



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Alteración del contexto familiar de los asociados del Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública, residentes de la ciudad capital, ante la pérdida de uno de sus miembros por el COVID-19, durante los meses de mayo a diciembre 2020

TESINA

**Presentada a la Dirección de la
Escuela de Trabajo Social de la Universidad de
San Carlos de Guatemala**

POR

Jessica Marleni Gudiel Torres

Previo a conferírsele el título de

TRABAJADORA SOCIAL

En el grado académico de

LICENCIADA

Guatemala, octubre de 2022.



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Rector en Funciones: M.A. Walter Ramiro Mazariegos Biolis
Secretario General: Lic. Luis Fernando Cordón Lucero

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Directora: Dra. Mirna Aracely Bojórquez Medina de Grajeda
Secretaria de Escuela: MSc. Mónica Alejandra Morales Cobón

CONSEJO DIRECTIVO

REPRESENTANTES DOCENTES

Licenciada: Delma Lucrecia Palmira Gómez
Licenciado: Cuautemoc Barreno Citalán

REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES

Licenciada María de los Ángeles Quintanilla
Quiñonez

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Estudiante Anderson Joab Garrido Estrada
Estudiante Claudia Verónica Larios Gutiérrez de Escobar

TRIBUNAL EXAMINADOR

Coordinadora IIETS M.A. Ada Priscila del Cid García
Asesora Licda. Myriam Leonor Bojórquez Flores de Roque
Revisora MSc. Gladys Yolanda Bala Tzay



“Los autores serán los responsables de las
opiniones y criterios expresados en sus obras”

Artículo 11 del Reglamento del Consejo Editorial de
la Universidad de San Carlos de Guatemala





USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio S-1 Segundo Nivel- Ciudad Universitaria, Zona 12- Guatemala, Centroamérica

Teléfonos (502) 24188850 - PBX (502) 24439500-24188000

<http://www.trabajosocial.usac.edu.gt>



Instituto de Investigaciones "T.S. Ángela Ayala"

APROBACIÓN DE INFORME DE TESINA

M.A. Ada Priscila del Cid García
Coordinadora
Instituto de Investigaciones "T.S. Angela Ayala"
Escuela de Trabajo Social
Presente

Respetable Coordinadora:

De manera atenta me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que se ha concluido con la asesoría del informe final de tesina denominado: Alteración del contexto familiar de los asociados del Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública, residentes de la ciudad capital, ante la pérdida de uno de sus miembros por el COVID-19, durante los meses de mayo a diciembre 2020, elaborado por la estudiante: **Jessica Marleni Gudiel Torres** quien se identifica con carné número **201612402**.

El presente trabajo de investigación, cumple con los requisitos mínimos establecidos por la Unidad de Trabajos de Graduación, razón por la que se emite APROBACION el día 24 de mayo del año 2022, para que se prosiga con los trámites correspondientes.

Sin otro particular, me es grato suscribirme atentamente,

"Id y enseñad a todos"

Lcda. Myriam Leonor Bojórquez de Roque
Asesora



c.c. Archivo

Instituto de Investigaciones "T.S. Ángela Ayala"
APROBACIÓN DE REVISIÓN DE INFORME DE TESINA

M.A. Ada Priscila del Cid García
COORDINADORA IIETS
Escuela de Trabajo Social
Edificio

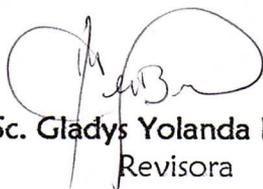
Respetable Coordinadora:

De manera atenta me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que se ha concluido con la revisión del informe final de tesina titulado: Alteración del contexto familiar de los asociados del Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública, residentes de la ciudad capital, ante la pérdida de uno de sus miembros por el COVID-19, durante los meses de mayo a diciembre 2020, elaborado por la estudiante: **Jessica Marleni Gudiel Torres** quien se identifica con carné número **201612402**.

El presente trabajo cumple con los requisitos mínimos establecidos, por lo cual se emite la APROBACION el día 25 de agosto del año 2022.

Sin otro particular, me suscribo atentamente,

"Id y enseñad a todos"



MSc. Gladys Yolanda Bala Tzay
Revisora



Instituto de Investigaciones “T.S. Ángela Ayala”

DICTAMEN DE TESINA 035-2022

Guatemala, 07 de septiembre 2022.

Doctora
Mirna Aracely Bojórquez Medina de Grajeda
Directora
Escuela de Trabajo Social
Edificio

Señora Directora:

Atentamente me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que de acuerdo a la aprobación emitida por el/la Asesor/a y el/la Revisor/a, emito DICTAMEN FAVORABLE y hago entrega del informe final de tesina titulado: Alteración del contexto familiar de los asociados del Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública, residentes de la ciudad capital, ante la pérdida de uno de sus miembros por el COVID-19, durante los meses de mayo a diciembre 2020, elaborado por la estudiante: Jessica Marleni Gudiel Torres quien se identifica con carné número 201612402, a fin de que pueda continuar con los trámites correspondientes previo a la publicación final.

Deferentemente,
“Id y Enseñad a Todos”



M.A. Ada Priscila del Cid García
Coordinadora

Instituto de Investigaciones “T.S. Ángela Ayala”



ACUERDO DE DIRECCIÓN No. 101/2022

Autorización de Impresión Informe Final

La Dirección de la Escuela de Trabajo Social, tomando en cuenta la Aprobación de Informe de Tesina de fecha 24 de mayo 2022, extendida por Licda. Myriam Leonor Bojórquez Flores de Roque, en calidad de Asesora; Aprobación de Revisión de Informe de Tesina de fecha 25 de agosto de 2022, remitida por MSc. Gladys Yolanda Bala Tzay, como Revisora; y Dictamen de Tesina 035-2022 de fecha 07 de septiembre 2022, suscrito por M.A. Ada Priscila del Cid García, Coordinadora del Instituto de Investigaciones.

ACUERDA:

AUTORIZAR la impresión del Informe Final de Tesina denominado: ALTERACIÓN DEL CONTEXTO FAMILIAR DE LOS ASOCIADOS DEL AUXILIO PÓSTULO DEL EMPLEADO DE SALUD PÚBLICA, RESIDENTES DE LA CIUDAD CAPITAL, ANTE LA PÉRDIDA DE UNO DE SUS MIEMBROS POR EL COVID-19, DURANTE LOS MESES DE MAYO A DICIEMBRE 2020, elaborado y presentado por JESSICA MARLENI GUDIEL TORRES, previo a conferírsele el título de Trabajadora Social en el grado académico de Licenciatura; asimismo **NOMBRAR** a la Junta Directiva para la realización del Acto Público de Graduación, la cual queda integrada por: Dra. Mirna Aracely Bojórquez Medina de Grajeda, Directora; MSc. Mónica Alejandra Morales Cobón, Secretaria de Escuela; M.A. Ada Priscila del Cid García, Coordinadora del Instituto de Investigaciones; Licda. Myriam Leonor Bojórquez Flores de Roque, Asesora; y MSc. Gladys Yolanda Bala Tzay, Revisora.

Guatemala, 18 de octubre 2022

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dra. Mirna Aracely Bojórquez Medina de Grajeda
DIRECTORA

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Dedicatoria

- A Dios: Mi Padre Celestial, por guiar cada uno de mis pasos y darme la capacidad para culminar mis estudios de manera satisfactoria.
- A mis Padres: Por su amor, su apoyo incondicional y por enseñarme a ser persistente y nunca rendirme para alcanzar mis metas.
- A mis Abuelitos: Por el amor que siempre me brindaron. Que en paz descansen.
- A mis hermanos: Carlos Gudiel por su amor y consejos y Raúl Gudiel (Q.E.P.D)
- A mis amigos: En especial a Carmencita y Lulú, por su cariño y apoyo constante y por todas las experiencias vividas que impulsaron nuestro camino y formación.
- A mis Docentes: Por compartir sus valiosos conocimientos para mi formación profesional.
- A mi Tutora y Revisora: Licda. Myriam Leonor Bojorquez Flores de Roque y MSc. Gladys Yolanda Bala Tzay, con admiración y respeto.
- A la Escuela de Trabajo Social: Por brindarme la oportunidad de adquirir valiosos conocimientos.
- A la Universidad de San Carlos de Guatemala: Por ser mi casa de estudios y hacer de mí, una profesional con valores y conciencia social.



Tabla de contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1. Antecedentes del COVID-19.....	1
1.1 El COVID- 19 a nivel mundial.....	1
1.2. El COVID-19 en Guatemala.....	3
1.3. Impacto socio económico del COVID-19 en Guatemala	5
1.4. Estudios relacionados con el tema	8
Capítulo 2. Referentes teóricos.....	9
2.1. Derecho a la salud	9
2.2. Salud pública en Guatemala	11
2.3. Niveles de atención en salud de Guatemala	14
2.4. Trabajo Social	18
2.5. Principales funciones del profesional.....	21
2.6. Trabajo Social en salud.....	23
2.7. Niveles de atención del trabajador social en salud	25
2.8. Instituciones que brindan atención a los trabajadores del sector salud en Guatemala	26
A continuación se presentan tres instituciones que brindan atención directa a los empleados del sector de salud pública.	26
2.9. La familia	30
2.10. Funciones de la familia.....	31



2.11. Tipos de Familia.....	32
Capítulo 3. Contexto institucional	39
3.1. Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública	39
–ASAPESPU-	39
3.2. Visión.....	40
3.3. Misión	40
3.4. Objetivo primordial	40
3.5. Organización	40
3.6. Evolución de la cuota fija mensual y el beneficio póstumo.....	42
3.7. Programas brindados a los asociados de la ASAPESPU.....	43
3.8. Prestación póstuma.....	43
3.9. Ayuda económica por fallecimiento de cónyuge	43
3.10. Ayuda económica por fallecimiento de hijo menor de edad.....	44
3.11. Programa de enfermedad terminal.....	44
3.12. Cantidad de asociados	45
Capítulo 4. Resultados de investigación	46
4.1. Investigación realizada con los familiares de asociados fallecidos.....	47
4.1.1. Sexo de asociados fallecidos por COVID-19	47
4.1.2. Rango de edad de los asociados fallecidos.....	48
4.1.3 Estatus laboral de asociados fallecidos	50
4.1.4. Identificación residencial de los asociados fallecidos	51
4.1.5. Escolaridad de los asociados fallecidos	52



4.1.6. Alteración del aspecto económico dentro del núcleo familiar de los asociados fallecidos.....	54
4.1.7. Formas generadoras de nuevos ingresos familiares.....	55
4.1.8. Relaciones inter familiares de los asociados fallecidos	56
4.1.9. Núcleos familiares con presencia de niños, niñas y adolescentes	58
4.1.10. Abordaje del duelo en los niños, niñas y adolescentes	59
4.1.11. Acompañamiento brindado por parte de Trabajo Social a los familiares de asociados fallecidos	60
4.2. Departamento de Trabajo Social de la ASAPESPU.....	62
4.2.1 Nivel de atención brindado a los familiares de los asociados fallecidos por COVID-19	62
4.2.2. Modelo de atención utilizado en el departamento de Trabajo Social para atender a los familiares de los asociados fallecidos.	63
4.2.3. Línea de comunicación que actualmente se mantiene con los beneficiarios de los asociados fallecidos	65
4.2.4. Cambios y propuestas considerados por las profesionales del departamento de Trabajo Social a implementarse en la metodología de atención brindada actualmente a los beneficiarios.	66
Capítulo 5. Propuesta de intervención profesional. “Creación del modelo de atención para acompañamiento del duelo a través del departamento de Trabajo Social”	68
5.1. Título de la propuesta	69
Modelo de atención para acompañamiento del duelo a través del departamento de Trabajo Social.....	69

5.2. Descripción de la propuesta.....	70
5.3. Beneficiarios de la propuesta.....	71
5.4. Justificación	71
5.5. Objetivos	72
5.5.1 Objetivo General	72
5.5.2. Objetivos Específicos	72
5.6. Metodología	72
5.6.1. Teoría del apego	73
5.6.2. Teoría del duelo.....	73
5.6.3. Principales planteamientos del modelo de atención para acompañamiento del duelo	74
5.6.4. Fases del modelo de atención propuesto	75
5.7. Evaluación.....	78
5.8. Cronograma.....	78
6. Recursos.....	78
Conclusiones.....	80
Recomendaciones.....	81
Referencias.....	82
Anexos	87
Instrumentos.....	87
Fotografías	93

Tabla de figuras

Figura 1 Demanda de empleos formales según el IGSS.....	6
Figura 2 Relación de empleos formales de enero a septiembre 2020	7
Figura 3 Componentes del sector salud en Guatemala.....	13
Figura 4 Niveles de atención de la salud guatemalteca	18
Figura 5 Organigrama de la ASAPESPU.....	42
Figura 6 Evolución de la cuota fija mensual y el beneficio póstumo.....	43
Figura 7 Asociados fallecidos por COVID-19 identificados por sexo, mayo a diciembre 2020.....	47
Figura 8 Asociados fallecidos por edad fallecidos por COVID-19, mayo a diciembre 2020.....	49
Figura 9 Situación laboral de asociados fallecidos por COVID-19, mayo a diciembre 2020.....	50
Figura 10 Zona de residencia de los asociados fallecidos por COVID-19, mayo a diciembre 2020.....	51
Figura 11 Nivel académico asociados fallecidos por COVID-19 de mayo a diciembre 2020.....	53
Figura 12 Alteración económica en el contexto familiar de los fallecidos por COVID-19, mayo a diciembre 2020.....	54
Figura 13 Generadores de nuevos ingresos para familiares de asociados fallecidos por COVID-19, mayo a diciembre 2020.....	55
Figura 14 Tipos de relaciones familiares de los beneficiarios de asociados fallecidos por COVID-19 de mayo a diciembre 2020	56
Figura 15 Familias de los asociados fallecidos por COVID-19, en los que figuran niños, niñas y adolescentes, mayo a diciembre 2020	58
Figura 16 Modelo de atención para acompañamiento del duelo.....	77

Tabla de tablas

Tabla 1 Forma en que asumen el duelo los NNA según los adultos	59
Tabla 2 Percepción del acompañamiento de familiares de asociados fallecidos por COVID-19, mayo a diciembre 2020.....	61

Tabla de imágenes

Imagen 1 Sede oficial de la ASAPESPU	93
Imagen 2 Equipo departamento de Trabajo Social.....	93



Resumen

El presente trabajo de investigación lleva por título “Alteración del contexto familiar de los asociados del Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública, residentes de la ciudad capital, ante la pérdida de uno de sus miembros por el COVID-19, durante los meses de mayo a diciembre 2020”, presenta un análisis crítico y descriptivo sobre los diferentes aspectos afectados ante la ausencia física de uno de los integrantes del círculo familiar, siendo el principal objetivo poder identificar cómo se manifiestan esos cambios a nivel personal y familiar.

El trabajo de investigación se realizó bajo el enfoque mixto con carácter descriptivo, a través de entrevistas estructuradas e instrumentos dirigidos a familiares de asociados fallecidos así como, a las profesionales del departamento de Trabajo Social de la ASAPESPU; identificando como resultado final que las principales alteraciones surgidas dentro del contexto familiar al fallecer uno de sus integrantes son de carácter económico y emocional, resaltando la dificultad de abordar el tema del duelo con los niños, niñas y/o adolescentes de la familia. Adicionalmente, se obtuvo información a través del departamento de Trabajo Social en la cual no se identifica un modelo de atención definido.

Para finalizar, se presenta una propuesta de intervención profesional orientada a contribuir metodológicamente en la atención brindada actualmente por el departamento de Trabajo Social a los familiares de los asociados fallecidos.

Palabras clave: COVID-19, salud, pandemia, Trabajo Social, duelo, fallecimiento, familia.



Introducción

Una de las experiencias más complejas y dolorosa que como seres humanos se puede afrontar, es la pérdida física de un ser querido. Durante la vida, se enfrentan múltiples y diversas pérdidas, que llevan indiscutiblemente a vivir un duelo. Este es un sentimiento subjetivo, es un proceso por medio del cual se busca asumir, asimilar y superar esa ausencia para finalmente adaptarse a una nueva realidad. Sin embargo, este proceso de readaptación fluctúa ante diversas alteraciones contextuales, que sin un adecuado acompañamiento, muchas veces son difíciles de superar.

Ante esta premisa, se realizó un proceso de investigación bajo el enfoque mixto con carácter descriptivo, que permitió identificar las alteraciones del contexto familiar de mayor presencia ante el fallecimiento de alguno de sus integrantes. Así también, conocer el acompañamiento e intervención que los mismos reciben para hacer frente a este evento tan complejo.

El enfoque metodológico utilizado fue de carácter mixto, el cual permitió obtener y analizar información de manera cualitativa y realizar mediciones cuantitativas de la misma. Los datos cualitativos se obtuvieron desde diferentes perspectivas, puntos de vista, emociones y experiencias manifestadas por la población objetivo seleccionada. Para este fin, se hizo uso de la técnica de entrevista estructurada, a través de instrumentos orientados a los familiares de asociados fallecidos y profesionales de Trabajo Social de la ASAPESPU.

En el capítulo 1 Antecedentes del COVID-19, presenta una contextualización de la emergencia salubrista ocasionada a nivel mundial y nacional, así como el impacto socio económico que ha enfrentado la población guatemalteca como consecuencia de la pandemia.



El capítulo 2 Referentes teóricos, contempla el fundamento teórico de la investigación con la finalidad de proporcionar mayor claridad en su lectura e interpretación, abordando el derecho a la salud, niveles de la salud en Guatemala, la importancia del Trabajo Social en el sector salubrista, la familia y sus funciones.

El capítulo 3 Contexto institucional, permite situar al lector en el espacio real de atención a los salubristas y sus familiares, presentando la misión, visión, objetivo primordial y organigrama de la ASAPESPU.

El capítulo 4 Resultados de investigación, presenta las diferentes alteraciones identificadas dentro del contexto familiar de los asociados fallecidos de la ASAPESPU como consecuencia de contagios por COVID-19 durante los meses de mayo a diciembre del año 2020.

El capítulo 5 Propuesta de intervención profesional, describe la metodología para la creación de un modelo de atención orientado al acompañamiento del duelo a través del departamento de Trabajo Social en respuesta a los diferentes factores identificados durante el proceso de investigación realizada. Así mismo, se incluyen las conclusiones y recomendaciones como resultado final de la investigación.



Capítulo 1. Antecedentes del COVID-19

Este capítulo enmarca la problemática salubrista sobre la pandemia a causa del COVID-19, contextualizando el impacto ocasionado en la población guatemalteca.

1.1 El COVID-19 a nivel mundial

Según la Organización Panamericana de la Salud –OPS– (2020), el *Coronavirus (COV)* pertenece a una gran familia de virus, causante de enfermedades que van desde el resfriado común hasta enfermedades mucho más graves.

De acuerdo a la explicación de la Organización Mundial de la Salud –OMS– (2020), el nuevo nombre se toma de las palabras "corona", "virus" y "disease" (enfermedad en inglés), mientras que 19 representa el año en que surgió (el brote se informó a la OMS el 31 de diciembre de 2019).

Cronológicamente, se pueden resaltar algunas fechas relevantes sobre este hecho histórico a nivel mundial:

El 31 de diciembre de 2019, la Oficina de la OMS (2020) en la República Popular China hace mención de los primeros casos de *neumonía por causas desconocidas* detectados en la ciudad de Wuhan. Por tal motivo, autoridades de salud a nivel mundial, se ponen en comunicación con la OMS solicitando información al respecto.

El 01 de enero de 2020, la OMS (2020) activa su Equipo de Apoyo para la Gestión de Incidentes (IMST), parte de su marco de respuesta a emergencias, que se encarga de coordinar las actividades y la respuesta en los tres niveles de la Organización (Sede, regiones, países) durante las emergencias de salud pública.



El 05 de enero de 2020, la OMS (2020) realiza una publicación, en el cual se recoge información sobre el número de casos y su estado clínico; por menores sobre las medidas de respuesta adoptadas por la autoridad nacional de Wuhan; la evaluación de riesgos por parte de la OMS y consejos sobre las medidas de salud pública. Así mismo, se informa que «las recomendaciones de la OMS sobre medidas de salud pública y vigilancia de la gripe y las infecciones respiratorias agudas graves siguen siendo válidas».

Durante los días 10 y 12 de enero de 2020, la OMS (2020) publica un conjunto integral de documentos de orientación para los países sobre temas relacionados con la gestión del brote de una nueva enfermedad:

- Prevención y control de infecciones
- Pruebas de laboratorio
- Herramientas para el examen de las capacidades nacionales
- Comunicación de riesgos y participación comunitaria
- Lista de productos básicos para hacer frente a enfermedades (v1)
- Lista de productos básicos para hacer frente a enfermedades (v2)
- Consejos a los viajeros
- Manejo clínico
- Definiciones de casos para la vigilancia

El 14 de enero de 2020, la OMS (2020) convoca una rueda de prensa en la que declara que, en base a la experiencia con patógenos respiratorios, existe el



riesgo de una posible transmisión entre seres humanos, indicando que: «ciertamente es posible que se esté produciendo una transmisión limitada entre seres humanos». (párr. 30)

El 16 de enero de 2020, la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la OMS para las Américas (OPS/AMRO) (2020), publica su primera alerta epidemiológica sobre el nuevo coronavirus.

El 11 de febrero de 2020, la OMS (2020) anuncia que la enfermedad causada por el nuevo coronavirus se denominará COVID-19. Se eligió ese nombre para evitar inexactitudes y estigmatización; por ello no se refiere a una ubicación geográfica, un animal, una persona ni a un grupo de personas.

El 06 de marzo de 2020, la OMS (2020) publica la hoja de ruta de la investigación mundial contra el nuevo coronavirus, elaborada por los grupos de trabajo del Foro de investigación. En la hoja de ruta se establecen las principales prioridades de investigación en nueve ámbitos clave: la evolución del virus, epidemiología, medios diagnósticos, gestión clínica, consideraciones éticas y ciencias sociales, así como los objetivos de largo plazo para los tratamientos y las vacunas.

El 11 de marzo de 2020, profundamente preocupada por los alarmantes niveles de propagación y gravedad, la OMS (2020) llega a la conclusión en su evaluación de que el COVID-19 puede considerarse una pandemia.

1.2. El COVID-19 en Guatemala

Posterior a ser declarado como una pandemia, el COVID-19, el viernes 13 de marzo de 2020, se evidencia el primer caso positivo en Guatemala. El cual fue



confirmado por el presidente de la república, el Dr. Alejandro Giammattei mientras participaba en una actividad pública. (Paho, 2020)

Se trató de un paciente de 27 años de edad, quien ingresó con síntomas respiratorios a su arribo al Aeropuerto Internacional La Aurora, posteriormente fue trasladado al Hospital Especializado de Villa Nueva donde le hicieron el hisopado, dando positivo para SARS-COV2. Esta persona retornó de Madrid, España, el 12 de marzo, luego de un viaje por Europa. En el centro asistencial recibió atención médica oportuna y se recuperó de la enfermedad. (Paho, 2020)

Para el 14 de marzo de 2020, un día después de confirmarse el primer caso de COVID- 19 en el país, el presidente anunció las primeras medidas para contener y prevenir contagios del virus. Entre ellas, se encontraba la prohibición de actividades masivas de Semana Santa la cual estaba próxima. Además, se suspendieron clases desde el nivel primario hasta el nivel universitario. Dichas medidas estarían vigentes por un período de 21 días. Sin embargo, los alumnos no retornarían a clases durante todo el año 2020. (Paho, 2020)

El 15 de marzo de 2020, las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- (2020) anunciaron el primer fallecido a causa del virus. Siendo éste, un hombre de 85 años, quien recientemente había regresado de Madrid, España, junto a miembros de su familia. Informaron que recibió atención en un centro asistencial privado ubicado en San Pedro Sacatepéquez, Guatemala, pero debido a enfermedades asociadas, el virus complicó su cuadro clínico y murió.

Ante una situación sin precedentes, el gobierno central inició un arduo trabajo junto a las autoridades de salud. Realizando en tiempo récord, apertura de



centros hospitalarios que brindaran la atención necesaria a los contagiados por el COVID.19.

Siendo el sector salud quien conforma la primera línea de atención y a pesar de las medidas de prevención y cuidados implementados, los contagios han sido inevitables. Los empleados de salud pública, también han sido víctimas del virus.

Por su parte, las instituciones orientadas a la atención directa de los salubristas también han evidenciado como el índice de casos y fallecidos por esta causa ha ido en aumento. Se puede mencionar a la Asociación de Auxilio Póstumo del empleado de Salud Pública -en adelante la ASAPESPU- como una de ellas.

1.3. Impacto socio económico del COVID-19 en Guatemala

El efecto de la pandemia derivada del COVID-19 no solo se ve reflejado en el ámbito de salud. Este fenómeno ha impactado en todos los ámbitos de la población. La pobreza y la desigualdad social ya existente, solamente se ha venido a agudizar en mayor medida.

Según datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística –INE- (2020) para el año 2019, la pobreza a nivel nacional se situaba tanto en el área rural como urbana con porcentajes similares de un 44 por ciento a un 50,8 por ciento respectivamente. Sin embargo, las estimaciones proyectadas por la Comisión Económica para América Latina -CEPAL- (2020), en su portal en el mes de mayo de 2020, estima que al finalizar el año se tuvo un aumento de 2% en el número de personas que viven en situación de pobreza y pobreza extrema.



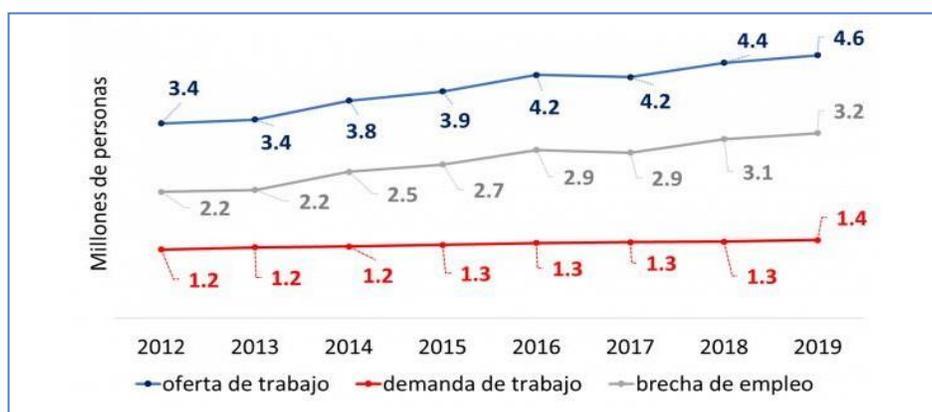
La CEPAL (2021) hace mención que los niveles de pobreza y pobreza extrema alcanzados en el año 2020 en América Latina no habían sido observados desde hacía 12 y 20 años respectivamente, así como un empeoramiento de los índices de desigualdad en la región y en las tasas de ocupación y participación laboral, sobre todo en las mujeres, debido a la pandemia del COVID-19.

Sin lugar a dudas, el costo más alto que la pandemia ha dejado a nivel mundial debe medirse en función de la pérdida de seres queridos y el dolor ante la misma. Sin embargo y en contexto, los costos monetarios para sobrellevar esta realidad, han representado un declive socio económico para la población guatemalteca. Sumándose a esto, el desempleo y la falta de oportunidades.

Según fuentes del Banco de Guatemala –BANGUAT- (2020) antes de la llegada de la pandemia en el país existía un déficit de 3.2 millones de puestos de trabajo, estimados al restar del total de personas que trabajaban como asalariadas o buscaban un empleo (4.6 millones), la cantidad empleos formales contabilizados por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- (1.4 millones).

Figura 1

Demanda de empleos formales según el IGSS



Fuente: ENEIs y del Banco de Guatemala, 2020



Este reporte también hace mención de forma escalonada sobre los principales costos que se han tenido que afrontar en Guatemala durante la pandemia, siendo estos los siguientes:

- Destrucción de empleo formal, con la consecuente desaparición de la fuente de ingresos de cientos de miles de guatemaltecos.
- La paralización o reducción en las actividades de ciertos sectores económicos, que además de provocar caídas en sus ventas e incapacidad para hacer frente a sus obligaciones, también conlleva la ociosidad de cierta parte de las inversiones en maquinaria, equipo e instalaciones físicas; caída de las exportaciones; y un profundo debilitamiento de las cuentas fiscales.

Casasola, (2020) a través de su artículo “El impacto del COVID-19 sobre el mercado laboral en Guatemala”, hace una interesante relación al primer costo mencionado, evidenciando gráficamente como se ha reducido la cantidad de empleos formales en el período de enero a septiembre del año 2020 mediante un análisis en las afiliaciones presentadas por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-.

Figura 2

Relación de empleos formales de enero a septiembre 2020

AFILIADOS AL IGSS EN 2020	ENERO	SEPTIEMBRE	DIFERENCIA
Sector Público	290,711	330,341	39,630
Sector Privado	1,059,153	941,457	-117,696
Total	1,349,864	1,271,798	-78,066

Fuente: Casasola, (2020). Informe Económico Semanal del MINECO.



Por su parte, el empleo informal siendo un sector altamente vulnerable al no contar con una red de protección que conlleve obtener beneficios permanentes que disminuya el impacto de la pandemia, se verá aún más afectado.

Según las estimaciones elaboradas por la CEPAL (2020), para el año 2020, en América Latina la pobreza aumentará en al menos 4.4%, el equivalente a 28.7 millones de personas adicionales en pobreza (llegando a 214.7 millones la cifra total de personas en pobreza en América Latina). Del total de nuevos pobres, 15.9 millones se encontrarán en pobreza extrema. Para el caso puntual de Guatemala, CEPAL estima que la pobreza extrema puede incrementar entre 1.6% (288 mil personas) y 1.4% (252mil personas). En esa misma línea, la pobreza puede incrementar entre 2.3% (414 mil personas) y 1.7% (306 mil personas).

1.4. Estudios relacionados con el tema

Se realizó una investigación virtual en la biblioteca de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de San Carlos de Guatemala, sin embargo, no se encontró evidencia de estudios previos relacionados con el tema planteado.

Por tal motivo, esta investigación representa uno de los primeros estudios realizados en el marco de la alteración del contexto familiar ante el fallecimiento de uno de sus miembros por el COVID-19, contribuyendo en el desarrollo y generación de nuevos conocimientos en los profesionales de la disciplina.



Capítulo 2. Referentes teóricos

El presente capítulo fundamenta teóricamente la presente investigación, proporcionando al lector mayor claridad sobre la problemática abordada. Se presentan conceptos desde la perspectiva general a lo específico.

2.1. Derecho a la salud

La salud constituye un derecho fundamental de todos los seres humanos, la cual debe garantizar el bienestar integral del mismo. Una persona que no cuente con una adecuada salud, no solo está limitando el desarrollo de sus actividades sino que además, reduce su calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud –OMS- aprobada en el año 1946, cita el derecho a la salud de la siguiente manera:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. (p. 1)

La OMS (1946), evidencia claramente que es una obligación de cada Estado parte garantizar la posibilidad a sus ciudadanos de disfrutar de las mejores condiciones de salud posibles.



Las Naciones Unidas (2010) en su Boletín de Derechos Humanos sobre “El Derecho a la Salud” destacan varios derechos específicos que los países deben asegurar:

- El derecho a un sistema de protección de la salud.
- El derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de enfermedades.
- El derecho al acceso a los medicamentos esenciales.
- La promoción de la salud materna e infantil.
- El derecho al acceso a los servicios de salud apropiados.
- Por último, la educación y la concienciación sobre la salud.

Por su parte, la Asamblea General de las Naciones Unidas (1948) en su Resolución 217^a, proclama la Declaración Universal de Derechos Humanos, y aborda el tema de la salud de la siguiente manera:

Artículo 25.1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Guatemala como parte de la OMS, expresamente cita a través de la Constitución Política de la República mediante el Código de Salud lo siguiente:

Artículo 1. Del derecho a la salud. Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.

Artículo 4. Obligación del Estado. El Estado, en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en coordinación con las instituciones estatales centralizadas, descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social. Así mismo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados.

Es entonces obligación del Estado de Guatemala, garantizar el acceso a toda la población a la atención en salud como parte del derecho inherente de vivir con dignidad sin ningún tipo de discriminación ni distinción étnica, religiosa, ideológica ni económica.

2.2. Salud pública en Guatemala

El sistema de salud de Guatemala está compuesto por dos sectores, público y privado. El primero comprende al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que cubre a 70% de la población, y al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que ofrece cobertura al 8% de la población. Sanidad Militar del Ministerio de Defensa y Gobernación ofrecen servicios de salud a los miembros de las fuerzas armadas y de la policía, respectivamente. (Becerril-Montekio & López-Dávila, 2011).

El sector privado incluye organizaciones de la sociedad civil y/o religiosas que operan sin fines de lucro, además de prestadores diversos con fines lucrativos. Estimaciones del MSPAS sitúan la cobertura de estas últimas cerca del 18%. El MSPAS se financia con recursos provenientes de ingresos fiscales del Estado, de asistencia, préstamos y donaciones internacionales y, de manera poco significativa, de cuotas recibidas por los servicios prestados. (Becerril, 2011. p.198).

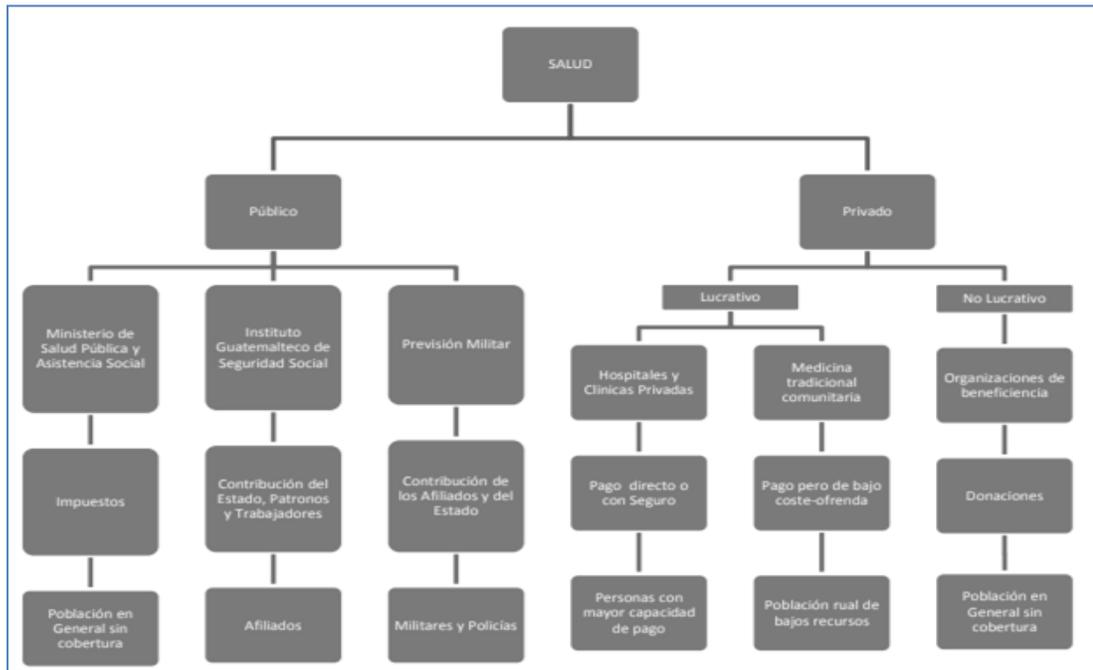
El IGSS obtiene sus recursos de las cotizaciones que pagan los afiliados, los patrones o empleadores y el Estado. Alrededor de 92% del sector privado funciona con base en pagos de bolsillo, mientras que sólo la población perteneciente a los dos quintiles más ricos y predominantemente urbanos tiene acceso a planes privados de salud. (Becerril-Montekio & López-Dávila, 2011).

El MSPAS y el IGSS brindan atención en sus hospitales, centros de salud y puestos de salud, sin que exista coordinación entre las unidades de una institución y la otra. La Sanidad Militar cuenta también con sus propios hospitales y enfermerías para dar atención a sus beneficiarios. De igual manera, el sector privado provee servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados. (Becerril-Montekio & López-Dávila, 2011).

Por tanto, el servicio de salud en Guatemala se puede ilustrar de la siguiente manera:

Figura 3

Componentes del sector salud en Guatemala



Fuente: Becerril-Montekio & López-Dávila, 2011

Sin embargo, después de un año de ser detectado el primer contagio por COVID-19 en el país, actualmente Guatemala vive una de sus peores crisis en cuanto a salud se refiere. Según el artículo electrónico publicado el 07 de abril del 2020 por la Fundación Libertad y Desarrollo (2020), “Guatemala ocupa el puesto 78 de 100 países en el ranquin de los mejores sistemas de salud del mundo”, lo cual evidencia claramente la poca capacidad ante una emergencia. (párr. 2).

Para el año 2021, el Ministerio de Finanzas Públicas –MINFIN- ha proyectado para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) un monto de 9 mil 894,4 millones de quetzales. Este presupuesto incluye los recursos necesarios para financiar 2 hospitales nuevos, así como para el mantenimiento de la red hospitalaria y fortalecimiento institucional. De esta

manera, se espera paliar en alguna medida la necesidad de atención en salud existente en la población guatemalteca. (AGN, 2020)

La salud pública se proyecta en diferentes niveles de atención con la finalidad de brindar y garantizar este derecho a la población guatemalteca.

2.3. Niveles de atención en salud de Guatemala

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Pública (2012) a través de su informe titulado “Diagnostico Nacional de Salud”, detalla los niveles de atención que se tienen en Guatemala y que se presentan a continuación.

Se resalta cómo el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por Ley es la autoridad rectora de la prestación de servicios de salud en el país, contando con 1,492 servicios a través de su red en el primero, segundo y tercer nivel.

El informe indica que, el primer nivel comprende el 74% de los servicios, los cuales están divididos en puestos de salud, puestos de salud fortalecidos con fin de semana, puestos de salud fortalecidos y unidades mínimas.

El segundo nivel comprende el 23% de los servicios y se divide en centros de atención permanente, centros de salud, centros de atención al paciente ambulatorio, centros de atención integral materno-infantil, centros de urgencias médicas, maternidades cantonales, clínicas periféricas y servicios especializados. Y por último, el tercer nivel representa el 3% de los servicios.

El informe también destaca que en el primer nivel de atención el MSPAS financia el funcionamiento de 415 jurisdicciones que realizan sus actividades en 4,618 centros de convergencia. Estos utilizan infraestructura no perteneciente al

ministerio y en su mayoría no cuentan con los servicios mínimos que permiten proveer una atención digna a las personas.

Se hace mención que los destinatarios de los centros de convergencia son atendidos una vez al mes por personal de salud, que provee paquetes básicos, pero estos están restringidos únicamente a la atención de la mujer embarazada y a las niñas y niños menores de 5 años.

El informe del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2012), también señala lo siguiente:

Los establecimientos del primer nivel de atención están realizando, principalmente, una acción curativa. Sin embargo, su actividad principal debiera ser de prevención de enfermedades y de promoción de la salud. El segundo nivel cuenta con servicios de encamamiento. En la actualidad únicamente se cuenta con 1,200 camas, principalmente para la atención del parto. El tercer nivel de atención lo conforman 45 hospitales, distribuidos de la siguiente manera: 13 hospitales distritales, 10 hospitales departamentales, 13 hospitales regionales y 9 hospitales de referencia nacional o de especialidades; en hospitales suman 7,718 camas. (p. 12).

Por su parte Martínez, (2020) en su artículo “Niveles de Atención en Salud” para la Facultad de Ciencias Médicas, Unidad Salud Pública I, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace un detalle puntual de la atención brindada en cada nivel.

Primer Nivel: El primer nivel está diseñado con el fin de promover la salud, prevenir y resolver las necesidades más frecuentes de salud de la población,

utilizando métodos y tecnologías sencillas, adecuadas a los diferentes contextos culturales del país.

Está compuesto por Centros Comunitarios de Salud y Puestos de Salud y se busca brindar apoyo en actividades relacionadas a la recuperación y rehabilitación de la salud así como, el desarrollo de acciones dirigidas al control del ambiente, todo ello en relación con las Normas de Atención en Salud del MSPAS.

Se establece una estrecha relación con los sistemas tradicionales de salud, ya que, si el problema de salud supera la capacidad instalada de diagnóstico y tratamiento en este nivel, se hacen las referencias correspondientes a los siguientes niveles que cuenten con la capacidad resolutive, quienes complementarán la respuesta. Se necesita particularmente la participación del ámbito institucional y comunitario en el desarrollo de actividades de promoción y prevención.

Segundo Nivel: Está diseñado para atender los mismos problemas de salud que en el nivel anterior, con la diferencia que utiliza métodos y tecnologías de diagnóstico y tratamiento con mayor complejidad, por ejemplo, encamamiento, servicio de laboratorio, radiología, y se cuenta con especialistas de gineco-obstetricia, pediatría, cirugía, medicina interna, psicología y odontología.

De igual forma, brinda apoyo en actividades relacionadas a la recuperación y rehabilitación de la salud y acciones dirigidas al control del ambiente. Todo ello en concordancia con las Normas de Atención en Salud del MSPAS. Está compuesto por Maternidades Periféricas, Centros de Atención Permanente, Policlínicos, Centros de Atención Integral Materno Infantil. Es aquí en donde se

trata de resolver los problemas referidos por el primer nivel de atención, dependiendo si la situación lo amerita y no fuese necesario trasladarlo al tercer nivel de atención.

Tercer Nivel: La atención se refleja de manera directa en demanda de la población y de las referencias provenientes del primer o segundo nivel de atención. En este nivel se desarrollan las siguientes funciones dependiendo de su tamaño, capacidad de resolución y especialización, promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación de enfermedades, rehabilitación de padecimientos físicos o psíquicos, investigación y enseñanza y las emergencias se atienden de forma directa bajo un sistema de referencia y respuesta, que permita resolver las emergencias detectadas y coordinar la intervención oportuna y posterior seguimiento, con los equipos del tercer nivel de atención.

Las competencias de este nivel de atención se hacen tangibles en los hospitales, con una cartera de servicios orientada a:

1. Servicios ambulatorios
2. Servicios de internamiento en todas las especialidades y sub especialidades médicas de alta complejidad.

Figura 4

Niveles de atención de la salud guatemalteca



Fuente: Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas Unidad Salud Pública I. Niveles de atención en salud. Año 2020.

Al considerarse la salud como un derecho universal y fundamental para el bienestar y seguridad de las personas, se deben generar las estrategias apropiadas que garanticen esta condición. Esto implica, contar con el personal calificado e idóneo que contribuya al alcance de la misma.

El trabajador social forma parte de esta red de profesionales que intervienen con determinadas funciones en el campo de la salud, realizando valiosos aportes en función de la demanda de la población guatemalteca dentro del sector salud.

2.4. Trabajo Social

La Federación Internacional de Trabajo Social –FITS o IFSW- (1982), define a esta disciplina por primera vez de la siguiente manera:

El trabajo social es una profesión cuyo propósito es llevar a cabo cambios sociales en la sociedad en general y en sus formas individuales de desarrollo. (párr.13)

De fecha más reciente, se puede encontrar una definición aprobada en la Asamblea General de la FITS el 06 de Julio de 2014 en Melbourne, Australia.

El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar. (párr. 1)

Las Naciones Unidas a través del departamento de asuntos económicos y sociales en su informe publicado en el año 1959 define así el Trabajo Social:

El servicio social es una actividad organizada cuyo objetivo es contribuir a una adaptación mutua entre las personas y su medio social, se logra mediante el empleo de técnicas y métodos destinados a que los individuos, grupos o comunidades puedan satisfacer sus necesidades y resolver sus problemas de adaptación a un tipo de sociedad que se haya en proceso de evolución, así como por medio de una acción cooperativa para mejorar las condiciones económicas y sociales. (párr. 4)

La Escuela de Trabajo Social de la Universidad de San Carlos de Guatemala (1999), ha elaborado su propia definición:

Una disciplina de las Ciencias Sociales que estudia, analiza y explica la problemática social, para coadyuvar a la solución de problemas de personas, grupos y comunidades, que presentan carencias de tipo social.

económico, cultural y espiritual, para trabajar en procesos participativos de investigación, organización, promoción y movilización en la búsqueda de su desarrollo humano. En dicho proceso utiliza métodos propios de actuación. (p.5)

Algunos pioneros de la disciplina del Trabajo Social realizan importantes aportes a la definición de la misma, pudiendo citar los siguientes:

Richmond (1922), reconocida pionera e impulsadora de la disciplina del Trabajo Social, la define como:

El conjunto de métodos que desarrollan la personalidad reajustando consciente e individualmente a la persona a su medio social. El logro de esta adaptación exige al trabajador social al menos la comprensión de ambas cosas, la persona y el medio, ello implica el uso de técnicas adecuadas para poder producir un cambio en esa situación. También dice que implica una política en esa forma de actuar: el apoyo como método de educación y hacer partícipe en esos cambios a la persona implicada. (p. 67)

El reconocido profesional de Trabajo Social Ander-Egg (1986), define de esta manera a la disciplina indicando que “es una profesión que promociona los principios de los derechos humanos y la justicia social por medio de la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y sistemas sociales”. (pp. 461-462).

El profesional argentino de Trabajo Social Kisnerman (1990), aporta su propia definición como: “una disciplina que se encarga de conocer las causas-efectos de los problemas sociales y de lograr que los hombres asuman una acción organizada, tanto preventiva como transformadora, que los supere”. (párr. 5)

Las importantes definiciones que durante el transcurrir del tiempo han aportado los referentes citados, conlleva a un factor en común y es el de buscar un cambio y/o transformación social en virtud del beneficio hacia los grupos más vulnerables.

Sin embargo, ante el contexto actual de la pandemia, el Trabajo Social se ve impulsado a desarrollar un actuar profesional que se enmarque dentro las necesidades que la realidad actual exige. Siendo múltiples las funciones que la disciplina puede ejecutar debido a la complejidad y dimensiones que existen en la sociedad guatemalteca.

De tal manera, es evidente la evolución que el Trabajo Social y su visión han tenido. Esta particularidad responde a la relación de los acontecimientos sociales que ha afrontado desde sus inicios. Sin embargo, desde el ámbito de su formación y en la práctica profesional, la responsabilidad como parte de las ciencias sociales de intervenir directamente en la realidad del ser humano, continúa siendo el punto central de la profesión.

En este contexto, el Trabajo Social ha sido determinante contribuyendo funcionalmente ante las necesidades surgidas por el fenómeno mundial de la pandemia por el COVID-19.

2.5. Principales funciones del profesional

Respecto a las funciones que el profesional de Trabajo Social ha de desempeñar y/o desarrollar es importante resaltar lo siguiente.

Los trabajadores sociales se ocupan de planificar, proyectar, analizar, intervenir, evaluar y modificar los servicios y políticas sociales para los grupos y

comunidades de mayor vulnerabilidad.

Además, actúan o intervienen en atención de casos, grupos y comunidades en muchos sectores funcionales utilizando diversos enfoques metodológicos, trabajan en un amplio marco de ámbitos organizativos y proporcionan recursos y prestaciones a diversos sectores de la población a nivel micro, meso y macro social. Algunas funciones se podrán desarrollar de manera interrelacionada, de acuerdo a la metodología específica de la intervención que se utilice. (Álvarez, 2016).

En contexto, cabe destacar que la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 1999 publica su Boletín Informativo haciendo mención de las funciones propias del Trabajo Social.

- Organización y promoción de personas, grupos y comunidades como medio para alcanzar el desarrollo integral en situaciones coyunturales y estructurales.
- La educación popular
- Área de capacitación
- Autogestión y acompañamiento
- Desarrollar el poder a través de la participación de la sociedad civil
- Fortalecimiento de la organización existente en las localidades
- Organización comunitaria
- Área de administración y planificación

En ese sentido, el Trabajo Social es un campo de estudio y acción vinculado con diferentes tareas en diversos escenarios profesionales, siendo uno de los de mayor demanda el área salubrista donde su labor es intervenir con las personas a nivel individual, familiar y/o comunitario.

2.6. Trabajo Social en salud

El profesional de Trabajo Social posee las cualidades y capacidades idóneas que le permiten intervenir en diferentes áreas de la sociedad que contribuye a brindar atención a las necesidades y/o problemas presentados de manera individual o grupal.

El trabajador social es capaz de adaptar la metodología de acuerdo a su área de intervención profesional. Es así, como al estar inmerso en el área de la salud sus aportes son de valiosa relevancia, contribuyendo en hospitales nacionales y/o regionales, jefaturas en las diferentes áreas de salud y/o instituciones gubernamentales o no gubernamentales.

La intervención en el área de salud involucra al profesional y al paciente directamente. Además de coordinar acciones y la comunicación con los familiares de éstos. También brinda el apoyo correspondiente para el cumplimiento de los tratamientos médicos motivando a mejorar los hábitos, costumbres y/o relaciones sociales involucrando directamente a los familiares, amigos, conocidos, etc., que contribuyan al mejoramiento de la salud de los enfermos. (Profasr URL, 1995, p.113).

El trabajador social representa el enlace directo entre el paciente y la institución de salud en la que se encuentre. A través de su labor profesional

contribuye en la interpretación de indicaciones médicas hacia el paciente y traslada la información de carácter social que la misma evidencia y es de relevante conocimiento para el médico.

La Universidad Rafael Landívar (1995), publica un informe sobre *Las diferentes Áreas de intervención del Trabajo Social*, en el mismo hace referencia al área de salud de la siguiente manera:

(...) su labor se orientará hacia el trabajo y manejo de situaciones en equipo, proyectará sus servicios hacia las personas o grupos y tratará de enfrentar las enfermedades, los factores que las originan; investigará, discutirá y diagnosticará con el equipo de trabajo, para converger en acciones directas a la realidad social del paciente o comunidad. (p.115).

Dentro de los objetivos que el trabajador social en salud se plantea, destacan los siguientes:

- Aportar al equipo de salud un estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología y desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales, para localizar (identificar), controlar o eliminar los factores que limitan o condicionan el logro del objetivo.
- Orientar y capacitar a los pacientes, familias y comunidades en general para la previsión de consecuencias de las enfermedades, de manera que se realice un adecuado manejo en caso de nuevos cuadros de enfermedad. (Profasr URL, 1995, p.120).

La intervención que el trabajador social realiza en los diferentes niveles de atención en el área de salud representa, el enlace directo entre la institución y los familiares de los pacientes ingresados. Contribuyendo en gran medida a la

resolución de las necesidades sociales.

2.7. Niveles de atención del trabajador social en salud

En esta área de intervención, el trabajador social puede ser parte y/o conformar diferentes equipos multidisciplinarios para contribuir al alcance de los objetivos planteados en las instituciones de salud. Estos equipos generalmente están conformados por médicos, enfermeras, psicólogos, promotores o técnicos sociales, trabajadores sociales, etc. (Profasr URL, 1995, p.119).

Al integrar estos equipos multidisciplinarios, el trabajador social puede brindar atención en diferentes áreas de salud, entre los cuales destacan:

- Programa materno infantil
- Programa del adulto mayor
- Coordinación y supervisión
- Atención individualizada, grupal y/o comunitaria
- Investigación y docencia (en salud)

Por otra parte, existen diferentes instituciones que brindan atención directa e indirecta al sector salud y en las cuales el profesional de Trabajo Social contribuye activamente a través de diferentes gestiones, coordinaciones e intervenciones en beneficio del sector atendido.

2.8. Instituciones que brindan atención a los trabajadores del sector salud en Guatemala

A continuación se presentan tres instituciones que brindan atención directa a los empleados del sector de salud pública.

a) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

De acuerdo con el MSPAS el sistema de salud de Guatemala cuenta con una red de 43 hospitales en los que se brinda atención de segundo y/o tercer nivel, dos de ellos son de referencia nacional, siete especializados, siete nacionales regionales, 14 departamentales y 13 distritales. Además, el ministerio cuenta con establecimientos de atención primaria (centros, puestos de salud y de extensión de cobertura) los cuales se dividen así: 301 centros comunitarios, 957 puestos de salud, 20 maternidades cantonales, siete clínicas periféricas, 26 centros de salud tipo "A" y 264 centros de salud tipo "B" 24 centros de Urgencias 24 horas. (Becerril-Montekio & López-Dávila, 2011).

b) Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-

El IGSS ofrece cobertura a los trabajadores asalariados y sus familias; y también el sector privado, al cual según publicaciones hechas por la Organización Panamericana de la Salud -OPS- (2010), el 12% de los guatemaltecos recurre en busca de atención. Esta entidad es la encargada de apoyar a la sociedad guatemalteca, brindando protección en salud a sus afiliados.

Ante el contexto, de la situación actual por la pandemia del COVID-19, es apremiante que este tipo de instituciones tomen y adecuen medidas de

prevención efectivas para disminuir al máximo el riesgo de infección. Así lo informó García, (2020) durante su participación en el seminario denominado “*La comunicación y su adaptación al COVID-19*” organizado por la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS).

La AISS es una asociación mundial creada en 1927 por la necesidad de contar con una respuesta de protección social para los riesgos de enfermedad, desempleo, discapacidad y vejez; está conformada por 320 organizaciones de Seguridad Social de 150 países, incluido el IGSS.

Continuando con la ponencia de García (2020), se informó que la comunicación es de suma importancia para mantener informada a la población para atender de manera preventiva la emergencia sanitaria, concluyendo lo siguiente:

(...) la estrategia está basada en los ejes de información, prevención, mitigación, contención, campaña de retorno a la nueva rutina, así como el estigma y discriminación para los pacientes contagiados donde son utilizadas las plataformas digitales de redes sociales (Whatsapp, Facebook y Twitter), televisión y radios con el objetivo de informar las campañas de prevención y atención médica para los afiliados. (párr. 3)

Se informó también que, a través del servicio de call center se pueden resolver las consultas de los afiliados, así como la atención de emergencias de gineco obstetricia, cambios de citas médicas y la información para la entrega de medicamentos por medio del servicio de mensajería para los pensionados y afiliados.

Esta situación atípica en la sociedad puede suponer un cambio brusco en la vida cotidiana de todos los integrantes del núcleo familiar. El cuidado y la tranquilidad emocional en este contexto son factores muy importantes en los cuales se deben trabajar, mayormente si se afronta la pérdida de alguno de sus integrantes.

Ante este escenario, el Trabajo Social con familias constituye uno de los niveles fundamentales de intervención, buscando dar respuesta a las necesidades sociales, educacionales, de salud y de protección de sus miembros. Así mismo, este proceso se establece como la conexión directa entre la población y su entorno social.

En contexto y considerando la vulnerabilidad y riesgo en el que los empleados del sector de salud pública ejercen y desarrollan su labor, en Guatemala también se cuenta con algunas instituciones que representan un sistema de ahorro para los salubristas y/o para sus familiares al momento de su fallecimiento.

Como se ha mencionado anteriormente, una de las instituciones que brindan atención de esta naturaleza a los salubristas es la ASAPESPU.

c) Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública
–ASAPESPU–

Esta institución guatemalteca, brinda una atención administrativa de carácter privado y mutualista, prestando auxilio póstumo a favor de los beneficiarios o herederos legalmente declarados de un asociado fallecido, mediante la entrega de una prestación póstuma consistente en una ayuda monetaria.

Según se lee en su página oficial, la ASAPESPU nació ante la carencia de un fondo económico y la necesidad de resolver carencias económicas que surgen ante el fallecimiento de un empleado del sector salubrista. La finalidad de esta acción es poder brindarle un funeral y sepelio digno.

Por su parte, las instituciones hospitalarias se encuentran dentro de los tres niveles de atención abordados en esta investigación, establecidos por el Ministerio de Salud del país. Su función principal es prestar acciones directas a la población de manera preventiva, curativa, de encamamiento, hospitalización y atención especializada.

Como medidas preventivas y de contención ante la pandemia, la ASAPESPU implementó protocolos de atención en su sede principal adaptando el sano distanciamiento como parte de las mismas.

Así mismo, con la finalidad de apoyar y subsanar en alguna medida la urgencia económica surgida ante el fallecimiento de asociados fallecidos y a través de la autorización de la Junta directiva de la institución, se agilizaron los plazos estipulados para el pago de prestación póstuma.

Si bien instituciones como la ASAPESPU no se encuentran atendiendo de manera directa a la población en temas relacionados con la salud, si se ve vinculada al prestar un servicio que contribuye a paliar las necesidades económicas generadas ante el fallecimiento de un familiar salubrista. Estas se han visto aumentadas ya que, el sector al cual se debe es uno de los más vulnerables al encontrarse en primera línea de atención a las personas contagiadas por el COVID-19.

En conclusión, la importancia de la atención brindada en las instituciones mencionadas radica en la garantía de la salud familiar, como base fundamental de la sociedad guatemalteca.

2.9. La familia

La OMS (2017) hace una amplia definición al respecto de la familia:

Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura -UNESCO- (2009), cuenta con su propia definición:

La familia es reconocida universalmente como una unidad básica de la sociedad. A pesar de los muchos cambios en la sociedad que han alterado sus roles y funciones, la familia continúa dando la estructura natural para el apoyo esencial, emocional y material para el crecimiento y bienestar de sus miembros. Además, la familia es una unidad social básica de producción y consumo y, como tal, está en el núcleo del proceso económico. Sus necesidades deben estar estrechamente conectadas con los objetivos de desarrollo económico y social, como un estándar mínimo de progreso.

Por su parte Ander-Egg (1986), plantea la siguiente definición desde una perspectiva social:

En sentido estricto es el grupo que tiene su fundamento en lazos consanguíneos. La familia es el resultado de un largo proceso histórico, cuya forma actual de carácter monogámico es la pareja conyugal. En su amplia aceptación, la palabra familia hace referencia al conjunto de ascendentes, descendentes, colaterales y fines con un tronco genético común. Analógicamente, se dice que constituye una familia un conjunto de individuos que tienen entre sí relaciones de origen o semejanza. (p.109).

Los referentes convergen en un punto central y es el reconocimiento de la familia como la unidad principal de la sociedad, constituida en una base de valores y principios que conlleva al crecimiento y progreso de la misma. La familia como red social primaria es esencial en cualquier etapa de la vida de los seres humanos y ante el contexto actual, continúa siendo el escenario más importante y seguro para la adaptación y el desarrollo de las personas.

Como institución de la sociedad, la familia desarrolla sus propias funciones sociales para la satisfacción de las necesidades básicas de sus integrantes para el alcance de su desarrollo integral.

2.10. Funciones de la familia

La OMS (2020), aporta importante información de manera puntual respecto a las principales funciones de la familia, entre ellas destacan las siguientes:

- Necesidad de tener: refiriéndose a lo material, son los aspectos

económicos y educativos necesarios para vivir.

- Necesidad de relación la familia enseña a socializarse, comunicarse con los demás, querer, sentirse querido, etcétera.
- Necesidad de ser: la familia debe proporcionar al individuo un sentido de identidad y autonomía de uno mismo.

Es importante reconocer que estas funciones y sus dinámicas influyen directamente en las condiciones de vida de sus miembros. Es decir, determinan la comunicación positiva y el afrontamiento de dificultades, debido a que la familia es considerada la fuente de la cual se van a adquirir varias herramientas emocionales para la vida. (Mora y Rojas, 2005).

La importancia de la interrelación en las personas se suma a estas funciones básicas lo cual, permite adquirir valores y conductas que conllevan a una aceptación dentro de la sociedad para la creación de un mejor ambiente.

A través del tiempo, la idea de una familia clásica se ha ido modificando y se han adherido nuevos conceptos, siendo reconocida dentro de la sociedad una diversidad que permite la inclusión de nuevos grupos que conforman la unidad de la misma.

2.11. Tipos de Familia

Gil (2020) realiza un interesante aporte respecto a algunos tipos de familias que actualmente se reconocen son:

- a) Familia sin hijos

Este tipo de familia está formada por una pareja sin descendientes. Cada vez

son más las parejas que deciden conscientemente no tener hijos por múltiples razones personales. En otros casos, la infertilidad de uno o ambos miembros no se puede solucionar médicamente, motivo por el cual algunas parejas no tienen hijos. El hecho de tener hijos no es sinónimo de ser familia, las parejas sin hijos también son familias.

b) Familia biparental con hijos

La familia biparental con hijos es la más clásica, también conocida como nuclear o tradicional. Está formada por un padre, una madre y el/los hijo/s biológico/s. La mayoría de la población, al pensar en una familia, se imagina a la familia biparental con hijos. Aunque cada vez se esté ampliando más el término, culturalmente aún podemos decir que es el tipo de familia más popular.

c) Familia homoparental

Las familias homoparentales son aquellas que están formadas por una pareja homosexual (de dos hombres o dos mujeres) con uno o más hijos. Aunque no es una familia nueva, su presencia en la sociedad ha aumentado significativamente en los últimos años.

Este tipo de familias han tenido que luchar contra los prejuicios derivados de la homofobia: mientras poco o nada se cuestiona la validez y capacidad de una pareja heterosexual para formar una familia, las parejas homosexuales con hijos han tenido que recurrir incluso a investigaciones científicas que prueban su legitimidad como familia. Afortunadamente, conforme la sociedad avanza, también lo hace la aceptación de las familias homoparentales.

d) Familia reconstituida o compuesta

Esta clase de familia probablemente es la más frecuente en la actualidad debido a la creciente tendencia a la separación y al divorcio.

Como se deduce de esta introducción, las familias reconstituidas o compuestas son las que están formadas por la fusión de varias familias biparentales: tras un divorcio, los hijos viven con su madre o su padre y con su respectiva nueva pareja, que puede tener también sus propios hijos a cargo. Además, el otro progenitor también puede tener una pareja con hijos, por lo que estos hijos formarán parte de una gran familia compuesta.

e) Familia monoparental

Este tipo de familia, de igual forma que ocurre con la homoparental, no está exenta de crítica y prejuicios, tanto en el caso de mujeres como de hombres, aunque estos últimos sean aún una minoría.

Las familias monoparentales están formadas por un único adulto con hijos. Cada vez son más las familias monoparentales que están surgiendo en nuestro país. De hecho, en 2017 ya representaban un 10% del total de hogares, como lo demuestran los datos de la Encuesta Continua de Hogares que presenta anualmente el Instituto Nacional de Estadística (INE).

f) Familia de acogida

Las familias de acogida constan de una pareja o un único adulto que acoge a uno o más niños de manera temporal mientras que no puedan vivir en su familia de origen o mientras no encuentren un hogar permanente.

Son familias temporales que se encargan de ofrecer a niños, niñas y adolescentes en situación de necesidad, el mejor entorno posible hasta que sean adoptados definitivamente o hasta que su familia biológica pueda ocuparse de ellos. El acogimiento puede ser de urgencia, de corta duración (hasta 2 años), de larga duración (más de 2 años) o de fines de semana y vacaciones escolares.

g) Familia adoptiva

Las familias adoptivas constan de una pareja (o un adulto en solitario) con uno o más hijos adoptados. Pese a no tener vínculos de sangre, son igualmente familias que pueden desempeñar un rol parental igual de válido que las familias biológicas.

Muchas familias, por problemas de fertilidad, optan por adoptar como forma de acceder a la parentalidad. Otras familias, por convicción personal, prefieren adoptar que concebir. Sin embargo, es frecuente que las familias adoptivas se concentren en los países desarrollados, dado que sus ciudadanos tienen más recursos económicos para poder adoptar.

h) Familia extensa

La familia extensa está formada por varios miembros de la misma familia que conviven bajo el mismo techo. De este modo, pueden convivir padres, hijos y abuelos, o padres, hijos y tíos, etcétera.

También es un ejemplo de familia extensa la situación en que uno de los hijos tiene su propio hijo y conviven juntos, o cuando sobrinos se mudan con sus tíos y primos.

Este tipo de familia está tradicionalmente más extendido en países con menos recursos económicos. También es frecuente en países donde culturalmente se valora la unidad del grupo familiar, como es el ejemplo de Japón, donde es común ver que los padres del padre de familia conviven bajo el mismo techo que la familia nuclear de su hijo.

El círculo familiar se ha visto afectado en todos los aspectos a raíz del COVID-19, quienes ante el dolor por la pérdida de uno de sus integrantes, aunado al confinamiento y el cambio drástico en su rutina, se encuentran en una situación agobiante.

Esta realidad puede ser catalogada como la de un *cambio catastrófico*, término que define el científico social estadounidense Kielhofner (2004), como aquel que “ocurre cuando las circunstancias internas o externas alteran drásticamente la propia situación vital ocupacional, lo cual requiere de una reorganización fundamental” (p.167).

De cara hacia estos eventos, la familia se encuentra ante el reto de reconocer los ámbitos afectados y encontrar la voluntad de una “reorganización de la cotidianidad”. De acuerdo al portal virtual Clínica Oncológica para la Sociedad Americana –ASCO- (2018), a través de su artículo *Sobrellevar los cambios después de una pérdida* algunas alteraciones evidenciadas posterior a la pérdida de un ser querido pueden ser las siguientes:

a) Relaciones: La fuente refiere que estas pueden mostrar alguna alteración para interactuar con otros familiares y amigos, llegando a sentir acercamiento e incluso distanciamiento entre los mismos. Sin embargo, puede que (...) “también pueden llevar a nuevas relaciones y a nuevas amistades”.

- b) Rutinas: Esta definitivamente se ve alterada y en mayor medida si se ha estado al cuidado del familiar fallecido. Ante la ausencia del mismo es posible llegar a extrañar ese tipo de responsabilidades. Aunque “con el tiempo, muchas personas son capaces de desarrollar una nueva rutina que les resulta familiar y con la que se sienten cómodos”.
- c) Responsabilidades: Ante la ausencia de un familiar o ser querido es normal que se asuman nuevas tareas y/o responsabilidades, esta situación permitirá incluso adquirir nuevas habilidades y destrezas las cuales, aunque parezcan estresantes resultarán ser útiles y ocupacionales.
- d) Empleo y finanzas: La muerte de un familiar también puede traer cambios en la economía de la familia disminuyendo los ingresos y buscando nuevas formas generadoras de los mismos por parte del núcleo.
- e) Fe y espiritualidad. Después de la muerte de alguien que se ama, es posible que se lleguen a cuestionar creencias religiosas o espirituales, o el entendimiento del sentido de la vida. Sin embargo, se refiere que incluso “puede darse cuenta de que la fe se vuelve más fuerte y es una fuente de consuelo”.
- f) Prioridades y objetivos: Este aspecto puede tener cambios y verse desde otra perspectiva sobre lo que más importa ahora que alguien amado ha fallecido. La ASCO, refiere que “las prioridades anteriores, como el trabajo, pueden ser reemplazadas por nuevas prioridades, como pasar más tiempo con su familia y amigos, o centrarse en la salud”.
- g) Actividades e intereses: Es posible perder interés en actividades que anteriormente se disfrutaba o incluso desarrollar nuevos intereses que permitan el involucramiento en actividades que eran importantes para la persona ausente.

Es así, como ante la grave situación derivada de la pandemia por el COVID-19, lo planteado por la ASCO se entrelaza con los diferentes tipos de

alteraciones que se originan en el contexto familiar al perder a uno de sus miembros.

En contexto, el quehacer profesional del Trabajo Social considera sustancialmente a la familia como una importante área de análisis e intervención, constituyéndose como un punto de partida y de llegada para cualquier tipo de abordaje, orientando así todas las acciones hacia el desarrollo de los recursos, teniendo un papel fundamental en relación al impacto que esta crisis representa dentro de la sociedad guatemalteca favoreciendo a sobrellevar de manera sana el duelo mediante el abordaje de las expresiones emocionales o el trabajo con grupos.

Capítulo 3. Contexto institucional

El presente capítulo enmarca el contexto institucional de la Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública -ASAPESPU- a través del marco filosófico y de funcionamiento que permiten al lector situarse en un escenario real de atención a los salubristas y sus familiares.

3.1. Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública –ASAPESPU-

Esta asociación ha brindado atención a los trabajadores de este sector desde el año 1974 con el propósito de apoyar económicamente a las familias de todos los empleados al momento de su deceso, ha evidenciado un aumento estadístico de fallecidos desde el inicio de la pandemia en Guatemala.

Según los datos históricos de la página oficial de la ASAPESPU, el 08 de octubre de 1972 mediante solicitud a la Dirección General de Servicios de Salud, firmada por los trabajadores salubristas de todo el país, se promovió el nombramiento de una comisión para la realización de un estudio situacional y la elaboración del anteproyecto de estatutos, acciones que encaminarían las gestiones necesarias para la formación de la asociación. Durante este período se logró el reconocimiento de la personería jurídica de la misma el 4 de junio de 1974. (Asapespu, 2020).

Así mismo, en la página oficial de la ASAPESPU (2020), se puede encontrar su marco filosófico el cual, se presenta a continuación.

3.2. Visión

La asociación tiene como visión ser la mejor asociación mutualista de auxilio póstumo en Guatemala, con mayor efectividad, calidad y calidez en la entrega de la prestación póstuma y programas de beneficio a sus asociados, beneficiarios y herederos legalmente declarados; generando nuevos programas con tecnología de vanguardia y excelencia en la atención; promoviendo cooperación y solidaridad en el gremio salubrista.

3.3. Misión

La asociación es una identidad guatemalteca de carácter civil, privada, con personalidad jurídica, orientada primordialmente a otorgar auxilio póstumo a favor de los beneficiarios o herederos legalmente declarados de un asociado fallecido, mediante la entrega de una prestación económica y brindar el apoyo moral y social a los mismos, velando por la seguridad de la familia salubrista.

3.4. Objetivo primordial

Brindar auxilio póstumo a favor de los beneficiarios o herederos legalmente declarados de un asociado fallecido, mediante la entrega de una prestación póstuma consistente en una ayuda monetaria y el apoyo moral y social a los mismos, sin perjuicio de que en vida el asociado pueda gozar de otros beneficios legalmente establecidos.

3.5. Organización

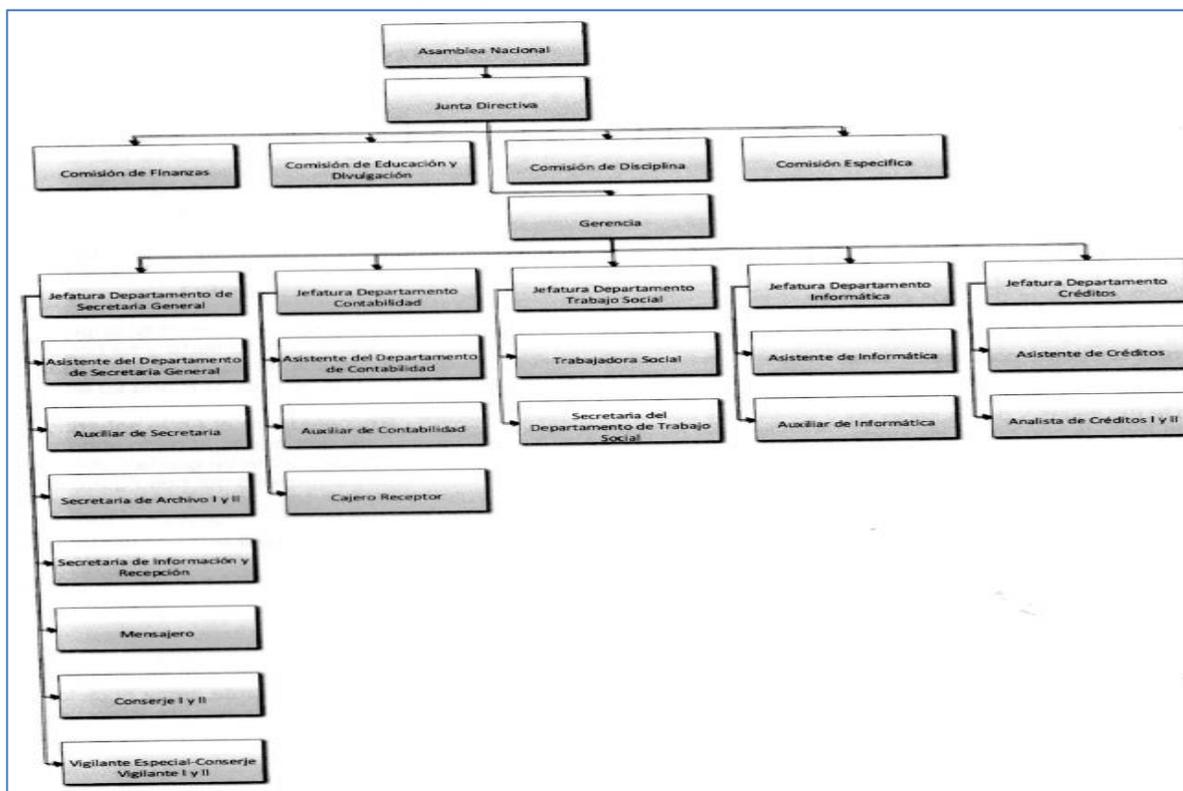
La organización de la ASAPESPU se encuentra estructurada de forma vertical de la siguiente manera:

- Asamblea General, máxima autoridad facultada para tratar temas de importancia nacional relacionados con la ASAPESPU.

- Junta Directiva, facultada por la Asamblea General para realizar convocatorias participativas, autorizar la participación de los miembros, conocer y aprobar informes.
- Comisión de Finanzas, órgano interno asesor y fiscalizador de las finanzas de la asociación.
- Comisión de Educación y Divulgación, es el órgano de educación, difusión y promoción de la filosofía, objeto, fines, misión, visión y actividades de la asociación.
- Comisión de Disciplina, es el órgano competente para aplicar de forma independiente, imparcial, objetiva y justa, el régimen disciplinario en la asociación.
- Comisión Específica, es el órgano creado para velar por el desarrollo de las actividades y el cumplimiento del objeto y fines de la asociación.
- Gerencia, es la jefatura creada para velar que el desarrollo administrativo dentro de la asociación se ejecute correctamente.
- Las diferentes jefaturas, tendrán a su cargo las funciones de planta administrativa que a cada departamento corresponde siendo estas: Secretaría General, Contabilidad, Trabajo Social, Informática y Créditos.

Figura 5

Organigrama de la ASAPESPU



3.6. Evolución de la cuota fija mensual y el beneficio póstumo

La ASAPESPU inició con un período de ¹llamamientos y seguidamente estableció una cuota fija, la cual ha sido incrementada en cinco oportunidades y por consiguiente ha generado que el beneficio póstumo sea mayor. El período de llamamientos comprende de: septiembre 1974 - agosto 1991 (17 años) Las cuotas aportadas oscilaron entre Q.0.35 y Q.8.80, dependiendo de la cantidad de fallecimientos reportados durante el mes y la prestación póstuma entregada que fluctuó entre Q.3,143.63 y Q.14, 436.80.

¹ Un llamamiento consistía en calcular la cuota a recaudar dependiendo del número de asociados fallecidos en un mes. (Asapespu, 2020)

Figura 6

Evolución de la cuota fija mensual y el beneficio póstumo

No.	Vigencia	Cuota	Prestación
1	Septiembre 1991-Enero 1993 (1 año, 4 meses)	Q 08.00	Q 16,722.63
2	Febrero 1993-Marzo 1994 (1 año, 1 meses)	Q 10.00	Q 16,976.67
3	Abril 1994-Enero 1998 (3 años, 9 meses)	Q 15.76	Q 25,000.00
4*	Febrero 1998-Abril 2002 (4 años, 2 meses)	Q 20.00	Q 35,000.00
5*	Mayo 2002-Febrero 2012 (9 años, 9 meses)	Q 40.00	Q 50,000.00
6*	Marzo 2012-A la presente fecha	Q 80.00	Q 75,000.00

Fuente: Asapespu, 2020

3.7. Programas brindados a los asociados de la ASAPESPU

Actualmente la ASAPESPU cuenta con programas orientados para beneficiar a sus asociados y/o beneficiarios. Los mismos están a cargo directamente del Departamento de Trabajo Social.

3.8. Prestación póstuma

El programa de Prestación Póstuma es el principal de la asociación y consiste en la entrega de la cantidad de Q.75,000.00, a los beneficiarios declarados por el asociado. Esta cantidad es distribuida dentro de los beneficiarios declarados y de acuerdo a los porcentajes establecidos por el asociado en vida. Esto quedó establecido por estatutos a partir del 01 de marzo de 2012. La ASAPESPU ha beneficiado a más de 7,607 familias hasta marzo del 2020. (Asapespu, 2020).

3.9. Ayuda económica por fallecimiento de cónyuge

Este programa tiene como fin primordial otorgar a favor de los asociados activos laborantes y asociados activos optativos ex – empleados del MSPAS, una ayuda económica cuando ocurra el fallecimiento de su cónyuge, este se puede solicitar solamente una vez. Siendo un aporte de Q 3,000.00 no deducible de la

prestación póstuma. (Asapespu, 2020).

3.10. Ayuda económica por fallecimiento de hijo menor de edad

El fin primordial de este programa consiste en otorgar a favor de los asociados activos laborantes y asociados activos optativos ex – empleados del MSPAS, una ayuda económica cuando ocurra el fallecimiento de hijos mayores a un día de nacidos y menores de 18 años, al igual que el programa anterior, el aporte económico brindado es de Q 3,000.00 no deducible de la prestación póstuma y éste puede ser solicitado hasta en un máximo de tres ocasiones. (Asapespu, 2020).

3.11. Programa de enfermedad terminal

Este programa fue creado en el año 2004, con el objetivo de anticipar Q.15,000.00 (20%) de la prestación póstuma a los asociados activos laborantes, Jubilados y Ex -empleados del MSPAS, que sufran de una enfermedad terminal, concomitante y riesgo de muerte, y que cumplan con los requisitos y procedimientos establecidos.

El anticipo será deducible de la prestación póstuma que corresponde por fallecimiento del asociado a los beneficiarios declarados. La ASAPESPU establece que el asociado se encuentre con alguno de los siguientes diagnósticos: enfermedades oncológicas (Cáncer), enfermedad pulmonar avanzada, enfermedad hepática avanzada, cirrosis hepática, enfermedad renal crónica avanzada, síndrome de inmuno deficiencia adquirida. (Asapespu, 2020).

Todos los programas creados por la ASAPESPU dirigidos a los asociados y/o sus beneficiarios, son atendidos directamente por las profesionales del departamento de Trabajo Social.

Es así como a través de esa atención brindada, Trabajo Social ha identificado un aumento de asociados fallecidos en relación al año 2019, donde se finalizó con un total de 355 decesos. Como consecuencia de la pandemia por COVID-19, esta cantidad fue superada, reportando en el año 2020 un total de 531 decesos, de los cuales 155 fallecieron a causa del coronavirus o relacionados a él. (Departamento de Trabajo Social, 2020).

3.12. Cantidad de asociados

Actualmente la ASAPESPU se encuentra integrado por cincuenta y cuatro mil ochenta y cinco asociados (54,085), todos pertenecientes al sector de salud pública, ocupando cargos que van desde plazas operativas (conserjería, mantenimiento, ² guardianería, entre otros), hasta plazas técnicas y/o profesionales.

Además, también está integrado por personal ex salubrista, jubilados y optativos cónyuge o hijo. Residentes en las diferentes regiones del país, son actualizados en cuanto a la información de la asociación a través de representantes departamentales de la misma por medio de asambleas regionales.

Actualmente la división de asociados por estatus laboral se encuentra de la siguiente manera:

Activos laborantes presupuestados	Ex salubristas
Activos laborantes planilleros	Optativos cónyuges
Jubilados	Optativo hijo

² Vigilantes, guardianes, etc., de instituciones pertenecientes al sector de salud pública.

Capítulo 4. Resultados de investigación

En este capítulo se presentan los resultados del proceso de la investigación realizada, permitiendo su integración en el orden en que fueron recogidos para dar paso a una propuesta apegada a los diferentes factores identificados.

La investigación fue realizada bajo el método descriptivo y desde un enfoque mixto, que permitió obtener resultados que responden a los planteamientos presentados desde el inicio de la misma, se establecieron las principales alteraciones del contexto familiar ante el fallecimiento de uno de sus integrantes como consecuencia del contagio por COVID-19.

Para dar inicio a la investigación, en el primer momento se realizaron entrevistas estructuradas a través de instrumentos dirigidos a los familiares de los asociados fallecidos, con el objetivo de poder identificar cómo se manifiestan los cambios a nivel personal y familiar luego de la pérdida de alguno de sus miembros como consecuencia de la pandemia.

Con la finalidad de conocer el criterio profesional, en el segundo momento se realizaron entrevistas estructuradas a las tres profesionales del departamento de Trabajo Social de la ASAPESPU siendo el principal objetivo conocer cuál ha sido el aporte y/o acompañamiento brindado hacia los familiares de los asociados fallecidos por COVID-19.

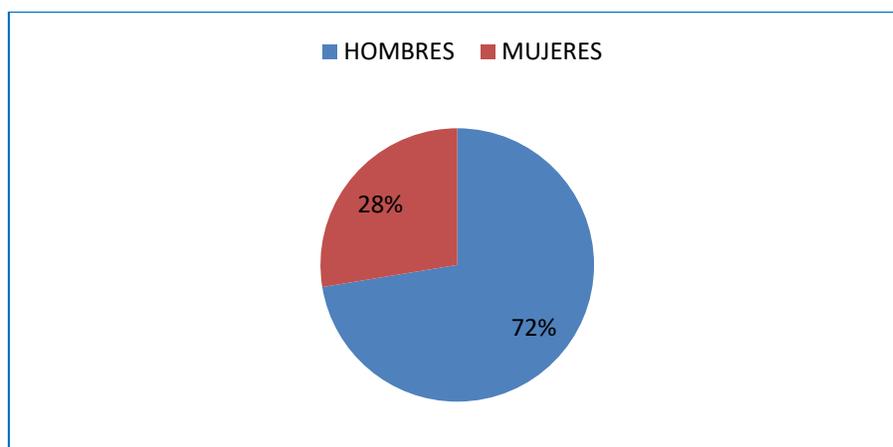
4.1. Investigación realizada con los familiares de asociados fallecidos

4.1.1. Sexo de asociados fallecidos por COVID-19

A continuación, se presenta gráficamente, la identificación por sexo de los asociados fallecidos a causa del COVID-19.

Figura 7

Sexo de asociados fallecidos por COVID-19,
Período de mayo a diciembre 2020



Fuente: Elaboración propia. Investigación de campo, abril 2022.

El sector salud ha sido uno de los más golpeados. Por lo que, la ASAPESPU una entidad que brinda atención a este sector, también ha visto reflejado un aumento de asociados salubristas fallecidos, principalmente durante el inicio de la pandemia durante los meses de mayo a diciembre del 2020. Es así como, a través del departamento de Trabajo Social se ha identificado mayor número de fallecidos de género masculino dentro de los asociados reportados fallecidos a causa del COVID-19, el 72% hombres y el 28% mujeres.

La Organización Panamericana de la Salud –OPS- (2021), presenta una explicación científica ante este fenómeno de mortalidad a través del estudio

denominado “*Diferencias por razones de sexo en relación con la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas de enero del 2020 a enero del 2021*”.

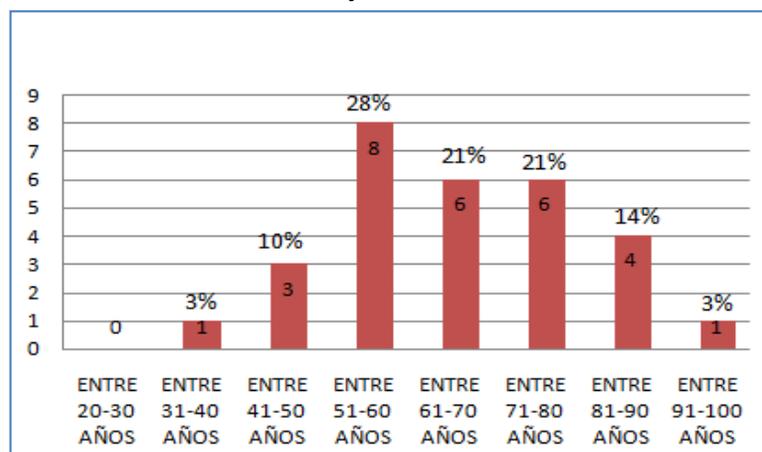
(...) En un metanálisis de los datos disponibles, se encontró que los hombres podrían tener un mayor riesgo de sufrir una infección grave por el SARS-COV-2, debido a que el número de hombres hospitalizados es superior en 50% al de mujeres. Cuando se examinó la mayor probabilidad de que los hombres tuviesen manifestaciones más graves de la COVID-19, se analizaron las diferencias entre las vías biológicas de hombres y mujeres para luchar contra los virus. En general, las mujeres tienden a producir respuestas inmunitarias más eficaces y mejor adaptadas a los virus, lo cual se traduce en casos menos graves de COVID-19. (p. 2).

Este análisis presentado por la OPS (2021), se ve reflejado claramente en las estadísticas de asociados fallecidos que presentó el departamento de Trabajo Social, brindando una respuesta lógica y realista ante la visible diferencia existente de los porcentajes presentados.

4.1.2. Rango de edad de los asociados fallecidos

El departamento de Trabajo Social también ha realizado una identificación de asociados fallecidos de acuerdo a su rango de edad, la cual se presenta a continuación.

Figura 8
 Edad de los asociados fallecidos por COVID-19
 Período de mayo a diciembre 2020



Fuente: Elaboración propia. Investigación de campo, abril 2022.

El primer fallecido como consecuencia del contagio por COVID-19 en Guatemala, fue reportado el 15 de marzo de 2020 por las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, tenía 85 años. Este es un dato identificado en el rango de edades de los asociados fallecidos en la ASAPESPU, evidenciando que el grupo etáreo de la tercera edad ha sido mayormente vulnerable.

La OPS (2021) presenta su aporte, el cual busca dar respuesta a este factor identificado:

(...) Se observa un aumento pequeño en la proporción de casos de COVID-19 diagnosticados en hombres, en los grupos de más edad. Los hombres de 60 a 69 años de edad representan 52% de los casos notificados, pero esta cifra se reduce a 47,5% de los casos en el caso de las personas de 70 o más años de edad. No obstante, las cifras absolutas comparables de casos en mujeres y hombres indican una tasa de incidencia mayor para los hombres en los grupos de más edad. Hay una población de referencia más

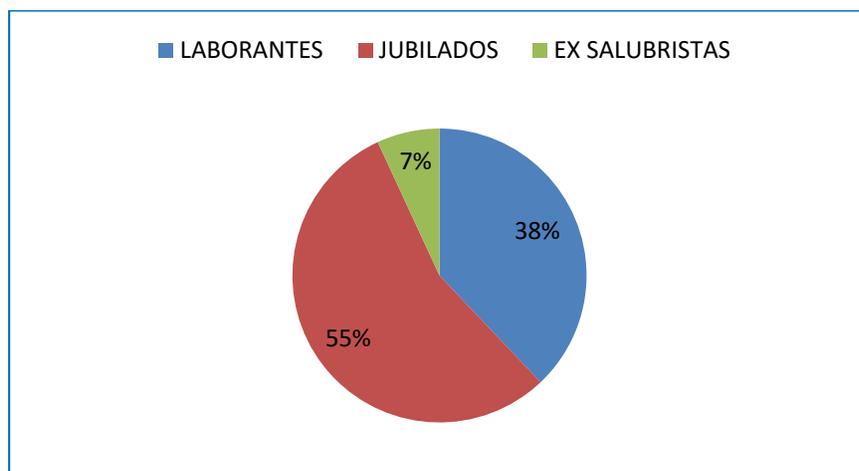
grande de mujeres mayores debido a su esperanza de vida más larga, en comparación con los hombres mayores. La incidencia de casos de COVID-19 en hombres de 60 a 69 años y de más de 70 años es de 23,1 por 1,000 habitantes y de 24,97 por 1,000, respectivamente. En el caso del grupo de 60 a 69 años de edad, en los hombres se registran 3,89 casos más por 1,000 habitantes, en comparación con las mujeres. (p. 4).

El rango de edad de los asociados fallecidos que las profesionales de Trabajo Social han identificado durante los meses de mayo a diciembre 2020, se relaciona claramente con la información presentada por la OPS (2021), reflejando un dato bastante apegado a la realidad actual.

4.1.3 Estatus laboral de asociados fallecidos

El estatus laboral también ha sido identificado en los asociados fallecidos que lamentablemente ha fallecido a causa del COVID-19, el mismo se presenta a continuación gráficamente.

Figura 9
Situación laboral de asociados fallecidos por COVID-19
Período de mayo a diciembre 2020



Fuente: Elaboración propia. Investigación de campo, abril 2022.

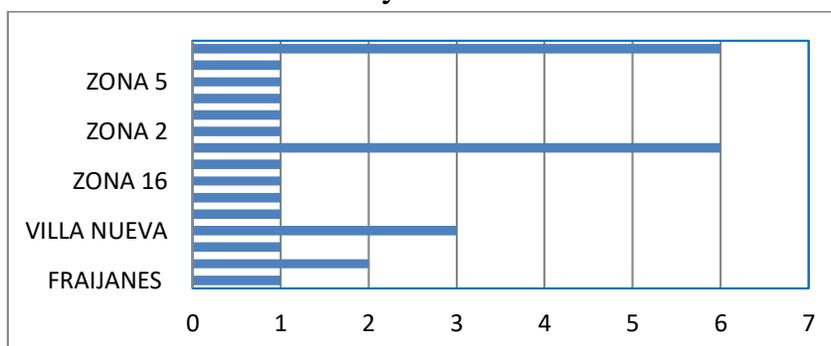
El 7% de la evidencia identificada responde al sector ex salubrista, es decir, empleados que ya no laboran para el sector de salud pública. Además, el 55% de los asociados fallecidos se encontraban en calidad de jubilados. Tomando en cuenta que, la edad de la jubilación para los empleados del sector público de Guatemala actualmente según la Oficina Nacional de Servicio Civil –ONSEC– se contempla desde los 50 años, se ha podido identificar que el mayor rango de fallecidos se refleja en ese grupo.

La demanda de empleos formales contabilizados por el IGSS a través de datos proporcionados por el Banguat, antes de la llegada de la pandemia en el país existía un déficit de 3.2 millones de puestos de trabajo, estimados al restar del total de personas que trabajaban como asalariadas o buscaban un empleo (4.6 millones). La figura 9 refleja que solamente el 38% de los asociados fallecidos se encontraban laborando, ubicando a este grupo dentro de la minoría que aún conservaba un puesto activo en el mercado laboral y que, a pesar de la crisis económica, aún obtenía un salario.

4.1.4. Identificación residencial de los asociados fallecidos

A continuación, se presenta la zona residencial de los asociados fallecidos por COVID-19.

Figura 10
Zona de residencia de los asociados fallecidos por COVID-19
Período de mayo a diciembre 2020



Fuente: Elaboración propia. Investigación de campo, abril 2022.

La figura 10 refleja las diferentes áreas de la capital en las cuales residían los asociados fallecidos. Se identificó como el mayor número de asociados fallecidos se concentró en dos áreas de la capital guatemalteca, siendo estas la zona 7 y zona 18. Estas zonas constituyen dos de las 25 zonas en las cuales se encuentra dividido el municipio de Guatemala.

El INE (2020) a través de sus estadísticas refleja que para el período 2008-2020, la población del municipio de Guatemala estaba compuesta por 995,393 habitantes, de los cuales 139,000 se ubican en la zona 7.

Por su parte, Segeplan (2020) a través de un diagnóstico elaborado para el mejoramiento de calles, destaca que lo siguiente:

(..) El área de la zona 18 es de 43.64 kilómetros cuadrados, lo que la convierte en la zona con mayor extensión territorial de la Ciudad, adicionalmente la zona 18 concentra cerca del 21.10% la población total de la Ciudad, convirtiéndose así en la zona más poblada del municipio. (p. 1).

Estos datos característicos en relación al número de habitantes en las zonas de mayor cantidad de fallecidos, visibiliza la posibilidad de que a mayor número de habitantes mayor será el riesgo de contagios y decesos a causa del COVID-19.

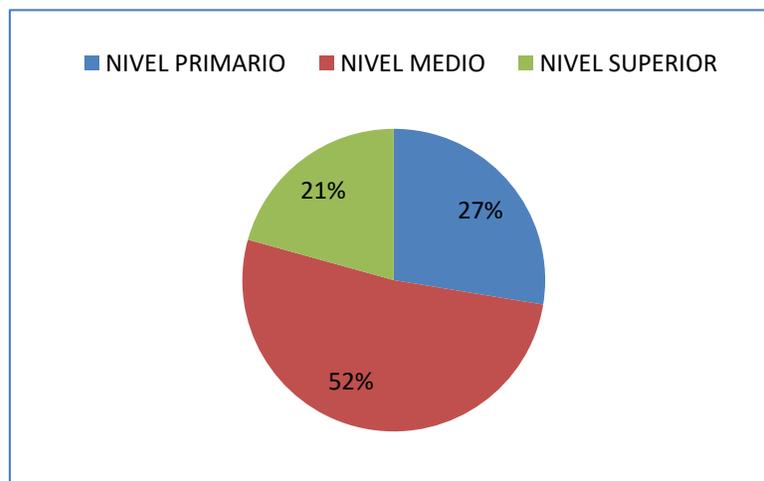
4.1.5. Escolaridad de los asociados fallecidos

A continuación, se presenta la formación académica con la que contaban los asociados fallecidos por COVID-19.

Figura 11

Nivel académico de los asociados fallecidos por COVID-19

Período de mayo a diciembre 2020



Fuente: Elaboración propia. Investigación de campo, abril 2022.

De acuerdo a su escolaridad y/o preparación académica, los asociados fallecidos ocuparon diferentes plazas en el sector salubrista. El mayor porcentaje de los asociados contaba con preparación a nivel medio y el 21% con estudio a nivel superior, permitiéndoles ocupar puestos en áreas técnicas, administrativas y profesionales. Se logró identificar que el 27% de los asociados fallecidos escasamente contaban con estudios a nivel primario.

Cabe destacar, que el nivel de escolaridad no condiciona la cuota mensual que los asociados cancelan ni la prestación póstuma a la que los beneficiarios declarados tienen derecho.

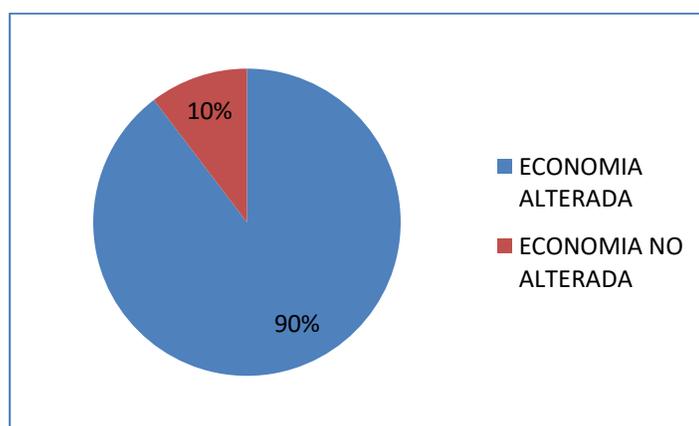
Así mismo, la investigación centra su naturaleza en conocer las diferentes alteraciones contextuales que han sufrido los familiares de los asociados posteriormente a su deceso, identificando algunos factores como resultado del suceso.

4.1.6. Alteración del aspecto económico dentro del núcleo familiar de los asociados fallecidos.

El factor económico fue identificado como el mayor aspecto alterado ante el fallecimiento de los asociados de la ASAPESPU. A continuación, su presentación gráfica.

Figura 12

Alteración económica en el contexto familiar de los fallecidos por COVID-19
Período de mayo a diciembre 2020



Fuente: Elaboración propia. Investigación de campo, abril 2022.

La angustiante economía que el país venía afrontando solamente se vio agudizada ante el efecto pandémico del COVID.19. Como ya se ha mencionado a través de los referentes teóricos, el INE reporta que para el año 2019 la pobreza a nivel nacional se situaba tanto en el área rural como urbana con porcentajes similares de un 44 por ciento a un 50,8 por ciento respectivamente.

Así mismo, las estimaciones proyectadas por la CEPAL (2020), estimaron que al finalizar el año se tuvo un aumento de 2% en el número de personas que viven en situación de pobreza y pobreza extrema.

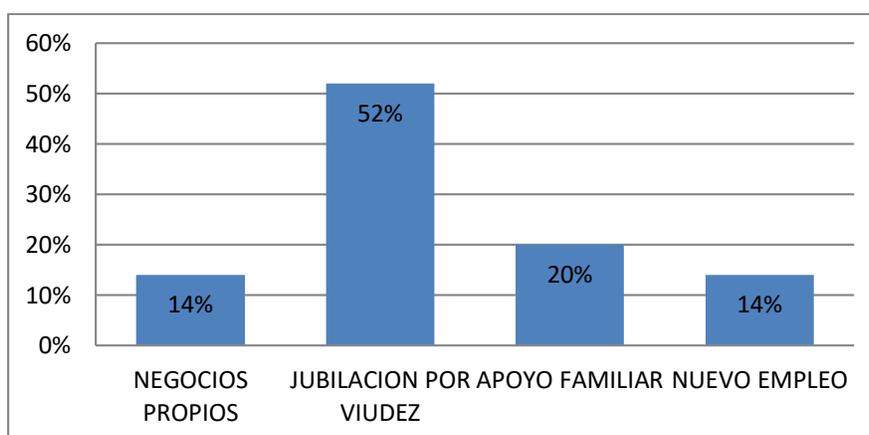
Estos datos estadísticos se ven reflejados en la alteración económica que ha sufrido el 90% del contexto familiar de los asociados fallecidos. Esta situación surge ante la ausencia del mayor ingreso económico en el hogar.

4.1.7. Formas generadoras de nuevos ingresos familiares

A continuación, se presenta gráficamente los resultados de los generadores de ingresos para las familias de los asociados fallecidos.

Figura 13

Generadores de nuevos ingresos para familiares de asociados fallecidos por COVID-19. Período de mayo a diciembre 2020



Fuente: Elaboración propia. Investigación de campo, abril 2022.

Los familiares han tenido que asumir roles proveedores y generadores de ingresos para sobrellevar el aspecto económico el cual, se ha visto fragmentado ante el fallecimiento de uno de sus miembros. Se pudo identificar que el 52% de los consultados perciben como apoyo económico el beneficio por jubilación otorgado por viudez. Este aporte ha representado un paliativo para las viudas ante el deceso de sus cónyuges.

De la misma manera, el 20% de las familias entrevistadas comentaron haber recurrido al apoyo económico brindado por alguno de sus familiares ante la adversidad ocasionada por la pandemia.

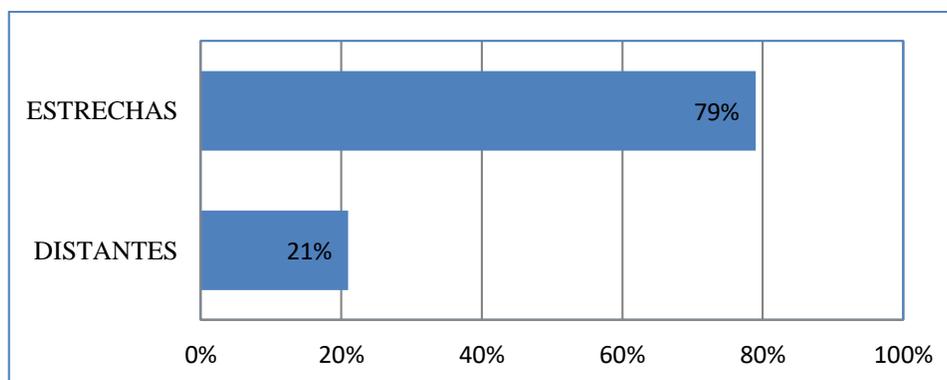
Sin embargo, un 14% de las familias han visto esta carencia económica como un impulso para iniciar con algún negocio propio como la venta de comida o refacciones, ventas de producto por catálogo o de ropa, entre otros. Otro 14% de los consultados optó por retomar o iniciar actividades laborales al no contar con el ingreso económico que el asociado fallecido proporcionaba al núcleo familiar.

4.1.8. Relaciones inter familiares de los asociados fallecidos

Se realizó la consulta sobre cómo se perciben las relaciones familiares ante el fallecimiento de unos de sus miembros como consecuencia del COVID-19 pudiendo identificar dos factores importantes, los cuales se presentan a continuación.

Figura 14

Tipos de relaciones familiares de los beneficiarios de asociados fallecidos por COVID-19. Período de mayo a diciembre 2020.



Fuente: Elaboración propia. Investigación de campo, abril 2022.

El proceso del duelo es asumido y reflejado de diferentes maneras, algunos mecanismos de defensa para enfrentar esta ausencia pueden demostrar aislamiento y distancia hacia el resto del núcleo familiar (21%) y por otro lado

pueden estrechar aún más la relación (79%) como lo reflejan los familiares entrevistados para este trabajo de investigación

Pérez, M. (2011) a través de su publicación *El proceso del duelo y la familia*, aborda el duelo individual y familiar resaltándolos algunos factores como el de “Dar expresión a las emociones y al dolor”, “Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente” y “Reorganización del sistema familiar”, estos elementos visualizan un mejor manejo de la pérdida y el duelo ante la ausencia física de un ser querido.

Resalta que para mejorar las relaciones familiares posteriormente al fallecimiento de alguno de sus integrantes es fundamental lo siguiente:

(...) que en la familia se afirme la realidad de la pérdida, que la persona ha muerto, y que cuando se comuniquen entre ellos sea reconocida esta realidad de manera clara y precisa pues, hasta que no se haya hecho, no lograrán dominar e independizarse de ese episodio de su vida, ni podrán recuperar la estabilidad. (p. 282).

La UNESCO (2009), reconoce a la familia universalmente como “una unidad básica de la sociedad” (párr. 1). Esta definición refleja la importancia de las funciones que cada miembro tiene dentro de su entorno familiar. Este mismo al ser tan complejo, se ve alterado ante la ausencia de alguno de sus integrantes, debiendo asumir una reorganización de roles, dinámicas, responsabilidades, etc.

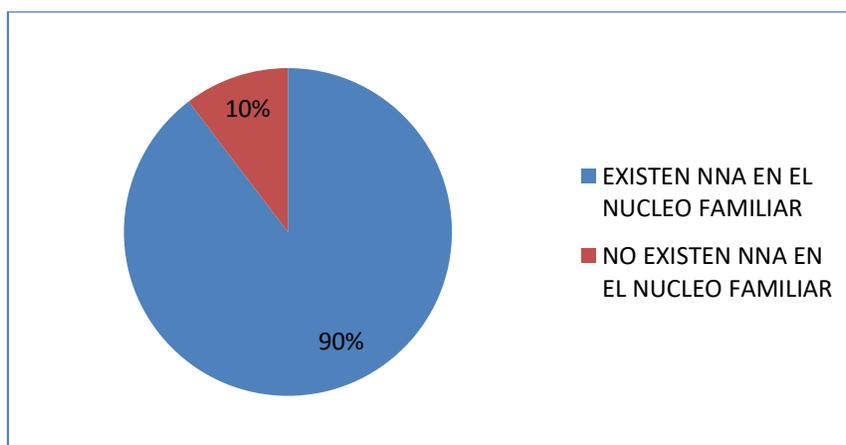
La importancia de tener una buena relación y comunicación dentro del núcleo familiar, contribuirá a sobrellevar de mejor manera cualquier acontecimiento que surja. La muerte de un ser querido es un evento difícil de afrontar, la familia representa un soporte esencial para replantearse metas, objetivos y/o cualquier factor que permita afrontar esa nueva realidad.

4.1.9. Núcleos familiares con presencia de niños, niñas y adolescentes

A continuación, se presentan los grupos familiares integrados por niños, niñas y adolescentes.

Figura 15

Familias de los asociados fallecidos por COVID-19, en los que figuran niños, niñas y adolescentes. Período de mayo a diciembre 2020



Fuente: Elaboración propia. Investigación de campo, abril 2022.

Durante la investigación, se pudo identificar que predomina la familia nuclear y en algunos casos, se identificó la familia compuesta. Sin embargo, en el 90% de las familias consultadas se confirmó la integración de niños, niñas y/o adolescentes como parte de su núcleo.

Este resultado evidencia que, en su mayoría los integrantes más pequeños o jóvenes de la familia han enfrentado la pérdida de uno de sus seres queridos y que han tenido que aprender a sobrellevar de alguna manera esta ausencia y continuar con el desarrollo de sus actividades con la mayor normalidad.

Es importante resaltar que, de acuerdo al portal virtual de la ASCO (2018), luego de una pérdida “se sufren diferentes alteraciones dentro del entorno

familiar” (párr. 4), estas se ven reflejadas en todos sus integrantes y es importante abordarlas para enfrentar la nueva realidad.

4.1.10. Abordaje del duelo en los niños, niñas y adolescentes

Ante lo identificado, surgen las interrogantes de cómo han sobrellevado el proceso del duelo con ellos y si han tenido algún acompañamiento profesional adecuado que permita entender actitudes y comportamientos que puedan presentar los niños, niñas y adolescentes de la familia.

Tabla 1

Forma en que asumen el duelo los NNA según los adultos	
Elemento referido por la familia	% de apoyo recibido
Apoyo familiar	7%
Apoyo psicológico	3%
Apoyo religioso	3%
Los niños están bien	16%
Los niños no sienten nada	14%
Los niños siguen con su vida “normal”	16%
Los niños no entienden, no se les habla del tema	26%
Los niños no son conscientes de la pérdida	15%

Fuente: Elaboración propia. Investigación de campo, abril 2022.

Lo identificado durante el proceso de investigación es verdaderamente preocupante. Ya que el 26% de los adultos consultados consideran que los niños, niñas y/o adolescentes no entienden el tema de la muerte, en tanto que un 14% y

16% indican que continúan el desarrollo de sus actividades de manera “normal” y que no perciben dolor ante la ausencia por lo tanto, no se ven afectados.

Lo que refleja una desvalorización al sentimiento y criterio de los más pequeños del hogar dejándolos en una situación doblemente vulnerable sin el acompañamiento y/o apoyo necesario para sobrellevar un evento de esta naturaleza.

Unicef (2021), a través del Manual de capacitación para acompañamiento y abordaje de duelo, realiza importantes recomendaciones en cuando a tratar este tema con los niños, niñas y adolescentes, resaltando que es un mito creer que *“los niños no sufren”, “el duelo en los niños no provoca un sufrimiento tan profundo como en los adultos”* o que *“los niños cuentan con suerte, porque son tan jóvenes que no entienden sobre la muerte”*. (p. 11).

El abordaje del proceso de duelo con todos los integrantes de la familia, requiere de una adecuada orientación que, en la mayoría de los casos no se tiene. La ASAPESPU siendo una institución cuya naturaleza responde a la atención constante y permanente de estos procesos, resalta la importancia de todo acompañamiento que sus profesionales puedan brindar a sus asociados y/o beneficiarios para sobrellevar de mejor manera la pérdida por la cual atraviesan.

4.1.11. Acompañamiento brindado por parte de Trabajo Social a los familiares de asociados fallecidos

En la búsqueda y entendimiento del acompañamiento brindado por las profesionales del departamento de Trabajo Social ante el lamentable hecho de perder a un ser querido, surge la interrogante de cómo perciben ese aspecto los familiares de los asociados fallecidos, obteniendo la siguiente información.

Tabla 2

Percepción del acompañamiento de familiares de asociados fallecidos por COVID-19. Período de mayo a diciembre 2020

Acompañamiento	% percepción
Muy bueno	23%
Rápido y eficaz	19%
Orientación adecuada	17%
Ayuda en el momento justo	16%
Apoyo económico	13%
Buen acompañamiento	12%

Fuente: Elaboración propia. Investigación de campo, abril 2022.

Los familiares de los asociados fallecidos identifican el acompañamiento que reciben en el departamento de Trabajo Social como algo “*bueno*” y totalmente administrativo, esto debido a la rapidez con la cual se les otorga el beneficio económico al cual tienen derecho por ser beneficiarios. Sin embargo, no logran percibir el acompañamiento brindado por las trabajadoras sociales que buscan coadyuvar en el manejo de sus emociones ante el evento de pérdida que están atravesando.

Ante los resultados obtenidos con los familiares de los asociados fallecidos, se realizaron diferentes planteamientos a las profesionales del departamento de Trabajo Social de la ASAPESPU para conocer el acompañamiento que se ha brindado a los mismos. Así también, se les consultó sobre sus percepciones de cambio y/o mejora en la actual metodología de atención implementada en el departamento.

4.2. Departamento de Trabajo Social de la ASAPESPU

Como parte de la investigación realizada, se entrevistó a las profesionales que laboran en el departamento de Trabajo Social para conocer desde su punto de vista el acompañamiento brindado a los beneficiarios de asociados fallecidos.

4.2.1 Nivel de atención brindado a los familiares de los asociados fallecidos por COVID-19

Se realizó el abordaje a las profesionales, solicitándoles la identificación del nivel de atención (individual, familiar, grupal o comunitario) brindado actualmente en el departamento de Trabajo Social. Ante lo planteado, se citan las respuestas obtenidas:

Profesional 1:

“Considero que ninguno de los mencionados, brindamos una atención transitoria por el proceso tan corto que se lleva. (...) Además, el recurso humano es limitado y son demasiados casos. A esto se suma la poca interacción con los beneficiarios, salvo en casos muy especiales o con alguna situación complicada”, puntualizó.

Profesional 2:

“Ninguno”. “No se realiza investigación social para conocer la problemática y brindar una adecuada atención”.

Profesional 3:

“No se percibe uno como tal (...) considero que es trabajo administrativo nada más”.

Las entrevistadas coinciden de manera puntual que, actualmente no se implementa ningún nivel de intervención social que conlleve a la adecuada atención y posterior intervención con las personas que se reciben en el departamento de Trabajo Social.

Sin embargo, Barranco E. (2000), refiere a través de su publicación “*La intervención en Trabajo Social desde la calidad integrada*” que, la intervención en el Trabajo Social “es la acción organizada y desarrollada por los trabajadores sociales con las personas, grupos y comunidades. Sus objetivos están orientados a superar los obstáculos que impiden avanzar en el desarrollo humano y en la mejora de la calidad de vida de la ciudadanía”. (p.79)

Es importante resaltar que a través de una intervención oportuna por parte de la trabajadora social, es posible identificar problemáticas y concretar acciones con las personas afectadas con la finalidad de orientar la búsqueda de soluciones y/o transformaciones sociales. Por lo tanto, al no identificarse un nivel de atención como propio de la ASAPESPU, el departamento de Trabajo Social difícilmente puede brindar un adecuado acompañamiento en su proceso de duelo a los familiares de asociados fallecidos que diariamente atienden.

4.2.2. Modelo de atención utilizado en el departamento de Trabajo Social para atender a los familiares de los asociados fallecidos.

Profesional 1:

“Desde mi punto de vista (...) por el tipo de casos que se atienden en el departamento, podría decirse que lo más apegado sería el modelo de atención en crisis, ya que se tiene una primera intervención, se orienta y se da acompañamiento a los beneficiarios por el proceso de duelo”.

Profesional 2:

“Ninguno”. “Porque no se enfoca en la atención específica de alguna problemática”.

Profesional 3:

“Ocasionalmente y según se vislumbre el caso, podría decirse que se utiliza el modelo de atención en crisis”.

Al respecto, Payne (1995), refiere que el modelo de intervención en crisis es "una acción clásica que consiste en interrumpir una serie de acontecimientos que provocan anomalías en el funcionamiento normal de las personas". (p. 142).

Payne, también resalta que los “trabajadores sociales deben hacer todo lo posible por entender la conducta de sus clientes (...)”. (p.144).

Ante el planteamiento realizado por el autor, se identificó que no existe por parte de las profesionales el reconocimiento asertivo de un modelo en la atención que actualmente reciben los beneficiarios de los asociados.

Es importante resaltar que los modelos de intervención en Trabajo Social, son aquellos que desde las ciencias básicas y aplicadas buscan influir en la realidad social de forma directa, son creados y diseñados a partir de la necesidad identificada con la finalidad de generar conocimientos y técnicas para abordar la realidad y sus problemáticas. (Castro, Chávez y Arellano, 2018).

Así mismo, la atención basada en un modelo de atención, permitirá traducir las situaciones a las que se enfrenta el departamento de Trabajo Social a un lenguaje lógico permitiendo una mejor comprensión, abordaje e intervención de la problemática identificada en los beneficiarios atendidos.

4.2.3. Línea de comunicación que actualmente se mantiene con los beneficiarios de los asociados fallecidos

Ante este planteamiento, las profesionales manifiestan que no se cuenta con una línea de comunicación que permita conocer la realidad de los beneficiarios posterior a la entrega de la prestación póstuma.

Profesional 1:

“Ninguna”.

Profesional 2:

“Solamente si alguna de las prestaciones no se entrega por diferentes motivos <menor de edad sin representación legal, interdictos, residir fuera del país, desconocer su ubicación, etc.>, se continúa con una comunicación constante hasta entregarla y cerrar por completo el expediente”. Puntualiza.

Profesional 3:

“Ninguna”.

Considerando que el aporte del departamento de Trabajo Social en la ASAPESPU, actualmente se enfoca en brindar un acompañamiento administrativo para cumplir con el objetivo principal de la asociación el cual es *hacer entrega del beneficio económico* que por derecho les corresponde, debe vincularse básicamente, a una forma de intervención a través del trabajo con recursos, modelos y técnicas diversas para facilitar la resolución de conflictos, el desarrollo social y la autonomía de los asociados y/o beneficiarios atendidos.

4.2.4. Cambios y propuestas considerados por las profesionales del departamento de Trabajo Social a implementarse en la metodología de atención brindada actualmente a los beneficiarios.

En respuesta a este planteamiento, las tres profesionales del departamento aportaron desde sus perspectivas, diferentes sugerencias que a su consideración empoderaría la atención que en la actualidad se brinda a los beneficiarios.

En tal sentido, se presentan las propuestas que de manera individual aportó cada una de las trabajadoras sociales de la ASAPESPU:

- a) Atención a nivel familiar para evitar conflictos surgidos como consecuencia de la distribución de la prestación póstuma entre los beneficiarios declarados por el asociado fallecido.
- b) Orientar a los beneficiarios en virtud de una adecuada inversión de la prestación póstuma recibida (micro proyectos) a través de la concientización de la importancia en la generación de un ingreso económico ante la ausencia de sus familiares.
- c) Contar con el apoyo de un profesional de la psicología que permita la derivación de casos que evidencien un duelo complicado.
- d) Implementar un modelo de atención integral a manera de seguimiento en casos identificados como especiales por la complejidad de la problemática identificada.
- e) Creación de nuevas estrategias de atención profesional apegada a la naturaleza del Trabajo Social.
- f) Capacitación constante al personal del departamento de Trabajo Social para mejorar la intervención y acompañamiento brindado a los beneficiarios.

En síntesis, las alteraciones identificadas dentro del contexto familiar ante la pérdida de uno de sus miembros por el COVID-19, fueron principalmente en el contexto económico. Los familiares tuvieron que reorganizarse en este aspecto para cubrir todas sus necesidades e incluso buscar y/o generar nuevas formas de ingresos económicos.

Así mismo, se identificaron alteraciones en relaciones familiares como consecuencia del fallecimiento de alguno de sus miembros además, resalta la desvalorización del duelo vivido por los niños, niñas y adolescentes.

Los aspectos surgidos como resultado de la investigación, pueden ser abordados de manera profesional por las trabajadoras sociales de la ASAPESPU a través de un modelo de intervención y el uso adecuado de herramientas y técnicas que contribuya y oriente a los beneficiarios de los asociados fallecidos a un mejor manejo del duelo, identificando y/o destacando los recursos personales y propiciando el desarrollo de nuevas habilidades que poseen los miembros del grupo familiar lo cual coadyuvará a enfrentar los cambios que conlleva la pérdida de un ser querido.

Derivado del contexto actual, donde aún persisten diferentes restricciones es necesario considerar diversas particularidades, donde grupos familiares han sufrido múltiples pérdidas debido al COVID 19, teniendo que hacer frente a duelos simultáneos.

En función a esta premisa, se presenta una propuesta de intervención profesional orientada a dar respuesta a las diferentes situaciones identificadas durante el proceso de investigación.

Capítulo 5. Propuesta de intervención profesional. “Creación del modelo de atención para acompañamiento del duelo a través del departamento de Trabajo Social”

En base al resultado de la investigación realizada y la información recogida a través de los instrumentos utilizados, se identifican varios aspectos que reflejan diferentes alteraciones dentro del contexto familiar como consecuencia del fallecimiento de uno de sus integrantes. Así también, resaltó la inexistencia de un modelo de atención adecuado por parte del departamento de Trabajo Social que conlleve y les permita asimilar de mejor manera el duelo por el que atraviesan los familiares de los asociados fallecidos.

Esta situación plantea la importancia del acompañamiento por parte de un profesional de Trabajo Social, en donde se asuma el rol de acompañante desde sus valores personales y profesionales. Valorando la metodología de intervención social, la cual permite orientar la acción profesional hacia procesos de cambio, con la persona y su entorno. En el contexto de duelo, permitirá superar de mejor manera la ausencia física de su ser querido.

En ese mismo contexto, se crea la propuesta sobre la creación del modelo de atención para acompañamiento del duelo a través del departamento de Trabajo Social dirigida a los directivos de la ASAPESPU, con el propósito de dar una posible solución a las diversas problemáticas identificadas durante el proceso de la investigación.

5.1. Título de la propuesta

Modelo de atención para acompañamiento del duelo a través del departamento de Trabajo Social.

La propuesta presentada se fundamenta en el modelo de Atención en crisis. Slaikeu (1996) describe la crisis como:

Un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. (párr. 1).

Slaikeu distingue dos tipos de crisis siendo estas:

- Circunstanciales, las cuales se relacionan con algún factor ambiental, como la muerte de un ser querido o un evento catastrófico de la naturaleza.
- Desarrollo, son aquellas tareas que se deben cumplir en la transición de una etapa de la vida a otra, implicadas en el proceso de desarrollo de cualquier persona.

Siguiendo estos planteamientos realizados por Slaikeu, se han desarrollado diferentes modelos de atención, los cuales se caracterizan por contar con una intervención breve y rápida.

Caplan (1964), realiza un importante complemento a lo planteado por Slaikeu, resaltando que *“la terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente, puede tomar 1 a 6 semanas”*. (p. 166).

Por su parte Ander-Egg (1992) plantea este modelo como *“una intervención guiada por terapias breves”*, ya que por lo general exige una *“respuesta inmediata y consejo dentro de un periodo corto de tiempo por parte del profesional”*. (párr. 10).

Ander-Egg, resalta la importancia de *“poseer un sólido conocimiento de los conceptos y principios de esta teoría en función de que los trabajadores sociales hagan frente a los cambios que ocurren en el proceso de intervención y evitar resultados negativos e insatisfactorios”*. (párr. 10).

En tal sentido, la propuesta planteada fundamenta su creación basándose y adecuándose al contexto que abordan de manera continua las profesionales de Trabajo Social, valorando el poco tiempo con el que se cuenta para intervenir.

5.2. Descripción de la propuesta

Es una propuesta de intervención, que permitirá a las trabajadoras sociales brindar un acompañamiento y apoyo a los familiares de los asociados fallecidos para sobrellevar de una manera más “sana” el duelo ante la pérdida y ausencia de sus seres queridos. Además, de buscar la sensibilización respecto a la utilización y manejo del recurso financiero que reciben al ser beneficiarios póstumos. De igual manera, brindará la oportunidad a las profesionales del departamento de Trabajo Social, realizar un adecuado acompañamiento e intervención apegados a sus funciones dentro de la asociación.

Para comprender cómo se siente una persona frente a la pérdida de un ser querido, se debe analizar dicha situación desde la teoría del apego, la cual ayudará a visualizar la necesidad que tiene el ser humano de establecer vínculos afectivos y significativos y como la pérdida afecta la relación que mantiene éste con su entorno y/o contexto familiar.

El modelo de atención para acompañamiento del duelo, permite ver a la persona como protagonista de su propia vivencia y resolución del problema (situación de duelo). Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, la labor del Trabajador Social será de facilitador durante el proceso vivenciado por el grupo afectado. Debido a que los familiares requieren apoyarse entre sí y mutuamente para superar juntos la pérdida por la que atraviesan.

Es importante resaltar que los niños, niñas y adolescentes deben ser incluidos en este modelo para evitar caer en la desvalorización de su perspectiva ante el fallecimiento de sus seres queridos.

5.3. Beneficiarios de la propuesta

Los beneficiarios directos de la propuesta serán los familiares de los asociados fallecidos de la ASAPESPU.

5.4. Justificación

A través de la creación de un modelo específico de atención orientado a los familiares de los asociados fallecidos, se buscará sensibilizar y comprender las necesidades de los mismos, llegando a un acuerdo con estos en lo que respecta al planteamiento y alcance de metas que conlleve una mejor aceptación de la realidad.

Cabe destacar, que el modelo planteado podría aplicarse de manera individual y familiar. Además, de identificar casos que presenten una difícil aceptación del duelo, pudiendo establecer una línea de atención y/o derivación con profesionales de psicología que orienten la recuperación emocional de los beneficiarios.

Este modelo de atención no solo significaría un importante apoyo hacia los beneficiarios de los asociados fallecidos. Además, brindaría la oportunidad de retomar las bases y fundamentos del Trabajo Social en virtud de mejorar la calidad de vida de la población objetivo atendida y a la vez, como asociación se estaría evidenciando y destacando de manera esencial e integral el slogan de la misma, el cual resalta “*Unidos por la seguridad de la familia*”. (ASAPESPU, 2020).

5.5. Objetivos

5.5.1 Objetivo General

Implementar un modelo de atención específico, orientado a los familiares de los asociados fallecidos para un mejor manejo del duelo.

5.5.2. Objetivos Específicos

- a) Establecer una línea de atención individual y/o familiar que conlleve a un mejor trabajo del duelo y las relaciones familiares.
- b) Identificar casos que evidencien duelos complicados para ser derivados a una atención psicológica profesional.
- c) Proponer a las profesionales del departamento de Trabajo Social la elaboración de un modelo de atención apegado a la naturaleza de la profesión.

5.6. Metodología

A través de la implementación del modelo de atención para acompañamiento del duelo, se permitirá tener un mayor acercamiento y abordamiento con los familiares beneficiarios de los asociados fallecidos. El fundamento de la

metodología de la propuesta presentada se orienta en la teoría del apego y teoría del duelo.

5.6.1. Teoría del apego

Desde la perspectiva de Bowlby, J. (1907-1990), los efectos y vínculos de la relación entre el cuidador principal y el niño o niña, influyen en su salud mental y en su capacidad de resiliencia, conducta y desarrollo emocional posterior en su vida adulta. Por tal motivo, concluyó que el estilo de apego establecido durante la infancia puede ser visible en los miedos o inseguridades del adulto, y en la manera de afrontarlos. (párr. 3).

5.6.2. Teoría del duelo

Por su parte, Freud, S. (1917/1957), fue el primero en elaborar una teoría del duelo clara y sólida. Afirmaba en su obra *“Duelo y Melancolía”*, que “el sufrimiento de la persona en duelo es debido a su apego interno con la fallecida y sostenía que el objetivo del duelo es separar estos sentimientos y apegos del objeto perdido. Y que como resultado de un proceso de duelo el “yo” queda liberado de sus antiguos apegos y disponible para vincularse de nuevo con otra persona viva”. (párr. 2)

Por lo tanto, conocer estas teorías permitirá a las trabajadoras sociales tener mayor claridad en el comportamiento presentado por los familiares de los asociados fallecidos. Brindándoles la oportunidad de tener una conversación adecuada a la conducta del entrevistado.

5.6.3. Principales planteamientos del modelo de atención para acompañamiento del duelo

Virizuela, J. Aires, M. & Duque, A. (2007), resaltan en la *Intervención familiar en duelo*, algunos planteamientos que se pueden adecuar para esta propuesta al contexto del Trabajo Social en ASAPESPU.

- Permitir exponer cualquier emoción que haya podido surgir posterior al fallecimiento del ser querido a nivel individual y familiar.
- Reconocer e identificar señales verbales y no verbales que acompañan la expresión del duelo.
- Ayudar al beneficiario a que exprese sus vivencias sobre: condiciones del fallecimiento del asociado, participación en los rituales funerarios, acompañamiento que ha recibido, etc.
- Identificar las necesidades, dificultades, preocupaciones y miedos del núcleo familiar para coadyuvar en una mejor asimilación mediante la información, aclaración de dudas, relaciones familiares.
- Proporcionar información a la familia que facilite el afrontamiento de situaciones difíciles ante la nueva realidad.
- Acentuar los aspectos sanos y positivos del doliente que puedan ayudarlo en la situación de duelo.
- Identificar la fase de duelo en que se encuentra el beneficiario, la normalidad de sus reacciones y la evolución de las mismas.
- Estudiar la red de apoyo social con que cuenta el beneficiario o en su defecto, su derivación para recepción de apoyo.
- Alentar al beneficiario a despedirse del asociado fallecido.
- Buscar la sensibilización del beneficiario respecto del beneficio

económico recibido.

- Orientación para uso del beneficio económico recibido y generación de nuevo ingresos.

Ante los principales planteamientos de la propuesta, se define una línea de atención que contempla el alcance de los objetivos planteados, misma que podría ser abordada por la profesional del departamento de Trabajo Social desde el primer contacto con los beneficiarios.

5.6.4. Fases del modelo de atención propuesto

Fase 1: Recepción de expediente de asociado fallecido y distribución de casos para atención

El expediente del asociado fallecido ingresa a Trabajo Social y es recibido por la Jefe del departamento, evalúa el caso y contempla su atención o derivación de la misma a la trabajadora social.

Fase 2: Atención a la familia

La Jefe del departamento o la trabajadora social, tienen a su cargo diferentes casos los cuales, requieren de atención inmediata a su recepción. La misma puede ser dentro o fuera de oficina (presencial o vía telefónica), para tener un primer acercamiento e informarles a los familiares todo lo relacionado con la prestación póstuma y realizar una entrevista que oriente las acciones a tomar en el mismo.

Fase 3: Entrevistas

Se realizará una entrevista en profundidad con los beneficiarios presentes y/o contactados, (individual o familiar) a través de la cual se escucharán las

expresiones del o los beneficiarios respecto al evento que ha ocurrido, se buscará identificar la etapa de duelo del o los beneficiarios, identificar si el duelo es complicado.

Es importante resaltar que Taylor y Bogdan (1992), comprenden la entrevista en profundidad como:

Reiterados encuentros entre el entrevistador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal y como las expresan con sus propias palabras. La historia de vida o la autobiografía sociológica utilizan este tipo de entrevista.

Es así como, las trabajadoras sociales obtendrán información que a su vez contribuirá en la aceptación de la nueva realidad de los familiares, la identificación de redes de apoyo familiares o en su defecto la creación y/o derivación de una misma. Además, se buscará la sensibilización a través de la información del pago de la prestación póstuma.

Fase 4: Derivación de casos

A través de la entrevista en profundidad e identificación de un duelo complicado se derivará la atención del o los beneficiarios afectados para recibir atención brindada por un profesional de psicología. Esto, a través de la integración de un equipo multidisciplinario o la creación de redes de apoyo.

Fase 5: Seguimiento de casos

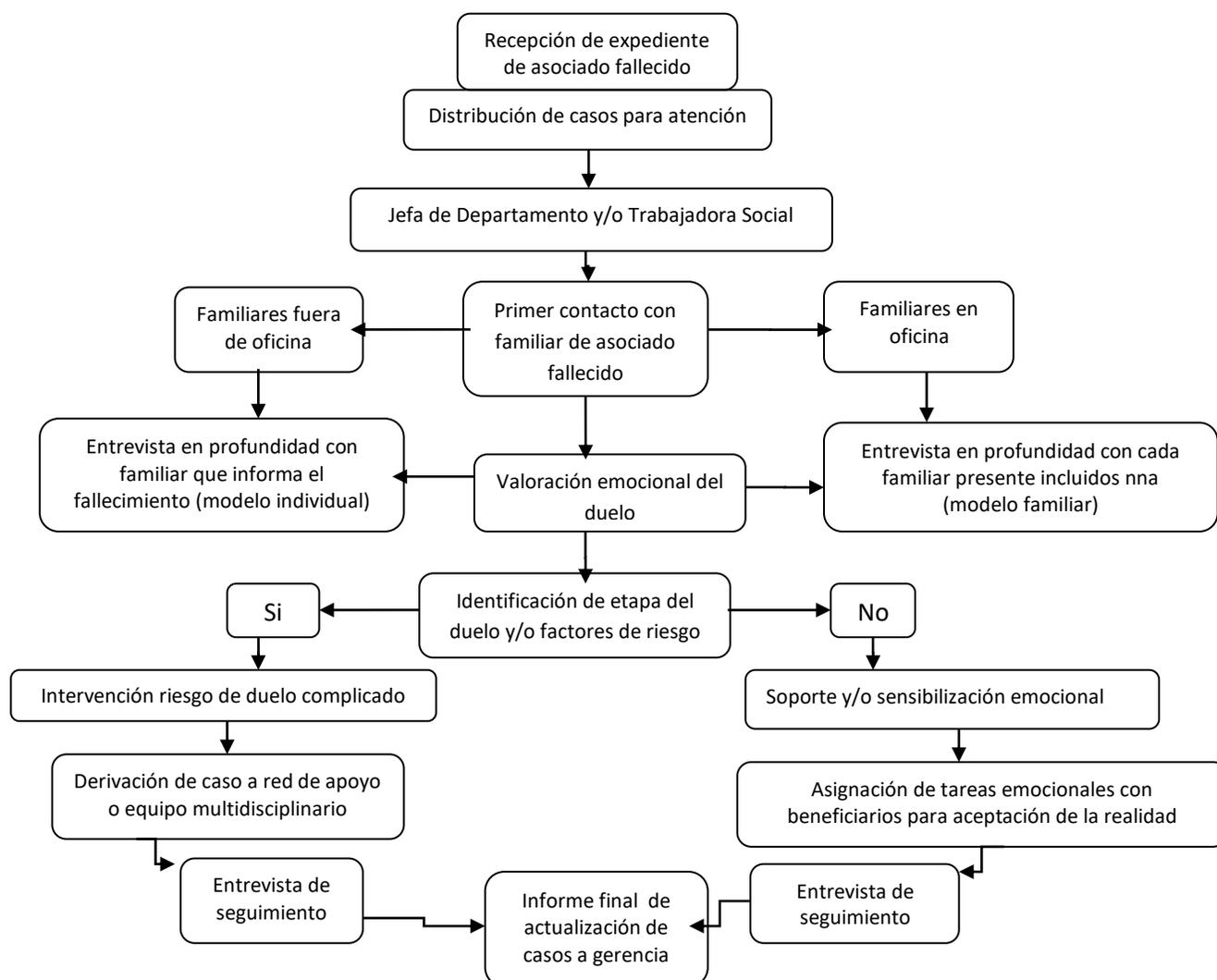
Las secretarías del departamento de Trabajo Social, (trabajadoras sociales también), serán las encargadas de realizar las llamadas de seguimiento a los

casos derivados con psicología y brindar información al respecto a la Jefe y trabajadora social del departamento.

Fase 6: Elaboración de informe final

Se elaborará un informe social dirigido a Gerencia para conocimiento de los casos derivados, su proceso de avance y/o conclusión final.

Figura 16 Modelo de atención para acompañamiento del duelo



Fuente: Elaboración propia. Investigación de campo, abril 2022.

5.7. Evaluación

Se plantea evaluar el estado y avance emocional al realizar la entrega de la prestación póstuma directamente con los beneficiarios a través de entrevistas finales realizadas por las secretarías del departamento de Trabajo Social, mismas que también son trabajadoras sociales. Así como, los casos derivados por duelos complicados. Emitiendo informe a gerencia para que conozca la situación actual/final de los casos atendidos.

5.8. Cronograma

Fase	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7
Fase 1: Recepción de expediente de asociado fallecido y distribución de casos para atención	■						
Fase 2: Atención del caso		■					
Fase 3: Entrevistas		■	■				
Fase 4: Derivación de casos				■			
Fase 5: Seguimiento de casos					■	■	
Fase 6: Elaboración de informe final							■

6. Recursos

Humanos

- a) Profesionales del departamento de Trabajo Social
- b) Familiares beneficiarios de asociados fallecidos
- c) Profesionales de psicología

Materiales

- a) Equipo de oficina
- b) Guías de entrevista
- c) Lapiceros
- d) Impresiones
- e) Fotocopias

Institucionales

- a) Asociación de Auxilio Póstumo del empleado de salud pública –ASAPESPU-
- b) Departamento de Trabajo Social
- c) Instituciones de atención psicológica (red de apoyo)

Financieros

Al implementarse el modelo de atención para acompañamiento del duelo y no contar con el apoyo de un profesional de psicología, correspondería la creación de una red de apoyo con diferentes instituciones para derivación de casos identificados como duelos complicados para la atención correspondiente. Cabe resaltar que, esta actividad específica del departamento de Trabajo Social, no representaría costos adicionales para la ASAPESPU.

Conclusiones

La mayor alteración que los familiares han tenido que enfrentar luego del fallecimiento de alguno de sus seres, se relaciona con el aspecto económico. Teniendo que crear y/o generar nuevos medios de ingresos para sobrellevar esta situación.

Las relaciones en la mayoría de las familias consultadas se han estrechado, permitiendo tener un proceso de duelo en unión. Sin embargo, existe un menor porcentaje que refiere fracturación y/o disolución de lazos familiares lo que conlleva un difícil proceso de duelo ya que presentan situaciones colaterales que complican la aceptación de la ausencia física del ser querido.

Se identificó que existe desvalorización de los adultos hacia el sentimiento de pérdida y dolor que los niños y niñas manifiestan ante la muerte de algún miembro del núcleo familiar. Se considera que por ser pequeños, no tienen conciencia de la realidad y por tal motivo, el dolor es nulo o incomprensible.

Se evidencia que el departamento de Trabajo Social no cuenta con un modelo de atención específico y/o adecuado a la atención del proceso de duelo que permita a los beneficiarios y/o asociados sobrellevar de mejor manera este evento.

Se determinó la importancia de contar con la intervención de un equipo multidisciplinario y/o redes de apoyo para el abordaje y tratamiento de procesos de duelo.

Recomendaciones

Luego de realizado el proceso de investigación y análisis de resultados obtenido, la estudiante realiza las siguientes recomendaciones dirigidas a los directivos de la ASAPESPU y profesionales del departamento de Trabajos Social para su consideración.

Implementar procesos de capacitación en temas de duelo y/o Tanatología al personal del departamento de Trabajo Social para contribuir a un mejor abordaje e intervención en las diferentes situaciones presentadas con cada expediente de asociados fallecidos.

Considerar la posibilidad de integrar a un profesional de psicología para un mejor abordamiento en los procesos que actualmente lleva el departamento de Trabajo Social.

Elaborar por parte de las trabajadoras sociales, nuevos instrumentos de trabajo apegados al contexto social actual que permitan obtener mayor información en profundidad para una mejor intervención.

Promover por parte de las trabajadoras sociales la creación y/o búsqueda de redes de apoyo para derivación de casos especiales identificados por el departamento.

Propiciar nuevas propuestas metodológicas de trabajo dentro del departamento por parte de las trabajadoras sociales.

Crear por parte de las trabajadoras sociales un directorio institucional que a su vez conforme una red de apoyo y/o derivación de casos identificados como duelo complicado para su acompañamiento.

Referencias

- Agencia Guatemalteca de Noticias –AGN-. 2020. Tomado de: <https://agn.gt/>
- Ander-Egg, E. (1992). *Introducción al trabajo social*. España: Editorial, Siglo XXI.
- Álvarez, L. (2016). *Sujeto y Objeto del Trabajo Social*. Guatemala: Escuela de Trabajo Social. Guatemala. S/E
- Barranco, C. (2000). *La intervención en Trabajo Social desde la calidad integrada*. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife, España: S/E
- Becerril-Montekio V. & López- Dávila, L. (2011). *Sistema de Salud en Guatemala*. Cuernavaca, Morelos, México. S/E
- Bowlby, J. (S/A). *Teoría del Apego*. S/E.
- Caplan, G. (1964). *Principios de psiquiatría preventiva*. Nueva York, Estados Unidos. S/E.
- Casasola, D. (2020). *El impacto del COVID-19 sobre el mercado laboral de Guatemala*. Centro de Investigaciones Económicas Nacionales (CIEN). Guatemala. S/E.
- Castro, Chavez & Arellano. (2018). *Modelos de atención en Trabajo Social. Una propuesta metodológica para su intervención*. Universidad Autónoma de México. Yucatán, México.: Primera Edición.
- Código de Salud de la República de Guatemala. Constitución de la Organización

Mundial de la Salud –OMS-

Comisión Económica para América Latina –CEPAL-. *La pandemia provoca aumento niveles pobreza sin precedentes últimas décadas impacta fuertemente en la desigualdad y el empleo.* Tomado de: <https://www.cepal.org/es/comunicados/>

Federación Internacional de Trabajo Social: <https://www.ifsw.org/>

Freud, S. (S/A). *Duelo y melancolía.* S.E.

Fundación Libertad y Desarrollo: Tomado de:
<https://www.fundacionlibertad.com>

Gil, A. (2020). *Diversidad familiar: los diferentes tipos de familia actuales.* Universidad de Barcelona, España. Tomado de: <https://www.canvis.es>

Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación.* Sexta Edición. México, D.F. McGraw-Hill/ Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Instituto Nacional de Estadística –INE- Tomado de: <https://www.ine.gob.gt/>

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-(2020). *Logros en la atención durante la pandemia del COVID-19.* Tomado de:
<https://www.igssgt.org>

Instituto Nacional de Estadística –INE- (2020). *Guatemala: Estimaciones de la Población total por municipio. Período 2008-2020*. Tomado de: <http://www.oj.gob.gt/estadistica/reportes/poblacion-total-por-municipio>

Kielhofner, G. (2004). Capítulo 10-*Hacery llegar a ser: cambio y desarrollo ocupacional. En Terapia ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana

Martínez, J. (2020). *Niveles de Atención en Salud*. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Unidad Salud Pública I. S/E

Mejía, C. (2009). *Los estudios de Trabajo Social en Guatemala (Período 1949-2008)*. Guatemala: S/E.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-. Tomado de: <https://www.mspas.gob.gt>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2012). *Diagnóstico Nacional de Salud*. Tomado de: <https://www.mspas.gob.gt>

Mora, A., y Rojas, A. L. (2005). *Estilo de funcionamiento familiar, pautas de crianza y su relación con el desarrollo evolutivo en niños con bajo peso al nacer*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. S/E

Naciones Unidas, Derechos Humanos (2010). *El Derecho a la Salud*. Guatemala. S/E.

Organización Mundial de la Salud –OMS-. Tomado de:
<https://www.bbc.com/mundo/noticias-Coronavirus: por qué COVID-19>.

Organización Panamericana de la Salud –OPS-. Tomado de:
<https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-COVID-19>

Organización Panamericana de la Salud –OPS-. (2021). *Diferencias por razones de sexo en relación con la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas De enero del 2020 a enero del 2021*. Tomado de:
www.paho.org/coronavirus

Paradigmas de la Investigación. Tomado de: <https://monografias.com>

Payne, M. (1995). *Teorías contemporáneas del Trabajo Social. Una introducción Crítica*. España.: Ediciones Paidós.

Pérez, M. (2011). *El proceso del duelo y la familia*. Logroño, España. S/E

Piacente, T. (2009). *Instrumentos de Evaluación Psicológica no tipificados. Observación, Entrevista y Encuesta*. La Plata, Argentina: S/E

Profasr URL (1995). *Áreas de intervención del Trabajo Social*. Universidad Rafael Landívar, Guatemala. S/E

Ramírez, J. C. (2011). *Métodos mixtos de investigación*. España: PROMADE.

Rodríguez, A., y Pérez, A. (2017). *Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento*. Bogotá, Colombia: EAN.

Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Seguridad República de Guatemala.
(2020). Tomado de: <https://stcns.gob>.

Segeplan. (2020). *Mejoramiento de calle en zona 18*. Tomado de:
<https://snip.segeplan.gob.gt/>

Slaikou, K. (1996). *“Intervención en crisis: manual para la práctica y la investigación” Segunda edición*. México, D.F. S/E.

Taylor, S. & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. España: Editorial Paidós.

Unicef (2021). *Manual de capacitación para acompañamiento y abordaje de duelo*. Fundasil. El Salvador. S/E

Virizuela, J. Aires, M. & Duque, A. (2007). *Intervención familiar del duelo*. Servicio de Oncología Médica. Hospital Virgen Macarena. Sevilla, España. S/E.

Zelada, M. T. (2009). *Trabajo Social, Género y Política: Perfil de Trabajadoras*. Guatemala: S/E.



Anexos
Instrumentos

Guía de Entrevista Estructurada

Dirigida a familiares de asociados de la ASAPESPU fallecidos por COVID-19 durante el período de mayo a diciembre del año 2020.

Objetivo: Identificar cómo se manifiestan los cambios a nivel personal y familiar luego de la pérdida de alguno de sus miembros como consecuencia de la pandemia.

Nombre del entrevistado/a: _____

Parentesco familiar: _____ Fecha: _____

1. Datos del asociado fallecido

Edad del asociado fallecido: _____ Sexo: _____

Escolaridad/grado académico: _____

Ocupación o profesión: _____

Tiempo de laborar/jubilación: _____

2. ¿Cuáles considera que han sido los principales cambios en el entorno familiar desde que ocurrió el deceso del asociado/a?

Económicos

Emocionales

Estructurales

Laborales

Relaciones familiares

Otros:

3. ¿Cómo se ha visto alterada la economía familiar y cómo han sobrellevado este aspecto?

4. ¿Cómo podría calificar la relación familiar desde el deceso?
¿Cómo es su comunicación y convivencia desde entonces?

5. ¿Cómo han sobrellevado esta ausencia los niños, niñas y/o adolescentes del hogar? ¿Cómo era y cómo es su actitud y/o comportamiento desde el evento?

6. ¿Actualmente poseen algún tipo de proyecto familiar o individual?

7. ¿Realizaron algún cambio domiciliar como consecuencia de la pérdida familiar?

8. ¿Cómo calificaría el acompañamiento brindado por el departamento de Trabajo Social? ¿En qué consistió?

F. _____
Firma de la Entrevistadora

Guía de Entrevista Estructurada



Dirigida a las profesionales del Departamento de Trabajo Social de ASAPESPU.

Objetivo: Conocer cuál ha sido el aporte brindado por el departamento de Trabajo Social hacia los familiares de asociados fallecidos por COVID-19.

Nombre de la entrevistada: _____

Cargo en el Departamento: _____ Fecha: _____

Tiempo de laborar en el departamento: _____

1. ¿Qué nivel de atención se brinda a los familiares de los asociados fallecidos por COVID-19?

Individual

Familiar

Grupal

Comunitario

Otro _____

2. ¿Qué modelo de atención individual utilizan en el departamento para atender a los familiares de los asociados fallecidos?

Ecológico

Atención en crisis

Resolución de problemas Psicosocial

Otro

3. ¿Qué cambios considera que podrían implementarse en la metodología de atención brindada actualmente a los familiares de los asociados fallecidos?

4. ¿Actualmente existe alguna comunicación con los familiares de los asociados fallecidos? ¿En qué consiste?

5.¿Cuál sería su propuesta en temas de acompañamiento para un mejor manejo del duelo orientada hacia los familiares de los asociados fallecidos?

F. _____
Firma de la Entrevistadora

Fotografías

Imagen 1

Sede oficial de la ASAPESPU



Foto. Jessica Gudiel. Instalaciones actuales de la ASAPESPU, ubicada en 5ª. Calle 5-23 Zona 1. Ciudad capital. Abril 2002

Imagen 2

Equipo departamento de Trabajo Social



Foto. Jessica Gudiel. Equipo del departamento de Trabajo Social de la ASAPESPU. De izquierda a derecha: Victoria García, Secretaria II; Cristina Tan, Trabajadora Social; Jessica Gudiel, Secretaria I y Licda. Vivian Zapata, Jefa del departamento. Abril 2022