

Mendoza, Diciembre 2024



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPYS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES

LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

***Formas de afrontamiento y
significantes de los profesionales de la
salud frente a la muerte neonatal,
infantil y de NNyA***

**Casas María Antú
Rosaspina Luciana Belén
Directora: Dra. María del Pilar Rodríguez**



Índice

Agradecimientos.....	3
Introducción.....	7
Capitulo I.....	20
1.1 Concepciones: ¿Qué es el trabajo social?.....	21
1.2 ¿Qué hace el trabajo social?: Relación Terapéutica y Comunicación. Trabajo con la red familiar.....	24
1.3 Integrando saberes: La interdisciplina y transdisciplina en el trabajo social en salud.....	32
1.4 Expectativas profesionales y desafíos que atraviesan la práctica del trabajo social.....	34
1.5 El trabajo social y las instituciones: condicionantes, tensiones y márgenes de acción.....	36
1.6 Vínculos entre la experiencia personal y el desempeño profesional.....	38
1.7 El rol del cuidado y la acción profesional.....	38
1.7.1 Vivencias en el rol de acompañar: desgaste y desafíos profesionales.....	40
1.7.2 Vivencias positivas en el ejercicio profesional y sus condicionantes.....	42
1.8 Áreas de intervención: implicancias en lo profesional.....	46
Capitulo II.....	49
2.1 La muerte como experiencia universal: creencias e implicancias culturales.....	50
2.2 La pérdida en el entorno familiar: cómo se afronta la muerte de niños, niñas y adolescentes.....	51



2.3 Infancias, familias y autonomía: la labor de acompañar	54
2.4 Impacto emocional del proceso de enfermedad y muerte en el trabajo profesional	58
2.5 Perspectivas en el proceso de duelo y pérdida	60
<u>Capítulo III</u>	64
3.1 El autocuidado como práctica de resistencia y transformación en el trabajo social.	65
3.2 Autocuidado: tejiendo equilibrios entre lo personal y lo profesional	67
3.3 La institución y el autocuidado: una relación en tensión.	70
3.4 Autocuidado extrainstitucional: estrategias de resiliencia	73
3.4.2 Actividad física	75
3.4.3 Actividades de ocio	76
3.4.4 Terapia psicológica	77
3.4.5 Espiritualidad	78
3.5 Autocuidado en el ámbito profesional: resultados de la presencia o ausencia de estrategias de soporte.....	79
3.5.1 Muerte en vida: consecuencia de la carencia de herramientas.	79
3.5.2 Beneficios del autocuidado en el desempeño profesional y personal.....	81
Conclusiones.....	85
Referencias	91
Anexo.....	99



Agradecimientos

Queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento a la Dra. María del Pilar Rodríguez, cuyo invaluable acompañamiento, aliento constante y compromiso hacia este trabajo fueron soportes fundamentales en el desarrollo de esta investigación. Su guía, siempre atenta y generosa, convirtió este proceso en una experiencia enriquecedora y amena.

Asimismo, deseamos agradecer a las Licenciadas Patricia Funes, Yanina Roslan, Alicia Lorca, Viviana Varela, Vanina Cangemi y Delia Ruiz, quienes, con gran generosidad, compartieron sus testimonios llenos de valiosas experiencias. Su amabilidad al abrirnos las puertas de sus lugares de trabajo y de sus hogares. Enriquecieron de manera significativa esta investigación, dotándola de una perspectiva más amplia y profunda.

Luciana Belén Rosaspina

A mis padres, Laura y Rodolfo, quienes han sido mi pilar fundamental a lo largo de este largo recorrido. Su confianza inquebrantable en mí y en lo lejos que puedo llegar ha sido una fuente constante de fortaleza y motivación.

A mis hermanas, Julieta y Gimena, les agradezco profundamente por brindarme espacios donde pude descomprimir mis angustias y también por los momentos de recreación y distensión que me ayudaron a recuperar energías en los momentos más desafiantes.



A mis amigos, quienes me acompañaron durante toda la carrera, ofreciéndome un espacio de contención y apoyo invaluable cuando el camino parecía estar más lleno de obstáculos. Su presencia y aliento hicieron este trayecto mucho más llevadero y significativo. Asimismo, expreso mi profundo agradecimiento a mi segundo hogar: Natalia, Nazarena, Agustina, Valentina y Kuki quienes, con su constante escucha y compañía se convirtieron en un lugar de confort indispensable durante todos estos años.

A mi compañera de tesis y amiga, Antú, le agradezco de corazón por haber hecho de este proceso una experiencia no solo más divertida y enriquecedora, sino también por ser un apoyo fundamental en los momentos difíciles. Su amistad y compromiso fueron esenciales para llegar a este logro.

Finalmente, mi gratitud a la Universidad Pública, que me brindó la posibilidad de finalizar mis estudios de grado. Este logro no hubiera sido posible sin la existencia de la Educación Pública, que representa un derecho transformador para construir un futuro mejor.

María Antu Casas

A Dios, por darme esta vida y rodearme de personas de las cuales aprendo constantemente.

A mis papás y hermanos, por acompañarme con amor, por todas las veces que me apoyaron con un mate, un mensaje o una palabra de aliento. Ellos son el resultado de nunca haberme sentido sola y de saber que siempre estarán ahí, sosteniéndome.

A Marcos, por festejar mis logros como si fueran propios, por confiar en mí cuando muchas veces ni yo podía, por ayudarme a estudiar, por cocinarme y hacerme reír. Marcos es el ejemplo infinito de amor y, de que la vida, en mi caso, es mucho mejor con un compañero al lado.

A mi familia, de distintos lugares, incluyendo a mis abuelos, tíos, primos y a mi sobrina. Gracias por permitirme crecer junto a ustedes y por siempre hacerse presentes, de alguna manera.



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES

A mi compañera de tesis Belén, porque el trabajo conjunto siempre es más enriquecedor, y más aún cuando forja amistades. Gracias por el tiempo, y por hacer de este un proceso más divertido.

A mis amigos, por ser el soporte en mis miedos y angustias, por construir espacios donde la rutina se vuelve linda, y por escucharme siempre.

A Inés y Tadeo, por ser parte de mi familia durante tanto tiempo, por sus consejos, chistes y su afecto constante.

Como bien dijo Jean-Baptiste Massieu: “La gratitud es la memoria del corazón” (s. f). Agradezco profundamente a todos aquellos que me acompañaron en este proceso. Este cierre no solo me pertenece a mí, sino también a ustedes.



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES

El temor a la muerte, no es otra cosa que considerarse sabio sin serlo, ya que es creer saber sobre aquello que no se sabe. Quizás la muerte sea la mayor bendición del ser humano, nadie lo sabe, y sin embargo todo el mundo le teme como si supiera con absoluta certeza que es el peor de los males

—Sócrates.



Introducción

La emergencia sanitaria provocada por el Covid-19 en el periodo 2020-2021 (fase ASPO y DISPO) llenó de incertidumbre y temor a la población frente a la muerte, ya que de alguna manera retornó de forma descarnada la conciencia de la finitud y fragilidad de los seres humanos. Este hito histórico, que impactó en toda la sociedad, invita a pensar la importancia de la pedagogía de la muerte en distintos espacios. Asimismo, en este periodo se identificó en las instituciones de salud un aumento de las demandas, por parte de diferentes sectores de la sociedad, de un acompañamiento de profesionales que permita atenuar el impacto negativo que tiene el fallecimiento de un vínculo cercano (D'Urbano *et al.*, 2020).

La pandemia permitió comprender, incluso a profesionales de la salud, que la muerte compromete asuntos biológicos, psicológicos, ideológicos, culturales, políticos e institucionales particulares. La implicancia de los profesionales se acentuó también porque se vieron en el mismo lugar o muy cerca de los pacientes, al tener también altas posibilidades de enfermarse ellos o sus seres queridos.

Asimismo, podemos decir que el trabajo social bajo ese contexto de pandemia, fue una de las tantas profesiones que dio distintas respuestas a las necesidades sociales. Una de las respuestas que se planteó se dirigió a evitar que la situación de vulnerabilidad social por la que atraviesa uno de los individuos de una familia provoque una situación de riesgo para el resto de la misma.

Al mismo tiempo, se puede evidenciar la ausencia de un resguardo institucional donde el profesional se sienta acompañado en el proceso de intervenir con personas que fallecen o con sus familiares. Esto además obstaculiza las futuras intervenciones del profesional.¹

¹ Esta información fue obtenida de una entrevista informal con una Licenciada en Sociología, quien decidió mantener su anonimato



Por otro lado, a partir de los diversos artículos consultados para el desarrollo de este trabajo, se advirtió la carencia de investigaciones locales, en la rama del trabajo social, con respecto a la muerte. Es por tal motivo, que se sostiene la importancia y necesidad de construir un soporte teórico que permita posibles abordajes de carácter integral.

Por estas razones, lo que se buscó fue, en primer lugar, la comprensión de las distintas formas de afrontamiento sostenida por los profesionales anteriormente mencionados, que se encuentren insertos en el ámbito de la salud, frente a situaciones donde, por un lado, la persona esté transitando una enfermedad en su fase terminal y, por otro lado, el duelo atravesado por el círculo familiar. Es por ello que se considera oportuno, entonces, focalizarse en hospitales e instituciones de salud, buscando entender cómo se ve afectado y cómo actúa el profesional. En segundo lugar, se busca, a partir de tal comprensión, producir un conocimiento de utilidad en la formación profesional.

Es a partir de lo planteado hasta aquí que se originan la siguiente pregunta con los consecuentes objetivos para esta investigación: *¿Cómo son las formas de afrontamiento que priman entre trabajadores sociales² de instituciones de salud del Gran Mendoza frente a situaciones relacionadas con la muerte infantil, de NNyA y el duelo del núcleo familiar en el periodo 2021-2024?*

Objetivo general

- Comprender las formas de afrontamiento que priman entre trabajadores sociales de instituciones de salud del Gran Mendoza frente a situaciones relacionadas con la muerte infantil, de NNyA y el duelo del núcleo familiar en el periodo 2021-2024.

² A lo largo de esta tesis, se emplean de manera indistinta los términos 'trabajadoras sociales' y 'trabajadores sociales' para referirse a profesionales de la disciplina, con el objetivo de facilitar la lectura.



Objetivos específicos

- Describir qué estrategias de autocuidado se visualizan en los profesionales frente a la muerte infantil, neonatal y en los procesos de aproximación a la muerte.
- Entender de qué manera intervienen los trabajadores sociales con el núcleo familiar en cuidados paliativos y en el Área de Salud Mental.
- Analizar el significado de cómo vivencian los profesionales del área de Servicio Social el rol de acompañar un proceso de finalidad de vida y el duelo por parte del núcleo familiar.
- Indagar de qué manera se modulan las formas de afrontamiento de los profesionales en función de las edades de quienes mueren y de las causas del fallecimiento

Se considera pertinente el abordaje del tema de investigación por su relevancia social, dado que persigue el fin de desmitificar la muerte como un tabú, especialmente en el caso de niños, niñas y adolescentes (NNyA) y neonatales, donde la comprensión y asimilación del duelo son especialmente desafiantes. Esta tesis se centra en el papel del trabajo social en hospitales, analizando cómo enfrentan situaciones de terminalidad de vida y duelo en conjunto con la red familiar del niño/a o adolescente que falleció. Se pretende comprender la interacción entre factores estructurales y coyunturales. La investigación busca, en primer lugar, rescatar las voces y experiencias de estos profesionales respecto de la mortalidad infantil y neonatal y, en segundo lugar, realizar un aporte teórico que puede enriquecer la formación en trabajo social y servir de base para futuras investigaciones en un área donde se ha identificado falta de información académica a nivel provincial. Además, resalta cómo la ausencia de soportes respecto de la muerte, puede afectar el bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual de las personas y el equipo de salud.

En este sentido, resulta fundamental contextualizar la manera en que la concepción de la muerte ha evolucionado a lo largo del tiempo, ya que las distintas perspectivas culturales e históricas inciden en la forma en que los profesionales de trabajo social abordan este tema en su práctica cotidiana. Es decir, las visiones acerca



de la muerte se han visto influenciadas por cambios en las estructuras y las creencias de la civilización occidental (Ceriani, 2001). En la sociedad contemporánea, caracterizada por avances científicos y tecnológicos, la percepción de la muerte está influenciada por el énfasis en la vitalidad y la juventud, según destacan Giménez (2020) y Caycedo (2007).

En el caso de niños y adolescentes, la muerte presenta particularidades específicas. Carola del Rincón (2008) señala que los niños con enfermedades graves enfrentan situaciones estresantes que los acercan tempranamente a la muerte, mientras que López y Sueiro (2004) identifican que, en la adolescencia, la reflexión sobre la mortalidad adquiere un carácter existencial. No obstante, la comunicación sobre la muerte con estas etapas de la vida sigue siendo un tema poco investigado.

Desde el ámbito familiar, estudios como los de McCubbin (1993) y Olson (2011) destacan que las estrategias de afrontamiento frente a la muerte buscan mantener el equilibrio familiar y mitigar el sufrimiento, con el apoyo de ritos de duelo culturalmente mediadores (Aullue, 1998). Sin embargo, existen barreras en la comunicación e intervención profesional con familias, como la presión del tiempo, la falta de privacidad y las condiciones del entorno, según Toro Bermúdez, Mesa y Quintero (2017).

Particularmente, la muerte infantil en contextos perinatales o neonatales constituye una experiencia devastadora para las familias (Aristondo Ane, 2023). Por su parte, los profesionales de la salud enfrentan desafíos emocionales y estructurales que dificultan su intervención, como el miedo, la incomodidad y las actitudes de evasión, según Guedes Fontoura y Santa Rosa (2013). No obstante, Vanzini (2010) enfatiza la importancia de una intervención profesional holística, que permita garantizar una muerte digna, sin dolor y con el menor sufrimiento posible.

A partir de estos antecedentes buscamos profundizar en las formas de afrontamiento de la muerte infantil por profesionales de trabajo social. La tesis está organizada con una breve presentación de las decisiones teóricas y metodológicas iniciales y tres capítulos que proporcionarán una visión integral de las intervenciones de los trabajadores sociales.

En el capítulo I se abordarán las concepciones, roles y funciones del Trabajo Social en salud, poniendo especial énfasis en las intervenciones familiares, el trabajo en



red y los condicionantes profesionales. A través de las experiencias y vivencias de los profesionales, se exploran las dinámicas en torno al acompañamiento en situaciones de fin de vida y duelo.

Por otro lado, en el capítulo II, se examinarán los impactos emocionales derivados de la cercanía a la muerte, especialmente en casos de fallecimiento infantil o adolescente. Se analizan las variables que influyen en el impacto, como la edad de los afectados y las causas de la muerte, y cómo estos factores determinan la experiencia de los trabajadores sociales.

Y, por último, en el capítulo III nos centraremos en las estrategias de autocuidado que los profesionales implementan para gestionar el impacto emocional de su labor. Además, se exploran las políticas institucionales relacionadas con el autocuidado y sus efectos en el bienestar profesional.

La tesis cierra con conclusiones sobre el tema abordado.



Decisiones teórico metodológicas iniciales

Teorías en torno a la muerte

La “muerte” es un concepto ambivalente, si bien refiere a un hecho de carácter universal e inevitable, la toma de conciencia de la misma provoca una crisis en la vida de las personas, pudiendo ser, no la muerte, si no la representación anticipada de ésta, lo que provoca sentimientos de angustia y temor. Atribuyéndose así, un carácter social y cultural, dado que a lo largo de la historia las diferentes sociedades han construido distintas explicaciones a la finalidad de la vida.

Con la Modernidad se produce un progresivo proceso de desacralización, medicalización de la muerte y negación del proceso del doliente. Las sociedades modernas han sido caracterizadas por Bauman (1999) como sociedades sólidas, por su capacidad de conservar su forma y consistencia en el tiempo. En cambio, las sociedades posmodernas las caracteriza como sociedades líquidas, maleables y escurridizas. Es decir, que aquella era de la modernidad sólida ha llegado a su fin. Los fluidos, por así decirlo, no se fijan en el espacio ni se atan al tiempo. Esos cambios inciden a su vez en los modos de pensar la muerte.

De esta manera, el largo plazo comienza a carecer de significado, considerando que el hecho de tener más tiempo poco puede aportar al presente. Es así que, predomina la instantaneidad por sobre lo duradero.

Sumado a esto y con el propósito de establecer una relación del concepto de modernidad líquida con el tema abordado, se visualiza que la muerte aparece como un enigma de un futuro, las personas tienden a aceptar y vivir el presente como aquello



que simboliza el corto plazo y de esta forma se evita hablar de la muerte, constituyéndose como un tabú.

Ante esto, ¿por qué es necesario ser consciente de la muerte? La necesidad parte del entender a la muerte como algo no manipulable, sin posibilidad de ser transformada. Es por ello, que la discusión trae consigo una construcción de esa finitud de las personas como un tema a abordar, entendiendo que el conocimiento y exposición de la misma puede abarcar y darle a la sociedad la posibilidad de indagar sobre qué perspectiva atribuirle y como poder afrontarla.

En este trabajo se entiende a las infancias no sólo como un fenómeno natural derivado del desarrollo físico, sino como una construcción social que las entiende y valora de diferente manera según la época.

Asimismo, tomando como base lo planteado por Alfageme (2003) es importante reconocer que alrededor de las infancias se tejen numerosos estereotipos que influyen en su percepción y en las expectativas asociadas a ella, en consonancia con un conjunto de elementos culturales que las rodean. Según estos estereotipos, se construyen ciertas estigmatizaciones y se guían las acciones, las formas de relacionarse, las normas sociales y legislativas, las políticas de infancia, y, en consecuencia, también las intervenciones.

Siguiendo en esta misma línea, la mortalidad infantil es un indicador crucial de la salud pública, que mide el número de niños que mueren antes de alcanzar cierta edad. Se divide en dos categorías principales: mortalidad neonatal y mortalidad postneonatal.

Cabe destacar que, en esta investigación, ampliamos el concepto de mortalidad infantil para incluir desde el período perinatal hasta los 10 años de edad. Reconocemos que las percepciones sobre enfermedad y muerte varían según la edad de los y las niños que mueren, y que comprender los niveles de desarrollo y las percepciones de esos niños es fundamental para orientar adecuadamente a los profesionales de la salud en la evaluación y manejo de casos, así como para brindar apoyo a la red familiar.

La muerte, como fenómeno transversal que afecta a todos los grupos poblacionales, encuentra en los jóvenes un segmento particularmente vulnerable. Es por ello que, considerando que las causas de muerte y la edad de los fallecidos podrían generar variaciones significativas en las intervenciones profesionales (según algunos autores) resulta fundamental abordar el tema de las adolescencias y el suicidio en su especificidad.



De esta manera la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a esta etapa como la comprendida entre los 11 y 19 años, sin embargo, esta definición cronológica debe complementarse con una perspectiva sociocultural que considere aspectos como el género, la etnia, la orientación sexual y otros factores relevantes. Este enfoque reconoce al adolescente como un agente activo que transforma y cuestiona las narrativas sobre sí mismo y su entorno (Margulis, 2008).

El suicidio se posiciona como una de las principales causas de muerte en adolescencias, según el Boletín Oficial del Ministerio de Salud (2023). El suicidio, entendido como la búsqueda intencional de la muerte, sobrepasa las fronteras individuales y repercute en las comunidades y sistemas de apoyo. Es así que en los casos de intento de autoeliminación la intervención de trabajadores sociales resulta fundamental para brindar acompañamiento a las familias y jóvenes afectados.

Por lo desarrollado, consideramos importante definir a la familia como, según De Jong (2001), una institución fundamental en la reproducción de la vida, abarcando aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Es un espacio íntimo donde se construyen identidades y se establecen vínculos primarios que pueden generar tanto sentimientos positivos como negativos. Históricamente ligada al desarrollo de las sociedades, la configuración familiar varía según las culturas y contextos; desde organizaciones familiares basadas en leyes de parentesco biológico hasta aquellas en las que las responsabilidades se distribuyen de otras maneras. (De Jong, 2001).

Además, la familia, como previamente se definió, configura un escenario fundamental para comprender el duelo. La pérdida de un miembro reconfigura la estructura familiar, impactando en la identidad individual y colectiva, modificando roles y dinámicas. El duelo se convierte en un proceso de reajuste a la nueva realidad familiar, es por ello que la intervención profesional es crucial para transitarlo, dado que el profesional podría ofrecer herramientas para el manejo del dolor y la promoción de la resiliencia.

Para desplegar estrategias profesionales resulta imperante dar cuenta de qué es lo que se entiende por duelo y las características que puede asumir el mismo.

Elisabeth Kübler-Ross (1969) comprende al duelo como un proceso de adaptación emocional y psicológica, que sigue a la pérdida de un ser querido. Se caracteriza por un período de ajuste a la nueva realidad sin la presencia física de la



persona, y puede implicar cambios significativos en la identidad, las relaciones y el sentido de uno mismo y del mundo.

Una de las teorías más conocidas sobre las etapas del duelo es la propuesta por Elisabeth Kübler-Ross en su libro "Sobre la muerte y los moribundos" (1969). Aunque Kübler-Ross inicialmente formuló estas etapas para describir la experiencia de las personas que enfrentan su propia muerte, sus ideas también se han aplicado a aquellos que enfrentan la pérdida de un ser querido. Las etapas del duelo según la autora son: negación, ira, negociación, depresión y finalmente aceptación.

Las etapas de duelo descritas anteriormente, se entrelazan con los diferentes tipos de duelo identificados por Caterina, en el escrito realizado por Di Maio Campos Toledo. L (2014) en el cual se destacan:

1. Duelo normal
2. Duelo anticipado
3. Duelo complicado

Por otro lado, existen dos tipos de duelo que podemos sumar a los expresados por la autora. En primer lugar, el duelo repentino, cuando la vida de un ser querido se extingue de manera abrupta y sin previo aviso, el dolor resultante es abrumador y difícil de comprender (Cuevas Gutiérrez. A, 2009).

En segundo lugar, se destaca el *duelo de la persona gestante* (denominadas mujeres por algunos autores), entendiendo la particularidad del mismo en relación a la muerte neonatal. Chipana Beltrán F. (2015) define que el duelo por la pérdida fetal, es un proceso intrincado y desafiante que las mujeres enfrentan luego de experimentar la pérdida de un hijo en gestación o en el período perinatal.

Acompañamiento en el duelo: estrategias del trabajo social

Después de revisar lo presentado hasta ahora, surge la incertidumbre sobre aquellas estrategias que emplean los trabajadores sociales para enfrentar la muerte de niños y adolescentes.

Uno de los principales conceptos teóricos en relación al afrontamiento se da a través del modelo cognitivo del estrés implementado por Lazarus y Folkman (1984; citado por Di-Colloredo y Aparicio, 2006), quienes definen el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes dirigidos a manejar demandas que



superan los recursos individuales. Dichas estrategias, como respuesta adaptativa, permiten el control emocional y actitudinal frente a situaciones estresantes.

En este contexto, se aborda el afrontamiento desde dos perspectivas. Primero, se examinan las estrategias de autocuidado de los profesionales de la salud, incluidos los trabajadores sociales, destinadas a preservar su bienestar emocional y salud mental frente al malestar que genera la pérdida. Domínguez González (2012) subraya la importancia de estas estrategias para enfrentar los desafíos psicosociales inherentes a su trabajo. En línea con esto, Lucero y Ramírez (2022) destacan que el estrés laboral de los profesionales se relaciona tanto con la carga de trabajo como con el contacto directo con situaciones de sufrimiento y fallecimiento, lo que puede derivar en el síndrome de burnout, según Fernández (2004).

En segundo lugar, se analizan las estrategias de intervención orientadas a las familias y al sujeto en el proceso de morir. De Tomasso (2012) sugiere herramientas como la mediación y el asesoramiento para abordar estas situaciones, ofreciendo apoyo integral y favoreciendo la adaptación emocional de los involucrados.

Uno de los principales conceptos teóricos en relación al afrontamiento se da a través del modelo cognitivo del estrés implementado por Lazarus y Folkman (1984; citados por Di- Colloredo y Aparicio, 2006) frente al cual se refieren como, “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 42). Las estrategias de afrontamiento son una capacidad de control emocional y actitudinal de las personas para enfrentar un sin número de situaciones estresantes que puedan afectar al individuo en todos los aspectos. Estas pueden ser una especie de respuesta adaptativa a diferentes situaciones.

De esta manera, en el marco de esta investigación, se abordará la comprensión de las estrategias de afrontamiento desde dos perspectivas. En primer lugar, se analizarán las estrategias de autocuidado empleadas por los profesionales de la salud, entre quienes se incluye a los trabajadores sociales, para hacer frente a situaciones que generan malestar relacionado con la pérdida de una persona. Estas estrategias se deberían enfocar en el bienestar y la salud mental de los profesionales que brindan apoyo durante el proceso de duelo, reconociendo los desafíos emocionales, psicosociales inherentes a esta labor (Domínguez González J. 2012).



Dentro de este contexto, podemos encontrar lo que Lucero y Ramírez (2022) postulan acerca de que el estrés experimentado por los profesionales de la salud está intrínsecamente relacionado con los factores presentes en su ámbito laboral. Además de los aspectos propiamente relacionados con la carga de trabajo, identifican que el contacto directo con situaciones de fallecimiento y sufrimiento constituye un componente significativo. Este estrés profesional, puede tener como una de sus principales consecuencias al síndrome de burnout definido por Fernández (2004) en sus investigaciones.

En segundo lugar, se examinarán las estrategias de intervención dirigidas hacia el núcleo familiar y el sujeto involucrado en el proceso de morir. Para tales situaciones el profesional podría optar por herramientas como, las mencionadas por De Tomasso (2012): la mediación o el counselling.³

Estrategia metodológica

En este estudio se exploró en profundidad las experiencias, perspectivas y motivaciones de los trabajadores sociales en el ámbito de la salud con respecto a la muerte,

las mismas pertenecen a distintas áreas:

Neonatología y obstetricia: Licenciada Viviana y la Licenciada Alicia.

Adolescencias: Licenciada Yanina

Cuidados paliativos: Licenciada Vanina.

Enmarcado en el paradigma interpretativo-descriptivo, esta investigación adoptó un enfoque cualitativo, siguiendo la lógica inductiva.

Dada la naturaleza dinámica del fenómeno estudiado y la necesidad de responder a las particularidades emergentes del contexto, se optó por un diseño de investigación flexible. Esta elección metodológica permitió realizar ajustes en el

³ Mediación: entendida como el proceso en el que al menos dos partes mantienen puntos de vista u opiniones contrarias desembocando en un conflicto que requiere de una persona con una actitud neutra para aportar soluciones.

Counselling: pretende ayudar a que la persona encuentre la mejor manera de enfrentar una situación a través de las capacidades, herramientas y habilidades personales.



instrumento de recolección de datos (entrevista), modificar conceptos clave a medida que se profundizaba en el análisis y adaptar la muestra ante circunstancias imprevistas.

Por otro lado, se utilizó un muestreo intencional, donde por medio de la técnica bola de nieve se entrevistaron a cuatro trabajadoras sociales que pertenecen a diferentes áreas de hospitales pediátricos incluyendo: salud mental, neonatología, cuidados paliativos y terapia intensiva. Además, se identificaron una serie de informantes que realizaban sus labores en áreas competentes para la investigación, resaltando aquellas experiencias en el manejo de situaciones relacionadas con la muerte infantil, neonatal y el duelo. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Criterio de homogeneidad: Se seleccionaron trabajadores sociales que laboran en instituciones de salud del Gran Mendoza, con experiencia en el manejo de situaciones relacionadas con la muerte.
- Criterio de heterogeneidad: La elección de los profesionales se basa en la diversidad de hospitales en cuanto a las diferentes poblaciones a las que brindan un servicio, entre los cuales encontramos:

La técnica de recolección de datos seleccionada fue la entrevista en profundidad a trabajadores sociales de hospitales, entendiéndose que los mismos han participado de una situación social cuya experiencia subjetiva es objeto de conocimiento (Mendizabal, N, 2006). Las entrevistas presenciales se guiaron por un protocolo semiestructurado que permitió explorar, en primer lugar, las siguientes dimensiones: las estrategias de autocuidado, las intervenciones con las familias en duelo, las vivencias en el acompañamiento de procesos de finalidad de vida y las variables moduladoras (edad y causa de muerte).

De esta manera, se solicitó el consentimiento informado a todos los participantes antes de iniciar la construcción de datos. De esta forma se garantiza la confidencialidad de la información obtenida, y protegiendo la identidad de los participantes e instituciones en caso de requerir.

Asimismo, se utilizó el análisis temático para los datos obtenidos en las entrevistas, el cual permitió identificar patrones, categorías y temas emergentes que respondan a las preguntas de investigación (Cohen y Gómez, 2019).



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES

Por último, parece relevante resaltar que, si bien la planificación inicial contemplaba ciertos condicionantes, el trabajo de campo reveló una dinámica distinta. La falta de control sobre el espacio y el tiempo destinados a las entrevistas, obligó a realizarlas en los propios hospitales. Esta situación generó nuevas restricciones, como la presencia de terceros, la limitación de tiempo y las interrupciones, que a su vez repercutieron, en algunos casos, en la profundidad de las respuestas. Adicionalmente, la disponibilidad de los profesionales resultó ser otro factor limitante, dificultando el acceso a algunos de ellos en los plazos previstos.



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES

Capítulo I

**Fundamentos emergentes en el trabajo
social: Reflexiones, retos y
transformaciones**





Con el propósito de ofrecer una visión integral del trabajo social en el área de salud, este capítulo se dedicará a explorar cinco dimensiones analíticas que resultan centrales para comprender la naturaleza y el alcance de esta profesión, desde la perspectiva de las profesionales entrevistadas. Al analizar las concepciones del trabajo social, los roles y funciones, la diversidad de las intervenciones, el trabajo en red y con el otro, y los atravesamientos y condicionantes profesionales, se busca construir un marco conceptual que permita dar cuenta de la complejidad y la dinámica de esta disciplina. Asimismo, se busca explicitar las vivencias que han tenido los profesionales respecto a sus quehaceres desplegados en sus áreas de trabajo.

El trabajo de este capítulo estará orientado a realizar una contribución significativa a dos de los objetivos principales de esta investigación. En primer lugar, se llevará a cabo un análisis con el fin de comprender e interpretar las distintas formas en que los profesionales de trabajo social intervienen en el núcleo familiar. En segundo lugar, se explorará cómo los profesionales viven y experimentan esa interacción con el otro, con un enfoque particular en temas relacionados con el acompañamiento en la finalidad de la vida y el duelo.

1.1 Concepciones: ¿Qué es el trabajo social?

La pregunta sobre qué es el trabajo social o cuáles concepciones se sostienen del mismo abarca diferentes perspectivas y posiciones. Aquin N. (2003) expresa que no se puede hablar de un identidad absoluta y única, sino que la misma fue transmutando y se configura desde la pluralidad de identidades que están en un continuo choque con el fin de imponerse, habilitadas desde un proceso de conservación, superación y ruptura. La autora entiende que existen distintas ideas e imágenes sobre qué es el trabajo social, incluso hasta en los mismos profesionales.

Las entrevistadas reflejan puntos coincidentes, pero cada trabajadora social establece una forma de ver al trabajo social, algunas de ellas lo conciben como una disciplina orientada al acompañamiento y al aliviar el dolor.



Porque de alguna manera logramos otras herramientas que pueden alivianar el dolor, el malestar con el que una persona viene. (Yanina, entrevista, p. 4)

Por otro lado, también se expresó una noción de la disciplina que se enmarca desde un alojar y servir como soporte a las personas que enfrentan un malestar determinado.

[...] el soporte, el alojar, el dolor de esta adolescente [...] (Vanina, cuidados paliativos, p. 5)

Los testimonios de las trabajadoras sociales revelan que la identidad del trabajo social se construye de manera singular, además de existir una elaboración colectiva. En estas perspectivas se observan diferencias: la primera profesional expresa que el malestar lo experimenta otra persona, y ella acompaña esa situación de manera conjunta. En contraste, Vanina describe a la disciplina como aquella que se involucra afectivamente, donde el "alojar" podemos interpretarlo como un dolor que, de alguna forma, le pertenece. Esta intervención trasciende muchas veces lo profesional, involucrándose desde un vínculo personal y, en ocasiones, llegando a convertirse, como ella refiere, en un vínculo afectivo.

Entonces un poco actuar de referentes afectivos, de estar atento a un montón de detalles que el papá no podía registrar (Vanina, cuidados paliativos, p. 3).

Asimismo, en línea con lo expresado por algunas de las entrevistadas, se puede señalar que la profesión del trabajo social está en constante interacción con el contexto macro, lo cual se refleja en sus intervenciones. No se limita a trabajar exclusivamente con lo que se presenta en los espacios institucionales, sino que también toma en cuenta ese contexto en cada uno de los sujetos que acceden a las instituciones. De esta manera, puede definirse como una profesión permeable.



[...] vamos viviendo como los ciclos de lo político, de lo social, de lo económico, lo vamos viviendo en nuestras intervenciones, pero siempre con un malestar presente, mayor, menor, con matices, pero siempre estamos como en contacto con esto [...] (Yanina, adolescencias, p. 9)

En línea con esta perspectiva, entendemos que el trabajo social busca generar cambios y construir realidades (vinculados a dicho contexto macro) junto con las personas, considerando contextos sociales más amplios y diversos. Sin embargo, es importante reconocer que el trabajo social en salud surgió históricamente ligado a prácticas de control social, con el higienismo del siglo XIX. Este enfoque biológico concebía la salud como la simple ausencia de enfermedad, estableciendo una dicotomía rígida entre sanos y enfermos. Esta visión reduccionista, que buscaba un estado de bienestar perfecto e inalcanzable, ha sido ampliamente cuestionada (Valenzuela Contreras, 2016).

Creemos que actualmente se produjo un cambio de concepciones sobre qué es el trabajo social en esas áreas. Es desde este punto, que pudimos visualizar que las profesionales del trabajo social adoptan una perspectiva integral y multicausal, en la cual la salud y la enfermedad son entendidas como el resultado de la interacción de múltiples factores: desde lo biológico hasta aspectos del entorno social, económico y cultural, así como el estilo de vida y los hábitos de las personas y los grupos sociales (Correa-Arango, Argota, Estrada, García-Valencia, Usme-Baena, 2019).

Desde esta perspectiva de integralidad y mencionando los aportes de Valenzuela Contreras (2016) el concepto de salud trasciende lo meramente biológico y cultural, incorporando también el factor histórico como un eje fundamental para su definición, de esta manera se convierte en un concepto dinámico, que varía según las condiciones socio-culturales y ambientales.

Al profundizar, observamos que las trabajadoras sociales, además, adoptan una visión del dolor total. Esta concepción reconoce que el dolor no se limita a un aspecto físico, sino que es el resultado de una compleja interacción de factores sociales, espirituales y psicológicos. En este sentido, las causas físicas del dolor representan solo una pieza del rompecabezas.



Y sinceramente no hablamos del dolor físico, estamos hablando en realidad de poder sanar otras cosas (Yanina, adolescencias, p. 6)

Por todo el desarrollo expuesto, finalizamos expresando al trabajo social como una de las partes fundamentales del despliegue efectivo de la salud integral, entendiendo que los aportes de la disciplina al interior de las instituciones hacen, en su mayoría, intervenciones que abarcan los principales puntos de esta, los cuales son: las intervenciones guiadas al soporte o al alojar el dolor de las personas, la construcción de identidades profesionales teniendo en cuenta y siendo influenciadas por un contexto macro, la importancia del trabajo continuo con el otro el cual está transitando un situación, y también la construcción de una perspectiva integral y multicausal de la salud, como se establece dentro de la concepción de dolor total.

1.2 ¿Qué hace el trabajo social?: Relación Terapéutica y Comunicación. Trabajo con la red familiar

Cuando hablamos de trabajo social vemos que se lo asocia con intervenciones guiadas a alguna situación donde las personas exponen su dolor, malestar, inconformidad más grande, entendiendo a la disciplina como un accionar que abarca todos los aspectos posibles. Sujetos que no sólo se ven afectados desde una perspectiva económica, sino también aspectos afectivos y vinculares (Aquín, 2003). Las intervenciones en trabajo social se caracterizan por su multiplicidad, ya que se construyen en función de diversos factores: el área de intervención, el profesional a cargo, las demandas y necesidades específicas, los intereses institucionales, así como los contextos socioeconómicos y políticos, entre otros. En línea con algunos autores, más allá de cómo los sujetos perciben la labor del trabajo social, es el impacto real de sus intervenciones lo que refleja de manera más precisa su quehacer profesional y la relevancia de su contribución (Calderón, 2019). De esta manera, vemos cómo algunas de las trabajadoras sociales que formaron parte de esta investigación aluden a que lo fundamental del quehacer profesional en el ámbito de la salud podría asumir dos orientaciones que se despliegan de forma paralela.

Por un lado, intervenciones que adquieren un carácter más técnico- instrumental, expresado como aquellas acciones que estarían relacionadas a la habilitación de



derechos. Esto incluye, por ejemplo, la gestión de pensiones por discapacidad, la tramitación del Certificado Único de Discapacidad (CUD), el asesoramiento sobre algunos servicios.

Asesoramos para ver dónde tiene que ir a buscar el bolsón, con qué corresponde, con qué referente y todo eso, también vemos la situación de abusos sexuales em... no sé el tema de los pasajes, el tema de algún insumo traumatológico, de algún insumo ortopédico, algunas gestiones por ahí con otras instituciones para gestión de turnos, pero entre instituciones (Viviana, neonatología, p. 2).

La posibilidad de llevar a cabo este tipo de intervenciones dentro de las instituciones de salud es fundamental, ya que la falta de recursos puede generar comportamientos y actitudes que no contribuyen en absoluto a superar estas situaciones. Esto puede traducirse en relaciones tensas o inexistentes, la relegación y el abandono del tratamiento por parte de los pacientes, estrés y dificultades para superar las fases del duelo (Bandera, 2021). No obstante, al interior de este tipo de intervenciones y en algunos testimonios surgió la dicotomía entre acciones dirigidas a una restitución o habilitación de derechos y acciones que tienden a igualar oportunidades. Mientras que la primera noción busca asegurar un acceso universal y equitativo a los recursos esenciales, la segunda perspectiva, la de igualar oportunidades, pone al trabajador social como aquel que tiene el poder de “dar” o no derechos, ya no siendo una garantía que debería satisfacerse a través del estado, sino como una que recae en el profesional y su voluntad.

Por otro lado, encontramos aquellas intervenciones donde se destacan los abordajes socio-familiares, reconociendo que no existe una red familiar igual a otra, ya que cada una presenta sus patrones de funcionamiento y comportamiento con distintos roles, estilos y proyectos vitales, modos de gestionar y procesar los problemas (Bandera, 2021). Por ello, estas redes deben ser observadas, analizadas, escuchadas y diagnosticadas para orientar y acompañar a las familias sobre cómo afrontar las situaciones de la mejor forma posible (López, 2011).



Estas intervenciones buscan crear espacios terapéuticos donde el profesional considere que dichos espacios están destinados tanto para las familias como para los niños, niñas y adolescentes (NNyA), resultando fundamental la construcción conjunta de las estrategias a implementar, promoviendo la participación activa de todos los involucrados.

[...] que nuestras intervenciones no son meras orientaciones, por ahí esto que nosotros escuchamos de la orientación familiar. Son intervenciones terapéuticas, cuando uno interviene, cuando uno genera en esa interpelación, en ese repensar con el otro, otras formas de afrontar la situación que hoy la atraviesa, estamos haciendo una intervención terapéutica con un sentido terapéutico. No es psicoterapéutico, pero sí es terapéutico (Yanina, adolescencias, p. 3-4).

Si bien cada profesional aporta una perspectiva única, coinciden en que la gestión de recursos y la construcción de relaciones colaborativas son pilares fundamentales de su práctica. Estas relaciones, lejos de configurarse de manera unidireccional, se orientan hacia una co-construcción continua que profundiza el enfoque terapéutico descrito previamente. En este sentido, las interpretaciones de la situación que atraviesa el sujeto no se limitan a una visión arbitraria del profesional, sino que buscan abrir un espacio de diálogo, en el cual se puedan integrar tanto el punto de vista como los 'sentipensares' del sujeto.

Las trabajadoras sociales, inmersas en el complejo entramado de la salud, basan su quehacer en un intercambio dinámico de conocimientos y experiencias. En este sentido, el trabajo social se configura como un espacio de encuentro donde confluyen saberes disciplinares y saberes cotidianos.

[...] astillar un poco esa subjetividad tan omnipotente, creo que también nos hace como más receptivos a escuchar otra variedad de saberes (Yanina, adolescencias, p. 10)

Ahora bien, ¿qué entendemos por conocimiento en este contexto? Si bien el conocimiento científico y las evidencias empíricas son herramientas valiosas, es



fundamental reconocer que no son las únicas fuentes de saber. Los saberes locales, arraigados en las experiencias y cosmovisiones de las comunidades, aportan una riqueza invaluable. Tal como señala Hleap (2005), estos saberes, a menudo invisibilizados por los discursos hegemónicos, ofrecen perspectivas únicas y pertinentes para abordar los desafíos de la salud.

Sin embargo, la coexistencia de estos saberes no siempre es pacífica. Los saberes expertos, con su pretensión de objetividad y universalidad, pueden imponerse sobre los saberes locales, generando tensiones y conflictos. Este fenómeno, que Hleap (2005) denomina "pugna entre saberes", pone de manifiesto la necesidad de adoptar una mirada crítica y reflexiva sobre las prácticas profesionales. Es preciso reconocer que las intervenciones en salud no son neutras, sino que están atravesadas por relaciones de poder que inciden en los significados que se construyen.

También, la afirmación de Yanina (adolescencias, 2024) sobre la naturaleza terapéutica de las intervenciones del trabajo social resuena con nuestra discusión sobre la diversidad de saberes que confluyen en nuestra práctica. Al igual que ella señala, nuestras intervenciones no se limitan a brindar orientaciones; son procesos de acompañamiento y transformación que involucran tanto nuestros conocimientos profesionales como los saberes y experiencias de las personas con quienes trabajamos. En este sentido, el trabajo social se convierte en un espacio de diálogo y negociación de significados, donde los saberes locales y los saberes expertos se entrelazan para generar nuevas comprensiones y posibilitar cambios profundos.

Profundizando en el análisis de las intervenciones del trabajo social, es relevante destacar su acción en el contexto de los cuidados paliativos pediátricos. Allí el trabajo social busca asesorar y dar apoyo tanto al NNyA como a su red familiar, promoviendo al máximo su bienestar, manteniendo una actitud que denote confianza y seguridad (Aparicio, Agrafojo, Martín, García, Gómez, Merino, Tejedor, Huarte, Peñaranda, Vanzini, 2015). Dentro de las acciones desplegadas por las trabajadoras sociales en esta área vemos el resolver dudas, acompañar en la fase terminal de la enfermedad, fomentar la autonomía de la persona cuidadora a través del apoyo psicosocial, mediar entre paciente- familia-equipo médico y aportar las soluciones o alternativas más adecuadas en base a las peticiones formuladas (Bandera, 2021). Asimismo, se puso especial énfasis al hecho de que estas acciones remiten fundamentalmente a la



posibilidad de generar mayores niveles de confort y de mejorar la calidad de vida de esos niños y adolescentes que transitan por esta área del hospital.

Un aspecto relevante de la labor social en esta área es la organización de las tareas de cuidado dentro del grupo familiar, mediante planes de cuidados específicos. El objetivo es redistribuir las responsabilidades hacia otros miembros de la familia, de modo que las mujeres, que suelen asumir esta función por largos períodos, pueden tener acceso a espacios de cuidado personal y sentirse acompañadas a lo largo del proceso.

[...] correr a la familia de esa responsabilidad y que se pueda sentir acompañado (Vanina, cuidados paliativos, p. 3).

[...] poder establecer un vínculo para poder ofrecer, digamos, algunas posibilidades de que estas mujeres puedan tener algún espacio para ellas, poder ser reemplazadas, poder convocar a otros referentes familiares (Vanina, cuidados paliativos, p. 2).

Las familias, independientemente de cuáles sean las características y procedencia, comparten un punto en común, la duda. La duda por no saber cómo actuar, cómo coordinarse con las tareas y cómo enfrentar las emociones. Se le añade además que muchas personas consideran que es obligación moral cuidar bien, al no quedar otra opción, se ven obligadas a prescindir del empleo o reducir la jornada laboral, afectando considerablemente a la economía familiar (Sun, Grant, Koczywas, Freeman, Zachariah, Fujinami, Del Ferraro, Uman, Ferrell, 2015). Por ello, resulta fundamental reconocer la importancia de redistribuir estas responsabilidades, ya que las consecuencias de una sobrecarga recaen con frecuencia en las mujeres, especialmente en contextos donde los niños, niñas y adolescentes enfermos se convierten en el centro de la vida familiar.

Muchas veces las intervenciones tienen que ver con... poder mirar a ese cuidador principal que viene sosteniendo los cuidados de hace tanto tiempo (Vanina, cuidados paliativos, p 2).



De esta manera vemos como las reflexiones de las trabajadoras sociales sobre la organización de las tareas de cuidado en familias revelan una dimensión más profunda del trabajo social. Al proponer una redistribución de las tareas de cuidado, se cuestiona la desigualdad de género y se aboga por un cuidado más justo y equitativo. Además, la construcción de vínculos terapéuticos posiciona al trabajo social no solo entendiendo las necesidades prácticas, sino que también en la transformación de las relaciones y las estructuras sociales. En este sentido, el cuidado se convierte en un acto político que visibiliza las desigualdades.

Uno de los aspectos centrales resaltados en todas las entrevistas, al momento de abordar las intervenciones profesionales, fue la escucha activa, la cual se erige como una herramienta fundamental en este proceso de transformación social:

Lo que buscamos es poder brindar un espacio de escucha, de ver qué necesitan, de poder identificar cuáles son los aspectos sanos, porque es como que la enfermedad lo llena todo (Vanina, cuidados paliativos, p. 8).

Esta frase refleja la búsqueda de una transformación profunda en las personas, donde la escucha activa se convierte en un catalizador para identificar no solo las problemáticas, sino también los recursos y potencialidades. La escucha activa implica el reconocimiento de la experiencia del otro, es darle un espacio seguro para que exprese sus pensamientos y emociones. Al escuchar activamente, los profesionales construyen una base sólida sobre la cual se pueden desarrollar intervenciones efectivas y relaciones de confianza (J. C. Bermejo Higuera, 2005).

Por ello, vemos cómo específicamente en el área de cuidados paliativos, a diferencia de otras áreas la atención dedicada al control de síntomas, el soporte emocional y espiritual y el reconocimiento del peso específico de la relación y de la responsabilidad de la persona en su propia vida, dibujan un nuevo panorama menos paternalista de la medicina y más en sintonía con el soporte psicosocial (J. C. Bermejo Higuera, 2005). Entendiendo la necesidad de construir en conjunto con las personas espacios dentro del ámbito institucional.



Lo ideal siempre es que pueda acontecer en el domicilio, ¿no? Cómo desmedicalizar esto de la muerte (Vanina, cuidados paliativos, p. 3).

Agotamos toda la información que necesita esta familia para que sea también parte de la decisión y estamos hablando familias con características diferentes todas (Alicia, neonatología, p. 6).

Como hemos visto, el cuidado paliativo se caracteriza por un enfoque holístico que va más allá de la atención médica tradicional. Según el Colegio de Psicólogos SJ (s.f.) El acto de apuntalar, en este contexto, representa la continuidad de este cuidado integral, al proporcionar un soporte emocional y psicológico que complementa las intervenciones médicas. Es decir, el apuntalamiento actúa como un andamio que sostiene a la persona en su camino hacia el final de la vida, permitiendo enfrentar dicha situación desde una visión más amplia y no desde un enfoque de ausencia.

Otra de las características de la intervención que sumaron las profesionales es la formación:

“Yo hice el curso de paliativos y me dio herramientas para entender que el dolor no es solo físico, que el dolor es algo integral” (Vanina, cuidados paliativos, p. 4).

La práctica de la intervención social demanda una formación continua y actualizada. Consideramos que la complejidad de los contextos y problemáticas a los que se enfrentan los trabajadores sociales exige una base teórica sólida y un constante cuestionamiento de las propias prácticas. Es decir, la formación no es un mero requisito previo a la intervención, sino un proceso dinámico y recurrente que acompaña y sustenta el accionar cotidiano del profesional.

Como se mencionó al comienzo de este apartado, las intervenciones adquirieron un doble carácter: por un lado, aquello que tiene que ver más con lo técnico-instrumental, y por otro, los abordajes familiares. Vemos cómo en ambas orientaciones se presentan acciones que ponen foco en la prevención y en la promoción de la salud, así lo expresan las trabajadoras sociales entrevistadas: “Me parece que siempre hay



como un montón de cosas para trabajar desde lo preventivo, de la promoción; y más bueno este lugar que tiene que ver con la niñez” (Alicia, neonatología, p. 1).

Dentro de estas acciones, vemos como el trabajo social busca reconocer y visibilizar las necesidades de las redes familiares y de los niños, niñas y adolescentes (NNyA) que asisten al hospital, necesidades que, en muchos casos, se encuentran atravesadas por vulneraciones de derechos a lo largo de sus trayectorias de vida. En este contexto, dichas necesidades pueden dividirse en tres grandes categorías, como proponen Moro y Lerena (2011):

1. Nivel biológico: Abarca aspectos como la conciliación del sueño, la higiene personal y la alimentación.
2. Nivel psicosocial: Incluye la seguridad, la sensación de pertenencia, el amor, la comprensión, la aceptación, la autoestima, la confianza, el ser escuchado/a, la libertad para expresar miedos, y el respeto por la intimidad.
3. Nivel espiritual: Implica aferrarse a creencias y rituales personales para dar sentido a la situación vivida y encontrar significado en el trayecto vital.

Estas necesidades pueden ser expresadas explícitamente por los sujetos o, en algunos casos, permanecer latentes. En este último escenario, es el profesional quien, al establecer contacto, las identifica y actúa en consecuencia para atenderlas de manera integral, es por este motivo que consideramos que las necesidades ocupan un espacio fundamental en la intervención del trabajo social.

Evaluamos cuáles son las necesidades de la familia, hacia dónde ellos también quieren y planean ir [...] (Vanina, cuidados paliativos, p. 2).

Al reconocer la existencia del otro, se hace evidente que la falta de un diálogo continuo puede generar consecuencias para el bienestar de las personas involucradas, tanto de la red familiar como de la persona en cuestión. Es fundamental que el profesional facilite un espacio donde se establezca un vínculo:



Nos exige poder construir un vínculo, poder como ser muy perspicaz en identificar cuáles son las necesidades de la familia, decir qué es lo que le va a sumar a esta familia, qué le va a sumar calidad de vida, qué le va a sumar confort, no generar mayor dolor o sufrimiento con lo que uno plantea, con intervenciones iatrogénicas (Vanina, cuidados paliativos, p. 5).

De este modo entendemos, con el autor Montagud Rubio (2020), que la iatrogenia es una alteración negativa que se produce en el paciente como resultado de la terapia que se le ha aplicado. Es decir, un daño provocado por la intervención de un profesional sanitario, sea médico, psicólogo, psiquiatra, enfermero, farmacéutico, dentista o de cualquier otra ciencia de la salud. Esta reflexión nos invita a cuestionar constantemente las prácticas profesionales y a buscar alternativas para las intervenciones.

1.3 Integrando saberes: La interdisciplina y transdisciplina en el trabajo social en salud

A partir de los testimonios de las trabajadoras sociales, podemos observar cómo el trabajo en equipo se manifiesta entre los profesionales de diversas áreas en los hospitales, integrando disciplinas como la medicina, la psicología, la enfermería, entre otras. Esta colaboración ilustra la práctica de la interdisciplina, que se enfrenta a la complejidad de las nuevas demandas que surgen en los servicios de salud. Estas demandas a menudo plantean cuestiones que superan los límites del conocimiento específico de cada campo, lo que requiere una aproximación colaborativa y una integración de saberes para abordar de manera efectiva los desafíos contemporáneos en la atención sanitaria (A.M. Carballeda, 2001).

Lo que nosotros trabajamos es con psicología el tema de los fallecidos [...] (Viviana, neonatología, p. 5).

Yo que soy de trabajo social, entonces esto de la interdisciplina, incluso hay situaciones donde podemos identificar que también está la transdisciplina aplicada en algunas situaciones (Viviana, neonatología, p. 9-10).



La interdisciplina, como así también la transdisciplina emergen como herramientas esenciales para el trabajo en equipo en hospitales, fomentando una colaboración efectiva entre diversas disciplinas de la salud. De este modo, se busca no solo mitigar los efectos adversos, sino una atención integral que priorice la salud y la calidad de vida de los sujetos que asisten al hospital (R. Lanz, 2010).

Sin embargo, como señalaron las profesionales entrevistadas, a veces surgen conflictos por falta de consenso entre los miembros del equipo, prevaleciendo en ciertos casos una perspectiva sobre las demás. Según A. M. Carballada (2001), esta fragmentación puede tener causas institucionales o responder a “tradiciones” que otorgan mayor prestigio a una forma de conocimiento sobre otras. Estas divisiones pueden ser horizontales, es decir, sumisión entre profesionales del mismo campo, o verticales, donde una disciplina se impone sobre las demás.

[...] porque hay mucho de lo personal, digo en los perfiles de los profesionales. Pero también hay mucho de lo hegemónico, de lo médico hegemónico (Yanina, p. 10).

Para resolver estas tensiones, es fundamental construir relaciones simétricas dentro de los equipos de trabajo, permitiendo una interacción equitativa y enriquecedora entre las distintas áreas del saber.

En esa construcción continua de relaciones predominantemente simétricas, podemos señalar un abordaje transdisciplinario. Morin (1984) define a la transdisciplina como un proceso por el cual se rompen los límites de la individualidad, abocando perspectivas múltiples, donde el objetivo es poder llegar a generar conocimientos emergentes. Tiene que ver con un proceso, donde se dejan de lado las fronteras disciplinares específicas, dando así apertura a nuevas perspectivas que sean consecuencia de diversas interacciones.

Asimismo, es importante destacar que la construcción de este enfoque transdisciplinario está íntimamente ligada al conocimiento y la experiencia de los profesionales involucrados. Su formación académica, su práctica profesional y su visión del mundo influyen en la manera en que abordan los problemas complejos y en las



soluciones que proponen. En este sentido, cuando hablamos del trabajo social, entendemos que la función que cumple dentro de ese quehacer de dichos enfoques es sumamente contradictoria, por un lado, observamos que las trabajadoras sociales dan respuesta, siempre en conjunto con otras disciplinas, a distintas problemáticas dentro de las instituciones.

Desde el trabajo social, primero la predisposición para trabajar en interdisciplina porque en realidad solos no... nosotros trabajamos con los psicólogos, con salud mental y con el equipo médico (Viviana, neonatología, p. 3),

La declaración de la profesional evidencia un silencio que podría interpretarse como un vacío en el accionar del trabajo social, lo que sugiere una dificultad para definir o articular intervenciones específicas desde la disciplina. En lugar de acciones focalizadas y propias de la disciplina, se observa una tendencia a realizar intervenciones que tienen que ver más con lo asistencial, ejemplo la entrega de bolsones, siendo estas acciones específicas del trabajo social, o en su defecto dependientes de otras disciplinas, lo que limita a la profesión.

1.4 Expectativas profesionales y desafíos que atraviesan la práctica del trabajo social

Como ocurre en otras disciplinas, el trabajo social está atravesado por imaginarios y representaciones sociales que moldean las expectativas sobre su quehacer. Sin embargo, al tratarse de una profesión de carácter humanístico, con una fuerte vinculación interpersonal, estas representaciones tienen un impacto más profundo en la práctica cotidiana.

Estamos siempre como a tono con lo que los demás esperan, buscan de nosotros (Yanina, entrevista, p. 8).

La estrecha relación del trabajo social con las personas genera una carga adicional sobre quienes ejercen esta profesión. No se espera solo el desempeño técnico de un profesional especializado, sino también que el trabajador social se convierta en



un referente capaz de abordar cualquier problema social, más allá de su campo de experticia. Esta amplitud de expectativas queda reflejada en lo que Nora Aquín (2015) describe como: “el trabajador social todo lo puede y todo lo debe”. En la práctica, esto se traduce en la realización de tareas de naturaleza burocrática o voluntarista que muchas veces exceden la formación específica del profesional.

Surge aquí la noción del “deber ser”, que implica que el trabajador social debería contar con conocimientos sobre cualquier problemática que pudiera surgir en su ámbito laboral. A esto se suma la fuerte presencia de la idea de vocación, la cual refuerza la expectativa de que los profesionales se comprometan con cada una de las situaciones y sujetos con los que intervienen. En este imaginario, se espera que el trabajador social se dedique al bienestar de los demás incluso en contextos de precarización laboral, invisibilizando la necesidad de cuidar su propia salud física y mental. Esta sobrecarga pone en evidencia cómo las representaciones sociales de la profesión no solo afectan su identidad, sino que también generan tensiones entre las demandas externas y los límites reales del ejercicio profesional.

Estas expectativas desmedidas hacia los trabajadores sociales se vinculan estrechamente con lo que puede denominarse subjetividad heroica. Esta concepción idealiza al profesional como alguien capaz de sacrificarse en pos del bienestar ajeno, asumiendo responsabilidades ilimitadas y afrontando desafíos más allá de sus posibilidades reales. Es decir, como lo mencionan los autores De la Aldea y Lewkowicz (2014) la subjetividad heroica es un modo de situarse frente a una problemática específica o, más bien, funciona como un recurso sobre el que se sostiene el trabajador social para apagar el incendio.

“[...] la subjetividad heroica esto es bien propio de la omnipotencia” (Yanina, adolescencias, p.10).

Las entrevistas realizadas revelan como esta subjetividad heroica, también caracterizada como la ilusión de omnipotencia, tiene importantes repercusiones en la salud emocional del trabajador social. Al asumir la responsabilidad de resolver problemáticas complejas, muchas veces fuera del alcance real de su intervención, se difuminan los límites de sus tareas y las incumbencias específicas de la profesión. Esta sobrecarga de expectativas no solo agota al profesional, sino que también genera un



fuerte impacto emocional cuando los resultados no son los esperados, como sucede en los casos en el que el acompañamiento en alguna enfermedad de NNyA no culmina como el profesional deseaba, pudiendo traer consigo sentimientos de angustia, frustración, decepción, entre otras.

Estos atravesamientos que tiene la profesión en relación al deber ser, encuentran un punto de anclaje en la concepción del trabajo social como una profesión feminizada. Históricamente, las profesiones de cuidado han sido atribuidas al ámbito de lo femenino, asociándolas con cualidades como la empatía, la entrega, y la disposición al sacrificio, como señala Yanina (adolescentes) “todavía está muy presente, a nivel cultural, a nivel social, las profesiones de cuidado dentro de las cuales estamos, hay como mucho todavía de esto de esa carga también emocional que le ponemos” (p.10). En este contexto, se espera que el trabajador social –al igual que otras figuras vinculadas a los cuidados, como enfermeras o educadoras– asuma una vocación incondicional, naturalizando la idea de que la atención a los demás debe primar sobre las propias necesidades.

Además, la idea del cuidado atraviesa no solo el espacio profesional, sino también el ámbito privado. En las entrevistas realizadas, se observa que las trabajadoras sociales combinan su labor en los servicios de salud con las tareas de cuidado en el hogar, ejerciendo un rol maternal y doméstico de manera constante. Esta doble carga refleja cómo las prácticas de cuidado en la vida personal influyen y se trasladan al ejercicio profesional, incidiendo fuertemente en las emociones que vivencian las profesionales y cómo las mismas entienden y enfrentan las diferentes problemáticas.

[...] hay algo que se gatilla siempre digo esto de lo personal, lo profesional, esta todo como muy, no hay una separación (Yanina, entrevista, p. 11)

1.5 El trabajo social y las instituciones: condicionantes, tensiones y márgenes de acción.

Comprendemos en este apartado el trabajo social en vinculación con las instituciones desde un punto de inflexión. Partimos de la idea de que las intervenciones se hacen y deshacen teniendo en cuenta al “techo institucional”, en lo particular, las



instituciones de salud representan tanto un espacio de estabilidad y orden, como un escenario de conflictos y tensiones (Parola, 2016).

La búsqueda de la eficiencia y la optimización de recursos a menudo choca con la necesidad de responder a las demandas. Por ejemplo, la falta de recursos humanos en los servicios sociales hospitalarios limita la capacidad de los trabajadores sociales para brindar un acompañamiento integral a los pacientes y sus familias.

“capaz ofrecerle cuáles son los recursos disponibles” (Vanina, cuidados paliativos, p. 6).

En este contexto, es necesario una visión crítica, entendiendo que el “techo institucional” también hace a las intervenciones sociales, les dan forma y objetivos direccionados. Crean o intentan crear un tipo de profesional, el cual tiene un margen establecido para poder accionar. En base a esta afirmación, podemos también tener una perspectiva no solo desde la individualidad del profesional, sino también entender que hablamos de una cohesión, de intereses, conocimientos y disponibilidades, entre otros (Parola, 2016).

Los condicionantes institucionales actúan como parámetros que delimitan el campo de acción de las intervenciones del trabajo social. Sin embargo, lejos de ser obstáculos infranqueables, demandan el desarrollo de estrategias creativas y adaptables, la búsqueda de intersticios y contra dispositivos. El trabajo social puede identificar los márgenes de maniobra dentro de estos parámetros, entendiendo a las instituciones como condicionantes, pero no limitantes.

A pesar de las restricciones mencionadas, los profesionales del trabajo social disponen de una autonomía relativa, cuya existencia, como señala Aquin (2008), está condicionada por las relaciones de poder que se han establecido a lo largo del proceso de profesionalización. Estas relaciones han sido interiorizadas tanto en la formación académica como en el desempeño profesional, y están vinculadas a factores como las oportunidades de capacitación, la concepción de los sujetos como sujetos de derecho y las características específicas de las instituciones en las que se desempeñan. Esta autonomía, que en ningún caso es absoluta, se entiende como el ejercicio responsable de la libertad, lo que implica la capacidad de justificar nuestras decisiones y acciones, así como de asumir las consecuencias derivadas de estas. Según Aquin (2008), también



refleja el grado en que un campo social puede traducir las demandas y coacciones externas a su propia dinámica interna, consolidando así su especificidad profesional.

1.6 Vínculos entre la experiencia personal y el desempeño profesional

Para el psicólogo ruso Vygotsky (2001) la vivencia es una unidad indivisible que integra tanto el ambiente en el que vive la persona como lo que ésta experimenta. En otras palabras, es la síntesis entre las características personales y las situacionales. Los sentimientos que se presentarán en los siguientes párrafos ilustran cómo este aspecto personal -que deviene de lo experiencial- del trabajador social influye en su práctica profesional, también como se observan esas diversas perspectivas en su trabajo. Al analizar las vivencias, podemos acceder a los significados que las personas atribuyen a sus experiencias, sus emociones, sus creencias y sus valores.

Entendemos que dichas vivencias pueden ser expuestas en diversos sentimientos, dependiendo de la implicación del profesional y de cómo las evidencie. Sin pretender generalizar las subjetividades profesionales, también consideramos que dichos sentimientos se presentarán teniendo en cuenta algunos factores que se desarrollarán en capítulos posteriores, inherentes de ese profesional.

Por lo tanto, en esta sección nos dedicaremos a describir y analizar estos sentimientos, comparándolos con los experimentados por otros profesionales. Exploraremos las similitudes y profundizaremos en las razones que subyacen a estas coincidencias.

1.7 El rol del cuidado y la acción profesional

Existe una mutua afectación entre el profesional y las situaciones que atraviesan al acompañar una muerte infantil, perinatal, adolescente, etc. Es importante destacar que estas situaciones no se limitan al espacio institucional, sino que trascienden el horario laboral.

Las entrevistas realizadas nos permiten identificar diversos indicadores que evidencian esta mutua afectación. En particular, se destaca la conexión entre las situaciones de los sujetos en el hospital y las vivencias en la red familiar del profesional. Como señala expresamente Yanina “Yo en un momento hice la formación que se hizo



en el Notti de cuidados paliativos pediátricos y no me imagino hoy ni loca trabajando así y más con hijos, no sé, yo tengo hijos pequeños” (p.8). Esta implicancia, especialmente en relación con la muerte, diluye las barreras profesionales y genera vivencias únicas y diversas, mostrando que dicha experiencia no va ser similar si la profesional materna.

“somos dos mujeres y un hombre, pero... hay una cuestión también ahí. No condicionante, pero sí que de alguna manera impacta, incide... Esto que les decía, por ahí a ver... recién les planteaba, yo tengo hijos pequeños... hay cosas que emergen ahí mismo” (Yanina, adolescencias, p. 10)

Podemos afirmar que ser mujer implica un impacto distintivo y más profundo en el abordaje de estas temáticas para las profesionales. Esta diferencia podría atribuirse a una mayor implicación en comparación con los hombres, así como a una vinculación intrínseca entre su labor profesional y las tareas de cuidado.

[...] entonces durante mi embarazo, tenía gran temor a que tuviera algo mi hijo.
(Alicia, neonatología, p.8)

De hecho, algunos profesionales relatan que el ejercicio de su trabajo en ámbitos de salud pediátrica influye tan profundamente en su percepción de la información, que durante el embarazo han llegado a experimentar una sensación de angustia, temiendo que alguna de las situaciones que enfrentan a diario. con neonatos, niñas o niños puedan presentarse en su propia experiencia.

[...] al estar muy informado de un montón de cosas que de la nada surgen y que se yo era una tortura para mí o sea era una tortura el tener que ir la ansiedad y la angustia de que tuviese algo de que algo saliera mal yo creo que por eso después no pude tener más hijos (Alicia, neonatología, p. 8).



Los datos de las entrevistas y los aportes teóricos nos permiten concluir que la maternidad incide de manera significativa en cómo las profesionales vivencian las intervenciones en el ámbito de la pediatría. Actúa como un filtro que resalta tanto las situaciones y herramientas positivas como aquellas que provocan dolor o malestar en otros.

1.7.1 Vivencias en el rol de acompañar: desgaste y desafíos profesionales

El ejercicio profesional, siendo un proceso complejo y variable, expone a los profesionales a situaciones extremas que los obligan a construir una coraza protectora. En estas vivencias desfavorables, se evidencia la vulnerabilidad del profesional, especialmente aquellos que acompañan a otros en situaciones tensionantes, quienes experimentan una carga adicional.

El análisis realizado presenta que los sentimientos más nombrados por las profesionales cuando se cuestiona en cómo es acompañar a los sujetos son mayormente el dolor, enojo, impotencia, tristeza, desesperación y miedo. Estos pueden ser la respuesta del fuerte desgaste emocional de los profesionales, quienes no solo deben lidiar con sus propias emociones, sino también con las de los padres (Montero, 2011).

Me refiero a esto de...del presente, estamos acá y la verdad es que no puedo no sentir la injusticia frente a por ahí situaciones que se dan y sí, y es verdad, y lo vivimos porque son atravesamientos que hacen a lo social, no solamente a quienes (Yanina, p. 5).

Uno de los factores que contribuye a las vivencias negativas del quehacer profesional es el miedo, el cual también puede vincularse con la exposición directa a la muerte, un hecho que evidencia la vulnerabilidad inherente a la condición humana, particularmente en aquellos que no se tienen la posibilidad de desmitificar este fenómeno. Donde la exposición muchas veces de situaciones que no son posibles de ser controladas -como la muerte- por los profesionales genera rechazo o hasta incluso sensación de no poder ser capaces de ejercer en dichas áreas.



A esto se suma el impacto que provoca trabajar en contextos donde los signos de deterioro por enfermedad son muy evidentes, lo que termina influyendo en la vivencia del rol de acompañar a estos niños, niñas y adolescentes en su proceso. Vanina lo describe así, “Cuando están estos síntomas desconfortantes y no se pueden controlar, o enfermedades que visiblemente son muy impactantes” (p. 8-9).

Otro de los factores que observamos se relaciona con las características propias del proceso de enfermedad de los neonatos, niños y adolescentes que asisten al hospital, la exposición de los profesionales a dichas experiencias, puede generar una visión negativa sobre el rol de acompañamiento en estas situaciones. Alicia lo expresó de la siguiente manera: “Fue muy impactante para el equipo; Yo estoy en un equipo que es de intestino corto, con los médicos y cirujanos, y la verdad que sí, fue como una despedida lenta para todos, junto a la familia” (neonatología, p. 3)

Por otro lado, la capacidad del profesional se pone a prueba ante situaciones que generan culpa, como el malestar en vínculos familiares, dolores asociados a enfermedades o la angustia de enfrentar procesos irreversibles. En estos casos, el sentimiento de responsabilidad puede ser abrumador, y el profesional muchas veces no tiene conciencia sobre el techo que lo limita en las instituciones.

Yo me despedí de la familia, les expliqué, me sentí muy culpable porque un poco acá era como la directora con la familia por este comportamiento del papa (Alicia, neonatología, p. 3).

Las profesionales expresan que frecuentemente se han encontrado al límite emocional, como describe Yanina “esto de estar siempre ahí, como muy sobre la cornisa y la sensación de que nos caemos” (p. 11). Enfrentar estas situaciones es, sin embargo, para las trabajadoras sociales un deber ineludible, aun cuando les generen un gran impacto emocional. Esto implica, en muchos casos, reprimir sus propios sentimientos. Así lo describe Vanina “Bancarse la angustia de los profesionales, de cómo transitar la propia subjetividad y lo que yo considero adecuado para el otro... entonces, bueno, eso es un montón y desafiante” (cuidados paliativos, p. 8).



Otro de los factores que inciden en la vivencia del rol profesional tiene que ver con las experiencias con familias que no cumplen con las expectativas del equipo. En otras palabras, algunos roles parentales no se ajustan a lo esperado, presentando tensiones al interior del núcleo familiar, lo que genera dificultades adicionales en el trabajo de acompañamiento. Alicia lo expresa de manera más clara:

No sé si me enoja o si me resulta más difícil de trabajar cuando la familia, primero, no pone al niño como protagonista. Hay tanto conflicto de todo tipo que es como si el niño estuviera anónimo en medio de todo eso, y no se ponen, o sea, yo siempre les digo: Si vos no te pones la camiseta del tratamiento [...] (neonatología, p. 10).

En otro momento, ella expresó: “Eso me molesta de los dos, la toxicidad de los padres esta que dice, esta alienación parental” (Alicia, neonatología, p. 10).

Todas estas vivencias generan en los profesionales una inquietud constante acerca del impacto que puede tener el contacto permanente con situaciones complejas, lo cual contribuye al desgaste emocional. Esta preocupación se relaciona con el temor a verse personalmente afectados por las experiencias que acompañan. Como lo expresa Yanina “Sentía ciertas inseguridades personales y un gran temor a que estas situaciones me atravesaran, porque no es fácil gestionar todo esto.” (p. 5)

1.7.2 Vivencias positivas en el ejercicio profesional y sus condicionantes

A pesar de los desafíos y el desgaste emocional que conlleva el trabajo de acompañamiento, los profesionales también experimentan vivencias positivas que les brindan satisfacción y fortalecen su compromiso con la práctica, estas a su vez, están condicionadas por diferentes circunstancias.

En las entrevistas, uno de los factores mencionados fue la oportunidad de acceder a diversos espacios de formación, los cuales han dotado a los profesionales de herramientas fundamentales para afrontar situaciones complejas y construir



experiencias laborales más satisfactorias. Un ejemplo de ello son los talleres en los que Vanina pudo resignificar su comprensión de la muerte.

Una de las primeras lecciones que obtuve al ingresar aquí fue la necesidad de replantear lo que la muerte significa y representa. (Vanina, cuidados paliativos, p. 8)

Otro de los factores que surgieron en las entrevistas estuvo relacionado con el equipo de trabajo. No solo se destacó la importancia de contar con espacios institucionales como los ateneos, que ofrecían un ámbito para compartir y reflexionar sobre las experiencias vividas en el ejercicio profesional, permitiendo procesar el impacto emocional.

La verdad es que me siento muy afortunada, porque en el otro hospital donde trabajo tenemos un encuentro semanal en el que solo hablamos de las situaciones. (Yanina, p. 11)

Además, los profesionales hicieron énfasis en el apoyo emocional recibido por parte de sus colegas del área, lo cual fue crucial para generar un ambiente de mayor seguridad en el trabajo. Este apoyo no solo favoreció el fortalecimiento de la práctica profesional, sino que también contribuyó a la construcción de vivencias laborales más positivas, facilitando que se sintieran más a gusto en su trabajo. En palabras de Vanina “Yo decía, no sé si voy a poder soportarlo todo el tiempo, si me va a gustar, y la verdad es que creo que lo que también posibilita poder seguir adelante con esto es el equipo de trabajo que tenemos” (cuidados paliativos, p. 9).

En esta línea, los profesionales mencionan que dentro del equipo de trabajo se crea un espacio para recordar, con cierta nostalgia, a aquellos sujetos que dejaron una huella significativa, ya sea positiva o negativa. Este ejercicio de rememoración permite



compartir experiencias personales y emocionales, lo que facilita la creación de un sentido de pertenencia y confianza mutua entre los profesionales. La posibilidad de expresar estos recuerdos y vivencias contribuye a la construcción de un ambiente laboral más saludable y colaborativo, lo cual, a su vez, favorece la generación de experiencias laborales más positivas.

[...] es decir, bueno, te acordás de tal, como que queda en la memoria colectiva del servicio (Vanina, cuidados paliativos, p. 9).

Por otro lado, en las entrevistas se destacó otra variable fundamental en la experiencia de los profesionales en su quehacer: la posibilidad de insertarse en espacios que aborden las temáticas y grupos etarios de su interés. La satisfacción personal y profesional aumenta cuando pueden trabajar con poblaciones específicas que les resultan significativas. Así lo expresa Alicia, quien afirma que la primera infancia es el grupo con el que más disfruta trabajar: “[...] entonces, la parte de la niñez, más que nada los chicos en la primera infancia, es lo que más me gusta”. Además, señala la importancia de tener la oportunidad de desempeñarse en un área que resuene con sus intereses, calificándolo como un privilegio: “Siempre digo que es un privilegio poder trabajar de lo que te gusta” (neonatología, p. 1).

En esta misma línea, es fundamental que los profesionales puedan elegir una institución en la que se sientan cómodos y respaldados. La elección de la institución y los recursos que esta les brinda son aspectos clave para vivir experiencias laborales positivas y satisfactorias. Como lo expresa Alicia cuando el entorno laboral es adecuado, el trabajo se convierte en una actividad gratificante: “Yo soy 24 horas trabajador social, porque cuando te gusta algo lo haces con gusto y no lo veo como un trabajo; yo todos los días vengo a este hospital contenta” (neonatología, p. 1).

Otra de las profesionales aludió en su entrevista a otro componente imprescindible para tener vivencias positivas en el trabajo, que difiere de los factores mencionados anteriormente y se relaciona con cualidades personales propias de cada trabajador social. Así, se vuelve necesario contar con ciertas características personales



que les permitan afrontar y procesar las situaciones que surgen en la cotidianidad laboral. Alicia (neonatología, p. 1) lo expresa con claridad: “Yo estoy acá porque, obviamente, puedo llevar esas situaciones”. También destaca la importancia de una actitud positiva ante las circunstancias desafiantes: “La vida siempre va a tener cosas buenas y cosas malas, y la actitud frente a las malas o no tan agradables... yo creo que esa parte te ayuda un montón a sobrellevar. En el caso mío, en este trabajo también” (Alicia, neonatología, p. 4). Para ella, resulta fundamental tener ciertas características personales, que le permiten no solo enfrentar las exigencias de la profesión, sino también desarrollarse plenamente en un espacio acorde a su vocación: “Por eso, acá tenés que tener ciertas características. Como les dije al principio, yo justo encontré el lugar en donde desarrollar mi vocación” (Alicia, neonatología, p. 7).

Con el propósito de incorporar nuevas perspectivas al análisis, se consultó a la Trabajadora Social Patricia Funes, participe de una antigua fundación llamada “Ivana”, una iniciativa llevada a cabo por un grupo de profesionales. La fundación tuvo como principal objetivo ofrecer acompañamiento psicológico y social a los vínculos cercanos del fallecido, permitiendo una despedida humanizada ante la muerte en el ámbito de la salud.

Siguiendo en esta misma línea, la profesional también hace referencia a la importancia de reconocer aquellos espacios donde las capacidades individuales pueden aportar significativamente y donde las circunstancias no generen un impacto negativo que interfiera en el ejercicio de sus funciones. Como ella señala: “Hay temáticas que me cuestan. Por ejemplo, yo trabajo en un área de niñez y adolescencia, y me resulta particularmente difícil enfrentar casos de maltrato infantil y abuso. Sin embargo, sé que, en situaciones de duelo, por ejemplo, puedo desenvolverse adecuadamente” (Patricia, especialista en duelo, p. 3). Este testimonio subraya la relevancia de contar con habilidades personales específicas y un autoconocimiento que permita a cada trabajador social ubicarse en contextos que se alineen con sus fortalezas, favoreciendo el bienestar personal y profesional.

Se sugiere como necesario contar con diversos componentes que contribuyan a la creación de un ambiente laboral saludable. Este factor no solo es esencial para garantizar la salud y bienestar de los trabajadores, sino también para fomentar la



productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el empleo y, en última instancia, la calidad de vida general.

Un entorno laboral saludable es un indicador claro de la satisfacción con la manera en que los individuos experimentan su cotidianidad en el ámbito laboral, abarcando tanto las condiciones laborales objetivas, como las físicas, contractuales y remunerativas, como también las relaciones sociales que se establecen entre los trabajadores y entre estos y la parte empresarial. A nivel subjetivo, involucra las actitudes, los valores y las percepciones de satisfacción o insatisfacción de los sujetos, resultado de la interacción de estos factores (S. Barrios Casas, T. Paravic Klijn, 2006). En este contexto, también se destaca la importancia de la resiliencia, entendida como la capacidad humana de enfrentar, superar y salir fortalecido o transformado ante situaciones adversas (Grotberg, 2001).

1.8 Áreas de intervención: implicancias en lo profesional.

Un factor clave que incorporamos en este estudio, por su capacidad de evidenciar diferencias a partir de las experiencias de las profesionales, es el área específica en la que desarrollan su labor las trabajadoras sociales.

Basándonos en el análisis realizado, se puede demostrar que las formas de intervención y los enfoques ante situaciones específicas varían considerablemente según el área de trabajo, por ello, anticipamos que las experiencias y vivencias de los profesionales diferirá notablemente en función de este factor.

Para ilustrar mejor esta afirmación, analizaremos dos casos concretos surgidos de nuestras entrevistas: los cuidados paliativos y la neonatología. En el primero, dado que la situación es irreversible, los profesionales priorizan el alivio del sufrimiento y el bienestar general del paciente. En el segundo, la atención se focaliza en el acompañamiento de recién nacidos, especialmente los prematuros.

Según las entrevistas a las que se refiere, podemos asegurar que precisamente estas áreas definidas hacen a vivencias completamente diferentes en la experiencia de poder acompañar a otros.



Tal como Alicia apunta “neonatología que es o sea, la vida y la muerte” (neonatología, p. 2) esta disciplina, y muchas más, viven en una tensión constante. Frente a la exposición total donde el neonato pueda salir del espacio y el tratamiento funcione de forma efectiva. Por otro, debe confrontar la posibilidad de que estos límites sean insuperables, llevando al neonato a un proceso final. Donde el profesional se adentra a vivencias relacionadas muchas veces con sentimientos positivos, dirigidos a la esperanza, felicidad, y otras veces a negativos como la amargura, desesperación, entre otros, según si el neonato puede o no recuperarse.

Por otro lado, en las áreas de cuidados paliativos, donde la finalidad de vida es el foco central, no se presenta la misma dicotomía que en neonatología. Aquí, las vivencias tienden a ser más negativas, ya que la muerte ocupa un rol preponderante y los profesionales no siempre encuentran las herramientas adecuadas para enfrentar todas las situaciones que se presentan. Al no encontrar una variación en esa área que no sea la muerte, las vivencias positivas, aunque presentes, se ven eclipsadas por el temor inminente a que esa situación se acerque.

Por ello, es crucial comprender que no todas las áreas donde trabaja el trabajador social en salud implican experiencias adversas. No obstante, en la mayoría de los contextos donde la muerte es una constante, las vivencias suelen ser predominantemente desafiantes. Es fundamental reconocer y abordar esta realidad para garantizar el bienestar emocional de los profesionales y así asegurar una valiosa intervención para todas las personas.

En conclusión, este capítulo ha proporcionado un análisis integral del trabajo social en el ámbito de la salud, poniendo en evidencia tanto las oportunidades, en relación al trabajo conjunto con otras disciplinas, como los desafíos que enfrentan los profesionales en este contexto. Se han destacado tensiones relacionadas con la jerarquización de los saberes y la falta de recursos, factores que pueden limitar las intervenciones. Asimismo, se ha reflexionado sobre las expectativas desmesuradas hacia los trabajadores sociales, cuya idealización puede generar un desgaste emocional y profesional significativo. A pesar de estas dificultades, los profesionales se adaptan a los contextos institucionales y generan estrategias para abordar las problemáticas complejas, evidenciando un margen de autonomía relativa y la importancia de su labor en la salud integral de las personas.



El impacto emocional de las situaciones que enfrentan los trabajadores sociales, particularmente en áreas como pediatría, neonatología y cuidados paliativos, es significativo, ya que estas experiencias no solo afectan su vida laboral, sino también su vida personal y familiar. Las tensiones emocionales derivadas de la exposición a la muerte, enfermedades graves y conflictos familiares son inevitables, lo que exige un manejo constante del desgaste emocional y la posibilidad de equilibrar el compromiso profesional con el cuidado del bienestar propio. Sin embargo, factores como la formación continua, el trabajo en equipo y la posibilidad de trabajar en áreas de interés personal contribuyen a fortalecer el compromiso y satisfacción laboral, permitiendo una experiencia profesional más positiva.



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES

CAPITULO II

El fenómeno de la muerte en el trabajo social: Impacto emocional y variables involucradas





Con el propósito de profundizar en el papel del trabajo social, este capítulo introduce una reflexión sobre el fenómeno de la muerte y las diversas visiones y creencias que lo atraviesan. A partir de las vivencias analizadas en el capítulo anterior, se busca examinar cómo la cercanía a experiencias de muerte impacta a los profesionales, considerando variables como la edad de los niños, niñas y adolescentes involucrados y las causas específicas de fallecimiento, como el suicidio o enfermedades crónicas terminales. Finalmente, se aborda cómo estas condiciones y características del fallecimiento infantil y adolescente constituyen un factor determinante en la intensidad del impacto emocional en quienes intervienen en estas situaciones.

2.1 La muerte como experiencia universal: creencias e implicancias culturales

La muerte, una experiencia universal que acompaña a toda vida, es a menudo un proceso que observamos o atravesamos de cerca. Si bien es un evento biológico, su significado y experiencia varían significativamente entre culturas y contextos sociohistóricos (Kübler-Ross, 1981). Como la otra cara de la moneda, la muerte es consustancial a la vida y se teje en la trama de nuestras existencias de manera profundamente personal (YiYi, 2015). Por otro lado, también podemos afirmar que las creencias, prácticas y representaciones sociales en torno a la muerte moldean profundamente las formas en que los individuos y las comunidades la conciben, experimentan y afrontan.

El análisis de las entrevistas puso de manifiesto cómo las creencias y representaciones personales influyen en las decisiones y prácticas en torno a la salud. Los participantes expresaron una amplia gama de creencias, como la vida después de la muerte, el ciclo natural de las personas, y la muerte como fin absoluto, etc. que impactan en la búsqueda de atención médica, el cumplimiento de los tratamientos y las expectativas en relación con los resultados terapéuticos. Esta relación entre creencias y prácticas subraya la importancia de considerar la dimensión subjetiva en la atención sanitaria.

Uno de los puntos fundamentales en este campo de creencias, fue la aparición en las entrevistas del concepto de ciclo vital, entendiéndolo como un conjunto de etapas



que atraviesa un ser vivo a lo largo de su existencia, desde su concepción hasta su muerte (García Suso y Vera Cortés, 2002). Es decir, es el recorrido completo de la vida, desde el nacimiento hasta el fallecimiento. Los participantes expresaron diversas creencias sobre el inicio, el desarrollo y el final de la vida, lo que influyó significativamente en sus percepciones sobre la salud, la enfermedad, la muerte y cómo impactó.

no es lo mismo un suicidio adolescente que, no sé, una muerte de un adulto mayor, el impacto es muy diferente y la forma también de gestionarla a nivel personal, bueno también como que lleva otro tiempo [...] (Yanina, entrevista, p. 10)

A las distintas creencias sobre la temática estudiada, también se le puede agregar la variedad de respuestas frente a la muerte, pueden ser aliviadoras o una herramienta necesaria para las profesionales a la hora de trabajar en dichas instituciones. Ejemplo de ello puede ser, rituales de despedida, el perdón y reconciliación con la persona que ha fallecido, entender al sufrimiento como algo temporal, el acudir a instituciones o creencias religiosas, además de muchas otras.

La experiencia directa con la muerte, especialmente en áreas como la neonatología por la alta frecuencia de decesos, puede influir significativamente en la forma en que los profesionales abordan situaciones límite. Esta experiencia puede generar una mayor naturalización de la muerte, no llegando a impactar a los profesionales, pero también una necesidad de procesamiento emocional y desarrollo de habilidades técnicas para acompañar a los pacientes y sus familias, como la construcción de vínculos, la necesidad de un conocimiento especializado, comunicación efectiva, evaluación personal continua, entre otros. Para así poder afrontar de la mejor manera posible estas situaciones y acompañar de una manera más abarcativa y consciente.

2.2 La pérdida en el entorno familiar: cómo se afronta la muerte de niños, niñas y adolescentes

En este apartado se reflexiona sobre cómo la concepción cultural del ciclo vital influye en la dificultad de aceptar la muerte de niños, niñas y adolescentes. Esta vivencia



no afecta únicamente a la familia, sino también a los profesionales que acompañan este fenómeno, donde como ya se mencionó en el apartado anterior, la muerte temprana es percibida muchas veces como un evento injusto y antinatural, desafiando las expectativas sobre el curso de la vida y generando profundas crisis emocionales.

Es algo que tiene que ver con esto que se dice, que uno está preparado para la muerte de los padres, pero no de los hijos (Alicia, neonatología, p. 3).

Yo creo que en realidad el tema de la muerte de los niños es como vivida a nivel social y cultural y como algo injusto, como algo que no debería pasar con esta representación que hay de las infancias y adolescencias que son proyectos, que son futuros, que no debería, o sea como que está este...es como que está plasmado a nivel colectivo este ciclo vital que aprendemos en la escuela, de nacer, crecer, reproducirse, todo un ciclo y después morir, que es algo muy de occidente. Entonces siempre la muerte de las infancias y las adolescencias genera cierta movilización (Vanina, cuidados paliativos, p. 4).

Esta visión está profundamente arraigada, como mencionó la trabajadora social, en las representaciones sociales que se tienen sobre las infancias y las adolescencias, las cuales pueden abarcar diversos aspectos como: la incapacidad de comunicarse, la dependencia, la edad y la percepción del niño como una esperanza para el futuro. En el contexto de las niñas que enfrentan enfermedades terminales- una importante dimensión de esta investigación- estos elementos pueden influir en cómo se aborda el tema de la mortalidad (Alfageme, 2003). De esta manera, las entrevistas dieron cuenta que esta percepción de los niños como seres dependientes y con una capacidad de comprensión limitada puede llevar a evitar hablarles sobre la muerte, ya sea por protegerlos del sufrimiento o por la dificultad de abordar un tema tan delicado:

[...] también en esto de querer proteger a sus hijos muchas veces se limita qué información se le brinda al paciente en el sentido de que piensan que si sabe que le está pasando esta situación puede...como que le puede deprimir, como que inclusive le puede acortar aún más la vida (Vanina, cuidados paliativos, p. 2).



Por lo tanto, nos surge el interrogante acerca de si este enfoque puede resultar contraproducente. Si bien es comprensible el deseo de proteger a las infancias de la angustia y el dolor asociados con la experiencia de la muerte, la negación de espacios para dialogar sobre este tema podría privarlas de la oportunidad de comprender y procesar de manera adecuada la situación que enfrentan. En este sentido, ya partir de los aportes de Piaget (1984), se observan efectos adversos en las infancias cuando no se implementan intervenciones orientadas a mitigar las consecuencias emocionales de enfrentar una enfermedad terminal. Entre los impactos señalados por el autor se incluyen la ansiedad, los sentimientos de culpa, la percepción de abandono, el miedo a la mutilación corporal, entre otros.

Siguiendo en esta misma línea, las trabajadoras sociales entrevistadas observan que, cuando las familias ingresan al área de cuidados paliativos, suelen enfrentar una gran resistencia. Este ingreso implica, a nivel institucional, una comprensión de que se ha dejado de intervenir medicinalmente en la enfermedad de sus hijos, lo que también representa un acercamiento a la irreversibilidad de la situación.

Y la mayoría de las veces, a ver, la familia no quiere estar acá. O sea, porque lo primero que hacen, googlean qué es cuidados paliativos y cuidados paliativos terminalidad, muerte. O sea, ¿quién quiere eso para un hijo? (Vanina, cuidados paliativos, p. 5).

Por otro lado, una vez comunicado el diagnóstico, los referentes suelen preocuparse por el dolor que puedan sentir estos niños y niñas, así como por su posible incapacidad para afrontar la situación, pueden surgir sentimientos de culpa por no haberlos cuidado adecuadamente, así como de inutilidad, incredulidad y negación. También puede surgir el miedo al descontrol emocional, lo que resalta la importancia de las intervenciones de los profesionales en cada una de las situaciones que se presentan (J. Villalba Nogales, 2015).



2.3 Infancias, familias y autonomía: la labor de acompañar

En este contexto de diversas concepciones sobre la infancia y la familia, surge el interrogante sobre cómo los profesionales del trabajo social abordan estas realidades. La familia, como núcleo fundamental de intervención, se encuentra inmersa en una compleja red de vínculos que requieren ser considerados en cada situación, como se dijo en el anterior apartado.

Sin embargo, esta visión sistémica debe complementarse con una mirada a los factores sociales, culturales y políticos que influyen en las trayectorias vitales de niños, niñas y adolescentes. Por un lado, se busca fortalecer los vínculos afectivos y conocer los deseos del niño. Por el otro, estas intervenciones están enmarcadas en un contexto más amplio, donde las percepciones sobre la infancia, los objetivos institucionales y la responsabilidad de garantizar el interés superior del niño influyen en la forma en que se diseñan y ejecutan intervenciones.

“[...] cada uno de los profesionales pueda reconocer las particularidades que hay en relación a la información de cada etapa evolutiva, no es lo mismo qué le vas a informar a un niño de 5 años a un adolescente, que es parte del proceso y capaz hemos tenido adolescentes que se nos han plantado, que no quieren tal cual tratamiento y tienen más de 13 años y pueden elegir libremente eso.”
(Vanina, cuidados paliativos, p. 7).

Es importante recordar que el interés superior del niño no es solo un concepto, sino un principio rector respaldado por marcos legales nacionales e internacionales, que orienta y condiciona todas las decisiones que involucran a las infancias. En este sentido, resulta relevante mencionar que, incluso en situaciones límite, como las enfermedades terminales, el interés superior del niño debe prevalecer, tal como lo establece la ley del derecho del paciente, que reconoce el derecho de las personas a decidir sobre sus tratamientos.

La ley del derecho del paciente habla que cuando una persona está con una enfermedad que es incurable, que es progresiva, uno tiene perfectamente la



capacidad de decidir y de rechazar tratamientos (Vanina, cuidados paliativos, p. 7).

Las entrevistadas destacaron la necesidad de adaptar las intervenciones a la edad de cada niño. El respeto a la autonomía progresiva es fundamental, ya que los niños, a medida que crecen, desarrollan la capacidad de comprender y participar en las decisiones que les afectan. Afirman que es esencial brindar información de manera clara y adecuada, entendiendo las singularidades de las infancias con las que trabajan y atendiendo los temores que emergen en el proceso.

El respeto a la autonomía progresiva es fundamental en las intervenciones con niños, tal y como lo plantea la Ley de Derechos del Paciente N°26529. Sin embargo, es importante reconocer que la muerte de infancias plantea desafíos particulares, según las entrevistadas. Este tipo de pérdidas pueden generar un impacto emocional profundo tanto en los niños como en los profesionales que los acompañan, quienes deben contar con los recursos necesarios para afrontar estas situaciones.

Siguiendo esta línea, una perspectiva que podría resultar útil en relación a la concepción de familia es la sistémica, ésta la entiende como un sistema interconectado en el que los eventos que afectan a uno de sus miembros impactan inevitablemente en todos los demás (J. Villalba Nogales, 2015). En este sentido, la enfermedad o fallecimiento de un niño/a o adolescente no solo representa una pérdida individual, sino que genera repercusiones emocionales y relacionales en toda la red familiar. Por ello, resulta fundamental un abordaje integral que no solo considera la entrega adecuada de información a las infancias y adolescencias, como se ha señalado, sino también el acompañamiento y orientación a los familiares, para facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento:

[...] bueno si usted tiene duda con esto hablamos con el oncólogo que le haga un buen resumen de historia clínica que no se quede con dudas la familia, esto sí habilitarlo (Vanina, cuidados paliativos, p. 6).

La comunicación, por tanto, emerge como un pilar fundamental en las intervenciones, tal como lo revelan las entrevistas, y se orienta en dos grandes



direcciones. En primer lugar, cumple la función de desmitificar creencias con las que las familias, infancias y adolescencias llegan al ámbito hospitalario. Esto implica brindar respuestas claras a inquietudes sobre su estado de salud, la continuidad de los tratamientos y la posibilidad de mantener actividades cotidianas, como asistir a la escuela. Asimismo, es esencial trabajar en las percepciones que las familias tienen sobre el equipo psicosocial y aclarar los verdaderos objetivos que cumplen los profesionales de estas áreas.

[...] trabajando estos sistemas de creencia en relación a eso, poder poner a escena al usuario de salud, a este niño o niña adolescente, en el sentido de que más allá de la información verbal él tiene un montón de información del contexto [...] (Vanina, cuidados paliativos, p. 2-3).

Por otro lado, la comunicación cobra una relevancia especial cuando el profesional debe asumir la difícil tarea de transmitir malas noticias respecto a la evolución de la enfermedad, el fracaso del tratamiento o la cercanía de la muerte: “yo tratábamos de ser también el colchón para las malas noticias “(Alicia, neonatología, p. 9).

Esta labor trasciende lo meramente informativo, ya que involucra un delicado equilibrio entre los sentimientos y valores del profesional y los del niño, niña o adolescente y su familia. Además, diversos autores señalan que factores como el inmediatez de la sociedad, las exigencias de rapidez hacia los profesionales, el uso excesivo de terminología técnica, la infantilización del discurso, el cansancio y las diferencias culturales pueden afectar la calidad de la comunicación, es así que, comunicar no es solo un acto técnico sino también emocional, donde el profesional se ve interpelado por la angustia del otro, compartiendo así la carga emocional de lo comunicado (C. L Koch, A. Badch Rosa, S. C Bedin, 2017).

En este sentido, cuando se confirma un diagnóstico de terminalidad en un niño, niña o adolescente, es fundamental que el equipo profesional transmita seguridad, tanto a la familia como al propio paciente. Este es, además, el momento en que posiblemente



se deba tomar la decisión de si el niño pasará sus últimos momentos en casa o en el hospital (J. Villalba Nogales, 2015).

Poder contextualizar esto, porque bueno si bien los cuidados paliativos aportan esto de poder. Digamos que el final de vida, lo ideal siempre es que pueda acontecer en el domicilio (Vanina, cuidados paliativos, p. 3).

Este proceso de comunicación y escucha, mencionado anteriormente, también tiene como propósito preparar a la red familiar para enfrentar el fallecimiento del niño, niña o adolescente. Durante este tiempo, es esencial asegurar que se mantenga la integridad de la relación entre el paciente y sus referentes familiares y abordar aspectos relacionados con la espiritualidad, ayudando a la familia a encontrar un sentido en la vida del niño o adolescente y respetando sus creencias y valores.

En relación a la espiritualidad, la trabajadora social Patricia destaca lo fundamental de validar las creencias y formas que la personas le pueden dar a esa ausencia de un otro. Pero si podríamos validar muchas cosas, que tenían que ver con la espiritualidad. Hablar de un sueño, hablar de la mariposa blanca, había una persona que me decía, me encuentro con una pluma (Patricia, especialista en duelo).

Esas otras formas de significar la muerte, por fuera de lo que se propone desde el sentido común de la cultura donde estas señales parecen absurdas, configuran y muchas veces alivianan el proceso de duelo que se está transitando, otorgando nuevas herramientas para trabajar y visiones para sumar como profesional:

Los vinculamos también a los rituales. Que también marcan los momentos de la vida. Y esto de la persona que pasó por tu vida, de qué manera poder materializarlo (Patricia, especialista en duelo).

Este enfoque integral contribuye a prevenir que la red familiar experimente aquello que se denomina como un “duelo complicado”, brindando herramientas que eviten la generación de dependencias hacia el niño y permita a la familia afrontar la



pérdida de manera más saludable (C. del Rincón, R. Martino, E. Catá y G. Montalvo, 2008).

2.4 Impacto emocional del proceso de enfermedad y muerte en el trabajo profesional

[...] capaz él quiere saber si va a poder ver mañana a sus abuelos, ¿no? No, si se va a morir o no. Entonces, bueno, es eso. (Vanina, cuidados paliativos, p. 7)

Con base en las entrevistas realizadas, podemos afirmar que, a los profesionales de los hospitales pediátricos públicos, en especial a los trabajadores sociales, les impactan más las condiciones en las que se transita el proceso hacia la muerte que el fallecimiento mismo de los niños, niñas y adolescentes. Los datos recabados revelan que esta afectación varía según múltiples factores, como las circunstancias específicas del caso, los entornos y contextos en los que se da el proceso, el acompañamiento brindado por los referentes, el nivel de contención disponible y el interés institucional con el que se aborda cada situación, entre otros.

Una de los escenarios que genera una mayor afectación en los profesionales es cuando existe una vinculación más profunda con el proceso de muerte, especialmente cuando acompañan al paciente desde el inicio. Como lo plantea Alicia "Entonces, esta situación que acompañé desde el día cero me impactó más, porque yo estaba más involucrada en todo. Con otros, por ahí ha sido diferente... es como te digo, lo viví desde el primer día que llegó acá." (neonatología, p.3)

Esta mayor afectación parece estar relacionada con la construcción de un vínculo afectivo más fuerte, que en algunos casos puede superar los límites de las responsabilidades profesionales establecidos por la normativa vigente. A su vez, este vínculo estrecho permite al profesional adquirir un conocimiento más profundo del entorno, las características, el contexto familiar, y las emociones del paciente a lo largo de este proceso, lo que provoca una mayor cercanía y empatía con su realidad.

Por otro lado, y en línea con algunos autores, identificamos que ciertas circunstancias relacionadas con el contexto del sujeto también influyen. Estas condiciones pueden analizarse en dos dimensiones.



En primer lugar, se consideran las provisiones y oportunidades socioeconómicas, lo que abarca factores como la estabilidad económica y la calidad del alojamiento, si existen o no oportunidades que faciliten la organización de un nuevo modo de vida social y económica, entre otras (A. L Campo Aráuz, 2010).

Y en lo particular, las situaciones que más me han movido es cuando se han presentado otras situaciones de vulneración de derechos (Vanina, cuidados paliativos, p. 4)

En segundo lugar, se destacan las condiciones de vida de los sujetos que llegan a los hospitales que pueden impactar emocionalmente a los trabajadores sociales. Retomando a Bowlby (1998), este tipo de condiciones se vinculan más con la cotidianidad de los sujetos, diferenciándose de los factores macroeconómicos mencionados anteriormente. Por ejemplo, la situación emocional y social de una paciente cuyo neonato ha fallecido puede variar significativamente según si vive sola, con su pareja o con familiares que puedan brindarle el apoyo necesario para atravesar el proceso de duelo.

Además, dentro de estas condiciones de vida, se destaca un factor particularmente relevante en el área de neonatología: la edad de la persona que ha perdido al neonato y, en algunos casos, de la madre que fallece durante el parto. A esto se suma la responsabilidad que puedan tener sobre otros niños o adolescentes, lo cual complejiza aún más la situación. Como señala Viviana "Tenían como cinco hijos, entonces eran muy pequeños, de dos, tres años, y él se quedaba a cargo de todos"(neonatología, p. 2).

Entendemos también que la repercusión sobre dicho proceso va a estar relacionado con que el mismo puede ser doloroso para la persona que lo vive, y que ese dolor muchas veces puede visualizarse y transmitirse en un otro, en el momento en el que el cuerpo empieza a comunicar la cercanía a la finalización de esa persona.

La otra vez se tuvo que acompañar a un niño que tiene un tumor que le deformó toda la cara, entonces ya mirarlo era muy doloroso y él sentía esas miradas de desagrado, esas miradas...feas, entonces bueno, nada, eso (Vanina, cuidados paliativos, p. 9).



Para concluir, queremos enfatizar que cuando la muerte se presenta de manera inesperada o en contextos familiares tensionados, se genera en el equipo profesional un profundo impacto emocional.

Un ejemplo paradigmático de esta situación es el caso relatado por una trabajadora social, quien describió como conmovedora la muerte de una niña que carecía de un acompañamiento familiar. Como lo expresó Vanina "El tema es la diferencia entre transitar estos procesos en soledad o hacerlo con recursos, con soporte afectivo, con cobertura de necesidades prácticas y sociales, y con acceso a posibilidades" (neonatología, p.5)

Estas experiencias evidencian cómo la ruptura de las expectativas normativas sobre el proceso de morir —entendido como un proceso tranquilo, acompañado y predecible— genera en los profesionales una profunda conmoción. Esto, a su vez, revela la necesidad de replantear tanto las prácticas institucionales como las profesionales para poder brindar respuestas adecuadas. Patricia lo expresa claramente en su entrevista al referirse a las consecuencias de estos factores negativos: "Si uno no está bien, es muy difícil poder ofrecer algo a las personas que están transitando su mayor dolor" (especialista en duelo, p. 19).

2.5 Perspectivas en el proceso de duelo y pérdida

Este apartado permite profundizar en la temática del acompañamiento en situaciones de duelo y pérdida, abordando cómo los profesionales enfrentan el dolor ajeno e intentan contestar las preguntas sobre "qué pasa después, qué nos pasa a nivel relacional en la vida cotidiana, en el trabajo, cómo cambia nuestra personalidad, nuestra vida" (Patricia, especialista en duelo) aspectos que, si bien fueron abordados en las demás entrevistas, no fueron explorados en detalle.

Es así que, se entiende que las instituciones de salud, según refieren las entrevistadas, si bien realizan acciones puntuales como seguimiento o recomendaciones, no profundizan ni sostienen un acompañamiento integral del duelo de los referentes afectivos.

Patricia nos aporta una perspectiva valiosa, al destacar la importancia del factor "tiempo" en el proceso de duelo, reconociendo que cada persona vivencia un proceso diferente ante un hecho tan impactante y con características particulares. Señala que la escucha activa y las formas en que cada persona puede expresar el dolor que produce



la pérdida de un ser querido son totalmente fundantes del tipo de intervención que realiza el profesional.

Ejemplo de ello es el suicidio, el cual genera un tipo de duelo especialmente complejo, marcado por sentimientos de culpa, enojo y dudas. Esto se debe a que la pérdida repentina de un ser querido constituye un evento que impacta significativamente, coincidiendo con la necesidad de reconstruir los sistemas y mecanismos que estructuran su vida cotidiana (Gutiérrez Cuevas A. 2009).

En estos casos, la palabra juega un papel fundamental, ya que permite a las personas expresar sus emociones y comenzar a sanar.

De esta manera, resulta fundamental destacar la posibilidad de realizar abordajes de acompañamientos de las familias en estos procesos, ya que tomando los aportes de Fonnegra (1999) vemos una serie de elementos que pueden complicar el duelo de una persona cuyo familiar fallece de forma repentina. Entre estos menciona:

- La capacidad de adaptación disminuye como consecuencia del evento; se sobrecarga la persona y los factores estresantes aumentan.
- El mundo que se cree seguro cambia y las creencias que daban un orden confiable se modifican y muestran la vulnerabilidad.
- Se analiza como una muerte absurda que no puede comprenderse y que no permitió un cierre o una despedida.
- Los síntomas agudos del duelo afectan lo emocional y lo físico por una mayor cantidad de tiempo.
- El doliente reconstruye los eventos y los escenarios del mismo de forma continua para comprender y poder controlarlo.
- Se sobredimensiona la muerte y los eventos previos, con lo que se generan sentimientos de culpa.
- Las reacciones emocionales se intensifican con el fin de encontrarle un sentido a la muerte.
- El estrés postraumático lleva a la generación de imágenes y recuerdos que aumentan las respuestas del cuerpo.

En relación a ello, la profesional señala que el proceso de duelo es altamente variable y depende de diversos factores, como el vínculo con el fallecido, la causa de la muerte y si la pérdida era esperada o no. En la fundación, se reconoció esta diversidad



y, por ello, ofrecieron espacios de encuentro para grupos con características similares, lo que permite un acompañamiento más personalizado.

En esta misma línea, Patricia resalta que un hecho que le provocó más impacto fue la situación de un niño que falleció en un incendio, en la cual relata que la trabajadora social acompañó a sus hermanos, también menores de edad, en el proceso de pérdida. El hecho de que los hermanos hayan estado presente en lo ocurrido con el fallecido y que la profesional haya tenido que presenciar y acompañar a esa familia en esa situación tan compleja, tuvo repercusiones en su vida cotidiana, dado que las condiciones en las que se desarrolló esa situación que no solo implicó pérdidas materiales a la familia, sino que, además, el haber visualizado las consecuencias físicas que se le atribuyeron al niño posterior al incendio.

Pero me habían dado un trauma en esa muerte, porque había tenido que intervenir muy directamente acompañando a sus hermanitos, sus hermanitos diciéndome: “mi hermano estaba quemado”, teniendo que llevarlo a la ambulancia, teniendo que poner ya el cuerpo para afrontar la situación (Patricia, especialista en duelo, p. 2).

Debido a las experiencias de Patricia y sumado a cuestiones personales, pudo reconocer la relevancia del duelo sano y el papel fundamental que desempeña el trabajo social en este proceso, acompañando a familias o referentes en la reasignación de sus dinámicas, buscando significados y formas de sobrellevar juntos, hablando de sanidad desde la perspectiva de un otro, en un proceso donde el tiempo es totalmente particular y donde se reconfiguran espacios fuera de las instituciones para aquellos que no los encuentran.

Para finalizar, en este capítulo se ha abordado la complejidad del acompañamiento en procesos de muerte y duelo, destacando la necesidad de un enfoque integral que combine las dimensiones emocionales, culturales y sociales. Se ha señalado cómo las creencias y representaciones sociales respecto de las infancias influyen en las decisiones del profesional respecto al tratamiento y al proceso de duelo, tanto de los niños, niñas y adolescentes, como de sus familias.



Se ha enfatizado la importancia de considerar el ciclo vital individual de cada persona, reconociendo que las intervenciones profesionales varían y tienen un impacto significativo según la edad del sujeto y las condiciones en las que se encuentra al final de su vida. En este sentido, se subraya la posibilidad de incorporar prácticas que favorezcan una comunicación efectiva, el respeto por las creencias espirituales y el entendimiento de las condiciones económicas que enmarcan la vida de los individuos. Estas herramientas son fundamentales para garantizar una atención personalizada, que no solo prevenga duelos complicados, sino que también promueva una adaptación saludable a la pérdida. Además, se resalta la oportunidad de generar intervenciones profesionales en los procesos de duelo familiar, un aspecto que, en su mayoría, se encuentra ausente hasta el momento de la investigación.



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES

Capítulo III

Autocuidado en el trabajo social: Entre el desgaste y el bienestar





Con el objetivo de profundizar en las implicancias del trabajo social en el ámbito de la salud, resulta fundamental analizar cómo los profesionales se enfrentan a temáticas que, por su naturaleza, producen gran impacto, tanto en el contexto institucional como en el ámbito personal del profesional. Este capítulo se propone explorar las estrategias de autocuidado concretas que los profesionales implementan para gestionar el impacto emocional de su labor, así como también, investigar aquellas habilidades desde el contexto institucional en el que se desempeñan. Además, se indagará en las consecuencias derivadas de la presencia o ausencia de estas prácticas de autocuidado, buscando comprender su relevancia en el bienestar.

3.1 El autocuidado como práctica de resistencia y transformación en el trabajo social.

Desde una visión estructural, el trabajo social puede ser ubicado de manera inequívoca dentro de las dinámicas de clase. A pesar de la especialización y el capital cultural que poseen los profesionales de esta área, su condición como vendedores de fuerza de trabajo los sitúa, en última instancia, como parte del proletariado. Esta realidad, promueve la idea de que el trabajo duro y en exceso debe ser aquello que se imparta como exigencias profesionales al interior de las instituciones.

Debido a un contexto laboral marcado por la exigencia de una productividad constante, es importante reflexionar sobre la importancia del autocuidado. Este concepto nos invita a encontrar un equilibrio entre las demandas laborales y el bienestar personal, promoviendo prácticas profesionales más conscientes y sostenibles. Entendido como un conjunto de acciones y decisiones, tanto individuales como colectivas, el autocuidado busca promover, mantener y restaurar la salud física, mental y social, basada en conocimientos y valores culturales. En última instancia, el objetivo es mejorar la calidad de vida en todos los ámbitos (Tobón Correa, 2003).

El autocuidado se revela como una herramienta indispensable para el trabajo en el ámbito de la salud, dado el alto nivel de exigencia y compromiso que lo caracteriza. En base a la naturaleza de su trabajo, que implica una interacción constante y profunda



con otras personas y problemáticas complejas, los mismos se encuentran expuestos a un alto riesgo de desgaste emocional y físico.

En este sentido, podemos profundizar en el caso específico del trabajo social. Según los resultados de las entrevistas realizadas, se establece que un primer paso fundamental para implementar estrategias de autocuidado en este campo es fomentar límites claros en el ámbito laboral. Como señala Vanina (cuidados paliativos, p. 12) “Y en realidad los profesionales somos pocos y los que eligen esto, también. Entonces bueno, es algo que también tiene que ver, me parece, el tema de los límites y hasta dónde sí y hasta dónde no tiene que ver con esto el autocuidado”.

Estos límites pueden desarrollarse en distintos ámbitos: evitando una implicación excesiva en las situaciones, regulando la carga de trabajo para prevenir el sobreesfuerzo y buscando alternativas que minimicen el impacto emocional de las situaciones ajenas en el bienestar personal del trabajador social.

Sumado a ello, no solo se resalta desde el análisis de datos lo fundamental de dicha estrategia, sino que también podemos observar algunas implicancias relacionadas en la Ley Federal del trabajo social N° 27.072 (sancionada en diciembre de 2014), la cual establece ciertos límites al ejercicio profesional, con un enfoque relevante en la salud mental y emocional del trabajador social. La ley resalta que los profesionales pueden verse afectados por el desgaste emocional derivado de las situaciones complejas que deben enfrentar, por ello la misma asegura el derecho de recibir medidas de prevención y protección.

Por lo tanto, en este capítulo partimos de la premisa de concebir el autocuidado como una estrategia inherente a toda labor profesional, considerándolo no como una elección individual, sino como un imperativo en cualquier entorno laboral. Como señala Yanina (p.11), “poder hacer ver también a los demás que bueno, que estamos trabajando, estamos haciendo una pausa y eso también es poder trabajar... para poder barajar de nuevo, para poder repensar las instituciones [...]”. Entendiéndolo como un momento esencial dentro de los espacios institucionales, donde la pausa se convierte en un acto de resistencia, permitiendo replantear las dinámicas laborales y construir entornos más saludables.



3.2 Autocuidado: tejiendo equilibrios entre lo personal y lo profesional

Las estrategias de autocuidado no surgen de manera espontánea, sino como parte de un proceso de aprendizaje continuo. Este proceso está vinculado a la idea de que las circunstancias de las personas cambian con el tiempo, y a medida que esas circunstancias se transforman, también lo hace la manera en que el profesional responde a ellas.

Tal como se evidencia en las entrevistas realizadas, al egresar de la universidad muchos profesionales se enfrentan a una carencia significativa de formación en este aspecto. A lo largo de la carrera, no se brinda una preparación específica que les permita desarrollar herramientas efectivas para protegerse de situaciones que pueden afectar su bienestar emocional.

Nos formamos un montón en las herramientas metodológicas, en lo teórico, pero que poco sabemos del cuidado propio. Estamos siempre como a tono con lo que los demás esperan, buscan de nosotros y poco lugar le hacemos a nuestro propio cuidado. (Yanina, p. 6)

Esta falta de conocimiento expone a los profesionales a una serie de consecuencias que podrían haberse prevenido mediante una intervención adecuada. Como señala Yanina (entrevista, p. 5), “crecimiento en lo profesional de manejar como bueno también otras herramientas de cuidado”, lo que evidencia que estas competencias no se adquieren desde la formación inicial, sino que se van consolidando en la práctica cotidiana. Este proceso implica tanto una apertura como la integración progresiva de nuevos saberes, reflejando la necesidad de aprender y adaptar herramientas de autocuidado a medida que se desarrolla la experiencia profesional.

Dentro de este proceso, los datos recabados subrayan la importancia del autoconocimiento como un elemento central en dos direcciones. En primer lugar, implica que el profesional desarrolle la capacidad de identificar y comprender sus propias necesidades, límites y características personales. Solo mediante este reconocimiento es posible construir estrategias de autocuidado alineadas con su realidad particular.

Y en realidad los profesionales somos pocos y los que eligen esto, también. Entonces bueno, es algo que también tiene que ver, me parece, el tema de los



límites y hasta dónde sí y hasta dónde no tiene que ver con esto el autocuidado (Vanina, cuidados paliativos, p. 12).

En algunos casos, este proceso de autoconocimiento conlleva también la aceptación de la propia vulnerabilidad: “[...] hasta que no toca fondo, digo, empieza a rearmarse, digo, esto de cómo hacer consciente la vulnerabilidad también creo que es un proceso” (Yanina, entrevista p. 6).

Como señalan L. Y. Marín Mejía y A. María Martínez Peláez (2023), una adecuada valoración de estos aspectos permite alcanzar un equilibrio interno y recuperar el bienestar emocional y físico, potenciando la efectividad y sostenibilidad de las prácticas de autocuidado.

En segundo lugar, el autoconocimiento se presenta como un componente esencial para un ejercicio profesional adecuado. Báñez et al. (2016) lo definen como una competencia básica que permite al trabajador social sostener una relación de ayuda efectiva. Este proceso requiere un alto grado de conocimiento personal, ya que implica que el profesional pueda identificar tanto sus límites como las situaciones que podrían sobrecargarlo emocionalmente. Además, es fundamental reconocer aquellos contextos en los que, por cuestiones personales, podría sentirse más involucrado, lo que refuerza la importancia de establecer límites claros para prevenir el desgaste emocional.

[...] está bueno saber hasta dónde uno puede intervenir, digo, cuáles son los límites de uno (Yanina, entrevista, p. 8).

Las herramientas de autocuidado deben ser elegidas con la mayor libertad posible por parte de los profesionales, entendiendo que no puede haber un único espacio estandarizado para el disfrute y la reflexión. La elección de estos espacios debe depender de la subjetividad de cada persona, en función de sus intereses y necesidades particulares. El objetivo es que los profesionales se sientan cómodos con la actividad que elijan, lo cual es clave para la prevención de problemas de salud mental. Esto no solo favorece un equilibrio saludable entre lo laboral y lo personal, sino que también garantiza un ejercicio profesional sostenible y cuidado a largo plazo.



[...] poder seguir eligiendo lo que uno quiere hacer, o sea no quiere decir que yo esto lo estoy haciendo ahora y lo voy a hacer por diez años más, no sé, o sea ahora lo puedo hacer, ahora lo puedo hacer, pero tener esa apertura también (Vanina, cuidados paliativos, p. 11).

Este contexto pone de relieve que el autocuidado no es un concepto abstracto, sino una respuesta concreta que los profesionales buscan para enfrentar los desafíos que surgen tanto en su práctica laboral como en su vida personal. En su ejercicio profesional, como se mencionó en el capítulo anterior, deben enfrentar situaciones críticas, como las condiciones que rodean el proceso hacia la muerte, que generan una gran carga emocional. A esto se suman los desafíos que provienen de su realidad cotidiana, tales como la pérdida de un ser querido, dificultades económicas o contextos políticos adversos. Estos factores se entrelazan, incrementando la necesidad de desarrollar y aplicar estrategias de este tipo.

Otro factor clave que contribuye a que los profesionales comprendan la importancia de implementar estrategias de autocuidado son los espacios formales que se habilitan para ello. Las capacitaciones y formaciones específicas en autocuidado facilitan una mayor toma de conciencia sobre la relevancia de estas prácticas, ofreciendo herramientas que permiten no sólo aproximarse al concepto teórico, sino también fortalecer su bienestar y desempeño profesional.

Acá y he hecho muchas actividades de formación. Entonces, por ejemplo, el tema del espacio autocuidado fue a través de una actividad de formación que tuvimos, que la coordinaron unas trabajadoras sociales de Buenos Aires, que teníamos que presentar un proyecto (Vanina, cuidados paliativos, p. 10).

Para concluir, es importante destacar que, si bien los profesionales tienen la libertad de elegir y apropiarse de los espacios que les permitan desarrollar defensas de autocuidado, esta búsqueda no siempre se presenta como una prioridad en su vida cotidiana. En muchos casos, la necesidad de implementar estas estrategias sólo surge cuando se enfrenta a situaciones que provocan un profundo impacto emocional,



afectando tanto su vida personal como su ejercicio profesional. En otros casos, es a través de capacitaciones o formaciones específicas sobre autocuidado que toman conciencia de su importancia, lo que les permite incorporar herramientas valiosas, como así lo expresa Viviana “yo creo que eso te lo va dando la experiencia, conociéndote y vas pudiendo reconocer todas estas cosas y poder ir trabajando [...]” (neonatología, p.4).

3.3 La institución y el autocuidado: una relación en tensión.

Si consideramos que el autocuidado es un proceso dinámico, influenciado en gran medida por el entorno laboral, resulta evidente la necesidad de estudiar en detalle las instituciones de salud como contextos privilegiados para comprender cómo se desarrollan y aplican estas estrategias. En el caso de los trabajadores sociales, estos escenarios son variados y pueden incluir, principalmente, hospitales, centros de salud y otros espacios clínicos.

Si bien las estrategias personales de autocuidado son fundamentales para el bienestar de los profesionales de la salud, es evidente que este bienestar requiere de un apoyo más amplio. Resulta indispensable complementar estas acciones individuales con cuidados colectivos e institucionales.

Un elemento clave para entender cómo se generan estos espacios de autocuidado es el trabajo colectivo. Entendemos por trabajo colectivo al conjunto de acciones y esfuerzos realizados por los profesionales y trabajadores de una institución, orientados a construir un entorno en búsqueda del bienestar y el cuidado mutuo. En línea con esta idea, las trabajadoras sociales proponen una visión interesante al considerar estos espacios no limitantes a lugares físicos, sino que se construyen a través de las relaciones interpersonales y las prácticas cotidianas. Por ejemplo, compartir experiencias con colegas y poder reflexionar sobre situaciones difíciles. En este sentido, el autocuidado se vincula con la posibilidad de tomarse un tiempo para descansar y reflexionar.

Al analizar los datos, observamos que las trabajadoras sociales identificaron tanto los ateneos como las supervisiones como espacios potencialmente relacionados con el autocuidado. Creemos necesario aclarar que cuando hablamos de supervisión, la comprendemos como un proceso de acompañamiento y desarrollo profesional que busca mejorar la práctica y el bienestar de los profesionales a través de la reflexión



conjunta sobre situaciones laborales, la adquisición de nuevas herramientas y el fortalecimiento de las habilidades interpersonales (Kornelia Rappe-Giesecke, 2018). Además, María Parkansky (2016) define a los ateneos como un tipo de dispositivo pedagógico que promueve el aprendizaje activo a través de la resolución de problemas reales, fomentando la reflexión crítica y el desarrollo de habilidades profesionales.

Sin embargo, las percepciones sobre estos espacios resultaron diversas. Mientras algunas profesionales los valoran como momentos para la reflexión y el apoyo emocional, otras los conciben principalmente como instancias de comunicación formal y actualización teórica. Esta diversidad de perspectivas sugiere que la experiencia del autocuidado en estos espacios es altamente subjetiva y depende de diversos factores. Uno de los factores que se debe tener en cuenta para dicha interpretación es el objetivo de la institución con ese lugar.

Vanina señala que, en el pasado, algunos hospitales ofrecían actividades como "educación física, yoga o caminatas" (cuidados paliativos, p.10) como parte de los programas de salud laboral. Esta evidencia sugiere que, en ciertos contextos, se ha reconocido la importancia de abordar la salud de los trabajadores de manera integral, buscando estrategias que permitan distanciarse de las demandas laborales y fomentar el bienestar físico y mental.

Por otro lado, la falta de continuidad en estas iniciativas sugiere que el compromiso institucional con el autocuidado de los profesionales es limitado. A pesar de ello, observamos que los propios trabajadores, como señala una de las trabajadoras sociales entrevistadas, buscan activamente generar espacios para el cuidado personal, especialmente en áreas como los cuidados paliativos donde la exposición al sufrimiento puede afectar significativamente la salud mental.

Sin embargo, surge la pregunta: ¿cómo se generan estos espacios de autocuidado si las instituciones no los promueven de manera sistemática? En los casos en que existen iniciativas exitosas, estas suelen ser el resultado de la iniciativa y voluntades de los propios profesionales, quienes a través de diversas luchas han logrado demostrar la importancia del autocuidado y garantizar la continuidad de estos espacios:



[...] siempre ha sido más una cuestión de cómo se va gestando en el camino y por iniciativas y voluntades, voluntades muy individuales, no ha sido propiciado por las instituciones (Yanina, p. 11).

También Vanina (cuidados paliativos) resalta la presencia de dichas voluntades, por ejemplo, en buscar momentos con sus colegas para festejar y poder divertirse dentro del momento laboral, como fiestas de cumpleaños, regalos para días conmemorativos, entre otros. Tratando de buscar recovecos y así poder construir dispositivos de cuidado.

Marín Díaz y colaboradores (2013) subrayan en su investigación sobre el Programa Vida Nueva la importancia de los espacios lúdicos y el humor como elementos fundamentales para el cuidado de los equipos. Según estos autores, el autocuidado no se limita a prácticas individuales, sino que también implica la creación de ambientes de trabajo donde se fomenta la diversión, la camaradería y el buen humor. Estos elementos no solo contribuyen a descomprimir la carga laboral, sino que también pueden convertirse en herramientas de intervención con los usuarios. Sin embargo, es crucial establecer límites claros para garantizar que el humor no afecte la profesionalidad de las relaciones laborales.

Otra estrategia institucional fundamental es garantizar la formación continua de los profesionales. Esta formación es percibida por ellos como una herramienta esencial para el autocuidado, ya que les proporciona los conocimientos necesarios para abordar las diversas situaciones que enfrentan en su trabajo y adquirir nuevas perspectivas.

En contraposición, es fundamental resaltar que todas estas estrategias desarrolladas por los profesionales, por valiosas que sean, no pueden sostenerse a largo plazo sin un respaldo institucional sólido. Se requiere un reconocimiento formal de la necesidad de promover el bienestar de los trabajadores y acciones concretas que demuestren un interés genuino en transformar sus realidades laborales.

Adherimos a una visión que reconoce que esta temática está intrínsecamente ligada al contexto político y económico de la institución. Como señala Vanina "en esta gestión actual es como que no es la impronta de cuidar a los trabajadores, ni mucho menos" (cuidados paliativos, p.11). Sin embargo, esta reflexión nos lleva a concluir que la discusión sobre el bienestar de los trabajadores no es opcional, y su ausencia se evidencia de manera constante.



En última instancia también sumamos la naturalización de la ausencia como la normalidad en los profesionales, entendiendo que el espacio no existe, y en base a ello, se pretende buscar eso ausente en la institución fuera de la misma, o también no buscarlo lo cual, como veremos más adelante, trae consecuencias.

No, la institución no te cuida (Yanina, p. 11).

3.4 Autocuidado extrainstitucional: estrategias de resiliencia

En línea con lo expuesto en el apartado anterior, las entrevistas permitieron identificar que, ante la carencia o insuficiencia de respaldo institucional, surgen prácticas de autocuidado extra institucional. Estas se configuran a partir de la iniciativa personal y la asunción de responsabilidades individuales, convirtiéndose en estrategias fundamentales para suplir la falta de apoyo formal.

Estas estrategias, al carecer de un marco de soporte estructurado, se articulan según los recursos, habilidades y posibilidades subjetivas de cada persona. En este sentido, se constituyen como un pilar fundamental para sostener el bienestar, especialmente en aquellos contextos donde las políticas públicas o las instituciones no ofrecen respuestas adecuadas o suficientes. La búsqueda activa de estos espacios personales de cuidado evidencia no solo una capacidad adaptativa por parte de los profesionales, sino también la necesidad urgente de reconsiderar el rol de las instituciones en la promoción de un bienestar integral.

En este marco, las trabajadoras sociales participantes de este estudio vinculan estos espacios de autocuidado con la noción de “espacios sanadores”, los cuales actúan como un “cable a tierra”. Según las propias profesionales, estos espacios permiten “desenchufarse” y “conectar”, funcionando como momentos de distensión indispensables para manejar las tensiones cotidianas y preservar la salud mental.

“Todo lo que me pueda desenchufar digamos de alguna manera” (Alicia, neonatología, p. 4)



como poder encauzar en espacios sanadores y de cuidado esto que nos impacta y que es el malestar tan al desnudo (Yanina, p. 6)

Asimismo, las trabajadoras sociales destacan la importancia de implementar estrategias que promuevan la capacidad de desarrollar una disociación instrumental, entendida como la habilidad de distanciarse emocionalmente de determinadas situaciones laborales sin perder la empatía. Este mecanismo permite abordar las problemáticas de las personas de manera profesional y eficaz, sin que el involucramiento emocional afecte el bienestar personal del trabajador o su capacidad de intervención.

Para profundizar en las estrategias de apuntalamiento, estas pueden definirse, siguiendo al Colegio de Psicólogos (s.f), como acciones orientadas a proporcionar soporte emocional, físico o cognitivo a personas en situaciones de vulnerabilidad, dificultad o crisis, para ofrecer un respaldo sólido y seguro. Entre las estrategias más destacadas mencionadas en las entrevistas se encuentran: la actividad física, terapia psicológica, escritura, comunicación con otros, realización de actividades de ocio y la espiritualidad. A continuación, se presentará una breve explicación de algunas de ellas, enfatizando su relevancia tanto en el bienestar general como en su función como herramientas esenciales para manejar el estrés laboral y emocional.

3.4.1 Escritura reflexiva

Según Francis Bacon (2013), es un espacio donde el profesional puede escuchar su propio diálogo interno, cuestionar sus prácticas y reflexionar para mejorar en su labor. Anderson (1997) sostiene que este tipo de diálogo abre puertas a nuevas posibilidades y perspectivas.

De acuerdo con las profesionales entrevistadas, esta herramienta permite convertirse en lectoras de sus propias producciones, facilitando un distanciamiento crítico. Este proceso pone en juego la subjetividad en interacción con lo objetivo, promoviendo un equilibrio entre ambos planos. Además, la escritura reflexiva genera espacios de aprendizaje significativo al permitir expresar y canalizar las emociones emergentes tanto en el ámbito laboral como en el personal.



Al registrar estas experiencias, las profesionales logran construir una memoria escrita a la que pueden recurrir para retomar procesos de introspección cuando lo necesiten. De este modo, la escritura se convierte en una práctica que no solo aporta al cuidado emocional, sino que también potencia el desarrollo de competencias reflexivas fundamentales para su ejercicio profesional.

Yo creo que la reflexión y muchas veces, por ejemplo, en las situaciones más difíciles me he puesto a escribir esto, la escritura creativa (Vanina, cuidados paliativos, p. 10).

3.4.2 Actividad física

Se define como cualquier movimiento corporal producido por el sistema locomotor mediante la contracción y relajación de los músculos, lo que implica un gasto energético. Este proceso conlleva un aumento en la demanda de oxígeno y nutrientes por parte de los músculos involucrados (Pertuz Naranjo y Vargas Narváez, 2018).

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos ha señalado que el ejercicio físico contribuye a la reducción de la ansiedad, disminuye los síntomas de depresión moderada, mejora el bienestar emocional y aumenta los niveles de energía. Estas propiedades convierten a la actividad física en una herramienta clave no solo para mantener la salud física, sino también para gestionar el estrés y mejorar la calidad de vida.

En las entrevistas realizadas, algunas de las trabajadoras sociales señalaron haber recurrido a la actividad física como respuesta a los efectos del estrés laboral. Vanina, por ejemplo, comentó cómo su incursión en estas prácticas surgió a raíz de problemas de salud vinculados al estrés:

La actividad física en realidad empecé en algún momento con muchos episodios de gastritis, entonces la médica me dice: '¿Tenés alguna actividad? ¿Cómo es tu actividad laboral?' y... (Vanina, cuidados paliativos, p. 11).



Por otro lado, algunas profesionales ya tenían incorporada la actividad física como parte de su rutina, lo cual refleja una mayor conciencia sobre la importancia de contar con espacios de dispersión y cuidado personal. Alicia, por ejemplo, señaló:

Yo hago yoga, o sea, tengo mi actividad física afuera y acá hago yoga (neonatología, p. 5).

Estos testimonios evidencian que la actividad física no solo actúa como una vía para liberar tensiones, sino que también contribuye al desarrollo de hábitos saludables que potencian el bienestar integral, permitiendo a las profesionales manejar de manera más efectiva los desafíos emocionales y físicos derivados de su labor.

3.4.3 Actividades de ocio

Pueden definirse como acciones orientadas a fomentar la distensión, la relajación y la diversión, llevadas a cabo por las personas con el propósito de reducir los niveles de estrés y proporcionar una distracción saludable. Estas actividades pueden integrarse en la rutina diaria, convirtiéndose en hábitos, o realizarse de manera ocasional según las necesidades de cada individuo.

Entre las diversas actividades mencionadas por las trabajadoras sociales durante las entrevistas, destacan el viajar, escuchar música, pintar y cocinar, todas estas contribuyen a la desconexión de las demandas laborales.

Para mí el arte yo pinto pero porque me lleva la mente en blanco y escribir y todo eso no me llevaría, si lectura, si tengo lectura, bueno música y todo eso si pero pintar para mi es mente blanca pinto cuadros, macetas, pinto todo lo que sea pinto y hice el curso de arte, empecé haciendo un curso de arte siempre me gustó la pintura igual, siempre me gustó la pintura y viajar, viajo, siempre que puedo viajo. (Alicia, neonatología, p. 8)

Por ejemplo, a mí me gusta mucho cocinar, entonces, llego a mi casa ponele los viernes y el fin de semana esto, cocinar me encanta (Vanina, cuidados paliativos, p. 10)



Por otro lado, es importante destacar que las profesionales también enfatizan la relevancia de la comunicación con amigos y familiares en relación con las cargas emocionales que enfrentan. Estos espacios de diálogo permiten expresar y procesar lo que les afecta y les impacta emocionalmente. A partir de los aportes de H. A. Bernal Zuluaga (2020), se comprende que las redes de apoyo no solo constituyen una estructura fundamental que brinda soporte al individuo, sino que también son un recurso significativo para su vida laboral, profesional y educativa.

Como señala Vanina (cuidados paliativos, p. 10): “[...] el poder hablar con amigas, a veces con mi mamá, de esto, de tal situación [...]”. Yanina añade: “[...] las amistades, poder hacer foco en otras cosas, poder distraerme con otras cosas, lo artístico” (p.7). Estas declaraciones evidencian que la interacción social se convierte en un recurso vital para la gestión emocional y el bienestar, facilitando un espacio donde pueden compartir y reflexionar sobre sus experiencias.

3.4.4 Terapia psicológica

Dada la complejidad de los desafíos que enfrentan los profesionales de la salud en su práctica cotidiana, se vuelve imprescindible contar con espacios de terapia psicológica. La mayoría de los profesionales reconoce la importancia de estos espacios como lugares de vaciamiento emocional, donde se produce una descompresión necesaria para continuar con su trabajo. Tal como los buzos que, al descender a grandes profundidades, soportan una inmensa presión y requieren pausas para descomprimir antes de regresar a la superficie, los profesionales, expuestos a contenidos de alta carga emocional, necesitan estos momentos de vaciamiento antes de retomar sus tareas habituales. (AM Arón, MT Llanos, 2004).

Asimismo, entendemos que la terapia psicológica tiene como objetivo modificar conductas o pensamientos, lo que permite afrontar de manera más efectiva los dilemas éticos que puedan surgir en el día a día laboral.

“En términos personales para mí, como que el espacio terapéutico principalmente es como un cable a tierra, la posibilidad también de diferenciar, de distanciar, de procesar lo personal.” (Yanina, p. 7)

“[...] uno haga terapia, hablarlo con tu psicólogo y eso.” (Alicia, neonatología, p.



3)

3.4.5 Espiritualidad

Puede ser entendida como una dimensión inherente al ser humano que lo impulsa a reflexionar sobre su propia existencia, buscando un sentido y propósito en la vida. Esta dimensión puede manifestarse a través de diversas expresiones, como las religiones y creencias, y constituye una estrategia fundamental para el autocuidado en entornos de salud.

Aunque no se hallaron estudios específicos que vinculen directamente la espiritualidad con el trabajo social, podemos inferir, a partir de las entrevistas realizadas, que su impacto en esta profesión podría ser similar al observado en otras disciplinas. La recurrente mención de la espiritualidad en los testimonios refuerza esta hipótesis.

En primer lugar, es fundamental comprender que la forma en que un profesional concibe la muerte influirá directamente en su capacidad para intervenir ante ella. Posteriormente, como señalan Rosado-Pérez G. y Varas-Díaz N. (2019) si esta comprensión está impregnada de espiritualidad y de una visión integral del ser humano, se ampliará considerablemente el abanico de posibilidades de intervención y posterior afrontamiento por parte el profesional.

En las entrevistas, Vanina destacó que su perspectiva espiritual le proporcionó una herramienta fundamental para afrontar el trabajo diario en el hospital. Esta visión le permitió no solo encontrar sentido en las situaciones difíciles, sino también desempeñar un papel crucial en la aceptación del fallecimiento de los pacientes y en el acompañamiento de sus familiares. Lo manifiesta de la siguiente manera:

[...] el poder hablar con amigas, a veces con mi vieja hablo de esto, de tal situación, el tema también de la espiritualidad [...] (Vanina, cuidados paliativos, p. 3).

Si bien el reconocimiento de la espiritualidad como un pilar fundamental en la experiencia humana no suele estar entre las primeras estrategias mencionadas, nuestro análisis sugiere que es en los momentos de mayor vulnerabilidad, como en la fase final de la vida, tanto a nivel personal como profesional, cuando la espiritualidad emerge



como una necesidad ineludible (Filipovich Vegas, E., Gallardo González, S., & Prieto Benítez, A. 2023).

En consonancia con otras profesiones, observamos la adopción de ciertos ritos que ayudan a los profesionales a enfrentar el impacto emocional de los procesos de muerte. Entre estos ritos se destaca, por ejemplo, el cierre de casos entre colegas, el cual trata de un diálogo abierto sobre los sentimientos de todos los profesionales frente a ese suceso, donde se validan pensamientos y se intentan acompañar en el proceso de aceptación de esa ausencia. Un acto que no necesariamente surge de una iniciativa institucional, sino que nace de la voluntad de los mismos profesionales, quienes comienzan a construir estos rituales de manera colectiva. Así como lo menciona Vanina “[...] hacemos cierre de pacientes de los que van falleciendo [...]” (p.10).

Integrar una perspectiva espiritual en la práctica del trabajo social no solo beneficia a las personas con las que se trabaja, sino que también constituye una valiosa estrategia de autocuidado para los propios profesionales, permitiéndoles hacer frente a las demandas emocionales del trabajo.

3.5 Autocuidado en el ámbito profesional: resultados de la presencia o ausencia de estrategias de soporte

El trabajo social en instituciones de salud, como ya nos referimos antes, se caracteriza por una alta complejidad, dado que los profesionales se enfrentan constantemente a problemáticas y tensiones que pueden generar un gran desgaste emocional. A esto se suma una carga laboral excesiva y, en muchos casos, la falta de apoyo institucional, lo que configura un ambiente de trabajo tóxico.

Para dar respuesta a ese trabajo tóxico, ya desarrollamos en los anteriores apartados algunas estrategias, de tipo colectivas, institucionales y personales, es por ello que cabe preguntarnos ahora ¿qué consecuencias puede generar la ausencia de dichas estrategias de autocuidado en los trabajadores sociales?

3.5.1 Muerte en vida: consecuencia de la carencia de herramientas.

La afirmación de Viviana (neonatología, p. 4) “[...] no somos una piedra nosotros y te llevas todo eso a tu casa, todo lo que has vivido no es fácil. Pienso que debería haber más espacios”. Pone en manifiesto la dificultad de establecer una clara separación entre el ámbito profesional y la vida personal, especialmente cuando las



problemáticas laborales no se abordan de manera adecuada en el entorno de trabajo. Al no contar con espacios para procesar las experiencias y emociones asociadas a situaciones difíciles, los profesionales terminan llevándose consigo una carga emocional que se acumula y que deben gestionar por sí mismos.

Esta responsabilidad individual impuesta a los trabajadores transforma el autocuidado en un privilegio al alcance de quienes disponen de tiempo libre. Quienes asumen otras cargas, como tareas de cuidado, ven cómo el tiempo se escapa, dejando de atender síntomas que se agudizan por la carga constante del cuerpo.

Estos síntomas, que pueden ser tanto psicológicos (ansiedad, estrés, desinterés, desesperanza, falta de atención, pérdida de creencias y valores) como somáticos (agotamiento, dolores musculares, problemas gastrointestinales), no solo afectan al individuo a nivel personal y laboral, sino que también pueden repercutir en su entorno familiar, social y laboral. Este conjunto de síntomas es lo que se conoce como "fatiga por compasión", "burnout" o "síndrome del quemado". En el mismo, se produce una baja funcionalidad en su vida, en su trabajo y haciendo estragos en la calidad de vínculos que establece el sujeto (Pintado, S. 2018).

Quemarse, quemarse mucho... y más con situaciones así, muy... muy... donde la vida está implicada, digo... muy estar sobre el límite viste (Yanina, adolescencias, p. 11)

Asimismo, algunos autores aluden a que otros síntomas que pueden presentarse son: el sentimiento de culpa por parte de los profesionales que puede traducirse en la autoinculpación por la falta de logros con los sujetos, o en el otro extremo, sentimientos de omnipotencia. Vivencias que se mueven en los polos de impotencia y omnipotencia, de autoculpabilización y culpabilización de otros (A. M. Arón, M.T Llanos, 2004)

Debemos prestar atención a ese "algo" que carga sobre nosotros pero que no se ve, y que Yanina describe cómo "quedarnos muertos en vida" (p.11). Esta carga invisible, no impide que los profesionales continúen trabajando, pero sí los lleva a un estado de agotamiento emocional y desgano, volviéndose autómatas y ejecutando tareas sin razón.

No solamente cuando hay riesgo de vida biológico, a veces hay riesgos en cuanto a la salud mental que es como quedarnos muertos en vida, entonces digo



no es solamente morirnos físicamente, y hoy se está incrementando mucho (Yanina, adolescencias, p. 12).

Una experiencia directa de cómo puede afectar esta ausencia de autocuidado, es el caso de la profesional Patricia, que nos relata de una situación que le generó graves “secuelas” en la salud mental, ella expresó “Me afectó tanto que yo salí, me había tocado ir a buscar a la escuela a mi hijo, y cuando salgo, por no sé qué acto, me encontré como pérdida. Yo no sabía dónde estaba mi auto, no sabía si había ido con el auto, si me habían llevado, no sé. Como que tuve, no sé si ausencia [...]” (Patricia, especialista en duelo)

De esta forma, observamos que el burnout es frecuente en profesiones donde la noción de “vocación”, entendiéndose como el accionar de un trabajo sin buscar nada a cambio, tiene una fuerte presencia y en las que la cotidianidad tiende a desdibujar la visión idealista del quehacer profesional. Así como ya se mencionó, en relación con la precarización en profesiones como el trabajo social, las consecuencias de estar inmerso en entornos laborales tóxicos agravan aún más la situación al no disponer de herramientas que permitan mitigar estos impactos.

3.5.2 Beneficios del autocuidado en el desempeño profesional y personal

Si bien las estrategias institucionales son escasas en los entornos laborales, es importante destacar que existen, como señala Foucault (1976) contra dispositivos que fomentan el autocuidado, tanto dentro como fuera de las organizaciones, como ya se ha señalado. Al analizar los resultados, se evidencian transformaciones y diferencias significativas entre quienes cuentan con estos espacios y quienes no.

Fuera de la normalización de la búsqueda absoluta de los profesionales de aquellos contextos sanadores, creemos necesario destacar que, aunque esta sea la realidad laboral, dicha situación aporta a un bienestar.

Se demostró en las entrevistas que las profesionales tienen experiencias mucho más satisfactorias con el trabajo y con su entorno cuando pueden generar y asistir a esos espacios.

[...] donde se siente como más a gusto, ósea a mí el trabajo en general me encanta, me encanta lo que hago, me encanta. Siempre digo que es un privilegio



poder trabajar de lo que te gusta, además de haber estudiado esto, me encanta lo que hago (Alicia, neonatología, p. 1).

Reconociendo que el bienestar también contribuye a una mayor productividad en el cumplimiento de las responsabilidades, una comunicación más asertiva y en base a ello un profesional que puede dar mayores respuestas. Con esto, también nos referimos que el poder garantizar el cuidado del profesional no solo beneficia individualmente al trabajador social, sino también a la institución y a los sujetos que asisten a la misma.

La posibilidad de poder tener tiempos donde el trabajo y las situaciones experienciales en el mismo sean ausentes en la rutina extrainstitucional de las personas hace a hábitos saludables. Como agrega Alicia (neonatología, p. 8) “[...] yo pinto, pero porque me lleva la mente en blanco”. La metáfora de la mente en blanco podemos tomarla como una referencia a ese sentimiento de que no estamos en totalidad unido con esa productividad, que podemos contar con descanso y que ese descanso, contrario a lo que se piensa muchas veces, hace que la vuelta a la vida laboral sea con una mayor motivación.

Por otra parte, también es importante el distanciamiento dentro de la institución, poder frenar y “ver con otros ojos” lo que ocurre y cómo podemos darle respuesta. Como señala Martínez Pérez (2010) ese descentramiento tiene que ver con la capacidad de observar pensamientos, emociones y sensaciones corporales, desde lo negativo hacia lo positivo, lo cual muestra una mayor reducción de niveles de estrés, mejorando las capacidades de resiliencia frente a situaciones problemáticas y previniendo el burnout.

Contar con un respaldo institucional que ofrezca herramientas de autocuidado sería ideal, no solo para el bienestar del profesional, sino también para la calidad de su trabajo. Sin embargo, ante la falta de este tipo de apoyo en muchas instituciones, se vuelve fundamental que los profesionales tomen conciencia de la importancia de los espacios sanadores en su vida cotidiana, fuera del ámbito institucional. Esto se evidencia en los testimonios de la mayoría de los trabajadores sociales de este estudio, quienes destacan de forma clara y positiva los beneficios de estos espacios de autocuidado. No obstante, en algunos casos, esta necesidad sólo se reconoce en situaciones límite de desborde emocional.



Yanina (adolescencias) en referencia a estos momentos, expresa: “Me ha resultado sumamente sano, un alivio... ehh... digo, poder sacarlo, poder ponerlo sobre la mesa, poder pensarlo” (p. 5). En otro testimonio, añade: “Anclar en otro tipo de actividades donde conectar nada con... el placer de hacer otras cosas, creo que también eso ha sido sanador y son los espacios que busco cuando siento que la cosa está a punto de desbordar” (Yanina, pág. 7). Vanina (cuidados paliativos, p. 11) por su parte menciona: “Yo creo que un factor protector es el equipo, es revisarse [...]”. Estos testimonios ponen en evidencia cómo la creación de estos espacios de autocuidado puede ser clave para prevenir situaciones de agotamiento emocional.

En este sentido, se vuelve fundamental realizar una vigilancia epistemológica constante, que permita al profesional una introspección profunda para identificar los factores que le afectan y, así, prevenir el desborde emocional señalado. Esto cobra relevancia al reconocer que, en el ámbito laboral, la completa objetividad no es alcanzable; existe siempre un componente de subjetividad en cada tarea cotidiana. Como menciona Alicia (neonatología, pág. 1): “Obviamente no podés ser objetivo en el trabajo, siempre tocas tu parte personal y subjetiva, entonces bueno, yo creo que tiene que ver con eso”.

De esta manera, en este capítulo se ha destacado la importancia del autocuidado en el trabajo social, subrayando que, debido a las altas demandas emocionales y laborales, los profesionales de esta área están expuestos a riesgos como el agotamiento emocional. El autocuidado, tanto personal como institucional, es clave para mantener su bienestar físico y mental.

Se visualizó que el autocuidado no surge de forma espontánea, sino que se desarrolla a través de la experiencia laboral, especialmente ante la falta de formación específica en la universidad. Los profesionales aprenden a equilibrar las demandas laborales con sus necesidades personales, reconociendo la importancia de prácticas como la escritura reflexiva, la actividad física, la terapia psicológica y la espiritualidad para gestionar el estrés.

A pesar de lo esencial que resultan estas estrategias, la falta de apoyo institucional adecuado deja a los trabajadores sociales dependiendo de sus propios recursos. Esta carencia institucional puede tener graves consecuencias, como el



burnout, que afecta tanto el desempeño laboral como el bienestar personal, y repercute en el entorno familiar y social del profesional. En este sentido, el autocuidado también tiene un impacto directo en la calidad de vida fuera del ámbito profesional, lo que a su vez afecta la productividad y la capacidad de respuesta en el ejercicio de su labor.

Es así que, por un lado, se demostró que no existe una única forma de garantizar el autocuidado; y por el otro, se destacó que este debe ser abordado de manera integral, involucrando tanto la acción individual de los profesionales como un compromiso constante de las instituciones. Solo así será posible promover un ambiente laboral saludable y sostenible que permita a los trabajadores sociales cuidar de su salud emocional y física mientras realizan su labor en contextos desafiantes.



Conclusiones

El presente estudio se propuso comprender las formas de afrontamiento que predominan entre los trabajadores sociales de instituciones de salud del Gran Mendoza frente a situaciones de muerte infantil, neonatal y duelo familiar. A través de entrevistas en profundidad y el uso de la teoría fundamentada como análisis, se exploraron las estrategias de intervención con las familias, las prácticas de autocuidado de los profesionales y la manera en que vivencian el acompañamiento en procesos de fin de vida. Los resultados obtenidos permiten afirmar los siguientes postulados.

En la primera parte de esta investigación se analizó cómo el trabajo social en el ámbito institucional, específicamente en cuidados paliativos, neonatología y áreas infanto-juveniles, organizan sus intervenciones en dos grandes grupos: por un lado, las intervenciones técnico-instrumentales, vinculadas a la gestión de insumos para procedimientos médicos y otros recursos; y por otro, las intervenciones de acompañamiento, orientadas a la creación de espacios terapéuticos. Asimismo, los discursos de las profesionales insertas en el área de salud reflejan una fuerte presencia de concepciones de salud integral, las cuales permiten comprender cómo interpretan y abordan las diversas demandas que llegan al hospital, integrando dimensiones biológicas, psicológicas y sociales en sus intervenciones.

Como se vio en el Capítulo I, las principales intervenciones que se llevan a cabo con las familias abarcan un amplio espectro: desde brindar información necesaria y establecer vínculos cercanos que faciliten mediar la comunicación con la institución, hasta convertirse en un soporte fundamental para las familias que enfrentan situaciones de malestar y preocupación. Por otro lado, se destacó la importancia de que el trabajador



social, en ausencia de otros apoyos, se convierta en un espacio de contención para los dolores y las vivencias cotidianas de las familias.

Al 'alojar' estos dolores, vimos como los profesionales se enfrentan a una constante disyuntiva: desean aliviar el sufrimiento familiar, pero en esa misma acción muchas veces se sobrepasan. Este límite se ve condicionado por las restricciones institucionales, donde los intereses organizacionales pueden ser diferentes a las metas de los profesionales. La escasez de recursos y las demandas institucionales a menudo obligan a los profesionales a sobrepasar sus límites, lo que genera una tensión entre lo que se espera de ellos y lo que realmente pueden ofrecer. En este contexto, la vocación emerge como un motor fundamental, impulsando a los profesionales a continuar trabajando en condiciones precarias, motivados por esa representación que se tiene y tienen de ellos mismos. Sin embargo, pudimos ver cómo a pesar de estos límites institucionales, las trabajadoras sociales tienen una autonomía, que nos llevó a pensar en la capacidad del margen de maniobra que tiene nuestra profesión, vinculada a nuestros posicionamientos éticos, políticos, ideológicos, metodológicos, etc.

Por otro lado, la intervención analizada pone de manifiesto la posibilidad de la interdisciplina, concebida por los profesionales como un trabajo colaborativo que supera los límites de los saberes específicos de cada disciplina, permitiendo una integración de perspectivas y acciones fundamentadas. No obstante, el análisis realizado desde nuestra perspectiva como tesistas revela que, si bien la interdisciplina es una herramienta multifacética y esencial en el ámbito profesional, su recurrencia suele originarse en la ausencia de una acción profesional específica propia de la disciplina o en las dificultades de los profesionales para delimitar sus ámbitos de intervención. Esto afecta particularmente al trabajo social, que en ocasiones carece de una definición clara y acotada de su campo de acción, lo que lo lleva a depender de la interdisciplina como medio para justificar y sostener sus intervenciones.

En función de lo anterior, se sugiere como posible recomendación para futuras investigaciones profundizar en el análisis de la interdisciplina, especialmente en relación con la construcción y delimitación de las acciones profesionales y competencias específicas del trabajo social dentro del ejercicio profesional.



Por otro lado, se demostró que la labor en el ámbito de la salud, que implica una interacción constante con personas que experimentan sufrimiento, conlleva una exposición significativa a vivencias emocionales intensas. En este sentido, los profesionales experimentan con frecuencia sentimientos negativos como ansiedad, impotencia y percepción de injusticia.

Estos sentimientos surgen de la participación en situaciones donde las personas con las que se trabaja experimentan sufrimiento como enfermedades, conflictos relacionales o procesos de muerte, y estos a su vez, agravados por condiciones del contexto donde están inmersos. Esto coloca al profesional en una posición compleja, donde a menudo percibe que sus conocimientos e intenciones superan las posibilidades reales, generando sentimientos de incapacidad.

Asimismo, se constató una estrecha relación entre las emociones experimentadas por los profesionales y sus vivencias personales. En numerosas ocasiones, las profesionales expresaron la necesidad de establecer límites claros en situaciones que pudieran evocar experiencias traumáticas o conflictos. En la mayoría de las profesionales, se observó que el rol de la maternidad influye significativamente en sus intervenciones diarias en instituciones pediátricas, evidenciándose en una tendencia a evitar situaciones donde niños, niñas y adolescentes sufran, debido al temor de encontrar similitudes con su realidad.

Si bien se evidenciaron experiencias negativas, también se encontraron vivencias positivas relacionadas con el respaldo de colegas y la comunicación continua, donde se vio una posibilidad de enfrentar circunstancias desde lo colectivo. A su vez, la formación especializada (por ejemplo, especialización en cuidados paliativos) y el interés en el área donde ejercen, en este caso, pediatría, quedaron expuestos como posibles factores protectores. La presencia de espacios de autocuidado dentro de las instituciones resultó ser un factor determinante en la experiencia positiva de los profesionales, destacando la necesidad de fomentarlos.

Por otra parte, las vivencias y sentimientos de las profesionales en relación con la muerte son diversos. Mientras algunas señalan que la finitud de la vida no las impacta de manera profunda, otras destacan la necesidad de un trabajo personal y profesional para afrontar la muerte de la mejor manera posible, subrayando la importancia de un



cambio de perspectiva en relación a esta. Sin embargo, todas coinciden en que estar presentes en una muerte genera sentimientos variados, como incomprensión, enojo, desesperación, e incluso la necesidad de evitar estos contextos, aún más si el fenómeno de la muerte no es cotidiano en el quehacer profesional de esa trabajadora social.

Se observará una clara diferencia en las experiencias emocionales de los profesionales de neonatología y cuidados paliativos, lo que refleja las distintas perspectivas que ambas áreas tienen sobre el ciclo de vida. Mientras que en neonatología predomina la esperanza de que los neonatos y sus madres puedan continuar con su ciclo vital, en cuidados paliativos, donde el acompañamiento se centra en el final de la vida, prevalece una visión más resignada sobre el desenlace. Este contraste en las perspectivas de vida y muerte impacta de manera diferente en las emociones de los profesionales, evidenciándose un menor sufrimiento emocional en las profesionales de neonatología en comparación con las de cuidados paliativos, quienes experimentan un impacto emocional mucho más significativo debido a la naturaleza de su trabajo.

En este contexto, la importancia del autocuidado se presenta como una necesidad imperiosa para los trabajadores sociales que se enfrentan a situaciones de alta demanda emocional. La ausencia de estrategias de autocuidado no solo incrementa el riesgo de sufrir agotamiento emocional y despersonalización, síntomas propios del burnout, sino que también puede llevar a los profesionales a experimentar un profundo sentimiento de apatía y desgano, un estado que muchos describen como "morirse en vida". Esta falta de autocuidado puede desencadenar una pérdida de sentido del trabajo, generando sentimientos de culpa, impotencia y reduciendo la capacidad de los profesionales para conectarse con su trabajo, convirtiéndolos en meros ejecutores de tareas sin propósito ni satisfacción personal.

En el Capítulo III se analizó cómo los trabajadores sociales recurren a diversas estrategias de autocuidado, tanto individuales como colectivas, para enfrentar el estrés y el desgaste emocional. Estas estrategias incluyen técnicas de relajación, ejercicio físico, actividades recreativas, apoyo social e incluso la espiritualidad, que emerge como un recurso relevante para algunos profesionales. Si bien estas prácticas contribuyen a que los profesionales se sientan más a gusto en su quehacer cotidiano, su implementación se ve frecuentemente limitada por factores como la falta de tiempo,



recursos económicos y las exigencias asociadas a los múltiples roles familiares y laborales. Aunque estas estrategias son valiosas, en muchos casos resultan insuficientes para abordar integralmente las demandas emocionales y laborales del ejercicio profesional.

A lo largo de este trabajo, se analizaron cómo algunas barreras institucionales dificultan la implementación de estrategias efectivas de autocuidado, como la ausencia de políticas específicas y una cultura organizacional que prioriza la productividad sobre el bienestar de los trabajadores, percibiendo el autocuidado como una debilidad. Asimismo, se evidenció que la disponibilidad de espacios destinados al autocuidado varía entre instituciones y, en muchos casos, depende exclusivamente de la iniciativa individual de los profesionales, lo que refleja la falta de estrategias institucionales formales para abordar esta necesidad.

En este sentido, se recomienda incorporar la formación en autocuidado dentro de los planes de estudio de las carreras relacionadas con el trabajo social, así como crear espacios de apoyo dentro de las instituciones y desarrollar políticas que promuevan activamente el bienestar de los trabajadores. Estas acciones permitirían mitigar los efectos emocionales derivados del trabajo, garantizando un ambiente laboral más saludable y sostenible. La implementación de estas estrategias no solo mejoraría la calidad de vida de los profesionales, sino que también contribuiría a un desempeño más eficaz y abarcativa en su trabajo diario.

La revisión teórica previa al trabajo de campo ya nos había permitido anticipar la complejidad del impacto emocional que los trabajadores sociales experimentan frente a la muerte. Se identifican varios factores que influyen en la intensidad y naturaleza de esta experiencia, tales como la edad del fallecido, las causas de la muerte y las representaciones sociales asociadas a cada etapa de la vida. En particular, se esperaba que las muertes ocurridas en la infancia y adolescencia generarán un mayor impacto emocional debido a la ruptura de la expectativa de vida y a la sensación de "injusticia" que suelen acompañar a estas pérdidas.

Sin embargo, el análisis de los datos obtenidos a través de las entrevistas reveló un hallazgo significativo: si bien la edad de los pacientes influye en el impacto emocional que estos generan en los profesionales, esta variable adquiere una relevancia particular



en relación con la forma en que se gestiona la entrega de información, lo que a su vez condiciona las modalidades y estrategias utilizadas para tal fin, adaptándolas a las características y necesidades específicas de esta etapa del desarrollo.

En relación a las causas de fallecimiento (enfermedad, muerte súbita, suicidio, entre otras) la información obtenida nos permitió ver que, si bien influyen, su repercusión es más evidente en las etapas posteriores al deceso. Es decir, las causas de muerte adquieren mayor relevancia en el proceso de elaboración del duelo, donde influyen en la forma en que la familia atribuye sentido al suceso y en la manera en que el profesional acompaña este proceso.

Asimismo, pudimos ver que el punto de quiebre en los profesionales, ante una mayor repercusión ante la muerte, se encuentra estrechamente ligado a las condiciones previas a este suceso. Las entrevistas revelaron que el impacto es aún mayor cuando la persona fallecida o sus vínculos cercanos han experimentado contextos de tensión, relacionados con necesidades básicas, condicionantes institucionales, sufrimientos físicos y, sobre todo, cuando el proceso de muerte no se desarrolla como se esperaba, caracterizado por la ausencia de acompañamiento y sentimientos de soledad.

No obstante, se evidenció, en los casos estudiados, una ausencia en la provisión de un apoyo integral a las familias en duelo dentro del ámbito institucional. Si bien la derivación a otros servicios es una práctica común, resulta fundamental desarrollar programas internos que permitan ofrecer un acompañamiento personalizado y continuo a lo largo de todo el proceso de duelo, evitando una única opción de accionar.



Referencias

- Acosta López, A., España, C., Jiménez, K., Suárez, J., Ortiz, S., & Vanegas, Y. (2016). Capacidad de afrontamiento de las enfermeras ante la muerte en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales en Cartagena. Universidad de Cartagena, Facultad de Enfermería.
- Alfageme, A. (2014). De la participación al protagonismo: infancias. Cuadernillo. Recuperado de https://eadfcypsgrado.uncu.edu.ar/pluginfile.php/179918/mod_resource/content/1/
- Aquín, N. (2003). El trabajo social y la identidad profesional. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, (8), 99-110. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i8.7366>
- Áron, A. M., & Llanos, M. T. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas familiares*, 20(1-2), 5-15.
- Arranz, P., et al. (2003). Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y Protocolos. Barcelona: Edit. Ariel Ciencias Médicas.
- Bacci, P. (2017). Pérdida y permanencia. El duelo en personas que donan los órganos de un familiar fallecido. Recuperado de https://www.csic.edu.uy/sites/csic/files/bacci_perdida_y_permanencia_psico.pdf
- Bermejo Higuera, J. C. (n.d.). La escucha activa en cuidados paliativos. *Ars Medica, Revista de Ciencias Médicas*. Recuperado de <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>



- Bermúdez Peña, C. (2011). Intervención social desde el Trabajo Social: Un campo de fuerzas en pugna. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, 16, 83-101.
- Bianchini Matamoros, M. (1997). El síndrome del burnout en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 13-14(2-1-2), 1-12.
- Blanco, C. (2010). La vigilancia epistemológica en ciencias sociales. Recuperado de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/47198052/La_vigilancia_epistemologica_e_n_Ciencias_Sociales20191029-117120-1xn8lq2-libre.pdf
- Bluebond-Langner, M., & DeCicco, A. (2006). Children 's views of death. In A. Goldman, R. Hain, & S. Liben (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Care for Children* (pp. xx-xx). Oxford University Press.
- Botello Vela, N., Garzón Vásquez, L. F., & Mayorga, J. M. (2019). Trabajo social: Cuidados paliativos y sentido de vida para la muerte.
- Ceriani, C. (2001). Notas histórico-antropológicas sobre las representaciones de la muerte. *Revista Archivo Argentino de Pediatría*, 107(3), 326-336. Recuperado de <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2001/326.pdf>
- Chipana Beltrán, F. N. (2015). Vivencias y significado del duelo de la madre que ha sufrido una muerte neonatal en Huancayo 2013. Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa, Perú. <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/cd592273-f7ff-48cb-b42d-d3c8cd5b811c/content>
- Cohen, N., & Gómez Rojas, G. (2019). Metodología de la investigación, ¿para qué?: la producción de los datos y los diseños. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.
- Correa-Arango, M. E., Corena-Argota, A., Chavarriaga-Estrada, C., García-Valencia, K., & Usme-Baena, S. (2019). Funciones de los trabajadores sociales del área de la salud en los hospitales y clínicas de tercero y cuarto nivel de la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista Eleuthera*, 20, 1-15. <https://doi.org/10.17151/eleu.2019.20.11>
- Cruzat Olavarrieta, A. (2015). Teoría de sistemas naturales de Murray Bowen: Un nuevo entendimiento de los procesos de salud/enfermedad al interior de las familias y



las organizaciones. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 17(66), 101–110.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000300022>

De la Aldea, E., & Lewkowicz, I. (n.d.). La subjetividad heroica. Recuperado de
<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/47198052/LaSubjetividadHeroicaElena-libre.pdf?1468361850>

Di Maio Campos Toledo, L. R. (2015). El tema del duelo en la práctica del trabajador social. *Trabajo Social*, 17(2), 239-252. Bogotá: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.

Fajardo-Chica, D. (2020). Sobre el concepto de dolor total [Documento de curso]. Recuperado de
https://www.edumargen.org/docs/2020/curso58/unid02/apunte05_02.pdf

Falla Ramírez, U., & [et al.]. (2021). *Formas y horizontes del trabajo social: Códigos de poder saber* (1a ed.). Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. ISBN 978-958-5198-01-2.

Figueredo Borda, N., Ramírez-Pereira, M., & Lasida, J. (2021). Cuidado al final de la vida: La escritura reflexiva como estrategia de aprendizaje para las enfermeras. *Revista Presencia*, 17, e13398. <https://ciberindex.com/p/p/e13398>

Fonnegra, I. (1999). De cara a la muerte: Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir plenamente. Editorial Andrés Bello, Colombia.

Fuente, J. R. de la, & Heinze, G. (2014). *Salud mental y medicina psicológica* (2a ed.). McGraw Hill, UNAM.

García, S. M. (2012). Problemática de la familia, niñez, adolescencia y ancianidad” Modulo II “El niño y Adolescente en la Sociedad Actual” Documento de cátedra.
https://eadfcpysgrado.uncu.edu.ar/pluginfile.php/179923/mod_resource/content/1/

Giménez, K. (2020). Concepciones sobre muerte y duelo. Trabajo Final de Grado, Modalidad Monografía, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Gobierno de Mendoza. (2001-2024). InfoSalud Mendoza. [Sitio web].
<https://infosalud.mendoza.gov.ar/>



- Guedes Fontoura, Elaine, & Oliveira Santa Rosa, Darci De. (2013). Vivencia de las enfermeras ante los cuidados en el proceso de muerte. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 25-29.
- Gutiérrez Cuevas, A. (2009). Manejo de duelo en las madres y padres que pierden a su hijo o hija de forma inesperada. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill Education. (Capítulos 7: pp. 126-131 y 152-169; 8: pp. 170-187).
- Hussein, S. (2018). Compromiso laboral, agotamiento y logros personales entre los trabajadores sociales: Una comparación entre los que trabajan en los servicios para niños y adultos en Inglaterra. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45, 911–923. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0872-z>
- Jiménez Díaz, M. (2021). Acompañamiento a las familias en duelo por suicidio, desde la perspectiva del trabajo social. Facultad de Educación y Trabajo Social Pere Tarrés, Universidad Ramón Llull.
- Koch, C. L., Rosa, A. B., & Bedin, S. C. (2017). Más noticias: significados atribuidos la práctica asistencial neonatal/pediátrica. *Revista Bioética*, 25(3), 313-324. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253214>
- Kreitzer, L., Shurer, J., Book, E., Zerden, L., & Guan, T. (2024). Ámbito de práctica del trabajo social en la enfermedad de Parkinson: Un estudio cualitativo. *Journal of Social Work*, 24(1), 40-57. <https://doi.org/10.1177/14680173231207959>
- Kübler-Ross, E. (1998). Conferencias. Morir es de vital importancia. Barcelona: Luciérnaga.
- Lamm, E., Jacob, G., & Aizenberg, M. (2020). Cuidados, derechos y decisiones en el fin de la vida. Red de Cuidados. *Revista Interdisciplinaria*, 13(2), 27-44. <https://redcuidados.conicet.gov.ar/>
- López Castedo, A., Sueiro Domínguez, E., & López García, M. C. (2004). Ansiedad ante la muerte en la adolescencia.



- Marín, J., Marín, R., Plata, N., & Vega, A. M. (2024). Documento de cátedra, educación sexual integral. IES Prof.
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, nº 112. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Martino, R., del Rincón, C., Catá, E., & Montalvo, G. (2009). Cuidados paliativos pediátricos: El afrontamiento de la muerte en el niño oncológico. *ResearchGate*. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Ricardo-Martino/publication/27595707_Cuidados_paliativos_pediatricos_el_afrontamiento_de_la_muerte_en_el_nino_oncologico/links/54b81b8f0cf28faced6203b1/Cuidados-paliativos-pediatricos-el-afrontamiento-de-la-muerte-en-el-nino-oncologico.pdf
- Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 86-90, 90-96). Barcelona: Gedisa.
- Monterosso, L., Kristjanson, L. J., Aoun, S., & Phillips, M. B. (2007). Necesidades de cuidados paliativos y de apoyo de las familias de niños con enfermedades potencialmente mortales en Australia Occidental: evidencia para guiar el desarrollo de un servicio de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 21(6), 689-696.
- Morales Villena, A. (2010). *Género, mujeres, trabajo social y sección femenina. Historia de una profesión feminizada y con vocación feminista* (Tesis doctoral).
- Ornelas Bernal, A., & Brain Calderón, M. L. (2019). Una aproximación al ejercicio profesional del Trabajo Social en las áreas de salud y asistencia social desde la percepción de los diversos actores. *Trabajo Social UNAM*, (18), 77-93. <https://revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/69817>
- Ortega Guevara, N. M., & Arteaga Yáñez, Y. L. (2021). Comprendiendo a la muerte por COVID-19 en las unidades de cuidado intensivo: Una visión desde la enfermería. *Revista Enfermería Actual*, 25(50), 22-33.



- Palazio Galo, E. (2014). Michel Foucault y el saber poder. Recuperado de <http://repositorio.ucsh.cl/xmlui/bitstream/handle/ucsh/2969/Michel%20Foucault%20y%20el%20saber%20poder.pdf?sequence=1>
- Parola, R. N. (2016). Intervención profesional: ¿Atrapada en los contextos, espacios de intervención y/o de las condiciones socio institucionales/laborales? *Comunicación presentada en el XXVII Congreso Nacional de Trabajo Social, San Juan, Argentina.*
- Pastor Montero, S. M., Romero Sánchez, J. M., Hueso Montoro, C., Lillo Crespo, M., Vacas Jaén, A. G., & Rodríguez Tirado, M. B. (2011). Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 19(6), 1405–1412. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000600018>
- Pérez Martínez, A. C. (2018). El afrontamiento en familias de niños con cáncer: Un estado del arte. Universidad Cooperativa de Colombia.
- Pérez, M.^a (2019). Trabajar con la muerte desde el Trabajo Social. Implicaciones antropológicas, psicológicas, bioéticas y legales. *Trabajo Social Hoy* 92, 7-26. doi:10.12960/TSH.2021.0001.
- Pertuz Naranjo, L. A., & Vargas Narváez, M. A. (2018). Actividad física como técnica de autocuidado en estudiantes universitarios [Trabajo de grado, Universidad de Córdoba]. Recuperado de <http://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/a331760b-854d-4471-b4b9-1f124dc32e9c/content>
- Piaget, J. (1984). *La representación del mundo en el niño*. Madrid: Ediciones Morata.
- Pintado, S. (2018). Programas basados en mindfulness para el tratamiento de la fatiga por compasión en personal sanitario: Una revisión. *Revista [nombre de la revista si está disponible]*, recibido el 26 de febrero de 2018, aceptado el 30 de mayo de 2018.
- Rodríguez Piaggio, A. M. (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagogía*, 26(80).



- Rosado-Pérez, G., & Varas-Díaz, N. (2019). Experiencias y proceso de duelo entre profesionales de enfermería oncológica. *Investigación y Ciencia en Salud*, 23(2), 27-41.
- Saar-Heiman, Y., Nahari, M., & Krumer-Nevo, M. (2023). Trabajo social crítico en servicios sociales públicos: Prácticas organizacionales conscientes de la pobreza. *Journal of Social Work*, 23(3), 503-521. <https://doi.org/10.1177/14680173221144204>
- Santa Lázaro Fernández, S. (2004). El desgaste profesional (síndrome de burnout) en los trabajadores sociales. *Portularia*, 4, 499-506. Universidad de Huelva.
- Soriano, J. (s. f.). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. <https://www.uv.es/uvweb/college/en/profile/university-valencia-is-already-third-spain-citations-scientific-articles-an-annual-increase-9-46-1285950309813/Novetat.html?id=1286209500642>.
- Stanley, S., & Sebastine, A. J. (2023). Work-life balance, social support, and burnout: A quantitative study of social workers. *Journal of Social Work*, 23(6), 601-618. <https://doi.org/10.1177/14680173231197930>
- Vanzini, L. (2010). El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional. *Trabajo Social*, 65(2), 507-528. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3655799>
- Vázquez, A. (2011). Trabajo social y relación de ayuda: Aspectos y temas relacionados con la profesión. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 29(2), 15–29. <https://doi.org/10.5093/psicologia2011a4>
- Vea Aristondo, A. (2023). Implicaciones emocionales de la muerte neonatal en los profesionales sanitarios. Trabajo Fin de Grado Universidad Pública de Navarra.
- Villavicencio-Lluglla, E. K., & Herrera-López, J. L. (2023). Plan de estrategias para disminución del estrés asociado al síndrome metabólico en profesionales de salud. *Journal Scientific*, 7(4), 2759-2780. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.4.2023>.



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES

Ynoub de Samaja, R. C. (2016). El proyecto y la metodología de la investigación. 1a ed. Buenos Aires: Cengage Learning.

Zaragoza J., C., & Fernández González, D. (2016). La intervención social con el colectivo inmigrante: Diversidad y políticas de integración. *Revista de Trabajo Social*, 14, 59-72.



Anexo

Guía de entrevista

Nombre	Área donde se inserta.	Cantidad de años inserta en el Área.	Rango etario de la población sujeto con la que se interviene

EJE 1:

Objetivos específicos:

- Entender de qué manera intervienen los trabajadores sociales con el núcleo familiar en cuidados paliativos y en el Área de Salud Mental.
- Indagar de qué manera se modulan las formas de afrontamiento de los profesionales en función de la edad de quienes mueren y de las causas del fallecimiento.



1. ¿Me podrías describir las actividades y responsabilidades típicas en tu área de trabajo?
2. ¿Has vivido como profesional en el área de salud el fallecimiento de un NNyA?
Pedir relatos de los casos más significativos. Preguntar por qué es significativo para la entrevistada. (si es posible indagar en diferencias: como edades y causas de muerte).
3. ¿Qué rol cumplís en el momento en el que se detecta una enfermedad terminal? (*objetivos y formas de proceder*)
4. Nos imaginamos que cada intervención debe ser diferente en cada caso ¿Has podido identificar en función de qué se diferencian?
5. ¿Qué intervenciones específicas has encontrado posible para acompañar al NNyA en relación a su proceso de muerte? ¿Y qué cree que no puede faltar?
Preguntar si hay diferencias según: la edad del niño que ha fallecido y causa de muerte.
6. ¿Qué intervenciones específicas has encontrado posible para acompañar al núcleo familiar en relación al proceso de muerte de un ser querido?
Preguntar si hay diferencias según: la edad del niño que ha fallecido y causa de muerte.

EJE 2:

Objetivos específicos

- Describir qué estrategias de autocuidado se visualizan en los profesionales frente a la muerte infantil, neonatal y en los procesos de aproximación a la muerte.
- Analizar el significado de cómo vivencian los profesionales del área de Servicio Social el rol de acompañar un proceso de finalidad de vida y el duelo por parte del núcleo familiar.



1. ¿Cuáles han sido sus vivencias frente al fallecimiento de un niño/a con el que estaba trabajando?
estaba acompañando el proceso de fallecimiento? cómo fue la vivencia en ese/esos casos? ¿qué sentía? (emociones, sensaciones físicas), indagar las diferentes vivencias según edad, según causa de muerte y según otro elemento significativo que haya salido en la primera parte.
2. ¿Considera que esas vivencias son compartidas por otros miembros del equipo de salud? Indagar brevemente en sí las diferencias se vinculan a las distintas profesiones, al género, edad, tiempo de trabajo.
3. ¿Tiene estrategias de autocuidado para afrontar el trabajo? ¿Cuáles son?
intrainstitucional o extrainstitucional, conscientes o inconscientes, frente a un fallecimiento, post-fallecimiento, edad, causa de muerte u otro emergente, ver si las estrategias han cambiado con el tiempo en la trayectoria de la persona.
4. ¿Cuáles cree que son los efectos/consecuencias de no contar con esos espacios en la vida diaria? Puede ser respecto de compañeros/as de trabajo
5. ¿Cree que la institución le brinda un respaldo a los profesionales que están expuestos a estas experiencias? qué se ha hecho y qué se hace desde la institución, indagar si es una política formal y sostenida en el tiempo o iniciativas de los equipos de trabajo