

# Producción de cuidados en abordajes integrales del duelo perinatal desde los aportes del Trabajo Social en salud

---

**Gerson Candil Garzon<sup>1</sup>**

*Fecha de recepción: 05/09/2022*

*Fecha de aprobación: 27/04/2023*

## **Resumen**

Desde el Trabajo Social se propone una modalidad de abordaje del duelo perinatal desde una perspectiva integral, en la cual el cuidado es un eje transversal y se lo piensa con relación al Estado, las familias y la comunidad. Considerando que las prácticas de cuidado de estos actores pueden favorecer el acompañamiento de estas situaciones.

**Palabras clave:** TRABAJO SOCIAL - DUELO PERINATAL - ABORDAJE INTEGRAL - PRODUCCIÓN DE CUIDADOS

## **Abstract:**

From Social Work we suggest an approach to perinatal grief from a holistic perspective in which care is a transverse axis related to the State, families and community. Also taking into consideration that care practices from these participants could benefit the accompaniment of these situations.

**Keywords:** SOCIAL WORK, PERINATAL GRIEF, COMPREHENSIVE APPROACH, PRODUCTION OF CARE.

---

<sup>1</sup> Residente de Trabajo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dirección de correo electrónico: gercandil@gmail.com

## **Introducción**

El presente artículo surge en el marco de la residencia de Trabajo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La cual es una formación en servicio para profesionales de esta disciplina, y se desarrolla en el ámbito de la salud pública. En este caso en particular la misma se lleva a cabo en un Hospital general de agudos, ubicado en la zona sur de la Ciudad. La cual presenta las mayores dificultades en los indicadores socioeconómicos, por lo que se trabaja con situaciones de suma vulnerabilidad. En el año 2022 durante el transcurso del primer año de residencia, se eligió la sala de obstetricia como área de rotación. Abordando una diversidad de temáticas, dentro de las cuales se encuentran las situaciones de duelo perinatal.

La motivación para escribir al respecto surge de los aprendizajes obtenidos del equipo de profesionales y lo enriquecedor de las intervenciones. En función de esto, el objetivo del presente trabajo es analizar aspectos teóricos/prácticos sobre el abordaje del duelo perinatal, entendido de forma integral, destacando reflexiones y aportes en los procesos de intervención. El Trabajo Social cuenta con herramientas para construir procesos de acompañamiento en esta temática, que son relevantes para las prácticas de cuidado y el ejercicio de derechos.

En nuestra sociedad la muerte aún es un tabú, lo cual se refuerza al hablar de situaciones donde la distancia temporal entre la concepción y la muerte es escasa. Es necesario visibilizar esta temática desde los campos profesionales. La movilización que implica para todas las personas que intervienen en estas situaciones, ligado a que el abordaje del duelo perinatal no suele ser parte de la formación de los equipos profesionales, hace que sea importante realizar análisis y pensar propuestas de intervención. El Trabajo Social tiene valiosos aportes que realizar, como lo son aspectos de la comunicación y el acompañamiento desde el cuidado y la garantía de derechos, entendiendo de manera integral estos Procesos Salud Enfermedad Atención y Cuidado (PSEAC), incluido el duelo, y la forma en que lo atraviesan las personas involucradas.

Se iniciará el presente artículo haciendo mención a lo que se entiende por duelo perinatal, enmarcándolo en un enfoque de salud integral como un proceso que hace a los PSEAC de las personas. Para continuar con un apartado que introduce la intervención desde el trabajo social, lo cual se sostiene a lo largo del escrito. Posteriormente se aborda la noción de cuidado proponiendo entenderla en relación con tres actores que son el Estado, la familia y la comunidad. Iniciando por las intervenciones del equipo de salud de un efector público como parte del Estado, en tanto que de las familias se aborda el ejercicio del rol de cuidado que han sostenido a lo largo del tiempo, para cerrar con la participación cada vez más notoria que está desarrollando la comunidad en el acompañamiento de los procesos de duelo perinatal. Esto permitirá desembocar en cómo el abordaje integral de la temática puede tener repercusiones positivas en el duelo.

## **Consideraciones sobre el duelo perinatal**

Según que autor/a se tome, y desde qué lugar del mundo escriba, se encontrarán distintas formas de definir periodos y nombrar los acontecimientos que abarca el duelo perinatal, lo que dificulta llegar a un acuerdo. Sin embargo, a fines explicativos siguiendo a Claramunt, Álvarez, Jové y Santos (2009), un embarazo que no alcanza las 20 semanas es considerado no viable, en cambio, cuando se supera este plazo se hace referencia a una muerte fetal. Dentro de esta última, las producidas a partir de la semana 28 se denominan tardías, y aquellas producidas durante el parto o los 7 primeros días de vida se consideran muertes neonatales precoces. A los fines de este trabajo, se abordarán todas ellas dentro del proceso de análisis, sin focalizar en distinciones, incluyendo también abortos espontáneos, gestaciones con diagnósticos complejos (por ejemplo, enfermedades poco comunes), o pronósticos poco favorables (como malformaciones severas), incorporando los procesos de duelo de un hijo<sup>2</sup> idealizado. Estas situaciones se transitan de diversas maneras, debido al impacto subjetivo y la singularidad de cada persona, por lo que las formas de intervenir y acompañar como profesionales de la salud también serán distintas.

La reducida cantidad de Políticas Públicas específicas, los desafíos que se les presentan a los profesionales para abordar esta temática desde una perspectiva bio/psico/social/espiritual, sumado al velo que aún pesa sobre la muerte en nuestra sociedad en general, permiten pensar que existe una invisibilización al respecto del duelo perinatal. Lo que no hace sino pasar por alto una realidad que se da de manera constante, ya que en términos numéricos según la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) en Argentina, para el año 2018 ocurrieron aproximadamente 6.000 muertes perinatales. De acuerdo con la Dirección de Estadísticas e Información en Salud de la Nación (2022) en el año 2020 la tasa de mortalidad perinatal fue del 6,4. Por su parte Frøen, Joy, Lawn, Heazell, Flenady, Bernis, y Hopkins (2016) indican que anualmente en el mundo ocurren 2,6 millones de muertes fetales. Por eso lo destacable de los abordajes que tengan estas situaciones, y uno de los aspectos centrales es el cuidado, pero entendido de forma integral.

La salud es un *campo* (Spinelli, 2015), donde diversos agentes con diferentes recursos e intereses disputan el afianzamiento o transformación de capitales. En esta lucha por la construcción de sentidos, la base sobre la cual se afirma este análisis, es un enfoque de *salud integral*, o sea, no solo la ausencia de enfermedad, sino el bienestar físico, psicosocial, emocional y espiritual. Donde se presentan determinantes no solo biológicos, también históricos, sociales, de género, entre otros. En este sentido, aquí se tomará como punto de partida la perspectiva de *salud colectiva* (Granda, 2004) para realizar una propuesta de abordaje, teniendo en cuenta el contexto, la diversidad de actores y sus poderes. En la medicina social/salud colectiva se logró saldar que la salud y la enfermedad conforman un proceso. Pero, como señalan Michalewicz, Pierri, Ardila-Gómez (2014) se han dado debates sobre cuál es el objeto que tiene dicha perspectiva,

---

<sup>2</sup> Considerando que el lenguaje es una construcción social, que históricamente ha utilizado el género masculino como forma lingüística, colocando en un lugar subalterno a mujeres y disidencias, se escribirá en lenguaje inclusivo reemplazando la letra que otorga en género a las palabras por una “e”, a fin de expresar un posicionamiento al respecto. A fines de facilitar la lectura, se utilizarán las expresiones hijo/hija/hijo. Sin embargo, cabe aclarar que la manera de referirse, hace parte de un proceso subjetivo en el cual las formas de vincularse pueden ser diversas y no necesariamente dependen de que sea un/a recién nacido/a/o viva/o.

planteando por un lado que es salud-enfermedad-atención, mientras que la salud colectiva Latinoamericana aboga por referirse a su objetivo como el proceso salud-enfermedad-cuidado. Sin ánimo de entrar en el debate, porque no es el fin de este artículo, aquí se tomará al proceso como una integralidad, denominándolo salud-enfermedad-atención-cuidado.

Se considera de utilidad recuperar aportes de la atención paliativa, ya que, por ejemplo, Balanesi y García (2020: 101) retomando la definición de la Asociación Juntos por vidas cortas del Reino Unido, expresan que el cuidado paliativo perinatal

“... es una aproximación activa y total al cuidado desde el diagnóstico, a través de la vida del niño, en el momento de la muerte y más allá de este momento. Abarca los elementos físicos, emocionales, sociales y espirituales y se enfoca en mejorar la calidad de vida del neonato o niño y sostener a la familia. Incluye el manejo de los síntomas disconfortantes, y el cuidado en la muerte y duelo ...”.

Es en este marco donde el Trabajo Social pone a disposición su caja de herramientas, viabilizando el ejercicio del derecho a la salud de forma tan activa como sea posible. Desde una perspectiva integral que aborde todos los aspectos tanto de la persona, como de su entorno significativo. Por lo que en el siguiente apartado se explayarán cuestiones relacionadas a la intervención profesional.

### **Intervención del trabajo social**

En este segmento se hará mención a cuestiones metodológicas de la intervención, el rol transversal del Trabajo Social en la puesta en marcha de abordajes integrales en los que viabiliza entre otras cosas, el acceso al derecho a la información. En este sentido, toma importancia una primera intervención a través de la escucha activa y la palabra, para conocer desde la perspectiva de las personas, la forma en que vivencian y les atraviesan sus situaciones particulares. Esto permite a lo largo de los distintos encuentros, la identificación de áreas de intervención, actores/actrices y recursos con los que se cuenta. Pero también la problematización de situaciones, la construcción de una demanda y al mismo tiempo la elaboración de estrategias de intervención.

Desde el primer encuentro se trabaja en indagar qué tanto conocimiento se tiene sobre su estado de salud y hasta donde lo comprenden, para que puedan ser partícipes de su proceso de atención/cuidado. E incluso elaborar las preguntas necesarias que les permitan ejercer el derecho a recibir información clara y comprensible. El abordaje de estos procesos es fundamental pensarlos desde una perspectiva garante del derecho a la salud integral, viabilizando la interdisciplina, la incorporación de las redes vinculares, la articulación intrainstitucional e interinstitucional.

La intervención desde la profesión, no se limita o agota en este escueto punteo, sino que es tan amplia y diversa como las situaciones que se nos presentan, por lo que también es construida con los sujetos. De acuerdo con D'Urbano,

el Trabajo Social encarna un abordaje especialmente relevante y necesario en el contexto de los cuidados paliativos donde la enfermedad acarrea en su trayectoria un bagaje que implica ruptura o

quiebre de los lazos sociales, fragmentación de la persona y los familiares que la padecen, desembocando en la complejidad característica del proceso de fin de vida (2016: 21).

De esta forma, la profesión tracciona una ampliación de la mirada, análisis y abordajes. Buscando dejar de lado modelos mayoritariamente biologicistas, proponiendo, en cambio, la incorporación de los determinantes sociales de la salud, los cuales aportan un enriquecimiento a las intervenciones. Dado que la enfermedad no es por sí sola, sino que se enmarca en una subjetividad, una dinámica familiar particular, un contexto socioeconómico característico, desarrollando repercusiones únicas que requieren ser abordadas, a fin de promover modificaciones favorables en la calidad de vida de las personas y su PSEAC.

De esta manera, es necesario que desde Trabajo Social se lleve a cabo una evaluación del impacto que tiene la enfermedad en las personas involucradas y su contexto. Su aparición implica un desacomodamiento, en el cual es necesario promover constantemente procesos de adaptación cuya finalidad sea el cuidado de quienes intervienen. Esto implica desde temas prácticos, el abordaje o resolución de conflictos, acceso a información, una adecuada comunicación con el equipo de profesionales, el diseño e incorporación de directivas anticipadas, hasta incluso el acompañamiento de los procesos de duelo. Por lo que, se buscará analizar las situaciones de duelo perinatal (entendiendo esta conceptualización de forma integral) desde la experiencia atravesada en el hospital, a fin de poder esbozar una propuesta de abordaje integral, donde el Trabajo Social es un agente transversal. Aportando en el conocimiento y análisis de situaciones, la planificación e implementación de estrategias para la producción de cuidados.

El cuidado será uno de los ejes organizadores del presente texto, comprendiendo que el mismo es fundamental en toda práctica que incluya a otra persona, y más aún en situaciones que pueden ser movilizantes. Es por esto que, a continuación, se realizará una distinción entre cuidado y atención, colocando el foco en el primero desde una salud integral, impulsando su construcción participativa e intersectorial. Por lo que se propondrá pensar el cuidado vinculado a tres actores.

## **Cuidado**

Cotidianamente cuidado y atención suelen ser usados como conceptos sinónimos, pero no lo son, ya que el segundo se centra en la acción desempeñada por el personal de salud en pos de quien concurre en busca de sus servicios. Teniendo esto en cuenta, aquí se propone colocar a los sujetos en el centro, entendiendo que la atención se ve superada y abarcada dentro de lo que denominamos el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Según afirma Tejada de Rivero (2003. 5.) *“El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional ...”*. Adhiriendo a esta noción de cuidado se busca una construcción participativa que tenga en cuenta el contexto de las personas, abordando las demandas de manera integral, al tener presentes los determinantes de la salud y el entrecruzamiento que tienen en una situación particular. Acompañando de la forma más cuidada posible todo el proceso,

para que el atravesamiento de los duelos pueda tener desarrollos lo menos difícil posible para cada persona.

En acuerdo con Mallardi y Gianna (2016: 79.) *“... la distribución de las prácticas de cuidado no puede analizarse exclusivamente como producto de decisiones o relaciones intrafamiliares, sino que se encuentra relacionada a la presencia, o no, de servicios de cuidado provistos por fuera de la unidad familiar.”*. En este sentido, se propone pensar la producción de los cuidados desde una concepción integral, considerando que los mismos se encuentran relacionando a tres actores: el Estado, la familia y la comunidad (Krmptotic, 2010). La organización del cuidado en términos de Derecho, va en correlación con un Estado garante de Políticas Públicas, que dé respuesta a la accesibilidad y el sostenimiento del mismo. También las familias como red de interrelaciones primarias realizan tareas de cuidado para con sus miembros, de la misma forma que lo hace el espacio comunitario, por intermedio de instituciones y/u organizaciones. Por lo que dedicaremos las siguientes secciones de este texto para reflexionar sobre cómo el cuidado se hace manifiesto en relación con los actores anteriormente mencionados.

### **El Estado, Y Les Profesionales Del Subsistema Público De Salud**

Al hablar del Estado, es pertinente explicitar aspectos del marco normativo, también el rol que desarrollamos como profesionales del sistema público de salud, y el ejercicio de repensar las prácticas desde un abordaje de salud integral. Entonces, para iniciar con el recuento del marco normativo relacionado a la temática, es destacable que en la CABA se contempla el Derecho a la salud integral en la Ley (153) básica de salud. A nivel Nacional se cuenta con la existencia de la Ley (25.929) de parto humanizado, que significó un avance importante en la forma de abordar este proceso vital. Aunque podría pensarse en la necesidad de hacer más amplio el piso mínimo que establece, incorporando también la muerte y el duelo, debido a que en ella no se hace mención a los fallecimientos en la gestación, parto y postparto.

La vacancia en el marco normativo sobre los procesos de final de vida, se evidencia en que después de varios años de lucha, recién el 06 de julio del 2022 se aprobó la Ley Nacional (27.678) de Cuidados Paliativos. Esto pone de manifiesto algunos posicionamientos respecto a la temática, siendo su expresión la ausencia o presencia de Políticas Públicas, como también la reglamentación y el arbitrar lo necesario para el cumplimiento de las mismas. En tanto profesionales del subsistema público de salud, encarnamos la cara visible del Estado en las relaciones directas con las personas que concurren a atenderse en los distintos efectores. De esta forma, somos actores/actrices claves, y tenemos la posibilidad de colocar en agenda estas situaciones invisibilizadas. Por lo que resulta relevante re-pensar los abordajes e intervenciones en los procesos de duelos perinatales.

Desde Trabajo Social se busca jerarquizar el abordaje desde un equipo conformado por diversas profesiones que al actuar de manera coordinada, construyan objetivos comunes y estrategias para alcanzarlos. Donde se trascienda la modalidad fragmentada de trabajo que se aboca responder interconsultas, propia de una mirada biologicista, por lo que se propone una mirada integral, partiendo de la comprensión total de los sujetos y teniendo en cuenta los determinantes que interactúan en estos procesos salud-enfermedad-atención-cuidado-duelo. Pero para esto, como profesionales necesitamos prácticas que cimienten la mejor estrategia de intervención posible, como

lo son la escucha activa, acuerdos, intercambio constante, respeto por la opinión de la otra persona, participación en ateneos interdisciplinarios.

Estas intervenciones se pueden sostener a lo largo del tiempo, siendo un facilitador al generar un ambiente cuidado para la persona gestante. Más aún al tener en cuenta que un pronóstico poco favorable, puede repentinamente desencadenar en situaciones adversas no solo en lo biológico o lo subjetivo, sino en el PSEAC. Para lo cual el conjunto conformado por el equipo interviniente y las personas involucradas, podrían tomar decisiones de forma más oportuna e incluso acertada, como consecuencia de los abordajes integrales, desde los cuales se deconstruya la fragmentación de los sujetos y sus situaciones.

La formación en la temática desde una perspectiva biomédica, es necesaria, pero también es fundamental la empatía y el asertividad a lo largo de las intervenciones. Por lo cual la comunicación es un aspecto sobre el cual prestar mucha atención, debido a su impacto en las personas con quienes trabajamos. La forma en cómo se comunica y acompaña una situación puede obturar o posibilitar el despliegue personal de herramientas para el afrontamiento de procesos complejos, como los de duelo perinatal. Es por esto que se destinará la siguiente sección para abordar la comunicación y el acceso a la información, teniendo en cuenta la estrategia Buckman como punto de partida para analizar una situación.

### **El Proceso Comunicativo**

La producción de cuidados tiene como aspectos fundantes la comunicación y el acceso a información adecuada, clara y comprensible. Viabilizando que las personas puedan acceder a la misma de manera progresiva y tolerable, ya que también se debe respetar el derecho a no recibir información indeseada. Al reconocer el rol fundamental de las personas gestantes como autoras de su PSEAC, procuramos viabilizar su participación en la construcción de dicho proceso. En función de esto, como profesionales de la salud es primordial reconocer la trascendencia de los procesos de comunicación. A continuación, se presentará una situación en la cual el equipo interviniente logró incorporar aprendizajes. Se analizará y detallará la intervención realizada a nivel comunicacional a la luz de aportes teóricos.

Una persona de más de 40 años fue internada, por contar con varias problemáticas de salud y estar iniciando el tercer trimestre de un embarazo, del cual había tomado conocimiento una semana atrás. Una vez internada, se realiza seguimiento médico e interconsulta con trabajo social. Con la información recibida, desde nuestra profesión se mantiene un primer encuentro en un lugar con la privacidad adecuada, el cual fue breve, y en el que se indagó si conocía el motivo de su internación, y si estaba pudiendo ser acompañada. Al poco tiempo de finalizar la entrevista, se evaluó la urgencia de adelantar el nacimiento debido a un resultado desfavorable en un estudio. Luego de dicho procedimiento, esta persona debió ser internada en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) por una descompensación. Después de ser estabilizada, volvió al área de obstetricia con indicación de aislamiento, lo que obstaculizó que recibiera los partes médicos del estado de salud de su hijo.

Una de las herramientas para la comunicación en situaciones complejas que ha tenido mayor recepción en la atención paliativa es la estrategia Buckman (1992), la cual cuenta con 6 etapas. Recorreremos cada una de ellas, a medida que detallamos la

intervención que tuvo lugar en la situación relatada anteriormente. Lo que dicho autor propone, es allanar el camino, preguntando de forma amplia a la persona sobre lo que ha venido sucediendo. Con esta idea en mente, para una primera etapa del proceso de comunicación se propone que una vez se cuente con una información clara para transmitir, se proceda a delimitar lugar, momento, personas que estarán involucradas, en otras palabras, se busca proveer un marco a la situación. En esta oportunidad, le hije de esta persona se encontraba en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), producto de las complicaciones de salud en el embarazo y haber tenido que adelantar el nacimiento. Por ende, como práctica de cuidado esta persona se encontraba en una habitación para ella sola, tomando distancia de personas embarazadas o con recién nacidos. Considerando desde Trabajo Social la importancia de ejercer el Derecho a la información, se evaluó pertinente concurrir para hablar con ella, que sabía sobre lo sucedido y sobre qué cosas necesitaba tener mayor claridad.

En un segundo paso de la propuesta comunicacional, se invita a dar protagonismo a la persona para saber con qué información cuenta, para lo cual se sugiere volver a recurrir a las preguntas abiertas. En función de esto se le consultó cómo se encontraba, a lo que respondió estar bien, pero se interpretó que esta referencia era únicamente para cuestiones físicas, pues se podía percibir un estado de inquietud subyacente a sus palabras. En un tercer momento, se recomienda consultar lo que se desea saber, teniendo en cuenta que en momentos angustiantes se puede presentar silencio, evasión o negación, siendo primordial dejar el espacio abierto y/o trabajar en varios encuentros. En esta situación no fue necesario preguntar, pues se nos solicitó acceder al parte médico de su hije, dado que por el aislamiento no lo estaba pudiendo hacer.

Según el modelo que aquí se está trabajando, solo cuando la persona accede a recibir información, se dará inicio al cuarto tramo que suele requerir múltiples reuniones, en las cuales se comunica de manera progresiva y respetando el tiempo que la persona necesite para asimilarlo. Desde Trabajo Social se le informó en primera instancia, que su derecho al acceso a la información contempla también decidir qué información no se desea recibir. Posteriormente como estrategia de intervención se consensuó con los profesionales de la UTIN que se le informaría sobre el estado y pronóstico de su hije de manera telefónica.

En esta iniciativa comunicativa el quinto tramo implica que como personal de salud seamos aún más empáticos y atentos, para responder a las emociones que genere el impacto de la información. Dada la necesidad de contar con herramientas para asimilar la información que se recibe, desde Trabajo Social se consultó y se conoció que estaba recibiendo asistencia del servicio de salud mental. Al momento que ingresó la llamada para transmitirle el estado de su hije, se tomó una distancia prudente para que hablara sin sentir que se estaba invadiendo su espacio, pero estando lo suficientemente cerca por si necesitaba algo. Una vez finalizada esa conversación, se trabajó en alojar y validar su sentimiento de angustia.

Teniendo en cuenta la sexta fase, la cual nos convoca a comprender los miedos y preocupaciones, para pasar a construir de forma conjunta con las personas involucradas, estrategias y planes de cuidados integrales, quedando en tanto profesionales de la salud a su disposición. En esta intervención la persona gestante reconoció el trabajo realizado por el equipo de profesionales, pero manifestó su deseo

de regresar a su domicilio una vez terminara el período de aislamiento, porque quería contar con el acompañamiento de su familia estando fuera del hospital.

En cuanto las condiciones estuvieron dadas, esta persona recibió el alta de su internación, dejando abierto el espacio de trabajo social, e incluso se proporcionaron datos de contacto. También se estableció comunicación con un equipo de atención primaria de la salud, que conocía a la familia y su situación, para ver si esta persona les había manifestado el interés en que desde ese espacio se pudiera acompañarles. Pero al momento de la conversación a estos profesionales también se les expresó que en ese instante no se quería contar con dicha intervención, por lo que se respetó la decisión de no sostener contacto salvo con el personal de UTIN cuando se asistía recibir el parte médico.

Aunque a priori comunicar parezca algo sencillo, como se pudo evidenciar tiene una elaboración subyacente para que el proceso comunicacional sea lo más cuidado posible. Lo que se busca no es el protagonismo del equipo de salud, pero sí que las personas puedan conocer y comprender la información para formar parte activa del PSEAC, por ejemplo, con la finalidad de tomar decisiones en base a información clara y comprensible. La elección de la persona fue que una vez estuviera de alta, egresaría a su domicilio para ser acompañada de su familia y sin mayor participación del equipo de salud. Por lo que es necesario destacar que la familia es un actor de importancia cuando nos referimos a la producción de cuidado. Por eso trabajaremos al respecto en el siguiente apartado.

## **Familias**

Al hablar de actores que intervienen en el PSEAC, es necesario reconocer que históricamente las familias han sido un actor principal al brindar cuidados a sus miembros, e incluso respondiendo a necesidades que no son suplidas por el Estado. Sin embargo, esta producción de cuidado se encuentra inmersa en una sociedad donde se genera una desigual sobrecarga en las mujeres con la responsabilidad de cuidar. Resultando necesario realizar prácticas que permitan incluir a otros en la red de acompañamiento de las situaciones.

Es fundamental aclarar que “la familia” es una construcción social, por lo cual la forma de comprenderlo variará dependiendo de cada persona. En este sentido se propone hablar de familias, y no entenderlas exclusivamente ligadas a un vínculo de consanguinidad (Jelin, 2007: 95). Al referirnos a los cuidados es interesante a nivel analítico no solo observar la distribución en la esfera de lo macro, entre el Estado, las familias, el mercado y la sociedad civil, sino también a nivel micro considerando el involucramiento y las responsabilidades de cada uno de los miembros de los grupos familiares en la producción de cuidados (Krmptotic, 2010).

Por lo tanto, la cercanía en el vínculo no debe darse por sentado siempre. Pues no hay que perder de vista que las familias se encuentran inmersas en una determinada sociedad, lo cual trae aparejadas diversas ideas, valores, sentidos, formas de entender lo que sucede, lo cual atraviesa a cada persona de manera diferente. En línea con esto, la distribución desigual de poder en nuestra sociedad machista y patriarcal, ha construido roles estereotipados de género que han relegado a una gran mayoría de mujeres a realizar tareas de reproducción de la fuerza de trabajo, teniendo como una de sus manifestaciones la feminización del cuidado.

Si a esto se le suma uno de los atravesamientos más fuertes en el campo de la salud, como lo es el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1988) haciendo que se coloque el foco exclusivamente en lo biológico, perdiendo de vista los determinantes de la salud, como es el caso del género, se nos dificultará como profesionales desarrollar un abordaje integral. Pensemos este entrecruzamiento en la situación de una joven migrante de 27 años que fue derivada de un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) al hospital, para realizar controles de su embarazo en el consultorio de alto riesgo, producto de un diagnóstico preliminar de un síndrome genético. Denotando la escisión de lo biológico (el diagnóstico) y lo que se suele llamar “lo social”, únicamente alrededor de la semana 29 de gestación, trabajo social toma conocimiento a través de una interconsulta por situaciones de violencia, en las cuales la pareja culpaba a esta persona por el diagnóstico, y le manifestaba que él no había querido ser papá.

En las primeras entrevistas, en medio de su angustia esta persona refirió no contar con el acompañamiento de su pareja, con quien ya tenía una hija de 2 años, y que este hombre expresaba comentarios descalificadores hacia ella. Como primera línea de acción en la intervención desde trabajo social, se realizó una evaluación del nivel de los indicadores de riesgo, y tras considerar que no había riesgo alto, se inició por problematizar, en conjunto con la joven, este discurso y las ideas que le subyacen, al igual que se indagó por vínculos significativos que pudieran acompañarla, pero no contaba con nadie más en el país que su hija y su pareja. Tampoco poseía ingresos propios, puesto que había dejado de trabajar como empleada de casas particulares, para dedicarse a cuidar el embarazo. Teniendo presente que lo que se busca abordar es la construcción de la producción de los cuidados, no hay que dejar de resaltar, como expresa Krmpotic (2010: 37) que *“El costo que asumen las mujeres por el hecho de cuidar es elevado en términos de salud, calidad de vida, oportunidades de empleo, desarrollo profesional, impacto económico, relaciones sociales y disponibilidad del propio tiempo.”*.

Cuando el Estado, como primer responsable del cuidado de sus ciudadanas/os, no lo garantiza, generalmente quien aparece o quien ya ha venido desarrollando ese rol de cuidado, es la familia. En esta situación, el objetivo inicial era garantizar el acceso a información comprensible respecto al diagnóstico complejo de su hija, para disipar dudas y problematizar ideas erradas respecto a la responsabilidad de la joven en el diagnóstico. En el marco de esta situación de violencia, ante la escasa red de acompañamiento, y como única herramienta disponible en el momento, se consideró como práctica de cuidado la posibilidad de que la niña y su madre estuvieran internadas de manera conjunta al momento del nacimiento del bebé. Pero, como veremos, en ocasiones la familia suple cierta falta de respuestas adecuadas.

En una entrevista días antes de la internación, la joven manifestó haber conversado con su pareja y aparentemente se haría responsable de sus acciones, acompañándole en el proceso. Sin embargo, cerca de la fecha prevista para el nacimiento se nos transmitió que este sujeto viajaría a su país de origen por problemas de salud de sus familiares. Desde Trabajo Social se insistió con la internación conjunta. Sin embargo, esto no fue necesario porque la mamá de la joven vino al país para cuidar de su nieta mientras su hija estaba internada. Si bien esta pareja retornó y tuvo un poco más de participación en el cuidado de sus hijos, la mayoría continuaba recayendo sobre la joven. De esta manera, el contexto en el que se desarrollan los cuidados influye en la sobrecarga que se produce, exacerbando la misma en la interseccionalidad producida al

ser mujer, inmigrante, desempleada, viviendo situaciones de violencia de género, y otros tantos determinantes del PSEAC.

En este sentido, es válido que como personal de salud nos preguntemos ¿estamos remarcando con nuestras intervenciones estos roles estereotipados y las desigualdades en el cuidado? o por el contrario ¿habilitamos la participación de masculinidades u otras/os actrices/actores en el proceso y acompañamiento de las situaciones? Desde Trabajo Social resaltamos la importancia de convocar y generar estrategias de intervención que amplíen la red de cuidado. La incorporación de otras personas de confianza en la organización de la producción de los cuidados, puede servir para evitar el desgaste por sobrecarga que trae consigo la feminización del rol de cuidado. Ya que en situaciones como las de duelo perinatal, se puede presentar desde la pérdida de la subjetivación de la persona y su posterior fragmentación, hasta incluso rupturas de lazos sociales.

Entonces, es necesario ser conscientes de las particularidades de cada situación, las cuales atraviesan e impactan de manera diferenciada en cada subjetividad, teniendo repercusiones a la hora de acompañar y cuidar. De esta forma, desde nuestra disciplina buscamos a través de diversas modalidades de intervención, promover una comunicación clara y fluida con el equipo tratante, al igual que evaluar el impacto que genera un diagnóstico adverso en la persona y su red de cuidadoras/es. Para identificar las formas de acompañar la adaptación, tanto individual como colectiva a la situación que se presenta en el proceso de embarazo-parto-puerperio e incluso el duelo. Teniendo presentes los recursos con los que se cuenta, al igual que las potencialidades de las personas para transitar este tipo de situaciones. Procurando orientar y mediar en cuestiones prácticas y conflictividades que puedan aparecer en el PSEAC.

Al comprender el cuidado de forma integral, como se mencionó en un principio, se vuelve importante abrir la participación a la cantidad de actrices/actores que sean necesarias/os, en la medida que el involucramiento sea con responsabilidad y sin perjuicio del proceso que se acompaña. Por lo que proponemos ampliar las estrategias hacia una red de vínculos, del entramado interpersonal e interinstitucional en la comunidad en la que se insertan las personas.

## **Comunidad**

El territorio y la comunidad en la cual se insertan las personas, son particulares y tienen sus propias dinámicas. Conocer el contexto que rodea a las personas, para identificar recursos a nivel familiar, también en los vínculos con los que cuenta por fuera de ella, y su relación con las instituciones u organizaciones cercanas. Puede habilitar el enriquecer las intervenciones desde una perspectiva situada, y de manera estratégica, a fin de ampliar la red de producción de cuidados. Esto tiene mucha relevancia, más en un efector de salud al que se acercan tanto de Ciudad de Buenos Aires, como del conurbano, e incluso se reciben derivaciones de otras Provincias, y se atienden personas de diversas nacionalidades.

En este sentido, se considera que esta ampliación puede fortalecer los recursos, pero ante todo aportaría facilitadores para el acompañamiento del embarazo, lo cual se torna aún más relevante en aquellos que presentan alguna complicación. Es fundamental que las articulaciones se puedan realizar en un marco de cuidado, por lo que se propone pensarlas como las conexiones de un tejido. Desde esta perspectiva llamaríamos

derivación cuidada, al proceso en el cual el equipo tratante comunica e inicialmente acompaña a aquel que continuará la intervención de la situación. Informando sobre el estado de salud integral, los antecedentes, estudios, posible diagnóstico, al igual que las estrategias e intervenciones realizadas con la unidad de tratamiento ampliada y los recursos de los que dispone.

Pero la sugerencia de incluir a la comunidad en la producción de cuidado, además tiene que ver con la incorporación, según la elección de la persona gestante, de vecinos o referentes de su barrio. Donde, por ejemplo, se pueda integrar de manera estratégica a quien maneje taxi/remis, pudiendo facilitar un desplazamiento en condiciones más cómodas y/o favorecer el acceso a atención especializada de manera oportuna en situaciones de riesgo.

También resulta de interés, conocer los dispositivos con los que cuenta tanto la comunidad, como los de algunas instituciones. Nos referimos por ejemplo actividades como yoga prenatal o aeróbicos de bajo impacto. También, a cursos de preparación para la maternidad/paternidad, espacios de crianza, o aquellos vinculados al trabajo en situaciones de duelo. Los cuales, con el acompañamiento del equipo de salud, pueden sumarse como recursos para el abordaje de los atravesamientos fisiológicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales inherentes a este momento particular. La comunidad es un actor que no siempre es tenido en cuenta, pero que en el último tiempo y poco a poco ha venido ganando fuerza, en ocasiones, producto de ser la alternativa a la falta de respuestas o lo poco adecuadas de las existentes por parte del Estado y/o las familias.

### **Duelo**

La importancia del cuidado a lo largo de todo el PSEAC puede desembocar, en que las personas transiten el duelo como un proceso adaptativo que hace parte del ciclo vital. Para abordar este aspecto, a continuación, se conceptualizará el duelo, y se detallarán sus fases. Al igual que se hará mención a la intervención que desde el Trabajo Social se puede realizar en el proceso de duelo, y retomando lo expresado anteriormente respecto a la ampliación de la red de cuidado, se explicitarán algunos espacios que se encuentran enmarcados dentro de la comunidad y acompañan a las familias en proceso de duelo.

El duelo podría comprenderse según López García como:

una reacción y adaptación psicológica ante la pérdida de algo apreciado, vinculado al individuo (...) Es una experiencia única que cada persona afrontará con su propio estilo y recursos. Se asienta sobre una personalidad previa y se produce en unas circunstancias determinadas, y en un encuadre social concreto que condicionan el proceso y trabajo de duelo posterior (2011: 55).

De esta forma, las intervenciones y propuestas que realizamos buscan mediar en las realidades de los sujetos, en principio acompañando los procesos y visibilizando recursos. O generando herramientas para afrontar, desde las expectativas frente a un embarazo y una hija, pasando por las idealizaciones sobre la maternidad/paternidad, e incluso hasta la propia muerte.

Desde una teoría constructivista acerca del duelo (Neimeyer, 2002), se plantean 3 fases en el proceso. La evitación tiene como característica un estado de shock y negación. En la asimilación se produce una interiorización gradual del impacto de la pérdida en la cual se puede experimentar de forma intensa soledad, tristeza, trastornos del sueño y el apetito. Para que en la acomodación, esta tensión empiece a transformarse con la resignificación de esa muerte, dando pie a un proceso de reajuste y reconstrucción. De esta manera no se plantea el olvido o invisibilización, pues el vínculo no se termina, sino que se modifica. Según Worden (1997) en el proceso de duelo se dan 4 tareas. La aceptación de la pérdida, el trabajo emocional sobre la misma, la adaptación a un mundo en el que lo perdido ya no está, y la reorganización emocional de ese vínculo para con ello continuar viviendo.

Esto requiere, según los tiempos y formas de cada persona, un involucramiento activo, en el cual nuestro rol como personal de salud es acompañar y favorecer este proceso. Como lo son aquellos rituales de despedida. Autoras/es como Gandía (2011) y Santos, Yáñez, Al-Adib (2015) indican, que cuando esto es deseado por la persona, puede tener resultados favorables. Por ejemplo, desde nuestra área se logró articular para que una joven y su pareja pudieran ver a su hijo, quien nació sin vida producto de un desprendimiento de placenta ocurrido a los 5 meses de gestación. Si bien, finalmente la pareja decidió no hacerlo, ella tomó esta oportunidad como un momento para despedirse de su hijo.

Viabilizar estas despedidas desde una perspectiva intercultural, propiciando que aquellas personas cuya espiritualidad está ligada a la práctica de alguna religión, puedan acceder a costumbres que resultan significativas. Por ejemplo, a un bautismo, donde se le otorgue un nombre a el/la recién nacido/a puede repercutir positivamente. Desde Trabajo Social podemos intervenir acompañando esta adaptación y transformación, por un lado, a partir de entrevistas individuales en las que se valide el cuidado realizado, se otorgue entidad a las emociones y pensamientos. Al igual que, por otro lado, los dispositivos grupales pueden viabilizar la expresión, como ejercicios narrativos, e incluso favorecer la posibilidad de realizar algún tipo de despedida.

Se considera enriquecedor que todos los profesionales de salud trabajando en abordajes integrales, incorporem los espacios externos. En los cuales la participación de las personas posibilita hablar de lo sucedido y/o verse reflejados en otras experiencias, para que, desde la construcción colectiva, se puedan tomar herramientas que aporten a sus procesos particulares.

En Argentina existen, por ejemplo, las organizaciones "Era en abril" que provee acompañamiento profesional y de ayuda mutua en duelo perinatal e infantil, al igual que capacitación a profesionales de la salud, trabajando por la concientización con relación a la temática. De manera similar "Alas de amor Bariloche", conformada por familias que acompañan a otras aprendiendo en conjunto como ser artesanos de los procesos de duelo perinatal. Asimismo, "Aiken", una fundación que ofrece acompañamiento psicológico para niños ante la muerte de un hermano, también a progenitores que han perdido un hijo. De igual forma, en cuanto a los profesionales intervinientes, se cuenta con la Red transdisciplinaria de duelo perinatal. El trabajo en conjunto o una derivación cuidada a estos espacios comunitarios, es también una forma de visibilizar la temática del duelo perinatal, promoviendo abordajes que sean integrales y ante todo que acompañen a lo largo del proceso, incluso en la etapa de duelo.

## Consideraciones finales

Habiendo realizado un proceso de análisis y reflexión desde la perspectiva del Trabajo Social, de algunos aspectos relevantes de los abordajes realizados en situaciones de duelo perinatal, en los cuales se retomaron aportes teóricos que enriquecen las intervenciones de los profesionales de la salud en un Hospital general de agudos. Sostenemos la importancia de comprender la temática del duelo perinatal de manera integral y procesual, no como algo estático únicamente vinculado a la muerte. En el cual el Trabajo Social desempeña un rol fundamental en la disputa de sentidos, procurando un abordaje integral que esté centrado en las personas gestantes y su red vincular como protagonistas de su proceso. Incorporando el atravesamiento de los determinantes sociales de la salud en las estrategias de intervención que se realizan en los PSEAC.

Al entender que los cuidados se deben analizar tanto a nivel macro como micro, se visibiliza la importancia que tiene un Estado que cree y garantice Políticas Públicas respecto a la temática, corriéndose de la familiarización e individualización en la producción de cuidados. Para nosotres como profesionales del subsistema público de salud, esta es una oportunidad para repensar estos procesos complejos e incluso movilizados, tanto para la persona gestante y su red vincular, como también a nivel personal. Entendiéndonos como parte del proceso, donde nuestras intervenciones, no resultan aisladas, sino que están unidas y repercuten en el mismo.

De ahí el interés porque este trabajo pueda ser una invitación para que como personal de salud nos capacitemos en la temática, para realizar cada vez mejores intervenciones, incorporando la historización, contextualización y singularidad de cada situación. Ya que tenemos una constante interacción con las personas involucradas, por lo que el desarrollar una escucha activa, procesos de comunicación asertiva, el respeto por los tiempos y las formas singulares de atravesar estas experiencias. Nos servirá para pensar y realizar intervenciones que posibiliten a las personas el transitar estas vivencias de la mejor forma posible, repercutiendo de manera favorable a lo largo del proceso.

Siendo necesario tener en cuenta y trascender los determinantes de la salud de este proceso físico, psicosocial, emocional y espiritual, para analizar e intervenir desde una perspectiva integral. Propiciando una organización en la producción de cuidados que involucre una red amplia de actores/actrices, para generar una distribución que evite la sobrecarga y el desgaste. En la cual la comunidad en la que estamos insertes presenta potencialidades para trabajar en conjunto estos procesos. Acompañando desde una mirada integral estas situaciones desde instituciones, organizaciones e incluso grupos de pares a lo largo del proceso salud enfermedad atención cuidado duelo.

## Bibliografía

- BUCKMAN R. (1992). *How to break bad news. A guide for health care professionals*. Baltimore: Ed. John Hopkins.
- CLARAMUNT, M.A, Álvarez, M., Jové, R. y Santos, E. (2009). *La cuna vacía: El doloroso proceso de perder un embarazo*. Madrid: La esfera de los libros.
- D'URBANO, E. (2016). *Trabajo social y cuidados paliativos. Un aporte para los equipos de salud*. Espacio Editorial. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- FRØEN, J. Joy, L. Lawn, E. Hezell, A. Flenady, V. Bernis, L. y Hopkins, S. (2016). Ending preventable stillbirth. *The Lancet*. Recuperado de <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/stillbirths2016-exec-summ.pdf>
- GANDÍA, I. (2011). *Pautas para una mejor intervención en el duelo perinatal. Guía para el personal sanitario* (Krisalida). Recuperado de [https://f6833335-a3ef-4f43-9e36-1c86775c1217.filesusr.com/ugd/ae585e\\_22f06031bdbe49988627a83cc14114be.pdf](https://f6833335-a3ef-4f43-9e36-1c86775c1217.filesusr.com/ugd/ae585e_22f06031bdbe49988627a83cc14114be.pdf)
- GIANNA, S. MALLARDI, M. (2016). *Transformaciones familiares y trabajo social: debates contemporáneos y contribuciones analíticas*. La Plata. Dynamis.
- GRANDA, E. (2004). *A qué llamamos salud colectiva, hoy*. Revista Cubana de Salud Pública, 30(2) Recuperado en 07 de agosto de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tlng=es).
- HERNÁNDEZ, A. (2013). *Política sanitaria neoliberal y cuidado no-remunerado de la salud: naturalización, desprotección, acumulación e inequidad*.
- JELIN, E. (2007). "Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales". En Arriagada, Irma (coord). *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile.
- KRMPOTIC, C. (2010). *Cuidados paliativos y experiencia de enfermedad. razones para una refocalización del cuidar*. En Scripta Ethnologica, vol. XXXII, pp. 29-44.
- Ley 153 de 1999. Ley Básica de Salud. 28 de Mayo de 1999. Publicada en el Boletín Oficial del 28/05/1999 Número: 703 Página: 11957
- Ley 25.929 de 2004. Ley de Parto Humanizado. 17 de Septiembre de 2004. Publicada en el Boletín Oficial del 21/09/2004 Número: 30489 Página: 1
- Ley 26.529 de 2009. Ley Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 19 de Noviembre de 2009. Publicada en el Boletín Oficial del 20/11/2009 Número: 31785 Página: 1
- LÓPEZ GARCÍA DE MADINABEITIA, A. P. (2011). *Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31(1), 53-70. Recuperado en 19 de junio de 2022, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es&tlng=es).
- LUXARDO, N. (2011). *Morir en casa. El cuidado en el hogar en el final de la vida*. Buenos Aires, Biblos.
- MENÉNDEZ, E. (1988). *Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud*.
- MICHALEWICZ, A., Pierri, C., & Ardila-Gómez, S. (2014). *Del Proceso De Salud/Enfermedad/Atención Al Proceso Salud/Enfermedad/Cuidado: Elementos Para Su Conceptualización*. Anuario de Investigaciones, XXI( ), 217-224.
- Ministerio de Salud Argentina (2022). *Estadísticas vitales. Información Básica*. Argentina – Año 2020. Recuperado de: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero64\\_web.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero64_web.pdf)

- Ministerio de Salud Argentina (2018). *Natalidad y mortalidad 2018: síntesis estadísticas*. Recuperado de: [http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/03/Sintesis-Natalidad-y-Mortalidad-Nro6\\_2018-V3.pdf](http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/03/Sintesis-Natalidad-y-Mortalidad-Nro6_2018-V3.pdf).
- NEIMEYER, R. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Editorial Paidós-Ibérica.
- Proyecto de Ley Procedimientos médicos-asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal. 1313-D-2021 (2021).
- SANTOS, P; Yáñez, A Y Al-adib, M. (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*. Servicio Extremeño de Salud. Recuperado de <http://albalactanciamaterna.org/wp-content/uploads/lactancia-materna-en-el-libro-duelo-SES.pdf>
- SPINELLI, H. (2010). *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. Salud colectiva. vol.6, n.3. pp. 275-293.
- TEJADA DE RIVERO, D.A. (2003) *Alma-Ata: 25 años después*. Perspectivas de Salud, 8(2), 2-7.
- WORDEN, J. (1997). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós. España.