Tema Central

# IMPLICANCIAS DEL TRABAJO SOCIAL EN LA REHABILITACIÓN POST COVID

ESCENARIOS
REVISTA DE TRABAJO SOCIAL Y CIENCIAS SOCIALES

Teveles[1], Daniela

**Daniela Teveles[1]**
danuteveles@gmail.com
Facultad de Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires., Argentina

**Escenarios. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales**
Universidad Nacional de La Plata, Argentina
ISSN: 2683-7684
Periodicidad: Semestral
núm. 34, 2021
comunicacionftsunlp@gmail.com

Recepción: 21 Junio 2021
Aprobación: 27 Julio 2021

**URL:** http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/184/1842580005/index.html

**Resumen:** El artículo presenta la experiencia desde el trabajo social en una sala de rehabilitación post Unidad de Terapia Intensiva post Covid en un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se describen las características de la sala y sus objetivos institucionales. Luego se delinean algunos aspectos de la intervención del trabajo social en este espacio y por último se reflexiona sobre el impacto subjetivo de la enfermedad y la disrupción biográfica que produce la pandemia tanto en las personas internadas y sus familias como en el colectivo profesional. La metodología utilizada se basa en el análisis cualitativo de los registros de la práctica profesional y la consulta a fuentes secundarias como referencias bibliográficas y documentos de la política pública.

**Palabras clave:** rehabilitación, trabajo social, pandemia, condiciones laborales, experiencia de enfermedad.

**Abstract:** The article presents the experience from social work in a rehabilitation room post Intensive Care Unit for Covid in a general acute care hospital of the Autonomous City of Buenos Aires. The characteristics of the room and its institutional objectives. Some aspects of social work intervention in this space are outlined and finally it reflects on the subjective impact of the disease and the biographical disruption that the pandemic produces both in hospitalized people and their families as well as in the professional group. The methodology used is based on the qualitative analysis of professional practice records and the consultation of secondary sources such as bibliographic references and public policy documents.

**Keywords:** rehabilitation, social work, pandemic, work conditions, illness experience.

## Introducción

El presente artículo propone presentar algunas reflexiones del trabajo social en pandemia a partir de la rotación como residente en una sala de rehabilitación intensiva post Unidad de Terapia Intensiva (UTI) post Covid en un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En primer lugar se presenta las características de la sala y los objetivos institucionales que se plantean junto con algunas reflexiones que surgen a partir de los mismos. Luego se describe la intervención del trabajo social en este espacio y por último se reflexiona sobre el impacto subjetivo de la enfermedad y la disrupción

Modelo de publicación sin fines de lucro para conservar la naturaleza académica y abierta de la comunicación científica

PDF generado a partir de XML-JATS4R

biográfica que produce la pandemia no sólo en las personas internadas y sus familias sino también en el colectivo profesional.

La metodología utilizada se basa en el análisis cualitativo de los registros de la práctica profesional y la consulta a fuentes secundarias como referencias bibliográficas y documentos institucionales.

## Sala de Rehabilitación Intensiva Post UTI Post Covid En Un Hospital General De Agudos

La sala de rehabilitación intensiva post UTI post Covid se crea en julio de 2020 y desde entonces hasta diciembre de 2020 pasaron por la misma aproximadamente 130 pacientes. Es un dispositivo de internación que surge como prueba piloto a partir de la necesidad de rehabilitación en un hospital general de agudos frente al aumento de internaciones de terapia intensiva por la pandemia. Se encuentra en constante cambio y movimiento por lo desconocido que acarrea la situación actual, exigiendo acomodarse al momento epidemiológico, la normativa institucional y las necesidades que surgen en el camino. Está conformado por un equipo profesional interdisciplinario de enfermería, medicina clínica, kinesiología, fonoaudiología, nutrición, psicología y trabajo social[2].

Los objetivos institucionales que propone la sala son brindar rehabilitación integral intensiva a lxs pacientes post UTI post Covid[3]; recuperar funcionalidad y autonomía; dar el alta hospitalaria transdisciplinaria consensuada; y brindar disponibilidad de camas en el hospital por la demanda permanente. El requisito de ingreso es haber pasado por terapia intensiva, haber requerido asistencia respiratoria mecánica y tener algún tipo de secuela neuromuscular o respiratoria, necesitando rehabilitación. Una vez que se encuentran en condiciones de alta se realiza una evaluación para determinar las necesidades de continuidad del proceso de rehabilitación y se deriva a hospitales especializados bajo la modalidad de internación, a dispositivos de rehabilitación integral ambulatoria en atención primaria de la salud (RIAAPS), o rehabilitación domiciliaria. Cabe aclarar que en este último caso no existe un dispositivo del sistema público de salud por lo que queda a criterio de las posibilidades particulares de cada situación realizarlo mediante cobertura de seguridad social o de forma privada.

Objetivos, requisitos y condiciones de alta son flexibles y se modifican a medida que la experiencia se desarrolla, lo cual se ve facilitado por el hecho de que no haya un documento institucional ni una política pública concreta en relación a la iniciativa.

El documento de consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de Covid-19 elaborado por la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2020) recomienda integrar la rehabilitación en los planes nacionales para la emergencia causada por la pandemia. Así explica:

> Los pacientes con COVID-19 grave necesitan rehabilitación para las consecuencias del uso de respiradores y de períodos prolongados de inmovilización y reposo en cama, entre las cuales se encuentran las siguientes:
> – deterioro de la función pulmonar;
> – desacondicionamiento físico y debilidad muscular;
> – cuadros confusionales y otras deficiencias cognitivas;
> – disfagia y dificultades para comunicarse;
> – trastornos de salud mental y necesidad de apoyo psicosocial. (OPS, 2020, p. 4)

La necesidad de desarrollar la autonomía deteriorada en el paso por la UTI conlleva un proceso lento de recuperación que pone en cuestión si es posible pensar en las necesidades de lxs pacientes en detrimento de los tiempos de la institución.

En el contexto de la enfermedad crítica se desarrolla el síndrome post terapia intensiva, que puede persistir por períodos prolongados luego del alta. En su paso por la sala se busca que la persona recupere la autonomía disminuida, recobrando su capacidad de desarrollo de actividades de la vida diaria con independencia.

PDF generado a partir de XML-JATS4R

En términos de la Ley 24.901, se entiende a la rehabilitación como un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo multidisciplinario, que tienen por objeto la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que la persona alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social.

En su estudio "Vivir en el Hospital. Aportes para analizar la situación de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires" (Brovelli et al., 2015), las autoras advierten sobre las falencias en el acceso de las personas con secuelas diversas (motoras, neurológicas, etc.) a los hospitales de rehabilitación, lo cual impacta directamente sobre la salud integral y perspectiva de vida de quienes cursaron internaciones prolongadas en los hospitales analizados de la CABA. Asimismo refieren que "en su devenir histórico, la tecnología médica y los objetivos de las instituciones sanitarias se fueron centrando en la cura y aquellas otras acciones de atención (...) comenzaron a visualizarse como menores o no pertinentes para la institución" (Krmpotic, 2008, citada en Brovelli et al., 2015, p. 4). En este sentido, la creación de un dispositivo de rehabilitación en un hospital general resulta novedosa, su necesidad no lo es.

En el documento citado, la OPS (2020) recomienda la rehabilitación en Covid-19 dado que, entre otros motivos, facilita el alta temprana por la escasez de camas. La orientación curativa y eficacia pragmática de la institución hospitalaria a partir de las características que le imprime el modelo médico hegemónico (Menéndez, 2003) hacen de la necesidad de liberar con rapidez la cama hospitalaria un viejo problema que ha sido extremadamente agudizado con la llegada de la pandemia (Brovelli et al., 2015).

Ferrara (1985) plantea que la salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad para crear condiciones para su óptimo vital, en oposición a la clásica concepción de "bienestar físico, mental y social" por el que la OMS define a la salud, la cual queda supeditada a lo biológico y ahistórico. Esto implica un proceso incesante de acción frente al conflicto cuya idea esencial reside en sus caracteres histórico y socialmente determinados por una realidad compleja. La salud es un bien público esencial y el Estado debe garantizar el acceso a toda la población. Sin embargo, la vulneración de derechos básicos que padece gran parte de la ciudadanía expresa los límites de esa legalidad (Spinelli, 2010). Este proceso en detrimento de la ciudadanía se ha ido profundizando en los últimos años hacia una creciente mercantilización de la salud (Iriart y Merhy, 2017). Lo que pone al límite este contexto es la dificultad de dar abasto de un sistema constantemente atravesado por la tensión de la salud como derecho. En este sentido, la pandemia que instaló el Covid-19 vino a poner en jaque al sistema de salud en su conjunto y evidenciar falencias históricas de la institución hospitalaria.

## Intervención Del Trabajo social

Mallardi et al. (2020) plantea que no es posible definir a priori la intervención profesional, cuestión que el contexto actual pone en evidencia. La inserción del trabajo social en las diversas instituciones en las que se desarrolla se ha visto transformada en su totalidad, y más aún en un hospital general, epicentro de la lucha contra el virus. En este sentido, el accionar no puede desarrollarse en base a metodologías estandarizadas y la aplicación de técnicas de intervención estáticas o predefinidas

> Estos múltiples elementos se encuentran interpelados por la Pandemia Covid-19, la cual instala nuevas determinaciones en el cotidiano profesional, entre las que destacamos, en primer lugar, las implicancias del Covid-19 como enfermedad, lo cual supone, por un lado, la posibilidad de contagio en el lugar de trabajo y, por el otro, sus impactos en la vida cotidiana de la población usuaria. (Mallardi et al., 2020, p. 8)

En el caso de la sala de rehabilitación, la incertidumbre frente a la enfermedad y la irrupción de una nueva situación de salud genera desafíos para la intervención profesional. Entre las tareas que se desarrollan se encuentran las siguientes:

- Estrategias de intervención para el abordaje integral de la salud, teniendo en cuenta el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados y pensado en conjunto con lxs pacientes y el resto del equipo de salud.
- Reconocimiento y asimilación de dinámicas propias de la situación: demandas de sujetos y familias, del equipo de salud, de la propia institución y de otras instituciones.
- Organización de los cuidados al alta.
- Comprensión de las personas desde su particularidad, su universo simbólico y condiciones materiales de vida cotidiana.
- Identificación de actores para potenciar entramados de la red social de lxs pacientes y su familia.
- Consideración de un proyecto de vida que contemple e incluya las nuevas condiciones luego de la hospitalización, buscando la mejora en sus condiciones y calidad de vida.
- Garantizar espacios de contención y escucha activa (Carballeda, 2015). En la situación de vulnerabilidad socio-emocional en la que se encuentran las personas internadas resulta muchas veces de vital importancia interesarse, estar disponible, dar lugar a la comprensión y explicación.
- Gestión de recursos socio-sanitarios, promoción de derechos y accesibilidad.
- Articulación interdisciplinaria, en tanto necesidad que surge de la incontrolable indisciplina de los problemas que no se presentan como objetos posibles de abordar desde una sola mirada sino como demandas complejas, difusas y contradictorias (Stolkiner, 1987). El diálogo para pensar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados aparece como necesidad a la vez que desafío a construir y estrategia necesaria de intervención y resistencia (Cazzaniga, 2002).

Esta enumeración no pretende agotar las posibilidades sino que se incluyen como una breve descripción dado que cada situación requiere de la creatividad en el abordaje para pensar desde la singularidad de lxs sujetos sin perder de vista los atravesamientos subjetivos pero tampoco la mirada colectiva de las problemáticas sociales.

## Impacto Subjetivo, Trayectoria De Enfermedad y Disrupción Biográfica

Las personas que llegan a la sala lo hacen con secuelas físicas, cognitivas y/o psicológicas que se expresan en problemas de memoria, concentración y sueño, dolores, cansancio, debilidad neuromuscular por inmovilidad, deterioro cognitivo por sedación, depresión, síndrome de estrés postraumático, entre otros. La experiencia de enfermedad (Recoder, 2011) ayuda a pensar los medios y modos en que individuos y grupos sociales perciben y responden a un episodio de enfermedad, teniendo en cuenta aspectos subjetivos e intersubjetivos: "la experiencia es antes que nada un fenómeno colectivo construido intersubjetivamente, que los sujetos aprehenden y producen diferencialmente a partir de sus específicas y encarnadas historias de vida, delimitando también una dimensión subjetiva, singular y única de la experiencia" (Recoder, 2011, p. 83).

La experiencia es también sorpresa e incertidumbre, es enfrentar lo desconocido y es disrupción biográfica: "la enfermedad irrumpe como una situación problemática que cuestiona la 'actitud natural', plantea nuevos problemas y exige de las personas medidas que permitan restaurar ese orden perdido" (Recoder, 2011, p. 84).

La pandemia pone a las personas en una situación de vulnerabilidad que iguala, aunque mucho se ha dicho ya sobre slogans como que nadie se salva solo, es evidente también que no es lo mismo enfermar para una persona que alquila una vivienda y cuenta con un trabajo formal en relación de dependencia que alguien en situación de calle que ha quedado totalmente expuesto frente al otro gran slogan de la pandemia que es el "quedate en casa". En este sentido, la trayectoria de enfermedad se encuentra imbricada con los sentidos y significados en función de una biografía, una trayectoria de vida e inserción en un presente particular en relación con otres (Recoder, 2011).

Asimismo lo disruptivo de la pandemia se expresa no sólo en las personas que atraviesan la internación, sino también en el equipo de salud que se enfrenta a situaciones críticas constantemente y se expone de manera diaria al miedo a la propia enfermedad. La crisis instala procesos de deshumanización cada vez más crecientes,

PDF generado a partir de XML-JATS4R

y es en estos procesos que radica la importancia de repensar el desarrollo del cotidiano profesional sin perder de vista las condiciones de vida y de trabajo (Paradela et al., 2020).

> Podemos pensar lo disruptivo en el contexto de esta pandemia, ya que tiene cualidades de ser algo inesperado, de interrumpir el proceso habitual de nuestra existencia, de lo cotidiano, de comprometer el sentimiento de confianza en otras/os —en tanto la otra persona es quien puede contagiarme y yo a ella— y, además, contiene rasgos novedosos que no podemos interpretar o codificar con los recursos simbólicos y materiales usuales. Todo ello puede afectar nuestra salud física y mental. (Arito y Rígoli, 2021, p. 227)

La gravedad de la situación, la vulnerabilidad del sistema de salud y la profundización de la precariedad en las condiciones de vida de la población en su conjunto afecta al colectivo profesional en un choque constante entre las expectativas e ideales y la dura realidad de la vida laboral cotidiana. La profunda precarización de las condiciones laborales, en que el personal de salud pasó de ser aplaudido por sus funciones esenciales a salir a la calle a reclamar por mejoras salariales[4], o con licencias ordinarias suspendidas por largos períodos, son solo un ejemplo de esto. Si bien esto no es un problema nuevo, también se vio agudizado por el contexto actual y tiene claras implicancias sobre el desarrollo de la actividad laboral:

> Nos preocupa el deterioro que se viene observando en la calidad de vida de la población en general, pero además, en el caso concreto de los/as profesionales dedicados a atender personas, esta preocupación se incrementa, ya que verificamos que afecta tanto a quienes atienden como a quienes son atendidos, generándose un doble efecto en un solo movimiento. La inseguridad en las condiciones laborales, la reducción de los derechos laborales, los riesgos a los que están expuestos, son parte de las vivencias cotidianas que enfrentan los/as profesionales. (Tonon, 2008, p. 73)

Esto puede generar lo que se conoce como síndrome de burnout carateterizado por el agotamiento emocional (disminución y pérdida de recursos emocionales), la despersonalización (respuesta impersonal y actitudes negativas de insensibilidad) y sentimientos de no realización personal en el trabajo (baja autoestima profesional) (Tonon, 2008).

Sin embargo, ponerlo en términos de "síndrome" refiere a síntomas individuales característicos de una enfermedad, por lo que remite a una cuestión natural, individual y biomédica, cuando en realidad las causas que lo generan son producidas socialmente y afectan de manera colectiva al conjunto profesional que se encuentra combatiendo la pandemia hoy en día y desde hace interminables meses en los hospitales.

Al definirlo como un problema social y no meramente como una cuestión individual se cuestionan las condiciones materiales que lo producen y se pone en juego qué se entiende por salud, para pasar de esta visión reduccionista a una que la comprenda de manera integral como proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado que no se reduce únicamente a los modos de prevenir y actuar sobre los padecimientos sino también a las respuestas sociales a los mismos, que se manifiestan como un universal que opera estructuralmente en toda sociedad (Menéndez, 2003). En este sentido, el paradigma de la calidad de vida en contraposición al de síndrome considera "el entorno material en conjunción con el social e incluye el análisis del contexto socio-político, teniendo como eje el respeto a los derechos humanos" (Tonon, 2008, p. 74).

> La alienación en los trabajadores se expresa de diferentes maneras: en la pérdida de vínculos con la organización (no siente pertenecer, ni que le pertenezca); con el trabajo (pierde el significado y el sentido de lo que hacen); con los equipos (no hay identidad) y con los usuarios (no construye vínculos). Esto no es gratuito, y tiene sus consecuencias en la salud de los trabajadores de la salud, tema tabú al interior de las organizaciones, a pesar que entre los trabajadores existe la cuasi certeza de que las enfermedades, las licencias por "carpeta psiquiátrica", los problemas de adicciones y muertes de no poco compañeros/as, tienen que ver con el trabajo. De eso no se habla, domina aún el "silencio hospital" y si se habla se cae en categorías diagnósticas como burnout o mobbing que no pocas veces obturan la discusión sobre el trabajo, ya que la categoría diagnóstica médica o psicológica lo explica todo. (Spinelli, 2010, p. 283)

En un trabajo anterior se reflexionaba sobre cómo estas condiciones afectan el desarrollo de la actividad en las instituciones y la lucha colectiva porque los derechos laborales e incumbencias profesionales sean respetadas:

> Nuestra inserción como trabajadoras y los procesos de precarización a los que somos sometidas como tales son parte de esta problemática. Reivindicaciones como la exigencia del equipo de protección personal adecuado, la garantía de las condiciones materiales de trabajo que exige el teletrabajo como acceso a computadora, internet y teléfono, el derecho a la desconexión y el respeto a nuestras incumbencias profesionales con todo lo que tenemos para aportar en este contexto, resultan fundamentales. (Teveles et al., 2020, p. 220)

La OPS (2020) en el documento antes citado recomienda promover el bienestar del personal dado el contexto de carga de trabajo intensa y sostenida y de gran estrés por medio de seguimiento y medidas para prevenir el desgaste y el acceso a apoyo psicosocial. Sin embargo no se encontraron medidas específicas destinadas a les profesionales desde la política pública de salud mientras el desgaste se sigue acentuando.

La disrupción biográfica afecta no sólo a las personas que atraviesan la internación y a sus familias, sino también a les profesionales que se encuentran trabajando en la institución y que se enfrentan a diario no sólo a situaciones terribles que se viven en el hospital como la continua exposición a la muerte o la amenaza latente de la escasez de camas sino también a la sobrecarga de trabajo productivo y reproductivo que se ha visto profundizada en este tiempo, la exposición constante a la propia enfermedad y el miedo ante la posibilidad de ser una vía de contagio hacia sus seres queridos, entre otras. Entonces lo disruptivo se vincula a la crisis que se expresa en el tránsito súbito de una situación a otra sin que medie el tiempo suficiente para la elaboración psíquica, atravesado por la incertidumbre y la intensidad de los episodios. Las posibilidades de elaboración dependerán del bagaje de recursos internos para lidiar con el estado de crisis, los cuales son logrados no solo a nivel individual sino también a nivel comunitario, grupal y/o familiar (Arito y Rígoli, 2021).

## Reflexiones Finales

En este artículo se buscó describir y analizar la experiencia de la sala de rehabilitación post UTI post Covid desde la mirada del trabajo social a partir de la rotación como residente en este dispositivo. De los objetivos insititucionales surge que la necesidad de rehabilitación, que aparece como algo evidente frente a las secuelas del Covid-19, no es nueva en el hospital general, aunque el tiempo que conlleva esa recuperación, con la autonomía deteriorada por el período extenso de internación, pone en jaque al sistema de salud, como así también ha sido una disputa histórica del trabajo social garantizar la cama hospitalaria y las derivaciones adecuadas a quienes atravesaban internaciones prolongadas una vez superado el episodio agudo de salud. En este sentido, la interdisciplina se presenta como un desafío, en el que la complejidad de los problemas se ve aún más agudizada con la pandemia.

Retomar la cuestión de las incumbencias profesionales del trabajo social en este contexto invita a la reflexión pero también a recuperar el potencial de la intervención, como recordatorio de un rol esencial aunque muchas veces invisibilizado que se instala en un campo que no se encuentra excento de luchas en la definición del derecho a la salud, entendida de manera integral, como se plantea en este trabajo, pensando no solo en lxs pacientes y su grupo social sino también al equipo de salud, en una relación dinámica que hace al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados.

Comprender las trayectorias de salud y la disrupción biográfica resulta novedoso en este contexto, pensar la irrupción de la pandemia que rompe con todo lo conocido previamente, y más aún con sujetos que atravesaron una internación aguda como es la de la terapia intensiva en la que muchas veces su continuidad se debate entre la vida y la muerte, y en el que el regreso a la vida cotidiana no será igual, al menos en el corto y mediano plazo, dado los tiempos de la rehabilitación.

Reflexionar sobre la práctica de manera colectiva y gestionar recursos de autocuidado entre colegas es una forma de transitar mejor la situación actual, fortaleciendo la interdisciplina, poniendo restricciones al trabajo en el hogar, comunicando al resto del equipo las sensaciones que producen las limitaciones cotidianas, participando en espacios colectivos de lectura, encuentro, discusión y visualización del contexto (Teveles et al., 2020).

PDF generado a partir de XML-JATS4R

Esto permite develar los límites y posibilidades de la actuación profesional desde el acercamiento a la realidad y construcción de un conocimiento situado, buscando alternativas que superen posiciones fatalistas enmarcadas en una visión determinista y ahistórica que reproduce acciones rutinarias y burocráticas como así también el mesianismo profesional en tanto visión heroica del trabajo social en prácticas descontextualizadas (Cazzaniga, 2002;Iamammoto, 2003). Superar tanto la impotencia como la omnipotencia mediante la reflexión y acción colectivas resulta un desafío en la búsqueda de intervenciones posibles, coherentes, creativas, superadoras y contenedoras de la utopía que permitan renovar esperanzas en medio de tanta crisis.

## Referencias


Arito, S. M. y Rígoli, A. (2021). Salud, subjetividades y vínculos en tiempos de pandemia. *ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social,* 4(8), 220-235. https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/32886

Brovelli, K., Castrogiovanni, N., Morán, N., Otero, G., Pratto, L., Quiroga, M., Ruiz Díaz, C., Venuto, M. J. y Vezzetti, M. (2015). Vivir en el hospital. Aportes para analizar la situación de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Margen*, 78, 1-18. https://www.margen.org/suscri/margen78/brovelli78.pdf

Carballeda, A. J. M. (2015). La escucha como proceso. Una perspectiva desde la intervención social. En Faraone, S. (Comp.). *Determinantes de la salud mental en ciencias sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26657* (pp. 55-62). UBA Sociales.

Cazzaniga, S. (2002). Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. *Revista Margen*, 27, 1-10.

Ferrara, F. (1985). *Teoría Social y Salud.* Catgo Ediciones.

Iamamoto M. (2003). El Servicio Social en la contemporaneidad. En: *El servicio social en la contemporaneidad.Trabajo y formación profesional.* Cortez Editora.

Ley 24.901 de 1997. *Sistema de prestaciones basicas en habilitacion y rehabilitacion integral a favor de las personas con discapacidad*. Boletín Oficial de la República Argentina. 5 de diciembre de 1997.

Mallardi, M., Macias, C., Burgardt, C. y Lopez, X. (2020). *Particularidades y tensiones en la intervención profesional en el marco de la Pandemia Covid-19*. Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. https://catspba.org.ar/wp-content/uploads/2020/04/8.-Intervenci%C3%B3n-profesional-en-el-marco-de-la-Pandemia-Covid-19.pdf

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y salud colectiva*, (1)8, 185-207. https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014

*Organización Panamericana de la Salud* (2020). Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52104/OPSNMHMHCOVID-19200010_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Paradela, L., Pelegrin, N. y Lopez, X. (2020). Precarización de la vida y precarización laboral: debate presente en la colectiva profesional de lxs trabajadorxs sociales en tiempos de pandemia. Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. https://catspba.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/9.-Precarizaci%C3%B3n-de-la-Vida-y-Precarizaci%C3%B3n-laboral.pdf

Recoder, M. L. (2011). Experiencia de enfermedad y narrativa. Notas etnográficas sobre vivir con vih/sida en una ciudad del nordeste brasilero. *Revista Papeles de Trabajo*, 21, 80-98. https://doi.org/10.35305/revista.v0i21.109

Spinelli, H. (2010). La dimensión del campo de la salud en Argentina. *Revista de Salud Colectiva*, (6)3, 275-293.

Stolkiner, A. (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. En Elichiry, N. (Comp.), *El Niño y la Escuela. Reflexiones sobre lo obvio* (pp. 313-315). Ed. Nueva Visión. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplinas_e_indisciplinas.pdf

Teveles, D. Levisman, N. y Musi, D. (2020). Trascender la urgencia: Diálogos necesarios en tiempos de pandemia. *Revista Debate Público*, (10)20, 212-220. http://trabajosocial.sociales.uba.ar/revista-debate-publico-no-20/

Tonon, G. (2008). *Calidad de vida y desgaste profesional. Una mirada del síndrome de burnout.* Editorial Espacio.

## Notas

[1] Lic. en trabajo social. Residencia de trabajo social, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. danuteveles@gmail.com

[2] Buenos Aires Ciudad: Cómo funcionan las salas de Rehabilitación Intensiva post COVID-19: el caso de Carlos, paciente recuperado. 30 de julio, 2020. Recuperado el 26 de mayo de 2021 de https://www.buenosaires.gob.ar/jefedegobierno/noticias/como-funcionan-las-salas-de-rehabilitacion-intensiva-post-covid-19-el-caso

[3] El uso de la letra x en aquellas palabras que impliquen una distinción de género aboga por generar una comunicación inclusiva a través del lenguaje no sexista.

[4] Télam: Trabajadores de la salud marcharon por "salarios dignos" y reconocimiento profesional. 3 de diciembre, 2020. Recuperado el 26 de mayo de 2021 de https://www.telam.com.ar/notas/202012/537315-paro-medicos-enfermeros-reclamo-salarios-dignos.html

PDF generado a partir de XML-JATS4R