con un 21.4%.

Estos resultados nos dicen que el personal experimentó de manera directa un dolor físico a causa de la cercanía con el dolor y la muerte, así como, otros signos y síntomas que pueden considerarse como respuestas físicas de las emociones, puesto como establece Frazzetto (2013) “La pena por una pérdida y otros matices del sufrimiento emocional se expresan en el lenguaje del dolor físico” (p. 155). También presentó problemas en la memoria y concentración consideradas como respuestas cognitivas. Las emociones estimuladas por acontecimientos o pensamientos suceden dentro de la persona y por lo tanto su cuerpo reacciona y procesa el cambio (Frazzetto, 2013). Es fundamental que el personal desarrolle habilidades que le permitan identificar sus emociones y trabajarlas para no tener estas respuestas que pueden interferir en su salud y desempeño profesional.

Desarrollar emociones por las experiencias de dolor y muerte son parte del quehacer profesional, es un indicio de que la y el profesional es un ser humano que siente y que por lo tanto puede ser empático con los demás. Aunque las emociones son neutras, la mayoría de ellas en este estudio han generado efectos negativos, por lo que no se deben de dejar de lado, ya que reconocerlas y trabajarlas pueden ser una oportunidad de crecimiento profesional, pues como se puede observar en el personal de trabajo social, sentir enojo, tensión, culpabilidad, dolor, entre otros, puede ayudar a desencadenar procesos de reflexión que hagan replantearse su intervención y ética profesional, con el fin de mejorar y otorgar una mejor atención a los pacientes y sus familias.

### **3.2.4 Implicación emocional y duelo:**

La implicación emocional puede definirse como la vinculación del individuo con su entorno laboral (Garrido, 2018), el personal de trabajo social en su atención a pacientes diagnosticados y sus familias, desarrolló diversos procesos en donde sin duda se vio implicado emocionalmente.

La etiología de la implicación reside en la transformación de la relación interpersonal en emocional. Esto ocurre a través del contagio emocional mediante un proceso de imitación [...] Dicho proceso de imitación requiere mecanismos como el proceso cognitivo consciente, la respuesta emocional condicionada y la retroalimentación de la comunicación de los estados emocionales del paciente. Además, para que se produzca el contagio emocional la emoción debe de ser fuerte y expresada para que el receptor pueda percibirla. La consecuencia de convertir la relación interpersonal en, emocional es la dificultad para diferenciar las emociones de las propias sentidas y las percibidas del exterior a través del paciente. (Garrido, 2018, p. 5-6)

La implicación emocional se puede contemplar durante la intervención de trabajo social. El compromiso ético, el intercambiar experiencias y emociones con los pacientes y familiares las/os llevaron a realizar acciones que influyeron en la creación de vínculos significativos, implicarse emocionalmente y desarrollar procesos de duelo.

Bowlby (1993), establece que el vínculo entre las personas se puede formar a partir de cualquier forma de comportamiento que origine alcanzar cierto grado de proximidad con el otro, partiendo de esto, la cercanía del personal de trabajo social con los pacientes y sus familias le dan los elementos necesarios para formar un vínculo significativo con ellos/as, puesto que desde sus narrativas, trabajo social realizaba acciones como convivir de manera cercana con los pacientes y sus familiares que ingresaban a la institución, teniendo contacto físico, preguntando sobre ellos, tomándose fotos, acompañándolos, entre otras acciones, sin importar el riesgo físico que representaba dado que era considerado como una actividad enriquecedora que permitía llevar a cabo un trabajo más profesional:

“Yo cuando ingresé <vocal> yo entraba con mis pacientes, yo hasta los tocaba a los pacientes, les tomaba fotos, hacíamos llamadas a sus casas, videollamadas, de todo [...] Yo de verdad los saludaba de mano, me tomaba fotos con ellos, compartía cosas de cómo está señor [...] A mí lo que en realidad me ha enriquecido es el ingreso con los pacientes, la convivencia”. (Ts/02)

El personal de trabajo social consideraba que su principal contribución fue el trabajo con las familias, de cuidarlas, escuchar sus historias de vida, sus necesidades y acompañarlas en todo este proceso derivado de la enfermedad, por tanto, esta función en el personal ineludiblemente le hacía cercano a ellas:

“Nosotros todo el tiempo estuvimos bien conscientes que nuestro trabajo era con la familia [...] Ya directamente para ellos, estar para ellos todo el tiempo, de estarlos cuidando”. (Ts/07)

“Yo creo que la contribución más grande que nosotros hemos tenido es el acercamiento, el acercamiento con los familiares y el acompañamiento que se les ha dado desde el primer paciente que se recibió, hasta el día de hoy yo creo que es, ha sido como pues sí, parte de toda esta vivencia, este acercamiento en el que ellos compartan, los familiares compartan sus historias de vida con nosotros porque hemos tenido familias completas que han tenido que despedirse dentro del hospital, [...] y yo creo que por lo menos eso es lo que yo he podido vivir de forma personal el acompañamiento a los familiares, poder estar ahí precisamente en el reconocimiento este, cuando se los llevan y estar cerca de, que ellos no se sientan solos en ese momento”. (Ts/20)

Entre sus funciones también estaba el trabajo con los pacientes, por lo tanto, el personal de trabajo social consideraba fundamental establecer una relación de confianza que posibilitara la intervención profesional:

“Tuvimos pues que hacer acercamientos con familiares y pacientes que pues tenían miedo [...] entonces se implementó un programa, le digo todo fue piloto no todo, fue así como <ininteligible> de intervención en la atención que le dábamos a los usuarios, sobre todo dar ese acompañamiento”. (Ts/ 20)

Trabajo social desde el punto de vista del personal es una profesión humanista, por lo que es normal que conecte con las personas y forme vínculos afectivos para apoyarlas en los momentos más difíciles:

“Nuestra profesión es como muy, es humanista totalmente, pero, pero pues te tenías que conectar mucho con la gente justo por esta parte de que no tenían cerca sus redes de apoyo, ¿no?, y que nosotros lo vivíamos como persona y como profesión”. (Ts/28)

“La gente quiere atención, quiere que lo escuches y el trabajo social forma ese vínculo” (Ts/08)

Trabajo social al encargarse de indagar el contexto de las personas conocía todas las características familiares, sociales, económicas y culturales de ellas:

“Nosotros conocemos muy bien a los pacientes, aunque no los veamos físicamente, si los conocemos”. (Ts/17)

Las familias entregan su confianza al personal de trabajo social desde que ingresa alguno de sus miembros a la institución de salud, puesto que necesitan un enlace y un soporte profesional que los acompañe en todo este proceso:

“Yo creo que esta parte de, desde que conoces al paciente cómo ingresa y te identificas y que en ese momento de ser así como que ese voto para decir este -Quiero que a través de usted mi familia este conozca mi sentir porque ya me están informando que debo de ser intubado- y que tú seas como que ese vínculo con la familia de todo ese transitar”. (Ts/18)

Trabajo social se sentía identificado con las familias, porque a través de la empatía y de la convivencia compartía momentos gratos o tristes relacionados con la salud del paciente, además el personal de trabajo social al estar pendiente de las necesidades familiares, generó interés por parte de las familias por conocer sobre la vida del profesional:

“Entonces te identificas con ellos, te identificas se, se encariñan en contigo, se los conoces en él, los ubicas en el pasillo y, o en la puerta”. (Ts/30)



“Dar los buenos días a los familiares y decirles que estoy ahí [...] y este lo que necesiten este todos los días, todos los días entonces pues no sé si de repente pues daba ocasión a que pues me preguntaran otras cosas que normalmente no preguntan o que agradecieran”. (Ts/15)

Aunque cabe recalcar que todo ello también se ve influenciado por las historias de vida de las y los profesionales, las circunstancias medio ambientales y los contextos sociales (Frazzetto, 2013) a los que se enfrentan, tal es el caso de la pandemia que requirió que el personal mostrara más empatía y estrechara su vínculo con pacientes y familiares para brindar un acompañamiento integral.

El duelo se considera como un proceso de dolor y sufrimiento que surge a partir de la muerte de alguien con el que se tenían vínculos significativos (Di Maio, 2015). El proceso de enfermedad por Covid-19 es descrito como un proceso que implica de manera cercana y constante el acercamiento del personal de trabajo social con los pacientes y sus familias por un largo periodo de tiempo, por tanto, el personal se implicó emocionalmente desarrollando cariño y apego hacía los pacientes y sus familias, haciéndolo susceptible a percibir dolor emocional conjuntamente con las familias cuando el paciente fallecía:

“Y al final de cuentas también eso es lo único que no me gusta a mí del Covid, que la cuestión de que como dura tanto los familiares y los pacientes, pues los ves como parte ya de tu <vocal>, y les tomas cariño y te toman cariño también. Entonces cuando se van sus seres queridos, es difícil porque pues no te puedes desprender. Bueno al menos yo no he podido desprenderme totalmente de sentir por ellos ese trance de dolor, me duele verlos así” (Ts/08)

Puede manifestarse en las personas de diversas maneras, como lo hemos mencionado en capítulos anteriores, se puede manifestar a nivel emocional, cognitivo, conductual, físico, social y espiritual (Pascual y Santamaría, 2009). El personal expresó que después de la muerte de sus pacientes presentaba síntomas a nivel cognitivo con pensamientos recurrentes ante la experiencia de la muerte y físicos como el insomnio:

“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. Esa parte como del sueño, ¿no?”. (Ts/05)

El duelo también se manifestó a nivel emocional en el personal a través de emociones como la tristeza y la angustia. Algunos miembros del personal transitaron por las diversas etapas del duelo, caracterizadas por la negación, el surgimiento de diversas emociones, signos y síntomas físicos, la reflexión y el restablecimiento de su vida (Maza et al., 2008):

“Pues mire, en algún momento, entre compañeros este pues, nos confesamos así literal me siento de esta forma, tengo como ese deseo de llorar también porque era válido tener como esa sensación de qué no somos ajenos a ninguna pues, a ninguna, esa parte social no nos la podemos desprender entonces, sí hubo un momento en el que pues llore y lloré aquí en mi casa, sí dije que tenía, pues, ese miedo, esa angustia [...], le digo, primero fue negación y obviamente después de la negación ya me doy cuenta, y lo que hice, pues, fue encontrar la forma de sacarlo, que fue muchas veces con el llanto por todo lo que estaba pasando y una vez que pude bajar ese nivel de estrés fue como recapitular otra vez, o sea, bueno sí, ya dijeron que aquí es como la ley de que solo el más fuerte va a sobrevivir, entonces, si yo me considero una persona fuerte pues voy a estar bien y ahí como que me enfoqué, ya no voy a pensar un familiar con un paciente de positivo, no, es un familiar como cualquier otro de los que hemos atendido, entonces ya de ahí fue que pude como quitarme esa losa que estaba yo cargando de alguna manera”. (Ts/20)

El duelo en el personal de trabajo social es una oportunidad que permite transitar hacia la reflexión, de “volver a comenzar de nuevo” (Di Maio, 2015), el duelo en el caso anterior permitió adentrarse a una “transición psicosocial” que a partir de las experiencias de dolor y muerte le mostraron la necesidad de realizar cambios en el accionar profesional.

También el personal de trabajo social manifestó que hay experiencias que aún no son superadas y que desde su percepción son parte de su condición humana:

“Que a lo mejor me van a ver llorar por lapsos porque hay veces que todavía me mueve, todavía me conmueven mucho y que hay situaciones que todavía a lo mejor no logro superar porque finalmente creo que fueron más allá y que creo que también es parte de mí calidad humana y espero no perderla, soy muy chillona”.  
(Ts/21)

En el caso anterior, si no se atienden oportunamente aquellas manifestaciones a nivel emocional y cognitivo, pueden convertirse en un duelo crónico puesto que no hay una solución satisfactoria y la persona a pesar de ser consciente de su dolor no consigue superarlo y acabarlo (Vedia, 2016).

Establecer relaciones de confianza, formar vínculos afectivos, volverse cercano/a al paciente y su familia, aunque sean consideradas actividades fundamentales dentro de la profesión y del acompañamiento social, que enriquece la labor profesional, si no se establece la distancia terapéutica necesaria puede contribuir a la implicación emocional y generación del duelo en las y los profesionales de trabajo social. Que el personal se implique emocionalmente con los pacientes y familias no debe de ser visto siempre como algo negativo, puesto que la implicación emocional permite que la persona se sienta segura, relajada y tenga confianza en el trabajo profesional del personal y del tratamiento, obteniendo una relación beneficiosa en donde el paciente y la familia disminuye su tensión y el estrés y por lo tanto apoya a la mejora del paciente y tranquilidad de la familia, no obstante, es indispensable que el personal reconozca sus emociones y trabajarlas (López, 2000). El duelo también puede considerarse como algo positivo, dentro de sus aspectos encontramos que puede contribuir al aumento de creatividad y crecimiento personal (Del Pino et al., 2012), siempre y cuando se busque superar la crisis y transitar por las diversas etapas del duelo normal, pues si no se trabaja de manera correcta puede representar un factor de riesgo psicosocial.

### **3.2.5 Efectos psicosociales que surgen por la convivencia con el dolor y la muerte. Estrés y síndrome de Burnout:**

El estrés en el personal de trabajo social puede originarse según los diversos enfoques que he mencionado anteriormente:

El estrés surge por la relación entre el personal de trabajo social y el ambiente de trabajo rodeado de experiencias con el dolor y la muerte y otras condiciones sociolaborales, aunado a que el personal considera que en muchas ocasiones no tiene las herramientas necesarias para afrontar esas experiencias (Lazaraus y folkman, 1984).

El estrés se origina por las experiencias de dolor y muerte consideradas como estímulos externos que generan efectos emocionales como la tensión, el miedo y la ansiedad, estos afectan la vida del personal modificando su comportamiento y comprometiendo su quehacer profesional (Sandin, 1995).

El estrés es la respuesta orgánica a estímulos estresores (convivencia con el dolor y la muerte) y las situaciones psicosociales como lo son la falta de control sobre el trabajo, las cargas laborales físicas y emocionales, las jornadas de trabajo y rotación por turnos, entre otras (Selye 1974 y Bonafonte 2005).

Estos tres enfoques nos dan una aproximación de por qué el personal de trabajo social puede originar estrés, en cada uno de ellos se considera el dolor y la muerte como un estímulo externo aunado a otras condiciones sociolaborales que influyen en la generación del estrés.

Trabajo social manifestó sufrir estrés debido a la dinámica de su trabajo en donde se enfrentaba a muchas muertes durante su turno de trabajo:

“Para serle sincera no queríamos entrar, no queríamos entrar, este, nada más si entrábamos y ya nos queríamos salir, era como muy, era mucho estrés porque atendíamos a la gente cuando llegábamos este, pues todo lo que estaba pendiente de la noche que pues casi llegábamos a tener luego hasta diez defunciones en la jornada nocturna y llegaban los familiares y ya a las siete de la mañana”. (Ts/21)

El estrés es uno de los problemas más frecuentes en el personal de salud durante la pandemia, este hecho está presente en trabajo social, pues, aunque en ocasiones no mencionaban directamente que las y los profesionales sufrían de estrés a causa de las experiencias de dolor y la muerte y las condiciones sociolaborales, las emociones, signos y síntomas físicos que presentaban son indicadores importantes de que se transitó por esa situación.

El personal de trabajo social presentaba signos y síntomas de estrés al considerar su ambiente de trabajo rodeado principalmente por experiencias de dolor y muerte como uno de los principales generadores de angustia, tensión, ansiedad y miedo, con respuestas de cansancio, problemas para la concentración, dolores de cabeza y problemas gastrointestinales, aunado a ello, consideraba en muchas ocasiones que no contaba con los recursos personales y en ocasiones institucionales para hacerle frente a la situación. Todos estos indicadores nos dan pauta para considerar que parte del personal sufría de estrés, y no eran conscientes de ello en muchos de los casos.

Algunas consecuencias del estrés en el trabajo, según Artiaga (1997) son el agotamiento emocional, la despersonalización, baja autoestima y escaso reconocimiento de su rol profesional; estas características se encuentran presentes en el personal de trabajo social ya que consideran que se sienten agotados emocionalmente, en ocasiones han llegado a tratar a las personas como meros objetos y han sentido que su labor profesional no ha sido suficiente y eficaz en algunos casos. El personal de trabajo social también presentó diversos síntomas depresivos tales como la tristeza, ganas de llorar, cambios en el apetito, irritabilidad, falta de concentración, cansancio y falta de energía.

Es necesario considerar la salud mental del personal de trabajo social ya que atenderla le permitirá adquirir habilidades y herramientas para identificar y enfrentar el estrés que ocasiona la convivencia con las experiencias de dolor y muerte.

El personal de trabajo social también desarrolló el síndrome de Burnout, ya que desde sus rasgos principales las y los profesionales presentaron agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal (Rojas, 2014 y Sánchez, 2017).

Agotamiento emocional al exponerse a situaciones de carga física y emocional, debido a la cercanía con el dolor y la muerte puesto que convivir con los familiares y con sus pacientes se exponían a emociones que en ocasiones no fueron lo suficientemente reguladas:

“Pero aun así no nos dábamos abasto. Igual, este yo veía que los doctores estaban muy cansados, muy estresados, no tenían momento para desahogar estas emociones tan fuertes de ver muerte tras muerte, tras muerte. En una hora llegábamos a tener hasta cuatro defunciones, era muy, muy pesado”. (Ts/09)

Deshumanización o despersonalización, por tener un trato negativo hacia los pacientes y familiares, verlos como objetos y no prestarle atención a sus necesidades o su entorno:

“Pienso que hasta hacían ya las cosas como mecánicamente, ya no era el trato tan así <vocal>. Porque los familiares, hasta ellos mismos decían me acaba de dar, me detectaron COVID y vengo por mi familiar, vengo por el cuerpo de mi familiar y así”. (Ts/02)

“Yo he visto incluso en compañeros que no son muy grandes a veces algunos que entraron conmigo que pierden esta parte ya de la humanidad que yo soy como muy de explicarles muy paciente y ellos son de no si no me entendió a la mira ya le cuelgo y que lo investigué o cosas así, ¿no?”. (Ts/17)

Falta de realización personal ya que el personal en varias ocasiones consideró que no realizó su labor profesional de manera adecuada y que se pudo hacer más por el paciente que falleció, dejando a veces de lado todas las acciones que realizó durante el proceso de enfermedad.

El personal de trabajo social también presentó efectos del síndrome de Burnout como desmotivación con manifestaciones físicas y conductuales como fatiga, cansancio y actitudes negativas hacia el trabajo. Quería evitar realizar algunas de sus funciones, sobre todo aquellas relacionadas con la muerte, al ser consideradas como funciones muy difíciles, por lo que en respuesta se buscaba evitar realizar la tarea y alejarse de todo lo relacionado con la enfermedad:

“Cuando empezaron a subir lo de las muertes, yo veía treinta, cuarenta defunciones diarias. Y era de, tú háblales, tú entrégales, <vocal> tú ve los papeles, y entonces llegó un punto en que, ya ver noticias de Covid era <kinesic> más herida, ¿no?, abrele más a la herida, ya era enfermizo, entonces, noticias yo no veía; o sea era así como, ¡no quiero ver nada que tenga que ver con Covid!”. (Ts/03)

Frazzetto (2013) refiriéndose a los estudios de Darwin sobre las expresiones de las emociones, menciona que todos los organismos desarrollan diversos mecanismos emocionales innatos que los ayudan a sobrevivir y que dentro de estos se encuentran la aproximación y la evitación como estrategias para lograr el placer y evitar o reducir el dolor. El personal de trabajo social buscaba evitar aquellas funciones relacionadas con la muerte de sus pacientes para reducir el dolor que le ocasionaba enfrentarse a ellas.

El personal de trabajo social no quería enfrentarse a casos complicados en donde el restablecimiento de la salud del paciente era difícil de lograr y por lo tanto se tenía que manejar y convivir en mayor medida con el dolor del paciente y sus familiares, surgiendo acciones como el llanto en respuesta al estado emocional en el que se encontraba el personal y su incapacidad para cumplir con sus funciones:

“Algunas que lloraban mucho cuando teníamos un caso muy complicado y me decían - ¡Es que yo no lo quiero ver! ¡Y yo no quiero atender a ese caso! - En ese caso lloraban y yo decía pues aquí hay riesgo, descansen”. (Ts/04)

Debido a la gran carga de trabajo físico y emocional a la que se enfrentaba el personal por presenciar un gran número de muertes durante su turno de trabajo surgieron emociones de tristeza, enojo, frustración, así como tener la necesidad de liberarlas y llorar, aunado a ello el cansancio físico y el sueño en varias ocasiones interfirió en la labor profesional y generó peleas entre los miembros del personal:

“Y ya no aguanto, para, ya no aguantó la carga de trabajo, no aguanto. O esta condición ya nos rebasó, o sea, ya, ya quiero quedarme en mi casa, no quiero saber de nadie, no quiero saber nada, quiero darme pues darme de baja seis meses, o a ver cómo le hago para un permiso”. (Ts/19)

“Por supuesto, cuando hubo mayor índice de defunciones <vocal> mis compañeros mostraron cansancio, estaban ya hartos de estar ahí, se molestaban de todo <vocal>. (Ts/02)

“Luego me daba, así, como que así por ahí en el trabajo, así como que estar entero y luego pasaba la mosca y ya estaba chillando, -Es que tú no me hiciste caso te estoy busque y busque y no me pelas, es que este paciente...- así y así de llorar, ¿no?, y luego une los puntos de enojo de andar perruchiando<sup>2</sup> de andarles pues es que así se hace, hasta decirles o sea que estoy trabajando con gente tonta”. (Ts/14)

“A veces cuando vivimos en situaciones de estrés este, a veces hasta los mismos compañeros ahí desatan su, su, desbordan su estrés con otros compañeros, ¿no?”. (Ts/17)

“No, de hecho, a mí me tuvieron que dar medicamento controlado para poder dormir. [...] Ya cuando deje la jefatura, de ya no poder dormir, ahora era el contrario, nada más me la quería pasar dormida y ya sin el medicamento. Me hablaban y me movían y yo les decía - ¡No puedo, estoy muy cansada! ¡Estoy agotada, déjenme dormir! -”. (Ts/04)

“Pues sí, a muchas compañeras otras cosas les afectó, o sea, una compañera decía -Es que esta parte de la espalda <señala su espalda> ya no la aguanto-, o <Sic> otros compañeros del estómago -No, ya no puedo comer esto, ya no puedo comer el otro-. (Ts/12)

Algunos miembros del personal sentían ansiedad y nerviosismo cuando tenían que ir a trabajar, falta de ganas para realizar cualquier actividad, así como falta de concentración al momento de realizar su trabajo con las familias debido a la necesidad de brindar una respuesta apropiada para mitigar la angustia de los familiares:

“Yo creo que una, que identificado como yo comentaba, yo tengo ansiedad entonces a mí los lunes en la mañana cuando ya sé que, para regresar al trabajo,

---

<sup>2</sup> Perruchiar: Referido a una persona agresiva, violenta, estricta, exigente (Asociación de Academias de la Lengua Española, 2010).



aunque yo ya me sienta bien y todo aun así <inaudible> [...] Ajá los lunes experimento mucho nerviosismo [...] Ajá ya sé cómo que viene toda esta semana que siempre son <ininteligibles>, ¿no?, ha habido cierto hartazgo también de Covid, Covid, Covid, Covid, en el trabajo [...] Sí es como mucho agotamiento mental llego y digo quiero hacer un montón de cosas, quiero hacer ejercicio, quiero leer pero, otra cosa que sea totalmente apuesto a lo que diario leo y llego y como que todas las energías ¡Pum! se bajan y digo ¡Ay ya!”. (Ts/17)

“A veces no me concentro en lo que estoy haciendo pero es porque estoy pensando o por ejemplo cuando los familiares se ponían, sino he sido agredida de forma verbal pero me ha tocado escuchar esos argumentos en los que la familia dicen que no que ahí los mataron, que fue culpa del médico y toda esta parte pues de reclamos, llega un punto en el que me bloqueo, le digo soy dispersa, me bloqueo y ya no estoy concentrada en la persona sino más bien ya estoy pensando qué le voy a contestar, en ese sentido, para tratar de calmarlo porque trato de que su angustia no sea yo como un espejo de esa angustia y lo que hago es así literal bloquear mi mente, ya no escucho, ya no escucho lo que la persona me dice y yo creo que también, pues eso, no es algo bueno porque ya pierdo concentración de lo que realmente la persona me quiere decir o lo que tal vez tenga duda y yo me pierdo y ya es cuando le digo, mi mente empieza a pensar qué voy a decir, qué le voy a decir, qué le voy a decir, para que yo también pueda bajar a ese nivel de estrés y que eso no me estrese a mí, le digo, no ser yo ese espejo”. (Ts/20)

Se encontró que parte del personal sufrió depresión al no regular y atender las emociones surgidas ante la cercanía con el dolor y la muerte, interfiriendo en su vida personal y profesional:

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 cambiar y vas a empezar a salir y demás. Entonces, ya fue que me empezaron a tratar ahora por la depresión. (Ts/04)

El estrés y el síndrome de Burnout son efectos psicosociales que deben de ser atendidos puesto que no solo interfieren en el quehacer profesional, sino que también provocan efectos en la salud de las y los trabajadores que ponen en riesgo sus vidas.

### ***3.2.6 Reflexiones que surgen en el personal de trabajo social por la convivencia con el dolor y la muerte y sus efectos psicosociales:***

Después del alivio al dolor, cuando el individuo se libera del sufrimiento en muchas ocasiones reflexiona y experimenta un renacer, un retorno a la vida ordinaria que le hacen concebir el mundo de manera distinta (Le Breton, 1999), lo mismo ocurre con la muerte, la muerte desencadena reflexiones en torno al vínculo con la persona, en torno a la propia vida exponiendo la vulnerabilidad del ser humano, por ello el personal de trabajo social al convivir con las personas y sus familias, al experimentar el alivio del dolor o cuando éste surge por la muerte de las personas, elaboró diversas reflexiones.

Las reflexiones que surgen en el personal de trabajo social a partir de la convivencia con el dolor y la muerte se pueden ver a través de dos enfoques, desde el enfoque personal y desde el enfoque profesional.

Las reflexiones que surgieron desde el enfoque individual están relacionadas con el crecimiento personal, de valorar más lo cotidiano que a veces pasa desapercibido, como la convivencia familiar, el afecto físico a los seres queridos, valorar la propia vida, entre otras, también, que esta pandemia no solo trajo consigo cosas negativas, sino que generó más acercamiento familiar, cariño y agradecimiento por la gente y sobre todo mucho aprendizaje en diferentes esferas de la vida:

“Me ha dejado <vocal> pues muchas vivencias de crecimiento personal, de valorar un poquito más lo verdaderamente importante, entonces, y mucho cariño y mucho amor por la gente, mucho agradecimiento [...] para mí el Covid ha traído muchas cosas buenas profesionalmente, personalmente, aprendizajes, muchos aprendizajes”. (Ts/08)

Generó reflexiones en torno a la muerte, como el ver a la muerte como un hecho cercano, ser conscientes de la fragilidad humana y por lo tanto de la vulnerabilidad de su propia vida, ver a la muerte como algo que puede sucederle a cualquier persona, independientemente a la pandemia, y que por lo tanto es indispensable estar pendiente de la salud física, de prevenir la enfermedad a través de buenos hábitos alimenticios, ejercicio, actividades recreativas y descanso:

“Yo creo que la reflexión que me da es que pensamos que no me va a pasar, que no te va a pasar y pensamos que estamos sanos y que, y que, y que cuando hay alguna sintomatología por muy leve que parezca en tu cuerpo no debes de echarlo en saco roto, sino que te tienes que atender, por muy leve que esta sea”. (Ts/11)

“Llegamos a la conclusión de que el hecho de que uno pueda tener una mejor salud es mejor cuidar esa parte y nosotros lo que hicimos fue cambiar hábitos alimenticios, [...] porque eso fue lo que nosotros aquí por lo menos en su casa llegamos a la conclusión que sí estamos con un, o con hábitos más sanos también el cuerpo pues notan los cambios. (Ts/20)

Por su parte, las reflexiones que surgieron desde un enfoque profesional son más amplias, la primera de ellas se centra en torno a su propia vida, de tener miedo a arriesgar su vida en el quehacer profesional, pero también del compromiso ético que tiene el personal de trabajo social con las personas y las familias, por lo que, no podían abandonar su labor a pesar del alto riesgo de contagio:

“De pronto había miedo, de pronto incertidumbre, incertidumbre de no, de decir, bueno hoy me voy bien del hospital, pero no sé si mañana esté bien, de pronto miedo, de pronto me hacía esta pa<vocal> este, el comentario de, ¿por qué yo estoy aquí y no están mis otros compañeros?, ¿no?, e<vocal> sin embargo, empecé a manejar mis emociones, las emociones las tenemos que saber manejar, porque como siempre yo he dicho, las emociones tenemos, cuando llegas al hospital es como cuando te vas al hospital y dejas la bata, estas dejando la bata y todas tus emociones que estás viviendo al momento de la atención con el paciente y las familias”. (Ts/11)

Las reflexiones también se centran en que desde las diversas áreas en el personal de salud se pudo haber hecho un trabajo más profesional con el paciente y su familia, ya que cualquier acción, así sea considerada como mínima, contribuía a la mejora del paciente:

“Llegó a un punto donde, digamos, estoy lleno de este tipo de cosas, como fallecimientos <vocal> y esto, trato, aunque sea de hablarlo [...] de cómo se está dando este tipo de situaciones, de cómo es la labor, de que a veces <vocal>, no es por hablar mal, pero se pudieran hacer cosas mejores en el campo médico. Se pudieran hacer cosas mejores por parte de los médicos y de enfermería con este tipo de pacientes [...] son cosas que <vocal> que tal vez hagamos pero que son significativas para los pacientes, que pueden apoyar muchísimo”. (Ts/02)

Algunas acciones que llevaron a reflexionar al personal de trabajo social, fueron la importancia de que los pacientes tuvieran contacto con su familia, ya sea vía telefónica, a través de videollamadas, cartas e inclusive a través del personal, pues trabajo social muchas veces fue el porta voz entre el familiar y el paciente, y desde su experiencia el contacto con los familiares apoyaba en la asimilación del tratamiento y a la mejora del estado de ánimo del paciente, también fue importante reflexionar que era necesario retomar el contacto físico con los familiares y con los pacientes que se debatían entre la vida y la muerte, para que se sintieran acompañados en todo este proceso derivado de la enfermedad, en su tránsito hacia la muerte o en el duelo por la pérdida de su familiar:

“Nosotros como centro médico acordamos que era muy importante que ellos pudieran tener o conservar un celular, porque era su único medio de comunicación y no podíamos tenerlos e<vocal> tanto tiempo alejado de su familia y que a veces el estar llamando con la familia, estar en contacto favorecía otros factores como la parte emocional y nos iba a permitir este, mayor asimilación del tratamiento y este mejor est <Sic> estado de ánimo del paciente”. (Ts/18).

Era indispensable que el personal de trabajo social también tuviera contacto con el paciente, ya que en ocasiones solo se centraba en la familia y no en la persona enferma que también tenía la necesidad de escucha y acompañamiento.

También las reflexiones surgidas señalan la importancia del bienestar físico y emocional del profesional, de tener un compromiso ético con el paciente y así mismo entender que dentro de ese compromiso es importante que el profesional cuide de su salud para poder brindar una mejor intervención y seguir otorgando sus servicios:

“Creo que debí también haber pensado más en mí. No pensé en mí en ese momento [...] Y creo que no debí de haber trabajado tantas horas tan extenuantemente para no haberme quemado tanto y a lo mejor ahorita estaría en mejores condiciones y a lo mejor seguiría trabajando bien dentro del área”. (Ts/04)

El profesional también es un ser vulnerable y puede encontrarse en la misma situación que sus pacientes a causa de la enfermedad, por lo que es esencial que se mire a las familias y a los pacientes como personas y seres humanos que necesitan del profesional, por lo tanto se deben de buscar más herramientas, desarrollar más habilidades y actitudes que les permitan brindar una mejor intervención al paciente, de escuchar activamente y apoyar a las familias, ya que de esto depende muchas veces la vida y tranquilidad de las personas:

“Pues es una mirada diferente de mi intervención porque <vocal>, en si las familias jamás esperaban que fuera haber fallecimientos por esta problemática [...] Entonces, el hecho de enfrentarse a una realidad de un fallecimiento, por ejemplo, porque por lo general era eso. El aprendizaje que nos deja es haber, bueno, para mí, es estar abierta a escuchar de una manera más tranquila a los familiares, de darles mayor tiempo posible a los usuarios”. (Ts/04)

Las intervenciones de trabajo social pueden salvar vidas, si se realizan de manera eficaz y oportuna pueden ser un generador de cambios positivos con respecto a las actitudes de las personas y por lo tanto llevar a cabo un mejor proceso de tratamiento y recuperación del paciente.

Otras reflexiones profesionales se centran en tener más sensibilidad con respecto al proceso que vive el familiar y el paciente, debido a que las experiencias de dolor son singulares en cada sujeto y por lo tanto necesitan comprensión, mucha empatía y sobre

todo tener una atención con calidad y calidez para así brindar mejores soluciones a los problemas y necesidades de las personas:

“Me ha dejado, yo creo que más sensibilidad con respecto a los procesos que puede estar llegando a vivir un familiar o el paciente mismo porque creo que antes de vivir esta experiencia, porque además no estaba involucrada, como tal no era sensible a eso. Solo no lo conocía, entonces, ahora que lo conozco, ahora que lo sé y que hago este ejercicio de ponerme en los zapatos del otro pues trato justo que mi quehacer profesional vaya encaminado justo a ofrecer estas herramientas de manejo de la situación, si bien, no como solución como tal, pues que tengan un mejor manejo de la situación por más complicada que pudiera ser”. (Ts/10)

Las personas viven dentro de una realidad compleja, por ello es necesario ser tolerantes ante la diversidad ya que estas realidades en muchas ocasiones pueden ser un factor decisivo en el éxito o fracaso de la intervención profesional:

“Es necesario ser tolerantes ante la diversidad de la persona ya sea por su condición social, económica, física, etcétera, ya que todas estas realidades son un factor importante para determinar si el paciente vivía o no. Es importante no discriminar, respetar, recibir el apoyo que se requiere como seres humanos, sin importar la condición social, ya que la enfermedad se lleva vidas y lo que se puede hacer es ser más humanos, menos egoístas y apreciar las cosas más sencillas de la vida y el bienestar en todos los aspectos”. (Ts/18)

Desde las reflexiones, se expresa que la muerte se puede sentir a través del dolor y la frustración de la gente, que la muerte es un hecho que siempre ha estado presente debido a que forma parte del ciclo vital, pero que con la pandemia se ve más cercana y que se necesita constante formación para afrontar profesionalmente este tipo de experiencias. Así mismo, es necesario reflexionar sobre la dualidad de la vida-muerte y que lo que experimenta el profesional en los procesos de vida-muerte también muchos otros profesionales de la salud lo vivencian:

“Yo creo que muchos reflexionamos saber que hoy puedes estar y mañana no, y de alguna u otra manera tener más cuidado”. (Ts/22)

“Entendí o conocí si tú me lo permites sentir, la muerte desde muy cerca en el sentido simplemente por todo el dolor, toda la frustración social que tenía la gente y que llegan y te preguntan y tú dices y cómo le digo, ¿no?, llega una persona que te dice es que tenía treinta y cinco años, tenía cuatro hijos y llega su esposa y dices en este momento por más que haya leído de tanatología no sé qué decir, ¿no?, entonces yo creo que esa es la entidad o el proceso que todos tuvimos que ver”. (Ts/22)

“Las reflexiones a las que uno llega y dices hígole entonces te ayuda a reflexionar y pues obviamente empiezas a entender que lo que tú vives no solamente te pasa a ti, sino que muchos profesionales también han ido por esa parte, por esa situación”. (Ts/22)

Una última reflexión que surgió y que se considera muy importante es que a veces se minimizan las necesidades del personal de trabajo social, su exposición constante a diversos factores psicosociales, dejando de lado la salud física y emocional, el cuidado y el autocuidado, por lo que deben de considerarse por las y los profesionales y por las autoridades de salud. Además de que es muy importante el compañerismo entre el personal, puesto que el apoyo mutuo es un recurso para mitigar el miedo y por lo tanto realizar una mejor intervención profesional.

### **3.3 Condiciones laborales del personal de trabajo social y estrategias sociolaborales**

#### ***3.3.1 Condiciones laborales desfavorables (Factores de riesgo psicosocial o factores psicosociales negativos):***

La pandemia por Covid-19 ha modificado significativamente el escenario hospitalario en donde trabajo social realiza su intervención profesional, las diferentes formas de organización del gremio, las condiciones laborales en las que se encuentran, así como las capacidades, actitudes, percepciones y cultura del personal han generado el surgimiento de diversos factores psicosociales (Oficina Internacional de Trabajo Ginebra, 1984) y por lo tanto efectos en la salud física y emocional de las y los

profesionales en trabajo social. La presencia de diversos factores psicosociales ha jugado un papel decisivo en la salud y desempeño laboral del personal durante esta pandemia.

Los factores psicosociales que encontramos en esta investigación son de dos tipos, negativos (factores de riesgo psicosocial) y positivos (factores psicosociales positivos).

En primera estancia se exponen los factores de riesgo psicosocial o factores psicosociales negativos presentes en el personal de trabajo social durante la pandemia por Covid-19.

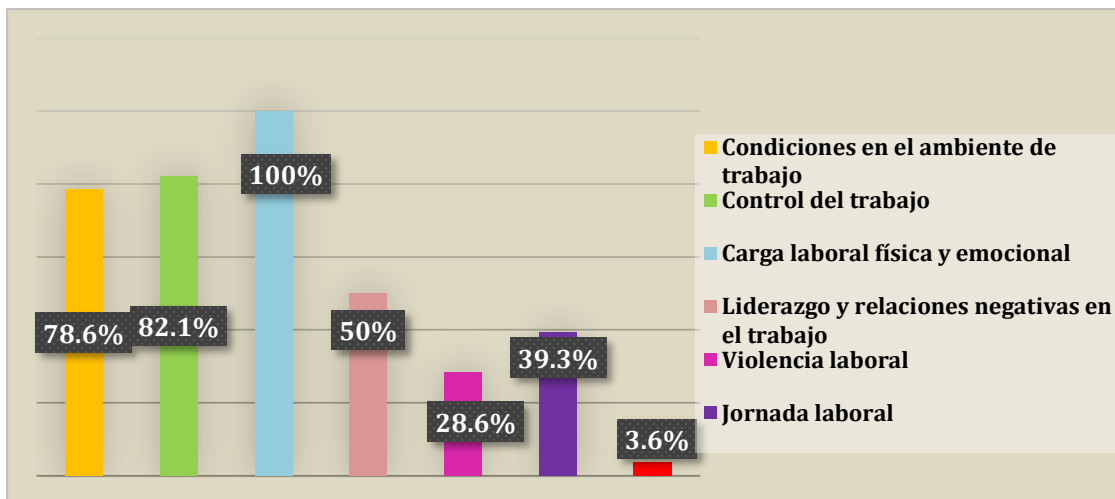
**Tabla 21.** *Principales factores psicosociales negativos*

<b>RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA INICIAL</b>	<b>FRECUENCIA ABSOLUTA</b>
<b>Condiciones en el ambiente de trabajo</b>	22	78.6%
<b>Control del trabajo</b>	23	82.1%
<b>Carga laboral física y emocional</b>	28	100%
<b>Liderazgo y relaciones negativas en el trabajo</b>	14	50%
<b>Violencia laboral</b>	8	28.6%
<b>Jornada laboral</b>	11	39.3%
<b>Relacionados con la persona</b>	1	3.6%

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).



**Gráfica 10. Principales factores psicosociales negativos**



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

Como se puede observar en la gráfica 10, los principales factores psicosociales que estaban presentes en el personal de trabajo social en las instituciones de salud que son Covid-19, son:

- La carga laboral física y emocional (falta de recurso humano, convivencia con el dolor y la muerte de pacientes y sus familiares, realización de muchas tareas/atender a muchos pacientes y familiares) con un 100%,
- el control del trabajo (falta de capacitación, carencia de información, falta de interés en la salud física y emocional del trabajador, falta de previsibilidad, no hay innovación, planeación y organización, seguridad contractual y salarios justos) con un 82.1%,
- las condiciones en el ambiente de trabajo (mala limpieza en el lugar de trabajo, carencia de material de trabajo, falta de equipo de protección, espacios sin ventilación o sana distancia) con un 78.6%,
- liderazgo y relaciones negativas en el trabajo (poca o nula solidaridad entre compañeros, liderazgo autoritario, falta de comunicación, falta de liderazgo) con un 50%,

- la jornada laboral (largos periodos de trabajo y pocos o nulos días de descanso) con un 39.3%,
- violencia laboral (recibir amenazas de los familiares) con un 28.6%
- y relacionados con la persona (considera que no tiene la capacidad personal) con un 3.6%.

### *1.- Cargas de trabajo físicas y emocionales (100%)*

La falta de recurso humano fue un factor que colocaba al personal de trabajo social en una situación alarmante, ya que implicaba que el profesional interviniera con un mayor número de pacientes y sus familias, siendo esto una sobrecarga que genera agotamiento y una mayor exposición al dolor y la muerte.

La carga laboral estaba relacionada con el gran número de contagios y de pacientes que debían de ser atendidos en un solo turno de trabajo, pues ello implicaba que trabajo social enlazara a los pacientes con sus familiares, que fuera testigo de muchas experiencias desgarradoras, estuviera presente en el reconocimiento y entrega de cadáveres, gestionara los servicios funerarios, canalizara a pacientes a otros hospitales, contuviera emocionalmente a un gran número de familias que sufrían la pérdida de uno o varios de sus miembros, que en muchas ocasiones fuera el único profesional presente en el transitar hacia la muerte del paciente, entre otros. Cada una de estas funciones y actividades representaban una sobrecarga laboral respecto al tiempo y habilidades con las que disponía.

La convivencia con el dolor y la muerte son consideradas como las actividades más difíciles e impactantes para el personal de trabajo social. Esto implica una carga de trabajo emocional y el personal no se siente lo suficientemente capacitado para afrontar estas experiencias siendo un factor psicosocial negativo para ellos y ellas.

### *2.- La falta de control sobre el trabajo (82.1%)*

El personal no fue capacitado en el uso del equipo de protección, las medidas de seguridad para evitar la propagación y el contagio o cómo manejar los casos de pacientes que ingresaban y que eran positivos a Covid-19. A pesar de la gran cercanía

con el dolor y la muerte de los pacientes y sus familias, el personal de trabajo social expresó que no contaba con la capacitación necesaria en temas de tanatología o contención en crisis, aun cuando eran temas fundamentales para poder desarrollar una intervención más profesional ante el aumento exponencial de fallecimientos a causa de la enfermedad. La escasa participación en talleres que abordaran temas como la contención o manejo de las emociones, talleres recreativos, orientación psicológica o psiquiátrica, entre otras, que permitieran al profesional apartarse por un instante de la carga laboral, son también un reflejo de la falta de organización y por tanto de control de los directivos para difundir e incentivar la participación de las y los profesionales.

La falta de previsibilidad, es decir, de tener toda aquella información sobre las tareas y protocolos a seguir durante la emergencia sanitaria que les permitiera adaptarse a los cambios. No había innovación con respecto a nuevos métodos de intervención con pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familias. No había planeación dentro de los equipos de trabajo y organización de las tareas a realizar en el área de trabajo social. No tenían seguridad contractual al no recibir salarios justos equivalentes a su desempeño profesional.

### *3.- Condiciones en el ambiente de trabajo (78.6%)*

Falta de limpieza en los lugares de trabajo, por lo que el personal tenía que aportar de sus recursos para atender esa necesidad. Carencia de material de trabajo al no contar con suficientes dispositivos electrónicos como computadoras para realizar reportes o llenar bases de datos, teléfonos móviles y fijos para la comunicación constante con familiares o el enlace paciente-familiar. Falta de equipo de protección como guantes, cubrebocas, caretas, batas quirúrgicas, desinfectantes, gel antibacterial, etcétera, que posibilitara atender de manera segura a los pacientes y familiares. Espacios sin ventilación necesaria o muy reducidos que no permitían la sana distancia entre los profesionales o durante la atención a familiares.

### *4.- Liderazgo y relaciones negativas en el trabajo (50%)*

Poca o nula solidaridad entre compañeros/as por falta de apoyo para realizar tareas o actividades, liderazgo autoritario por parte de jefes de área, falta de comunicación

presente en no informar oportunamente sobre los cambios en actividades o control de pacientes y liderazgo ausente, por lo que no se contaba con una guía dentro de los equipos que encaminara la intervención profesional, diera consejos o atendiera sus necesidades.

#### *5.- Las jornadas de trabajo (39.3%)*

La falta de periodos de descanso adecuados que les permitieran liberarse de la carga física y emocional de la dinámica hospitalaria, de detenerse a reflexionar sobre su quehacer profesional, sobre la influencia de las experiencias en torno al dolor y la muerte en su propio cuerpo y en su vida personal, la falta de periodos de descanso y pausas que permitieran al personal procesar sus emociones y buscar estrategias personales e institucionales que les apoyaran a afrontar las experiencias dolorosas y de muerte.

#### *6.- Violencia laboral (28.6%)*

Amenazas de familiares que sufrían una pérdida, la amenaza consistía principalmente en demandar al personal por negligencia, este hecho fue negado por las y los profesionales, puesto que desde su percepción la reacción de los familiares se debía principalmente al miedo y el dolor que atravesaban por la enfermedad y la muerte de su familiar.

#### *7.- Relacionados con la persona (3.6%)*

No contar con los recursos personales, actitudes, habilidades y disposición para afrontar las situaciones que se presentan. La escasa participación en talleres y cursos en diferentes temas que permitieran afrontar y superar las experiencias dolorosas y de muerte, son también un factor psicosocial relacionado con la persona, por el compromiso ético de las y los profesionales por buscar el autocuidado a partir de la capacitación, terapias alternativas o psicoterapia.

### 3.3.2 Condiciones laborales favorables que contribuyen a afrontar los efectos psicosociales en el personal de trabajo social (Factores psicosociales positivos):

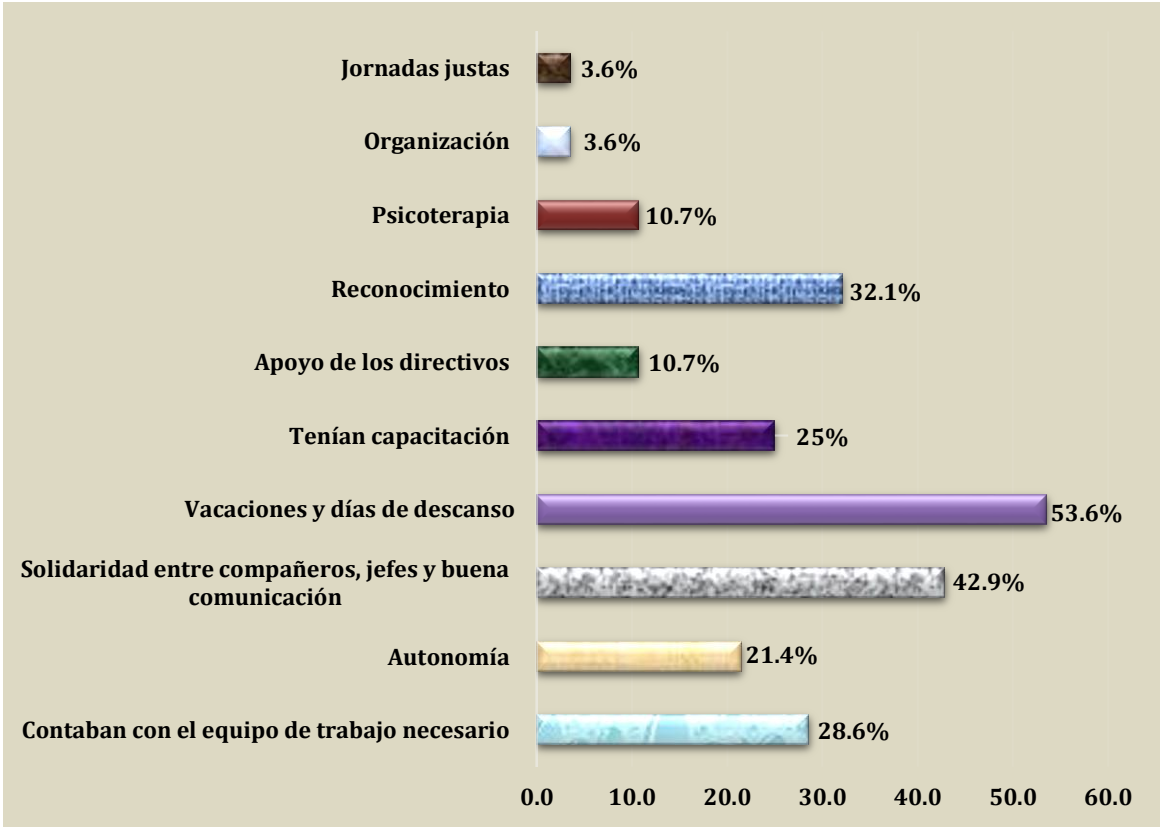
Dentro de los factores psicosociales positivos que se encontraron en el personal y que considero importantes debido a que contribuyen a mejorar el ambiente laboral y por lo tanto a afrontar los efectos de las experiencias con el dolor y la muerte a los que se exponían durante la pandemia, se encuentran los siguientes.

**Tabla 22.** Factores psicosociales positivos en el personal de trabajo social

RESPUESTA	FRECUENCIA INICIAL	FRECUENCIA ABSOLUTA
Contaban con el equipo de trabajo necesario	8	28.6%
Autonomía	6	21.4%
Solidaridad entre compañeros/as, jefes y buena comunicación	12	42.9%
Vacaciones y días de descanso	15	53.6%
Tenían capacitación	7	25%
Apoyo de los directivos	3	10.7%
Reconocimiento	9	32.1%
Psicoterapia	3	10.7%
Organización	1	3.6%
Jornadas justas	1	3.6%

**Fuente:** Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

**Figura 11. Factores psicosociales positivos en el personal de trabajo social**



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

Los principales factores psicosociales positivos encontrados en el personal son: vacaciones o días de descanso con un 53.6%, solidaridad con compañeros/as y jefes, así como buena comunicación con un 42.9%, reconocimiento con un 32.1%, contaban con el equipo de trabajo necesario (teléfonos, computadoras, equipo de protección) con un 28.6%, el 25% del personal contó con capacitación, autonomía (decidir y adecuar su forma de trabajo) con un 21.4%, psicoterapia y apoyo de los directivos con un 10.7% en cada uno y jornadas laborales justas y organización con un 3.6% en cada una respectivamente.

1. *Vacaciones y días de descanso (53.6%)*

La mayoría del personal tuvo periodos vacacionales que les permitieron relajarse, alejarse del ambiente laboral estresante y poder reflexionar sobre su vida y su labor profesional.

2. *Solidaridad entre compañeros/as y jefes, así como buena comunicación (42.9%)*

Apoyo social por parte de otras profesiones, espacios de habla y escucha entre compañeros/as y jefes para desahogar las experiencias a las que se enfrentaba el personal. La buena comunicación permitía el conocimiento de los perfiles, fortalezas y habilidades de las/los compañeros para otorgar y desempeñar las diversas funciones del personal.

3. *Reconocimiento (32.1%)*

Reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias, de jefes, compañeros y compañeras de trabajo, así como de los pacientes y familiares que sabían de la importancia de trabajo social dentro de las instituciones de salud.

4. *Contaban con el equipo de trabajo necesario (28.6%)*

Tenían los insumos necesarios como el adecuado equipo de trabajo para intervenir directamente con los pacientes y sus familias sin tener riesgo de contagio, así como espacios adecuados de trabajo, separados, con ventilación y todas las medidas de seguridad. Contaban con dispositivos móviles, computadoras y demás material que les permitiera el enlace con los familiares, subir información, enviar reportes, etcétera.

5. *Capacitación (25%)*

Contaban con una capacitación previa sobre las medidas de seguridad, capacitación en el correcto uso del equipo de protección, capacitación en temas que les permitieran desempeñar mejor su labor profesional.

6. *Autonomía (21.4%)*

El personal de trabajo social podía decidir en conjunto con los directivos sus horarios y días de descanso a fin de distribuir de mejor manera las jornadas laborales, además de

que en muchos casos el personal tuvo la oportunidad de diseñar y modificar los protocolos de actuación de trabajo social a fin de adaptarse a las necesidades emergentes por la pandemia.

#### *7. Organización (3.6%)*

Había organización y claridad sobre las tareas a realizar dentro de los equipos de trabajo social, esto permitía desarrollar adecuadamente las tareas y disminuir las cargas de trabajo.

#### *8. Psicoterapia (10.7%)*

El personal tenía acceso a diversos espacios de habla y escucha en donde se reunían con profesionales para desahogar y trabajar las experiencias a las que se enfrentaban en su atención a pacientes y familiares.

#### *9. Apoyo de directivos (10.7%)*

Los directivos escuchaban y atendían las necesidades del personal, ofreciendo reconocimiento y alternativas de solución ante sus necesidades.

#### *10. Jornadas laborales justas (3.6%)*

Horarios equilibrados, las jornadas de trabajo eran justas y por lo tanto contribuían a disminuir la carga física y emocional del personal.

### **3.3.3 Estrategias personales y colectivas en el personal de trabajo social**

El personal de trabajo social buscó estrategias individuales y colectivas para no desarrollar o contrarrestar los efectos físicos y emocionales surgidos en las y los profesionales debido a su cercanía con el dolor y la muerte, estas estrategias aunadas a factores psicosociales positivos contribuyeron a que la mayoría del personal no se enfrentará a procesos de duelo, pérdida o deterioro de su calidad de vida, interferencias en su labor profesional y su vida cotidiana.



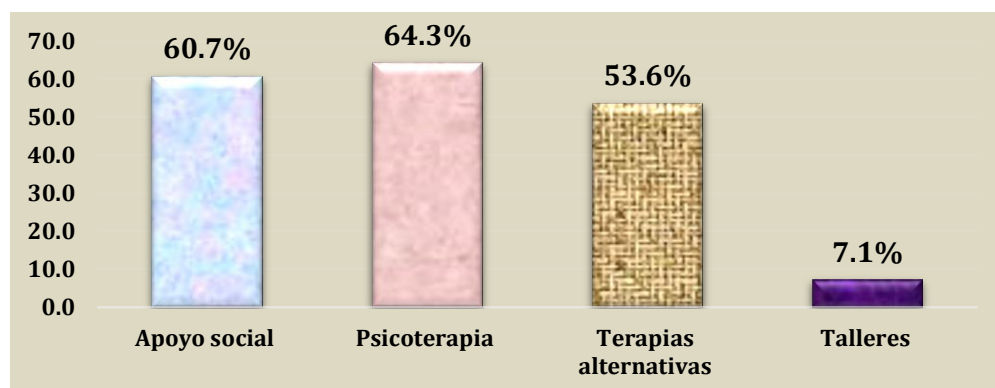
A continuación, se presentarán las principales estrategias que expresó el personal de trabajo social y que se identificaron en esta investigación.

**Tabla 23.** Estrategias del personal de trabajo social que surgen para regular los efectos de la convivencia con el dolor y la muerte

RESPUESTA	FRECUENCIA INICIAL	FRECUENCIA ABSOLUTA
Apoyo social	17	60.7%
Psicoterapia	18	64.3%
Terapias alternativas	15	53.6%
Talleres	2	7.1%

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

**Figura 12.** Principales estrategias del personal de trabajo social que surgen para regular los efectos de la convivencia con el dolor y la muerte



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos del proyecto de investigación “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19” (2021-2022).

Dentro de las estrategias que implementó el personal de trabajo social para contrarrestar los efectos psicosociales surgidos por la cercanía con el dolor y la muerte de los pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familias se encuentran: Apoyo social en un 60.7%, es decir, que la mayoría del personal buscó apoyo emocional en familiares, amigos/as, compañeros/as de trabajo, entre otros, para hablar y mitigar las experiencias dolorosas, por su parte, las terapias alterativas también fueron fundamentales para el personal ya que el 53.3% manifestó recurrir a ellas por medio de actividades como la meditación, aromaterapia, acupuntura, yoga, actividad física o ejercicio, la espiritualidad, música, escritura, canto, actividades que desde su experiencia les permitían recuperar el equilibrio en su salud física y emocional. También otras estrategias que implementó el personal estaban encaminadas a recibir psicoterapia (64.3%), brindada por expertos en salud mental y a talleres (7.1%), relacionados con temas de salud mental, manejo de las emociones y tanatología para adquirir herramientas que les permitieran contrarrestar los efectos que surgían por la convivencia con el dolor y la muerte y las condiciones sociolaborales.

Las estrategias del personal de trabajo social estaban ligadas más en recibir apoyo familiar y de personas cercanas y de ser de carácter individual, por lo que, el personal decidía qué actividades le apoyaban a afrontar las diversas experiencias de dolor y muerte de acuerdo a sus gustos, intereses, necesidades y disponibilidad de tiempo. Las estrategias colectivas se centraban principalmente en recibir apoyo psicológico cuando el personal sentía que la situación las/os rebasaba y estaba interfiriendo en su labor profesional, el apoyo psicológico era brindado por la institución en donde laboraban:

“Sí hubo, si se este, atención psicológica porque hubo muchos compañeros que sí se vieron afectados muy, muy, muy, muy afectados en cuanto a lo laboral, empezaban a e<vocal> interferir en su desempeño, este pues sí laboral, entonces se, se dieron atenciones psicológicas ajá y a partir de ahí pues ya se consideraba que, que este cuál era el siguiente paso”. (Ts/32)

El personal también recalcó el apoyo de los compañeros de trabajo como una herramienta para mitigar las emociones y efectos que surgían por la cercanía con el

dolor y la muerte, ya que, desde sus narrativas, muchas veces se buscaba apoyo de sus compañeras/os de trabajo para compartir y desahogar sus experiencias dolorosas:

“El estar este umm<vocal>, el estar compartiendo con mis compañeros las situaciones y este el escuchar música, yo sé que este es mi trabajo y es algo que me apasiona, pero trato de no llevármelo a la casa sí, en casa yo soy otra Ts/30 sí, al otro día si tengo algo pendiente aquí en mi trabajo lo retomo, entonces e<vocal>, creo que eso me ha ayudado”. (Ts/30)

“Había días en que llegaba, y en general digo habló por mí, pero también como lo platicamos el otro día con los compañeros, sí había casos en que podías, en que pues sí tronábamos<sup>3</sup>”. (Ts/07)

“Entonces, sí fue como muy complicado para mí todas estas cuestiones, pues no puedes dejar de lado lo emocional, pero si ver en qué momento pues tratar de ser un poquito fuerte para apoyar a tus compañeras, a tus compañeros”. (Ts/12)

Miembros del personal de trabajo social organizaban talleres de estrategias de relajación durante el tiempo laboral para mitigar la carga laboral a la que se enfrentaban durante su turno de trabajo, espacios para reflexionar y dar gracias a Dios y al universo, recibían apoyo tanatológico por parte de personal especializado en el tema, cursos de capacitación de atención a los pacientes para brindar una mejor intervención.

Las diversas estrategias personales y colectivas, así como los diversos factores psicosociales positivos ponen en manifiesto su efectividad para contrarrestar o no desarrollar los diversos efectos psicosociales en el personal, por lo cual es necesario que las instituciones, cada miembro y el personal busque implementar estas estrategias y generar ambientes de trabajo ricos en factores psicosociales positivos con el fin de prevenir afectaciones ante las diversas experiencias no solo de dolor y muerte, sino en general de la dinámica hospitalaria.

---

<sup>3</sup> Tronar: Quebrarse emocionalmente y no poder realizar la tarea o función (Diccionario de la Lengua Española, 2023).

## **Conclusiones y propuesta**

Las experiencias de dolor y muerte fueron frecuentes en época de pandemia debido al aumento de casos y defunciones confirmadas por Covid-19. La muerte no fue un hecho lejano al personal y éstos fueron conscientes de que cualquier persona incluido el personal de trabajo social se encontraban expuestos a enfermar y morir por la enfermedad, este hecho se confirmó con la muerte de pacientes en las unidades hospitalarias, la de sus compañeros/as de trabajo y de miembros del núcleo familiar.

Las funciones que desarrolla el personal de trabajo social durante la pandemia lo exponen a vivir más experiencias en torno al dolor y la muerte, porque no solo interviene directamente con los pacientes, también acompaña a las familias durante todo el proceso de enfermedad, por lo tanto, convive con el dolor y la muerte de los pacientes y también con el dolor de sus familias.

El contacto físico con los pacientes y sus familias es muy importante, permite llevar a cabo mejores intervenciones, a través del contacto físico y la escucha activa se logran relaciones más horizontales y que las personas sientan que cuentan con un soporte institucional durante el proceso de enfermedad y muerte. Trabajo social necesita desarrollar competencias, habilidades y actitudes que le permitan llevar a cabo mejores procesos de intervención, puesto que muchas veces de la capacidad y profesionalismo depende la vida, mejora y asimilación del tratamiento de las personas.

El personal de trabajo social no es ajeno al dolor de las personas, la convivencia y empatía que desarrolla con ellas le hacen experimentar dolor en conjunto con las familias cuando el paciente muere, o cuando se siente identificado con la persona doliente. La concepción del dolor que tiene el personal de trabajo social se refiere más a un dolor emocional y subjetivo ligado a quien lo experimenta en carne propia y a quien convive con ese dolor como lo es el profesional y la familia de la persona enferma.

El dolor y la muerte de los pacientes y el contacto con éste en los familiares que tenían una pérdida, eran funciones consideradas estresantes, impactantes y muy difíciles de llevar a cabo, debido la carga emocional que implicaba cumplir con la función. La muerte de los pacientes generó en el profesional diversas emociones que le hicieron

cuestionarse su rol profesional, su propia existencia, tener crecimiento personal, cuidar su salud, entre otras reflexiones que sin duda contribuyen al desempeño profesional.

La dinámica hospitalaria expuso al personal a diversos factores psicosociales como: los relacionados con la carga de trabajo físico y emocional por el aumento de experiencias con el dolor y la muerte, así como, la convivencia e intercambio de emociones durante la labor profesional; también la falta de control sobre el trabajo reflejado en la falta de interés porque el personal recibiera capacitación en temas fundamentales para su intervención con el dolor y la muerte como lo es la tanatología, cuidados paliativos y contención en crisis, así como, recibir ayuda psicológica o psiquiátrica como un recurso para afrontar las experiencias dolorosas y de muerte; y las jornadas de trabajo y rotación por turnos que le bridaran periodos de descanso adecuados que les permitieran alejarse del entorno laboral, asimilar y superar esas experiencias.

Los efectos que surgieron por la convivencia con el dolor y la muerte en el personal fueron la manifestación de emociones como dolor, tristeza, miedo, indiferencia, culpa, enojo, entre otros, la escasa regulación de emociones generó manifestaciones físicas a través de signos y síntomas como dolor de cabeza, sueño, falta de apetito, insomnio, cansancio, subir de peso, entre otros. En menor medida, algunos de los miembros entrevistados atravesaron por el duelo, teniendo manifestaciones físicas y emocionales e inclusive transitando por las diversas etapas del duelo.

El personal de trabajo social desarrolló estrés y síndrome de Burnout, el estrés surge por la convivencia con el dolor y la muerte, aunado a otras condiciones sociolaborales como factor externo y la falta de recursos para afrontar esas experiencias, se presentaron consecuencias derivadas del estrés como el agotamiento emocional, la despersonalización, el bajo auto concepto y escaso reconocimiento de su rol profesional. Ligado al estrés, también se desarrolló el síndrome de Burnout, presentes en la desmotivación en el personal, despersonalización y actitudes negativas hacia el trabajo, tratando a las personas como meros objetos, actuando mecánicamente, queriendo evitar casos complicados, evitar cumplir con sus funciones, mostrando cansancio físico y emocional, como ansiedad y nerviosismo previo a realizar la labor profesional e inclusive

algunos miembros sufrieron depresión, todos estos efectos interfirieron en la labor profesional del personal de trabajo social.

Aunque las experiencias de dolor y muerte se encuentran presentes en todas las entrevistas, la mayoría de ellas/os no presentó un deterioro alarmante en su calidad de vida y lograron encontrar un equilibrio y contrarrestar los efectos psicosociales negativos debido a que implementaron diversas estrategias personales como meditar, descansar, ejercicio, yoga, actividades de respiración, entre otros, estrategias colectivas como terapia psicológica, apoyo de los compañeros/as de trabajo, etcétera y estuvieron expuestos a factores psicosociales positivos tales como el apoyo social, periodos de descanso adecuados, capacitación, autonomía, participación, organización, por mencionar algunos. Todas estas estrategias y factores psicosociales positivos contribuyen a que el personal pueda enfrentar las diversas experiencias surgidas por el contacto con el dolor y la muerte y que su ambiente de trabajo sea un lugar más seguro para desarrollar su quehacer profesional.

### **Cumplimiento de los objetivos y supuesto de investigación**

La pregunta de investigación que plantea, ¿Cómo afecta la cercanía con el dolor y la muerte de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familiares al personal de trabajo social que labora en las instituciones de salud en el sector público en México?, se logró responder a partir de los resultados que se muestran en esta investigación y que es a través de los diversos efectos psicosociales que presentaba el personal.

El supuesto de investigación que establecía que la cercanía del personal de trabajo social con el dolor y la muerte de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familiares en instituciones de salud en el sector público en México, genera efectos psicosociales negativos en su salud física y emocional, que interfieren en su quehacer profesional, se cumplió casi en su totalidad, ya que, como se puede observar en los resultados, el personal de trabajo social presentó efectos psicosociales como el estrés y síndrome de Burnout, y que además tuvieron repercusiones en el quehacer profesional, pero no

todos/as llegaron a los efectos o lograron contrarrestarlos debido a las estrategias y factores psicosociales positivos presentes en su lugar de trabajo.

El cumplimiento de nuestros objetivos específicos, como lo es, describir las experiencias de las y los trabajadores sociales en torno al dolor y la muerte a partir del trabajo desarrollado en las instituciones de salud desde que se estableció de forma oficial el inicio de la pandemia por Covid-19 en México, identificar cuáles son los efectos psicosociales que desarrollan las y los trabajadores sociales ante la cercanía con el dolor y la muerte de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familias, así como establecer cómo influyen en su desarrollo profesional y exponer cuáles son las estrategias personales y colectivas que implementan las y los trabajadores sociales, que les permita desarrollar procesos de intervención ante las experiencias de dolor y muerte de pacientes diagnosticados con Covid-19 y sus familias, se cumplieron en su totalidad y apoyaron a la consecución del objetivo general planteado en esta investigación, el cual buscaba conocer el impacto que tiene la cercanía del personal de trabajo social con el dolor y la muerte de pacientes y sus familias diagnosticados con Covid-19.

### **Aportaciones y recomendaciones**

Esta investigación visibiliza que trabajo social también se encuentra en contacto en igual o mayor medida con el dolor y la muerte como el personal de enfermería, medicina y otros miembros del equipo de salud, a su vez visibiliza la importancia de trabajo social durante la pandemia a través de las diversas funciones que desarrolla. Muestra que no es ajeno al dolor de las personas y que puede desarrollar diversas emociones, síntomas y signos físicos y que es vulnerable a contraer o no superar los efectos psicosociales si no establece estrategias personales y colectivas.

Expone que deben de ser atendidos los diversos factores y efectos psicosociales que surgen por la cercanía con el dolor y la muerte para que el personal pueda realizar adecuadamente su labor profesional.

Muestra la importancia de promover estrategias, personales, colectivas e institucionales, así como, generar ambientes de trabajo ricos en factores psicosociales positivos, por lo

que puede ser objeto de intervención de trabajo social generar esos espacios e incentivar estrategias sociolaborales en conjunto con el personal de salud.

Visibiliza que trabajo social mitiga muchas emociones como el miedo, angustia, enojo, entre otras, en los familiares y por ello médicos/as, enfermeros/as y demás personal muchas veces reciben a personas más tranquilas o que han trabajado esas emociones y por lo tanto no interfieren en la realización de las funciones de otras profesiones.

Se recomienda que, durante la formación académica en trabajo social, se creen asignaturas transversales que permitan obtener conocimientos teóricos y metodológicos, desarrollar habilidades y adquirir herramientas para trabajar las pérdidas y el duelo, desarrollar los cuidados paliativos y formarse en tanatología, reconocer y trabajar las emociones, identificar factores y riesgos psicosociales en el entorno laboral y fomentar más la salud física y emocional de las y los futuros profesionales.

También se recomienda que las instituciones contemplen más espacios colectivos en los que se pueda acceder a especialistas en salud mental, espacios recreativos y de descanso, que sean permanentes y con horarios flexibles para las y los profesionales.

Es importante que el personal de trabajo social cree su propio saber, investigue y retome experiencias, las comparta y sistematice para generar conocimiento teórico y práctico que enriquezca y permita desarrollar adecuadamente su labor profesional.

Es fundamental que el personal investigue y evalúe los riesgos psicosociales en su entorno laboral, para que de manera colectiva genere estrategias de prevención y atención acorde a las necesidades y problemáticas identificadas, que estas evaluaciones sean periódicas, oportunas y eficientes.

Se recomienda generar estrategias de cuidado personal y colectivo dentro del gremio, que incluyan la actualización de conocimientos y planificación de actividades para mantener la salud física y emocional. Es decir que el personal de trabajo social se permita estar en espacios formativos que incentiven el autocuidado y así desarrolle prácticas cotidianas como hacer ejercicio, llevar una dieta balanceada, dormir y descansar adecuadamente, meditar, realizar aromaterapia, entre otras terapias alternativas. Que el personal genere relaciones basadas en el respeto y apoyo mutuo,



que asista a terapia psicológica individual o grupal, que se interese por su bienestar y el de sus compañeros y que refuerce su compromiso ético profesional.

La cercanía con el dolor y la muerte del personal de trabajo social no solo se da en el ambiente hospitalario, trabajo social al ser una profesión que trabaja de manera cercana con individuos, grupos y comunidades, atendiendo problemáticas y necesidades, convive con el dolor y la muerte de personas sin hogar, infancias, adultos mayores, personas con discapacidad, personas privadas de su libertad, personas que atraviesan el dolor por la separación de sus familias, por violencia familiar, de género, entre otros, por ello es necesario visibilizar y atender los efectos psicosociales que pueden surgir por esa cercanía en todo los ámbitos para mejorar la intervención social.

### **Recomendaciones para futuras investigaciones**

- Futuras investigaciones pueden abordar la importancia del contacto físico durante el acompañamiento de trabajo social con personas diagnosticadas con Covid-19 y que encuentran en condiciones críticas.
- Se pueden abordar los valores éticos profesionales que se ponen en juego durante la intervención de trabajo social con personas diagnosticadas con Covid-19 y sus familias.
- Realizar más investigaciones que den cuenta de la importancia del trabajador social durante la pandemia y el proceso de acompañamiento durante la muerte por COVID-19.
- Se puede llevar a cabo otra investigación que exponga los efectos psicosociales de la cercanía con el dolor y la muerte en otros ámbitos profesionales y no solo en el área de salud.

## **Anexos**

El estilo y presentación de la información en esta investigación se basa en el sistema de normas APA 7ma edición.

### **Anexo 1. Ficha bibliográfica**

**Fuente de consulta: (Libro, tesis, artículo, monografía, etc.)**

**Datos de la fuente: (Autor, año, título, edición, editorial, lugar, núm. pág., etc.)**

**URL de la fuente:**

**Informe general de contenido:**

### **Anexo 2. Ficha de trabajo**

**Título o tema:**

**Contenido: (Paráfrasis o cita textual)**

**Referencia:**

### **Anexo 3. Guía de entrevista a profundidad**

#### **Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente al COVID-19**

**IN305021**

##### **Guía de entrevista**

[Enfatizar el carácter confidencial de la entrevista y preguntar si quieren que la entrevista se realice con video o sólo con audio]

#### **I. Conversión a hospital COVID**

¿En qué fecha le comunicaron las autoridades que el hospital atendería pacientes COVID?

¿Le dotaron, inmediatamente, del equipo de protección?

¿Recibió alguna capacitación para el uso del equipo de protección o medidas de protección para el contagio de Sars Cov2?

¿Usted ha comprado material o equipo para prevenir contagiarse de Sars Cov2?

¿Se redefinieron sus actividades a partir de la reconversión a hospital COVID?

¿Qué actividades laborales ha tenido que realizar con pacientes COVID o sus familiares?

Durante la pandemia ¿Ha sido agredido por la población, familiares o pacientes?

#### **IA. Enfermar de COVID-19**

¿Usted ha enfermado de COVID-19?

¿Cuáles fueron sus síntomas?

¿Cómo evolucionó su enfermedad?

¿Emocionalmente cómo se sintió ante esta enfermedad?

¿Quién le apoyó durante este tiempo?

¿Qué apoyos tuvo de su hospital durante su enfermedad?

¿Cuántos días de incapacidad tuvo a raíz de esta enfermedad?

¿Cómo fue recibida/o cuando se reintegró al hospital?

¿A qué servicio fue asignada/o?

¿Tiene alguna secuela de esta enfermedad?

## **II. Trabajo, relaciones familias y laborales**

Durante esta contingencia sanitaria, por su trabajo en el hospital ¿cambió su dinámica familiar?

¿Han enfermado personas cercanas a usted de COVID? ¿cuántas?

¿Qué medidas adoptó usted para reducir los riesgos de contagio hacia las personas que vivían con usted?

¿Cómo ha impactado la pandemia en su relación con sus compañeras/os de trabajo?

¿Desde que inició la pandemia ha tenido un periodo vacacional? Si la respuesta es afirmativa ¿Qué hizo en este periodo?

## **III. Intervención de Trabajo Social (Prestar atención protocolos y procedimientos que se implementaron en la pandemia)**

Ante la pandemia ¿Qué problemáticas y necesidades identifica en torno al área de trabajo social?

¿Nos podría comentar el proceso general que se lleva a cabo en su institución cuando reciben a un paciente con COVID?

¿En qué fases o momentos de este proceso general interviene trabajo social?

¿Qué metodología(s) implementaron para la atención de familiares y pacientes con COVID-19? En caso de no implementar ninguna metodología ¿cómo ha orientado su intervención?

¿Diseñaron o elaboraron nuevos instrumentos o manuales para los procesos de intervención que han estado realizando?

¿Han sistematizado su experiencia laboral en esta contingencia sanitaria?

¿Para usted cuál sería la contribución del Trabajo Social a la atención de la pandemia?

¿Cómo considera que ha sido su desempeño laboral?

¿Considera que su actividad, como trabajador/a social, es reconocida por parte de las autoridades, compañeras/os, familiares, personas en general?

**Instrucción:**

*Ahora haremos una pausa para ahondar en un tema personal que de alguna manera ya nos ha compartido. Tal como lo ha comentado, el ejercicio del trabajo social en tiempos de pandemia ha sido desafiante, y es en este sentido, que nos interesa conocer cómo ha sido su experiencia personal, cómo se ha sentido, si ha identificado cambios en su salud y en su cuerpo a partir de la atención que brinda a pacientes con COVID.*

*(Se recomienda retomar contenido que haya mencionado la persona entrevistada con relación a su experiencia de enfermarse de COVID, que algún familiar cercano haya enfermado o fallecido, algún efecto psicosocial relacionado con la pandemia, etc.)*

*¿Está de acuerdo?*

*Si en algún momento necesita que pausemos, por favor indíqueme. O si no soy clara en alguna pregunta, avíseme para reformularla mejor.*

#### **IV. Efectos psicosociales de la atención a pacientes con COVID-19 y sus familiares**

¿Qué sintió y pensó cuando se enteró que estaría atendiendo a pacientes COVID y sus familiares?

¿Cómo se sintió los primeros días que estuvo en el servicio de atención a pacientes COVID y sus familiares?

¿Cómo se siente ahora? ¿Qué ideas o sensaciones ha experimentado a lo largo de este año?

¿Cuál es la experiencia más significativa de su actividad laboral durante la contingencia sanitaria?

¿Cuáles son los efectos emocionales principales que han repercutido en su trabajo (angustia, incertidumbres, baja o poca concentración, irritabilidad, olvidos, etc.)?

¿El equipo que usa en su hospital ha dejado alguna “huella/evidencia” en su cuerpo o generado alguna reacción?

¿Qué sentimientos o emociones han predominado en usted durante su atención a pacientes COVID? (¿Siente que ha habido oportunidad para hacer un alto en el camino y percibir o reconocer en su cuerpo alguna transformación, por ejemplo, hacer consciente cómo experimenta el dolor, el agotamiento o, por el contrario, ¿cómo experimenta el bienestar, el descanso, etc.?).

¿A partir de esto, ha observado manifestaciones en su cuerpo?

¿Qué ha hecho para afrontar estos sentimientos y manifestaciones?

¿Este periodo le ha llevado a reflexionar algo particular sobre su cuerpo en el trabajo?

Respecto a su sentir y sus emociones ¿Cuál, considera que es la experiencia más significativa de su actividad laboral durante la contingencia sanitaria?

## **V. Buenas prácticas**

¿Se ha apoyado en el consumo de alguna infusión, tratamiento alternativo, terapia alternativa o sustancia para sobrellevar las situaciones de estrés? ¿O abstención de algún alimento?

¿Cuenta con algún espacio o alguna persona, dentro o fuera de su trabajo para hablar sobre su experiencia y sentimientos?

Durante esta etapa, ¿De quién o quiénes ha recibido algún apoyo?

¿Los familiares de los pacientes le han dado muestras de agradecimiento? ¿Cómo?

¿La administración del hospital tomó alguna medida para atender las situaciones de estrés o cansancio por la demanda de la atención? En caso afirmativo ¿cuál fue ésta?

Respecto a las buenas prácticas ¿Qué le ha dejado la atención brindada a pacientes con COVID y sus familiares?

Podría sugerir ¿Qué tipo de temas o capacitaciones sugiere para mejorar su desempeño?

¿Cuáles son las áreas que quisiera conocer o fortalecer para su ejercicio profesional?

#### **Anexo 4. Guía de observación**

##### **Apreciaciones y observaciones de la entrevistadora (escrito o en audio)**

En este espacio la entrevistadora podrá describir el clima o dinámica en la que se realizó la entrevista. Es importante que señale si hay un tema que se tornó relevante durante la entrevista y que no se tenía previsto en la guía de entrevista. También se pueden incluir propuestas para reorientar las preguntas o la incorporación de nuevas preguntas para entrevistas sucesivas.

## Referencias

- Abreu Dávila, F. (2011). Síndrome de agotamiento emocional en profesionales la unidad de cuidados intensivos. *Ciencias de la Salud*, 11 (4), 370-377. doi:1317-2255
- Aliani Ceraldi, J. M. (2015). *Estudio comparativo de la noción de síntoma en la obra de Sigmund Freud y en la perspectiva médica y psiquiátrica actual* [ Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Archivo digital. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/34234/1/T36660.pdf>
- Allende Villaseñor, L. (2019). Emociones que manifiesta la enfermera ante el proceso de muerte del paciente pediátrico. *Acta educativa*, 5 (2), 1-11.
- Álvarez del Rio, M. A. (octubre de 2021). *¿Por qué cuesta hablar tanto de la muerte?* Gaceta UNAM. <https://www.gaceta.unam.mx/por-que-nos-cuesta-tanto-hablar-de-la-muerte/>
- Álvarez del Rio, A. y Gómez Ávalos, J. (2021). Hablemos de la muerte en tiempos de pandemia. En Ortiz Millán, G. y Medina Arellano, M. J. (Eds.). *Covid-19 y bioética* (pp. 363-376). Universidad Nacional Autónoma de México. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/14/6503/21.pdf>
- Ángeles García, F. Y. (13 de octubre de 2021). *Impactos de atención por Covid-19 en los trabajadores sociales de la ÓOAD DF Norte. Efectos psicosociales en las y los trabajadores sociales en la atención a pacientes con Covid-19 y sus familiares* [Conferencia]. 1er. Seminario de investigación e intervención sobre las condiciones laborales de las y los TS. Ciudad de México. <https://youtu.be/xWukaZE3JNk>
- Arias Gómez, L. A. y Noreña Muñoz, C. (2015). *Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de las unidades de cuidado intensivo adulto y neonatal de una clínica privada de la ciudad de Medellín* [Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo, Universidad CES, Medellín]. Archivo digital.



<https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/2027/Trabajo%20de%20grado?sequence=2&isAllowed=y>

- Arias Odón, F. G. (2016). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica* (7° ed.). Venezuela: Editorial Episteme.
- Artiaga Ruiz, A. (1997). *La enfermera ante el síndrome de Burnout: Estudio comparativo Atención primaria-Atención Especializada* [Catálogo de tesinas de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud. Madrid, Escuela Nacional de Sanidad]. Archivo digital. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2892907>
- Asociación de Academias de la Lengua Española. (2010). *Perrucho*. Diccionario de americanismos. <https://www.asale.org/damer/perrucho>
- Banco Mundial. (2019). *Tasa de mortalidad en un año (por cada 1, 000 personas)*. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CDRT.IN>
- Barbosa, R. y Gómez, E. (2021). Psicología del miedo. *American Psychological Association*, 1-10. [https://www.researchgate.net/publication/350485321\\_PSICOLOGIA\\_DEL\\_MIEDO](https://www.researchgate.net/publication/350485321_PSICOLOGIA_DEL_MIEDO)
- Barreto, M. P. y Torre Herrero, O. (2012). *Estrategias de autocuidado de los profesionales. En duelo y escuela. Educar en el sentido ante la pérdida*. Ponencias del Symposium del observatorio del duelo de la Asociación Viktor E. Frankl. España: Sello Editorial.
- Benbunan-Bentata, B., Cruz-Quintana, F., Roa-Venegas, J. M., Villaverde- Gutiérrez, C. y Benbunan-Bentata, B. R. (2007). Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 197-205. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2251799>
- Bonafonte, M. (2005). Psychosocial risks for work related stress. *Revista electrónica*. <https://www.ilo.org/global/lang--en/index.htm>
- Bowlby, E. J. (1980). *El Apego y la Pérdida*. Barcelona: Paidós.

- Bowlby, E. J. (1993). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bowlby, E. J. (1998). *Apego e perda: tristeza e depressão*. Tradução Valtensir Dutra. São Paulo: Martins Fontes.
- Britbrain. (2018). *Qué es la inteligencia emocional y cómo desarrollarla*. BITBRAIN. <https://www.bitbrain.com/es/blog/inteligencia-emocional-estimulacion-cognitiva>
- Brito Ortiz, J. F., Juárez García, A., Nava Gómez, M. E., Castillo Pérez, J. J. y Brito Nava, E. (2019). Factores psicosociales, estrés psicológico y burnout en enfermería: un modelo de trayectorias. *Enfermería universitaria*, 16 (2), 138-148. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632019000200138](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000200138)
- Bueno Ferran, M. y Barrietos Trigo, S. (2021). Cuidar al que cuida: El impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enfermería Clínica*, 31 (1), 535-539. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.05.006
- Busto Garrido, M. (2017). *La irritabilidad como síntoma en psiquiatría infanto- Juvenil*. [Tesis doctoral: Universidad de Málaga]. Archivo digital. [https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/15329/TD\\_BUSTO\\_GARRIDO Mart a.pdf?sequence=1](https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/15329/TD_BUSTO_GARRIDO_Marta.pdf?sequence=1)
- Bustos Domínguez, R. (2000). Elementos para una antropología del dolor: El aporte de David Le Breton. *Acta Bioethica*, VI (1), 105-111. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100008>
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema de Sanidad de Navarra*, 30 (3), 163-176. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1137-66272007000600012](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272007000600012)
- Campos Covarrubias, G. y Lule Martínez, N. E. (2012). La observación, un método para el estudio de la realidad. *Revista Xihmai*, 7 (13), 45-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3979972>

- Camps Herrero, C., Caballero Díaz, C. y Blasco Cordellat, A. (2008) Comunicación y duelo. Formas del duelo. *Servicio de oncología médica*, 17-33. <https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo05.pdf>
- Carballeda, A. J. M. (2020). *Apuntes de la intervención del trabajo social en tiempos de pandemia de Covid-19*. <https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/La-intervenci%C3%B3n-del-Trabajo-Social-en-tiempos-de-Pandemia-2.pdf>
- Cárdenas Carrera, B. P. (2017). "Hablando de mis pérdidas y escuchando las tuyas". El duelo y la pérdida como estrategias de intervención profesional. En Pérez Ramírez, B. (Coord.). *La relevancia de la mirada y la palabra en las estrategias de intervención de trabajo social* (pp. 33-64). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cardona Arboleda, O. D. (2001). *Estimación holística del riesgo sísmico utilizando sistemas dinámicos complejos* [Tesis doctoral, Universidad Politécnica de Cataluña]. Archivo digital. [https://www.researchgate.net/publication/277163871\\_Estimacion\\_holistica\\_del\\_riesgo\\_sismico\\_utilizando\\_sistemas\\_dinamicos\\_complejos](https://www.researchgate.net/publication/277163871_Estimacion_holistica_del_riesgo_sismico_utilizando_sistemas_dinamicos_complejos)
- Cedeño Solimar. (2021). *5 cosas que puedes hacer para superar la incertidumbre emocional. Mejor con Salud*. <https://mejorconsalud.as.com/5-cosas-que-puedes-hacer-para-superar-la-incertidumbre-emocional/>
- Centro Latinoamericano de Trabajo Social [CELATS]. (2020a). *Coronavirus: ¿Qué le toca hacer al trabajo social para enfrentar la pandemia del siglo XXI?* <https://celats.org/publicaciones/revista-nueva-accion-critica-7/coronavirus-que-le-toca-hacer-al-trabajo-social-para-enfrentar-la-pandemia-del-siglo-xxi/>
- Centro Latinoamericano de Trabajo Social [CELATS]. (2020b). *Experiencias de trabajo social durante la pandemia*. <https://celats.org/>
- Cid Carracedo, L. (2019). *La importancia del trabajador social en duelos por pérdida familiar: pérdida de un hijo/a* [Trabajo de fin de grado: Grado en Trabajo Social,

Universidad Pontificia]. Archivo digital.  
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/32325/TFG.%20TRABAJO%20SOCIAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Chóliz Montañés, M. (2005). *Psicología de la emoción: El proceso emocional*. Universidad de Valencia, 1-34. <https://www.uv.es/~choliz/Proceso%20emocional.pdf>

Coll Morales, F. (2020). *Estudio trasversal*. *Economipedia, haciendo fácil la economía*. <https://economipedia.com/definiciones/estudio-transversal.html>

Coral, D. (2016). *Guía para hacer una revisión bibliográfica*. Colombia: Guías Laboratorio de Pensamiento y Lenguaje. <https://lpl.unbosque.edu.co/wp-content/uploads/09-Guia-Revisio%CC%81n-bibliografica.pdf>

Cortaza Ramírez, L y Francisco Torres, M. D. (2014). Estrés laboral en enfermeros de un hospital de Veracruz. México. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 4 (1), 20-26. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/103/estres-laboral-en-enfermeros-de-un-hospital-de-veracruz-mexico/>

Cortés Sánchez, F. J. (2018). El dolor y sufrimiento como claves hermenéuticas para la comprensión de las concepciones del mundo y de la vida. *Revista Internacional de Filosofía*, vol. XXIII (3), pp. 11-25. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7006172.pdf>

Cruz Pérez, G. (2012). De la tristeza a la depresión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (2), <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num4/Vol15No4Art8.pdf>

Deckard, G., Meterko, M. y Field, D. (1994). Physician burnout: An examination of personal, professional and organizational relationship. *Medical Care*, 32 (7), 745-754. <https://psycnet.apa.org/record/1995-15064-001>

- Del Pino Montesinos, J.I., Pérez García, J. y Ortega Beviá. (2012). Resolución de duelos complicados desde una óptica sistémica. *Universidad de Sevilla*, 1-13. [http://www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates\\_l/pdf/ESP/434e.pdf](http://www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates_l/pdf/ESP/434e.pdf)
- Dewe, P.J. (1987) Identifying the causes of nurses stress. A survey of New Zealand nurses. *Work & stress*, 1 (1), 15-24.
- Díaz Bambula, F. y Gómez, I. C. (2016). La investigación sobre el síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33 (1), 113-131. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21345152008.pdf>
- Diccionario actual (2022). *¿Qué es derrumbarse? Diccionario actual*. <https://diccionarioactual.com/derrumbarse/#synonymous>
- Diccionario de la Lengua Española (2023). *Tronar*. Real Academia Española. <https://dle.rae.es/tronar>
- Diccionario del Español de México. (2023). *Macizo*. Colegio de México. <https://dem.colmex.mx/ver/macizo>
- Di Maio Campos Toledo, L. R. (2015). El tema del duelo en la práctica del trabajador social. *Trabajo social*, 17 (enero-diciembre), 239-252. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/54818>
- Esquivel Cantú, J. B. (2019) Sociología clínica: ¿Qué es el sufrimiento social? *Humanitas Digital*, 44 (2) 113-128. <https://humanitas.uanl.mx/index.php/ah/article/view/164>
- Fernández Aedo, I., Pérez Urdiales, I., Unanue Arza, S., García Azpiazu, Z. y Ballesteros Peña, S. (2016). Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de los técnicos y enfermeras de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar con resultado de muerte. *Enfermería Intensiva*, 28 (2), 57-63. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-estudio-cualitativo-sobre-experiencias-emociones-S1130239916300736>
- Frazzetto, G. (2013) *Cómo sentimos. Sobre lo que la neurociencia puede y no puede decirnos acerca de nuestras emociones*. Barcelona: Editorial Anagrama.

- Freud, S. (1967). *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fuster, I. (2004) Perspectiva antropológica del sufrimiento. *Espíritu: cuadernos del Instituto Filosófico de Balmesiana*, 53 (130), 263-277.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1253519>
- García Moran, M. C. y Gil Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, 19, 11-30.  
<https://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/article/view/968>
- García Solís, B., Araujo Nava, E., García Ferrer, V. y García Hernández, M. L. (2014). Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la pérdida de su paciente. *Revista Horizontes*, 5 (5), 47-59.
- Garrido, P. A. (2018). *Relación entre la implicación emocional, la fatiga por compasión y el bienestar del personal de enfermería. Revisión sistémica* [Tesis para obtener el grado de enfermería, Universidad de Valladolid]. Archivo digital.  
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/36612/TFG-H1517.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gert, B., (1995). "A complete definition of death", en *Brain death*. U.S: Elsevier.
- Gianni, S. M. (2018). De la muerte, el dolor y otros sufrimientos. Cuerpo, emociones y afecto. *Telar: Revista del Instituto Interdisciplinario de Estudios Latinoamericanos*, 20 (2018), 90-105. ISSN-e 1668-3633.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6548202>
- Gil Monte, P. R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y la salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29 (2), 237-241.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342012000200012#:~:text=Los%20factores%20psicosociales%20pueden%20favorecer,su%20salud%20y%20su%20bienestar](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000200012#:~:text=Los%20factores%20psicosociales%20pueden%20favorecer,su%20salud%20y%20su%20bienestar)
- Gobierno de México. (2020). *Criterios para las poblaciones en situación de vulnerabilidad que pueden desarrollar una complicación o morir por COVID-19 en la reapertura de actividades económicas en los centros de trabajo*.

[https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Criterios\\_vulnerabilidad\\_27Julio2020.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Criterios_vulnerabilidad_27Julio2020.pdf)

Gobierno de México. (2022). *Covid-19 México*. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>

González Anaya, L. S. y Polo García, C. (2013). *Riesgos psicosociales y sus efectos en el personal del sector salud en Colombia. Un estudio comparativo* [Trabajo de grado, Universidad Sergio Arboleda]. Archivo digital. <https://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/handle/11232/890/Riesgos%20psicosociales%20y%20sus%20efectos%20en%20el%20personal%20del%20sector%20salud.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

González, González, N. (2000). El estudio de la muerte como fenómeno social. La reflexión metodológica y el trabajo epidemiológico. *Estudios sociológicos*, VIII (3), 677-694. <https://www.redalyc.org/pdf/598/59854309.pdf>

González Zavala, V. J. (13 de octubre de 2021). *Efectos psicosociales en las y los trabajadoras sociales en la atención a pacientes con Covid-19 y sus familiares*. [Conferencia]. 1er. Seminario de investigación e intervención sobre las condiciones laborales de las y los TS. Ciudad de México. <https://youtu.be/xWukaZE3JNk>

Gutiérrez Aceves, G. A., Celis López, M. A., Moreno Jiménez, S., Farías Serratos, F. y Suárez Campos, J. J. (2006). Síndrome de burnout. *Arch. Neurocién (Mex)*, 11 (4), 305-309. <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>

Henestrosa Peña, K. (2006). *El alivio del dolor emocional a través de la conducta autolesiva* [Tesis para obtener el título de la especialidad en psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Archivo Digital. <http://132.248.9.195/pd2007/0618867/Index.html>

Hernández Arellano, F. (2006). El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*, 7 (8), 1-7. [https://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago\\_art66.pdf](https://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago_art66.pdf)

Hernández Gudiño, R. L. (13 de octubre de 2021). *Propuestas en trabajo social oncológico* [Conferencia]. Estrategias Modelos y procesos de intervención de



- trabajadores sociales en contextos complejos y de emergencia social. 1er. Seminario de investigación e intervención sobre las condiciones laborales de las y los TS. Ciudad de México. <https://youtu.be/IZ2TlyQRhx8>
- Hernández Sampieri, R. (2017). Capítulo 17 “Los métodos mixtos” en Sampieri Hernández, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (6° Edición). *Metodología de la Investigación* (pp. 532-588). Mc Graw Hill Education.
- Herrera González, N. E. (2017). *La motivación y desmotivación en las aulas de primaria* [Trabajo de fin de grado para obtener de grado de maestro en educación primaria, Universidad de la Laguna]. Archivo digital. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/6497/La%20motivacion%20y%20desmotivacion%20en%20las%20aulas%20de%20primaria.pdf?sequence=1>
- Herrera, V. y Guarino, L. (2008). Sensibilidad emocional, estrés y salud percibida en cadetes navales venezolanos. *Univ. Psychol*, 7 (1), 183-196. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672008000100014#:~:text=La%20sensibilidad%20emocional%20es%20definida,Guarino%2C%202004%3B%202005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000100014#:~:text=La%20sensibilidad%20emocional%20es%20definida,Guarino%2C%202004%3B%202005)
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de Covid-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37 (2), 327-334. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2018). *El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo: Una visión general*. <https://www.insst.es/documents/94886/538970/El+efecto+sobre+la+salud+de+los+riesgos+psicosociales+en+el+trabajo+una+visi%C3%B3n+general.pdf/7b79def3-88be-4653-8b0e-7518ef66f518>
- Jiménez Paneque, R. (1998). *Metodología de la investigación. Elementos básicos para la investigación clínica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bioestadistica/metodologia\\_de\\_la\\_investigacion\\_1998.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bioestadistica/metodologia_de_la_investigacion_1998.pdf)



- Jiménez Rodríguez, D. y Osorio González, G. (2016). Impacto de las habilidades sociales sobre el enojo: Breve revisión teórica. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 29 (2), 844-857. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol19num2/Vol19No2Art20.pdf>
- Kahn, R. L., Wolf, D. M., Quinn, R. P. y Snoek, J. D. (1964). Organizational stress. Studies in role conflict and ambiguity. *Social Forces*, 43 (4), 591-592. <https://academic.oup.com/sf/article-abstract/43/4/591/2227932?redirectedFrom=fulltext>
- Lahite Savón, Y., Céspedes Pereña, V. y Maslen Bonnane, M. (2020). El desempeño del personal de enfermería durante la pandemia de Covid-19. *Revista Información Científica*, 99 (5), 494-502. <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v99n5/1028-9933-ric-99-05-494.pdf>
- Langarica Naves, E. (13 de octubre de 2021). *Dilemas éticos del trabajo social en el contexto de la pandemia por Covid-19: Experiencia en la Unidad Temporal Covid-19 Citibanamex (UTC)* [Conferencia]. 1er. Seminario de investigación e intervención sobre las condiciones laborales de las y los TS. Ciudad de México. <https://youtu.be/wOJIBFdHyd0>
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona, España: Seix Barral. Los tres mundos.
- Le Breton, D. (1999b). *Antropología del dolor*. Daniel Alcoba (Trad.) Barcelona: Editorial Seix Barral.
- Lima da Silva, J. L., Reis Teixeira, L, Da Silva Soares, R., Dos Santos Costa, F., Dos Santos Aranha, J. y Rangel Teixeira, E. (2017). Estrés y factores psicosociales en el trabajo de enfermeros intensivistas. *Enfermería Global. Revista electrónica trimestral de enfermería*, 48, 80-93. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.249321>

- López Alonso, S. R. (2000). Implicación emocional en la práctica de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, 4, (7 y 8), 172-180. [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5120/1/CC\\_07-08\\_20.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5120/1/CC_07-08_20.pdf)
- López Melero, M. (2018). La indiferencia afectiva como rasgo nocivo de la personalidad. *ADPCP*, 71, 266-305. [https://www.boe.es/biblioteca\\_juridica/anuarios\\_derecho/abrir\\_pdf.php?id=ANU-P-2018-10026500305](https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-P-2018-10026500305)
- López Montesinos, M. J. (2009). *Consecuencias psicosociales del trabajo en el personal de enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la gestión de los recursos humanos* [Tesis doctoral, Universidad de Murcia]. Archivo digital. <https://www.tesisenred.net/handle/10803/10782;jsessionid=B351F124FCBC213939EF967469195DBD>
- Maslach, C, y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced Burnout. *J Occupational Behavior*, 2, 99-113. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/job.4030020205>
- Maza Davalos, E. G., García, S., Torres Gómez, A., Castillo, L., Sauri Suarez, S. y Martínez Silva, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revistas de especialidades médico quirúrgicas*, 13 (1), 28-31. <https://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>
- Merino Salazar, P. (2009). *Exposición a factores de riesgo psicosocial, salud, estrés y satisfacción en médicos residentes y posgradistas que laboran el hospital de Eugenio Espejo de la Ciudad de Quito, 2009* [Tesis para obtener el título de magister en Seguridad, Salud y Ambiente con menciones en Seguridad en el Trabajo e Higiene Industrial, Universidad San Francisco de Quito. Universidad de Huelva-España]. Archivo digital. <https://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/1128>
- Merino Suárez, O. (24 de febrero de 2016) *¿Qué es el síndrome de “Burnout” y en qué se diferencia del estrés?* FREMAP La salud de tu empresa.

[https://prevencion.fremap.es/Doc%20CONSULTAS%20TECNICAS/Psicosociologia/CTF\\_15\\_1012.pdf](https://prevencion.fremap.es/Doc%20CONSULTAS%20TECNICAS/Psicosociologia/CTF_15_1012.pdf)

Moncada, S., Llorens, C. y Kristensen, F. (2002). *Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo*. ISTAS21. [http://istas.net/descargas/m\\_metodo\\_istas21.pdf](http://istas.net/descargas/m_metodo_istas21.pdf)

Moreira Corgozinho, M., Oliveira Barbosa, L., Pereira de Araújo, I. y Ferreira de Araújo, G. (2020). Dolor y sufrimiento desde la perspectiva de la atención centrada en el paciente. *Revista Bioética*, 28 (2), 249-256. Doi:10.1590/1983-80422020282386. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/3tJx6369mSFQDc3DXy5F8jM/?lang=es>

Moreno Jiménez, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57 (1), 4-19. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2011000500002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500002)

Moreno Jiménez, B. y Báez León, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas practicas*. Madrid, España: Ministerio de trabajo e inmigración. <https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/factores-y-riesgos-psicosociales-formas-consecuencias-medidas-y-buenas-practicas-2011>

Muñoz Ocampo, J. S. (2013). *Nostalgia como deseo de retorno: Una comprensión desde la psicología de orientación psicoanalítica y la literatura* [Monografía para presentada para optar al título de psicólogo: Universidad de San Buenaventura Seccional Medellín]. Archivo digital. [http://handbook.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SOCIALES\\_8/Psicologia/47.pdf](http://handbook.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SOCIALES_8/Psicologia/47.pdf)

Muñoz Zambrano, C. L., Rumie Díaz, H., Torres Gómez, G. y Villarroel Julio, K. (2015). Impacto de la salud mental de la (del) enfermera (o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Ciencia y Enfermería*, XXI (1), 45-53. [https://www.researchgate.net/publication/278794804\\_IMPACTO\\_EN\\_LA\\_SALUD\\_MENTAL\\_DE\\_LADEL\\_ENFERMERA\\_O\\_QUE\\_OTORGA\\_CUIDADOS\\_EN\\_SITUACIONES\\_ESTRESANTES](https://www.researchgate.net/publication/278794804_IMPACTO_EN_LA_SALUD_MENTAL_DE_LADEL_ENFERMERA_O_QUE_OTORGA_CUIDADOS_EN_SITUACIONES_ESTRESANTES)

Nasio, J. D. (1996). *El libro del dolor y del amor*. Gedisa: España.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención. (23 de octubre de 2018). Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de La Federación. NOM-035-STPS-2018. <https://imug.guanajuato.gob.mx/wp-content/uploads/2019/10/Norma-Oficial-Mexicana-NOM-035-STPS-2018.pdf>

Oficina Internacional del Trabajo Ginebra. (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, Incidencia y prevención. Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, novena reunión Ginebra, 18-24 de septiembre de 1984*. <http://www.factorpsicosociales.com/wp-content/uploads/2019/02/FPS-OIT-OMS.pdf>

Orellana Peña, C. (2007). La actitud médica ante el dolor ajeno. *Persona y Bioética*, 11 (2), 146-155. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83202905>

Organización de las Naciones Unidas. (2022). *Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Las muertes por Covid-19 sumarían 15 millones entre 2020 y 2021*. <https://www.un.org/es/desa/las-muertes-por-covid-19-sumar%C3%ADan-15-millones-entre-2020-y-2021>

Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2020). *Cinco formas de proteger al personal de salud durante la crisis de Covid-19*. [https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_740405/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_740405/lang--es/index.htm)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Coronavirus*. [https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Información básica sobre la Covid-19. ¿Cuáles son los síntomas básicos de la COVID-19?* <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2022). *Situación de la Región de las Américas por el brote de Covid-19*. Organización Panamericana de la Salud.

<https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19>

- Orozco Vázquez, M. M., Zuluaga Ramírez, Y. C. y Pulido Bello, G. (2019). Factores de riesgo psicosocial que afectan a los profesionales en enfermería. *Revista colombiana de enfermería*, 18 (1), 1-16. <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/2308>
- Ortúzar, M. G. (1996). La definición de la muerte desde las perspectivas filosóficas de Bernard Gert y Daniel Wikler. *Revista de Filosofía y Teoría Política*, 31 (32), 112-124. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/12671>
- Oviedo Soto, S. J., Parra Falcon, F.M. y Marquina Volcanes, M. (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería global*, 8 (1), 1-9. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/50381/48301>
- Parkes, C.M. (1991). *Bereavement. Studies of grief in adult life*. Londres: Penguin Books.
- Parra Rueda, K. S. (2021). *El sentimiento de culpa: ¿Qué es y cómo tratarlo?* <https://cefreud.com/>
- Pascual, A. M. y Santamaría, J. L. (2009). Proceso de duelo en familiares y cuidadores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44 (2), 48-54. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-proceso-duelo-familiares-cuidadores-S0211139X09002212>
- Pedace, M. (2018). *El dolor y el sufrimiento del paciente. Hospital Italiano de Buenos Aires. Fundación cuidados críticos*. <https://www.fcchi.org.ar/el-dolor-y-el-sufrimiento-del-paciente/>
- Pereira Tercero, R. (2010). Evolución y diagnóstico del duelo normal y Patológico. *Luzarra*, 18 (1), 1-14. [https://www.researchgate.net/publication/251660712\\_Evolucion\\_y\\_diagnostico\\_del\\_duelo\\_normal\\_y\\_patologico](https://www.researchgate.net/publication/251660712_Evolucion_y_diagnostico_del_duelo_normal_y_patologico)

- Pérez Cajaraville, J, Abejón, D., Ortíz, J. R. y Pérez J. R. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12 (6), 373-384. <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v12n6/colaboracion.pdf>
- Pérez, R. y Svellana, D. (2020). *Los retos del personal de salud ante la pandemia de COVID-19: pandemónium, precariedad y paranoia*. Gente saludable. <https://blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus/>
- Prados Atienza, J. M. (2002). *La preocupación: teoría e intervención* [Tesis para optar el grado de doctor, Universidad Complutense de Madrid]. Archivo digital. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/4609/1/T26070.pdf>
- Red de Organizaciones Plena Inclusión Madrid. (2017). *Guía sobre factores psicosociales en el entorno laboral*. <https://plenainclusionmadrid.org/wp-content/uploads/2017/11/Guia-sobre-Factores-Psicosociales-Entorno-Laboral.pdf>
- Rojas Cairampoma, M. (2015). Tipos de investigación científica: Una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación. *Revista electrónica de veterinaria*, 16 (1), 1-14. <https://www.redalyc.org/pdf/636/63638739004.pdf>
- Rojas, E. (2014). *Cómo superar la depresión*. Madrid: Editorial Temas de hoy.
- Rolón, G. F. (2020). *El duelo (Cuando el dolor se hace carne)*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: PLANETA.
- Royo Martín, C., Salavera Bordás, C., Teruel Melero, M.P. y Rollo Martín, D. (2016). *Revista de trabajo y acción social*, 57, 172-190. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6095384>
- Sainz Manero, M. (2010). Tensión emocional y estrés. *Plenilunia*. <https://plenilunia.com/revista-impresa/tensi-n-emocional-y-estr-s/1587/>
- Salatino, E. (2016). *Elaboración de fichas. Material didáctico. U. D. de investigación 1*. <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/elaboracion-de-fichas.pdf>
- Sánchez Apolo, B. F. (2017). *Efectos de las condiciones psicosociales en el desempeño laboral del personal profesional de enfermería en el hospital Teófilo Dávila* [Tesis

para la obtención del grado de magister en enfermería clínico quirúrgico. Universidad Técnica de Machala, Unidad Académica y de Ciencias Químicas y de la Salud Centro de Posgrado]. Archivo digital. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/10373>

Sánchez, M. (2015). *Educando emociones. La impotencia emocional. Mirar con atención y redescubrirse*. <https://marsanchezpsicologa.com/2015/02/28/educando-emociones-la-impotencia-emocional/>

Sandin, B. (1995). El estrés en A. Belloch, B. Sandin y F. Ramos (Eds). *Manual de psicopatología (2)*. Madrid: McGraw Hill.

Sandoval Dávila, J.L. (2018). *Fundamentos de estadística para la toma de decisiones en investigación social*. Ciudad de México. ENTS: UNAM.

Santana Rabell, L. (2008). *Guías para elaborar fichas bibliográficas en la redacción de ensayos, monografías y tesis. Material didáctico*. Universidad de Puerto Rico. Escuela de administración pública Roberto Sánchez Villella. [https://sociales.uprrp.edu/egap/wp-content/uploads/sites/13/2016/04/guias\\_elaboracion\\_fichas.pdf](https://sociales.uprrp.edu/egap/wp-content/uploads/sites/13/2016/04/guias_elaboracion_fichas.pdf)

Secretaría de Salud. (2008). *Muerte digna. Una oportunidad real*. México: Comisión Nacional de Bioética. <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/publicaciones/memorias/muertedigna.pdf>

Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott.

Sierra Ortega, J. C. y Virgilio Ihab, Z. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetivade*, 3 (1), 10-59. <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>

Suarez, V., Suarez Quesada, M., Oros Ruíz, S. y Ronquillo De Jesús, E. (2020). Epidemiología de Covid-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril del 2020. *Revista Clínica Española*, (nov) 220 (8), 463-471. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7250750/#:~:text=El%20primer%20caso%20de%20COVID,\(9%2C67%25\)%20fallecidos.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7250750/#:~:text=El%20primer%20caso%20de%20COVID,(9%2C67%25)%20fallecidos.)



- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: PAIDOS.
- Tecla, A. y Garza, A. (1978). *Teoría, Métodos y Técnicas de la Investigación Social*. México: Editores de Cultura Popular.
- Tenorio Colón, K. N. (2020). *En contexto. Lo que debes saber del coronavirus según la OMS*. <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/camara/Centros-de-Estudio/CESOP/Novedades/En-contexto.-Lo-que-debes-saber-del-Coronavirus-segun-la-OMS>
- Torralba, F. (2007). Aproximación a la esencia del sufrimiento. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 30 (Supl. 3), 23-37. <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original2.pdf>
- Ucha, F. (2011). *Definición de conlover*. Definición ABC. <https://www.definicionabc.com/general/conlover.php#apa-abc>
- Universidad América Latina [UAL]. (2011). *Breviario temático integral. Matemáticas III*. Tercer módulo: Sesión 15: Distribución de muestreo. Guerrero, México. [http://ual.dyndns.org/Biblioteca/Bachillerato/Matematicas\\_III/Pdf/Sesion\\_15.pdf](http://ual.dyndns.org/Biblioteca/Bachillerato/Matematicas_III/Pdf/Sesion_15.pdf)
- Vedia Domingo, V. (2016). Duelo patológico. Factores de riesgo y protección. *Revista digital de medicina y psicosomática y psicoterapia*, VI (2), 12-34. [https://www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/Duelo\\_patologico.pdf](https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf)
- Vicente González, E. y Arredondo Quijada, R. (Coordinadores). (2020). *Actuaciones del trabajo social ante el Covid-19. Investigaciones e informes del consejo general del trabajo social*. España: Consejo General del Trabajo Social. <https://www.cgtrabajosocial.es/publicaciones/actuaciones-del-trabajo-social-ante-el-covid-19/106/view>
- Villar Ezcurra, A. (2021). La incertidumbre en Montaigne, Pascal y Unamuno: Angustia, aceptación y certeza moral. *Revista de la filosofía*, 21 (noviembre), 151-173. ISSN: 1887-9853. <https://revistas.ucv.es/scio/index.php/scio/article/view/883>



Vinueza Veloz, A. F., Aldaz Pachacama N. R., Mera Segovia, C. M., Pino Vaca, D. P., Tapia Veloz, E. C. y Vinueza Veloz, M. F. (2020). *Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de Covid-19*. <https://www.scienceopen.com/document?vid=c12c386d-88be-461b-b519-33716944b71b>

Viorst, J. (1999). *El precio de la vida. Las pérdidas necesarias para vivir y crecer*. Argentina: Emecé Editores.

Yentzen Peric, E. (2008). *Diccionario de emociones, actitudes y conductas*. Chile: Editorial Universidad Bolivariana.