



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Universidad de la República  
Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Sociología  
Monografía final de grado Licenciatura en Sociología

**La primera línea de batalla: las representaciones de  
muerte que despertó la pandemia de COVID-19 en el  
personal de salud de primer nivel**

**Romina Pereira Baccino**

Tutor: Víctor Hugo González García

**Montevideo, Uruguay**

**2025**

## Índice

1. Introducción.....	3
2. Presentación del tema.....	4
3. Relevancia y fundamentación.....	5
4. Antecedentes.....	6
4.1. Antecedentes nacionales.....	6
4.2. Antecedentes internacionales.....	10
5. Marco teórico.....	11
5.1. La dinámica de las sociedades actuales.....	12
5.2. Representaciones y manejo de la muerte.....	14
6. Problema de investigación.....	19
7. Preguntas de investigación.....	19
8. Definición de objetivos y población de estudio.....	19
9. Estrategia de investigación.....	21
9.1. Metodología método y técnica.....	21
9.2. Características de los datos.....	22
10. Análisis.....	22
10.1. Preparación del dato.....	23
10.2. Análisis de las entrevistas.....	24
10.2.1. Convivencia con la muerte.....	25
10.2.2. Instituciones y ambiente laboral.....	33
10.2.3. Representaciones.....	37
11. Conclusiones.....	41
Bibliografía.....	46

## 1. Introducción

Esta investigación tiene como base el trabajo realizado en el marco del Taller Central de Investigación “Muerte, duelo y dolor. Estigmas y procesos socioculturales en tiempos de precariedad”. El mismo fue dictado hasta el año 2022 por los docentes Pablo Hein, Gabriel Gómez y Víctor González.

La postura que las sociedades sostienen frente a la muerte es algo que ha ido variando a lo largo de toda su historia. Aun indagando dentro de una de ellas en un momento determinado, nos encontramos con múltiples visiones sobre un tema tan antiguo como la humanidad misma.

El 13 de marzo del año 2020 ingresó a Uruguay la cepa de SARS-CoV-2, más conocida como COVID-19. Considerada un virus pandémico, puede derivar en la muerte de quien lo contraiga, por lo que el gobierno de turno tomó la decisión de establecer una serie de medidas para su control y evitar en la medida de lo posible su propagación. Dichas medidas fueron variando con el paso del tiempo y según el estado epidemiológico del país. El propósito de esta investigación se centrará en examinar las representaciones de muerte que despertó la pandemia de COVID-19 en el personal de salud de primer nivel<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> El primer nivel de salud es aquel que “Es la puerta de entrada del usuario al sistema de salud, bien organizado permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes en la atención de salud de una población dada, con tecnologías simples.” (Garay *et al.* 2006. p. 6).

## 2. Presentación del tema

Al principio, Uruguay destacó por su buen manejo de la pandemia, entendiéndolo por sus bajos porcentajes de contagio y de muertes. No obstante, a principios del año 2021 fue cuando este país dejó de ser de las pocas excepciones en el mundo, obteniendo un incremento pronunciado tanto en contagios como en muertes por esta enfermedad (Darosmacro.com, 2022). Hubo una tendencia al igual que en otros países de tener oleadas de contagios en momentos específicos y en base a eso se tomó la decisión de flexibilizar o endurecer las medidas de restricción.

Los casos de personas que ingresaban en un estado de gravedad, fueron derivados al Centro de Tratamientos Intensivos (CTI). Allí, el paciente quedaba a merced del equipo médico que procuraba estabilizarlo, mientras que al mismo tiempo se le privaba de las visitas de sus allegados, con algunas excepciones dadas durante un lapso muy breve y con una indumentaria específica que lo mostraba como una figura casi irreconocible. La situación de Uruguay sin embargo resultó privilegiada de forma en que no se dio una saturación de las camas de CTI disponibles (El Observador, 2021). Durante un momento se temió la saturación, pero algunos expertos no lo creían viable. Finalmente, nunca se llegó a esta instancia, a diferencia de otros países como España o Suiza (Gül, 2021).

Por otra parte, el conocimiento público de los contagios y las defunciones por esta enfermedad se dejó en manos de los medios de comunicación tales como las cadenas de televisión nacional, estaciones de radio, sitios web de presidencia y sus redes sociales, así como también con la creación de la aplicación para *smartphones* Coronavirus UY, con el fin de facilitar el monitoreo del transcurso de dicha enfermedad. Debido a esto, durante todo este tiempo la cuestión de la pandemia se transformó en el tema central de los medios de difusión. El mismo, se abarcó desde diversas aristas como su impacto en el mercado laboral, en la economía en general, a nivel internacional, la situación educativa transformada a una modalidad virtual, cómo lo afrontaba el sistema de salud, la constante exhortación a evitar aglomerar personas para prevenir el contagio y la vacunación. Este último resultó por lejos el tema en boga, ya que fue visto como la solución a la pandemia, por lo que se desplegó una intensa campaña para su promoción. Sobre este último punto, Uruguay ha destacado puesto que, a pesar de no ser de los primeros países en América Latina que comenzó a inmunizar a sus habitantes, sin embargo lideró el *ranking* de dosis administradas junto con países como Chile y Ecuador (datosmacro.com, 2022).

El manejo de la muerte sobre este caso particular fue derivado a los profesionales. Durante un tiempo, el gobierno se amparó en el Grupo Asesor Científico Honorario (GACH), un conjunto de científicos de diversas áreas quienes sugerían las medidas a tomar y luego se decidía para finalmente comunicarlo a la sociedad. Como resultado, todo pareció quedar en manos de expertos y se estimaba que la población en general estuviera pendiente de lo decidido para adoptarlo a su vida cotidiana. Si observamos a nivel global, generalmente se dio la misma tendencia de rezagar la decisión sobre el manejo de la pandemia (y de la muerte ya desde antes de la crisis) hacia los profesionales y el gobierno, las cuales variaron según la nación en que nos situemos. Todos estos insumos conocidos por la población en general, influyeron en la formación de determinadas representaciones colectivas al respecto.

### **3. Relevancia y fundamentación**

En la sociedad uruguaya, todos poseen una propia concepción de las muertes por esta enfermedad y lo que representa para ellos. La pertinencia de esta investigación radica en el hecho de que el personal de salud además de ya estar influenciado por la muerte en general dada su profesión, existió un mayor contacto con las muertes por COVID en comparación con cualquier otro ciudadano que no se dedicase a algo similar. En suma, la relación entre la sociedad y la medicina es más fuerte en el llamado primer nivel de atención. Sin embargo, hablar sobre un fenómeno de estas características resulta por demás complejo en las sociedades actuales, a diferencia de otra clase de temáticas (Barrera, 2017). Al mismo tiempo, en estos espacios de trabajo se difiere de la impersonalidad entre colegas, por lo que resulta interesante observar las perspectivas que puedan surgir a raíz de esas interacciones.

Mientras que en las sociedades actuales se encuentra arraigado un ideal estético que gira en torno a la juventud, la muerte aparece como todo aquello que se quiere evitar (Le Breton, 2011). Como se mencionó anteriormente, hablar sobre este tipo de muerte tiene su particularidad. A diferencia de otro tipo de muertes no naturales “se acepta a veces la mala suerte de una enfermedad maligna (leucemia) o de un accidente a destiempo (de coche), pero no una enfermedad por otras causas” (De Miguel, 1995, p. 119). Si bien ya resulta difícil para la sociedad expresarse ante la muerte en general, no todos los tipos de muerte presentan la misma dificultad. La evidencia empírica ha demostrado que algunos

tipos de muerte como el suicidio (Salmantón, 2022) o la eutanasia (Rivero, 2020) cargan con un estigma propio que es necesario desentrañar.

#### **4. Antecedentes**

Al abordar una temática tan reciente, existe una escasez de producción académica al respecto, por lo que muchas investigaciones en torno a este fenómeno puede que estén en proceso. De hecho, desde un punto de vista más general, existe poca literatura sociológica sobre la muerte a nivel nacional. La mayoría de los trabajos sociológicos que contienen este tema lo enfocan desde perspectivas como las percepciones sobre la muerte en general (André, 1988; Llanes, 2008; Ardito, 2016), el suicidio (Salmantón, 2022; Hein, 2021), o la eutanasia (Rivero 2020), temas que recientemente han cobrado relevancia en nuestro país. Incluso, la producción de conocimiento sociológico internacional sobre este tópico también ha sido evitado (Barrera, 2017). Por lo tanto, la construcción de antecedentes presenta un doble desafío en este caso y la detección de vacíos de conocimiento le otorga mayor relevancia a este tipo de estudios. Sin embargo, existe bibliografía referente a estudios sobre la muerte, por lo que este apartado se centrará en estudios tanto nacionales como internacionales considerados relevantes para esta perspectiva.

##### *4.1. Antecedentes nacionales*

Una investigación local que se aproxima a lo esperado en este trabajo, es la de Ribeiro *et al.* 2021, la cual se centra en el estudio de las vivencias desde el COVID de enfermeras en un hospital de campaña en la ciudad de Rivera. De dichas vivencias se destaca un sentido de “incertidumbre, riesgos y miedos como profesionales” (Ribeiro *et al.* 2021, p. 6) como también a nivel personal. Dentro del ámbito laboral, los autores destacan la “Convivencia constante con la muerte de los pacientes (...)” (Ribeiro *et al.* 2021, p. 7) y de compañeros de trabajo, además de situaciones de estrés continuo que hacen a un desgaste tanto físico como psicológico que irrumpe en la vida de estas enfermeras. A su vez, se hace presente el miedo por parte de esta población al arriesgarse no solo a ellas mismas, sino que también pensando en la exposición hacia sus familias. De todas formas, el estudio destaca la importancia del rol de la enfermera en el hospital de campaña. Esto es en el sentido de unión del vínculo entre colegas y la gestión humana

para con los pacientes y las familias, además de la aplicación de su propio conocimiento como contribución al trabajo con el paciente.

El método empleado se asemeja al que pretende utilizar esta investigación, buscando aportar desde una fase exploratoria y descriptiva. Además, esta investigación también tiene la intención de abordar a personal de salud de primer nivel donde se encuentra incluido el personal de enfermería. En la descripción del propio trabajo que realizaron las enfermeras durante ese momento se incluye el hecho de la necesidad de una rápida respuesta, dado que cada segundo es crucial y además de las largas jornadas de trabajo.

El trabajo de Ardito (2016) a través de una serie de entrevistas en profundidad pretende recoger las perspectivas y representaciones que emergen del tratamiento funerario en Uruguay, además de identificar la trayectoria que se desarrolla durante dicho proceso. Atravesando desde el primer momento en que se sucede el fallecimiento hospitalario hasta sus últimas instancias de sepulcro, la autora también recorre el proceso de registro y de mercantilización intermediarios.

Se destaca de los resultados obtenidos el hecho de que los actores que trabajan con la muerte a diario manifestaron percibirla como algo natural que a todos les ocurrirá en algún momento. Al mismo tiempo, el afrontarla cotidianamente les hizo valorar en mayor medida la vida. En cuanto a los familiares de una persona fallecida, los mismos se expresaron mediante implicancias místicas y religiosas (Ardito, 2016). Aun así, la mayoría pretendió evadir el hecho y “no pensar en el sentido y significado de la muerte” (Ardito, 2016, p. 54).

Lo interesante de esta investigación reside en la detección de distintas posturas frente a la muerte dependiendo del tipo de población al que se preguntaba. Esto podría figurar como indicio de lo que podríamos ver en las entrevistas a personal de salud de primer nivel para la investigación planteada. En suma, se aprecia la perspectiva de la mercantilización de la muerte en la actual sociedad capitalista. La negación planteada no involucra únicamente a quienes trabajan con ella ni a los familiares de un difunto, sino que es algo reforzado por las mismas instituciones que proyectan cada vez más una suerte de deshumanización del tratamiento del cadáver. Mas sin embargo, el propio hecho de pretender anularla y que no se sienta no quita la existencia del fenómeno y que cuando ocurre genera significaciones en quienes se encuentran alrededor.

Por otra parte, Barrán (1990) menciona una serie de ejemplos basados en la documentación entre los años 1860 y 1920, que hicieron al proceso cultural del “alejamiento de la muerte y su embellecimiento negador de lo macabro” (Barrán, 1990, p. 12). Surgieron decretos que buscaban disipar la noción de fiesta y alegría en torno a la muerte, ahora vista como algo repugnante, indecente e irrespetuoso. Algunos de estos fueron la prohibición de venta de alcohol frente a los cementerios los días 2 de noviembre (1886), la prohibición de que asistieran escolares a los entierros (1865), la obligación de cubrir el cuerpo del difunto en los ataúdes o la prohibición de promocionar elementos fúnebres (1891).

Esto no fue algo espontáneo, sino que fue uno de los tantos cambios que experimentó la sociedad uruguaya a medida que iniciaba su camino hacia la transición demográfica<sup>2</sup>, siendo de los primeros países de América Latina en marcar esta tendencia (Pellegrino, 2003). De hecho, Barrán (1990) advierte que en el período de transición hacia la nueva sensibilidad hubo una mayor supervivencia a cuadros epidémicos que normalmente resultaban catastróficos. Además, el índice de mortalidad se redujo en un total de 15 muertes cada mil habitantes. Conjuntamente, la tasa de mortalidad infantil presentó un descenso considerable, en parte gracias a cambios en los cuidados y también a los avances en la medicina (Barrán, 1990, p. 250). Estos indicadores demuestran que ya no se convivió con la muerte de una forma tan frecuente. Alejar a la muerte de lo cotidiano, fue uno de los pilares para invisibilizarla. Otros mecanismos adoptados fueron los cambios en la simbología y el lenguaje. Por ejemplo, cuando se reemplazó la representación de la muerte a través de una calavera y sus huesos por una cruz, siendo un diseño más discreto y menos gráfico, o cuando se comenzó a multar la señalización del luto en una vivienda después de haber partido el cortejo fúnebre. En cuanto al lenguaje, la prensa jugó un papel muy importante a la hora de pretender hablar de la forma más indirecta posible sobre la muerte, si es que resultaba imposible no mencionarla. Aun así, cabe destacar que según el autor este no fue un objetivo como tal, sino que un efecto

---

<sup>2</sup> La teoría de la transición demográfica refiere a la evolución de los países hacia una modernidad en la que se pasa de una alta tasa de natalidad y tasa de mortalidad a un descenso de las mismas. Esta evolución se ve acompañada de una serie de cambios políticos, económicos y sociales que inciden en la transformación de la estructura y la dinámica poblacional.

colateral. La prioridad de la clase alta uruguaya y, específicamente de los burgueses de la época fue la supresión del ocio para consumir su poder.

De esta forma, la muerte obtuvo un rol de misterio, de miedo, de silencio, pero también de respeto, de grandeza, de belleza y de individualización. Se dieron cambios significativos en cuanto a la organización de los ritos de despedida del difunto. Además de la reducción de la participación de la sociedad tanto en los velorios como en los entierros, se acudió al embellecimiento de los cadáveres para ocultar el estado de descomposición del cuerpo y todo lo que para la nueva sensibilidad pasó a ser visto como desagradable. Al mismo tiempo, comenzaron a ofrecerse categorías de entierros dependiendo del nivel económico de quienes organizaban la ceremonia como una nueva forma de mercantilización y de distinción socioeconómica. En suma, comenzó el reemplazo de los funerales en Iglesias, por la pompa fúnebre de estilo italiana, en parte por el proceso de laicización uruguayo (Barrán, 1990). Por otro lado, no se exhibía de manera tan llamativa el mercado fúnebre, dado que se pretendía ocultarlo de la vida cotidiana. También cambió la apariencia de los cementerios, a través de monumentos y esculturas que denotaban su alusión a la muerte de una forma más discreta y artística, acompañado del cierre de los nichos para no exponer los restos y que resultara grotesco. La no exposición directa de la muerte a través de metáforas o nuevos símbolos y, por supuesto, pretender no mencionarla en la medida de lo posible, hacen a su negación.

En cuanto a los moribundos, se trató de disimular tanto para el enfermo como para sus allegados la posibilidad de fallecer. De todas formas, el autor remarca que esta conducta pasó a darse especialmente en los sanos, tanto en los familiares y allegados, como en los médicos; y que “la esencia de los dos actos es la misma: confiar en que la ignorancia desdramatice la situación negando la muerte, impidiendo su anuncio” (Barrán, 1990, p. 252). Esto se dio de la mano con los procesos de individuación, donde se pretendió reprimir la exteriorización de los sentimientos tanto de los sanos como de los enfermos y comenzó a primar lo particular por sobre lo comunitario. El aislamiento que comenzaron a padecer también hizo a una exaltación del miedo a la muerte, ya que llevó a que uno lidiara cada vez más solo con el fin de la vida, añadiéndole otros significados.

La importancia de este tipo de estudios se halla en la información referente a las normas y conductas adoptadas con el fin de principalmente erradicar el ocio y fundar un orden social en pos del progreso. A pesar de que las clases dominantes tenían este objetivo, para su cumplimiento debieron modificar múltiples aspectos de la vida social.

Entre dichos aspectos, para esta investigación se destaca la forma de ver la muerte, dado que muchas de estas normas y conductas aún podemos apreciarlas actualmente en la sociedad uruguaya.

#### *4.2. Antecedentes internacionales*

Uno de ellos fue realizado por Glaser y Strauss (1965), quienes aportan su visión sobre cómo interactúa el personal de salud ante la muerte bajo el contexto de lo que llaman “conciencia de morir” (*awareness of dying*). La misma se disgrega en: i) conciencia cerrada (*closed awareness*). Cuando el personal de salud evita que el paciente sepa de su condición actual; ii) la conciencia de sospecha (*suspicion awareness*) alude a que el paciente sospecha vagamente que va a morir y allí comienza a intentar averiguar si es así, mientras que el personal médico procura mantener el estado de conciencia cerrada; iii) el contexto de conciencia abierta (*open awareness context*), el cual implica que tanto el paciente como el personal de salud saben que está por fallecer; iv) y el engaño mutuo (*mutual pretense*) en el que ambos saben que el paciente es terminal, pero fingen que no es así.

Lo interesante de esta investigación es que devela distintos tipos de comportamiento que puede manifestar el personal de salud ante la proximidad de la muerte de un sujeto con el que deben relacionarse profesionalmente. Glasser y Strauss (1965) plantearon una teoría que más de 50 años después aún puede tenerse en cuenta para estudiar estos ámbitos.

A través del método de curso de vida, se desprende el trabajo de Lynch y Oddone (2017). Si bien este texto no contiene la temática de las muertes por coronavirus, aborda la percepción social de la muerte a través de este tipo de herramienta.

La investigación de Lynch y Oddone (2017) abarca una serie de entrevistas realizadas a varones y mujeres a nivel internacional a través del programa CEVI (*Changements et Événements au Cours de la Vie*). Con base en un método cuantitativo, analiza la muerte a raíz del curso de vida el cual supone un seguimiento de las trayectorias de las personas. Las autoras se centran en una sección particular del cuestionario denominada transiciones y puntos de inflexión personales, a través de una muestra intencional establecida con base al sexo, los grupos generacionales y variables socioeconómicas como el nivel educativo, ocupación, tipo de vivienda, entre otras (Lynch y Oddone, 2017).

En sus resultados, se destaca la concepción de la muerte como un punto de inflexión en el sentido de “continuidad biográfica” de las personas en vez de contar como un momento de quiebre, el cual incrementa conforme avanza la edad. De todas formas, la muerte se manifiesta como algo real y explícito en las personas, como algo latente y que les hace retomar conciencia sobre su constitución como seres mortales. En cierta forma el evento genera un cambio de perspectiva, concentrando una especie de estigma hacia los últimos grupos etarios como los últimos años de vida y un momento de decadencia. Se destaca el rol de la familia como algo crucial en el curso de vida en general y también cuando se lo cruza con la variable muerte. La gran mayoría de las referencias hacia la muerte como un hito que marcó a los entrevistados están vinculadas al fallecimiento de familiares tanto de sangre como cónyuges, dándose principalmente en los últimos tramos etarios y acentuando la sensación de soledad y cesación de la vida. A su vez, se destaca que las generaciones más recientes presentan mayores niveles de convivencia con figuras como lo son los abuelos, por lo que estos aparecen con más frecuencia en sus relatos que las generaciones más antiguas. Eso también hace que sean más propensos a vivir y recordar el fallecimiento de sus abuelos.

Un gran insumo que aporta esta investigación es el hecho de que, a pesar de las distinciones hechas en la muestra con el propósito de detectar variaciones en las percepciones sobre la muerte en los individuos dependiendo de qué clase de grupo se tome, todos los sujetos parecen mostrar una uniformidad de ideales. Las percepciones sobre la muerte tienen determinadas implicancias conforme transcurre la vida de quienes padecen el duelo. Encontramos una similitud con el texto de Ribeiro *et al.* (2021) respecto a la referencia hacia la familia como un elemento al que siempre atinan a querer garantizar su supervivencia o bien cuando fallece resulta en una experiencia crítica. Si bien para la presente investigación se adopta una postura más de corte descriptiva y exploratoria, es bien valorada la perspectiva más exhaustiva que presentan los estudios de curso de vida.

## **5. Marco teórico**

Para el desarrollo del marco teórico, se tendrán en cuenta dos ejes principales. Uno de ellos, es el de la contextualización a un nivel macro, de la mano de autores como Bauman, Beck, Beltrán y Giddens para conocer cómo se constituye el pensamiento de las sociedades occidentales, deteniéndonos particularmente en el riesgo. El eje restante

consistirá en las representaciones y el manejo de la muerte en las sociedades modernas, tomando diversos autores.

### *5.1. La dinámica de las sociedades actuales*

Como bien expresa Beltrán (2015), el pavor a la rápida y extensa propagación de las epidemias se incrementa debido a que estamos sometidos a una sociedad cada vez más interconectada y globalizada. De hecho, Zygmunt Bauman retoma la idea de Paul Virilio, el cual postulaba el concepto de “fin de la geografía”, en términos de distancia y límites geográficos. En consecuencia, la distancia pasa a ser vista como un producto social el cual “varía en función de la velocidad empleada para superarla (y en una economía monetaria, en función del coste de alcanzar esa velocidad)”. (Bauman, 1999, p. 21). Es allí cuando se exalta más que “la movilidad se ha convertido en el factor estratificador más poderoso y codiciado de todos; aquel a partir del cual se construyen y reconstruyen diariamente las nuevas jerarquías sociales, políticas, económicas y culturales de alcance mundial.” (Bauman, 1999, p. 16). Todo esto parece indicar que una pandemia actuaría como un factor disruptivo en la estructuración de las sociedades globalizadas, al entorpecer los mecanismos para superar dichas distancias y limitar las movilizaciones (medidas tomadas para evitar la propagación). A su vez, se refuerza la noción de que al ser cada vez más reducido el tiempo empleado para recorrer las distancias de forma física (y no física), la propagación de una epidemia es cada vez más viable, al igual que las sensaciones que se generan a partir de ella. Giddens (1990) hace algunos años utilizó un concepto estrechamente ligado a lo que plantearía Bauman (1999) más adelante, llamado mundialización. El mismo consiste en la “intensificación de las relaciones sociales en todo el mundo por la que se enlazan lugares lejanos, de tal manera que los acontecimientos locales están configurados por acontecimientos que ocurren a muchos kilómetros de distancia o viceversa.” (Giddens, 1990, pp. 67-68). Por lo tanto, si nos detenemos a observar una comunidad delimitada, puede que nos encontremos que algunas de sus características se deban a sucesos dados a distancias considerables por parte de otras comunidades que no necesariamente hayan tenido un trato directo. Como científicos sociales situados en plena globalización, es necesario considerar estas dinámicas.

Teniendo en cuenta aspectos como el miedo a la muerte, resulta pertinente analizar la conceptualización del riesgo. El sociólogo Anthony Giddens, recorre su significado en contraste con otros conceptos como la fiabilidad, el peligro y la confianza. Primeramente,

hace una distinción con lo postulado por Luhman (1988), cuando afirmó que la falta de acción no conlleva un riesgo. Para Giddens (1990), de hecho, el no actuar también puede exponer al actor a determinados riesgos, de igual forma que lo haría si optara por actuar. Además, para el autor peligro y riesgo no son lo mismo, ya que el riesgo alude a un peligro que puede ser conocido o desconocido. Se puede no estar plenamente consciente de la magnitud del riesgo al que se está exponiendo. Evidentemente, los riesgos no solo implican a un actor individual, sino que pueden comprometer a toda una sociedad, llamados ambientes de riesgo.

Por otra parte, la fiabilidad funciona como reductor del peligro y, por ende, puede influir en la percepción del riesgo. En palabras del autor, la fiabilidad consiste en “confianza en una persona o sistema, por lo que respecta a un conjunto dado de resultados o acontecimientos, expresando en esa confianza cierta fe en la probidad o el amor de otra persona o en la corrección de principios abstractos (...)” (Giddens, 1990, pp. 42-43). Cabe destacar que confianza y fiabilidad no son lo mismo, ya que la confianza se encuentra ligada a un “conocimiento inductivo débil” y la fiabilidad es un tipo específico de confianza (Giddens, 1990, p. 59). Para cerrar, la seguridad es entendida como “una situación en la que un determinado conjunto de peligros queda contrarrestado o minimizado.” (Giddens, 1990, p. 44). La misma también puede incluir tanto a un sujeto aislado como a un conjunto de actores e implica una nivelación entre el riesgo y la fiabilidad (Giddens, 1990).

Giddens (1990) destaca que si bien los fundadores de la disciplina como Weber, Marx o Durkheim anticiparon consecuencias negativas de la modernidad, no lograron advertir los desastres ambientales de la mano del modelo de producción. Este es uno de los riesgos característicos de los estados modernos, junto con la posibilidad de caer en un régimen totalitario o la posibilidad latente de un estallido nuclear. En línea con esto, para Beck (2002), los riesgos provocados por los retos ecológicos y tecnológicos (además de la democratización de la democracia y el futuro del Estado) ya no son de índole nacional, sino global y afectan particularmente a la población más vulnerable. Otro problema son las limitaciones existentes para afrontar estos riesgos. Al marcarse como una responsabilidad organizada, producto de instituciones y de forma muy difusa, el riesgo forma parte de los mercados globales, derivando en riesgo económico. Por lo tanto, es difícil individualizar a los responsables de los distintos riesgos, porque los mismos se

encuentran distribuidos en transnacionales, conglomerados globales, etc. provocando que dicha responsabilidad se diluya. A esto se le llama irresponsabilidad organizada.

Para el autor, el riesgo no se distribuye igualitariamente tanto a nivel social como diferencialmente entre naciones. Existen quienes se aprovechan de esto y otros que reciben un impacto negativo. Un ejemplo claro es el del riesgo ambiental, ya que “la contaminación sigue al pobre” (Beck, 2002, p. 8), como sucede con las dificultades de acceso a saneamiento y agua potable. También podríamos mencionar cómo las grandes emisiones de gases de efecto invernadero por parte de las grandes empresas afectan a la capa de ozono, cuyas consecuencias afectan a todo el planeta, incluyendo a quienes no fueron partícipes de esto. Al mismo tiempo, quienes se encuentran desprovistos de recursos esenciales para una vida digna, evidentemente se encuentran más desprotegidos cuando sufren estos impactos negativos. Existe una flexibilidad en cuanto a la redistribución de riesgos, en tanto estos pasan a estar a cargo de las personas por la vía de riesgos económicos asumiéndolos en su vida cotidiana. Por lo tanto, las características sociales del riesgo conforman una incertidumbre permanente.

## *5.2. Representaciones y manejo de la muerte*

El segundo eje a tratar es el de las representaciones y el manejo de la muerte misma en un sentido amplio dentro de este tipo de sociedades. Como bien expresa Beltrán (2015), ante esta clase de fenómenos desconocidos como lo es una pandemia, predomina una profunda incertidumbre y con ella el miedo. Pero, ¿a qué se le teme particularmente? De aquí pueden surgir múltiples respuestas como el miedo al contagio de uno mismo o hacia otros, miedo a las repercusiones en el organismo que puede llevar dicho contagio, miedo a la muerte de uno mismo o de alguien de su entorno, miedo a las consecuencias materiales que puede provocar un estado epidemiológico dentro de una sociedad o simplemente un miedo propiamente a lo desconocido, entre otros. Dependiendo del contexto socio-histórico en el que nos situemos, la sociedad tiende a tomar determinadas acciones. Una de las acciones más recurrentes es la huida de personas con recursos suficientes hacia otros lugares donde no se expandió la epidemia. En este caso, no debemos despreciar que en cuestión de meses la pandemia por coronavirus se expandió a casi la totalidad del mundo. Pero la muerte o el deterioro físico también choca con otras formas de pensamiento más allá de la finalización de la vida. En palabras de Le Breton (2017), “Nuestras sociedades hacen un culto del cuerpo joven, seductor, sano, activo,

autónomo y hacen de la negación de la muerte o de la fragilidad de la condición humana una piedra angular del lazo social (...).” (Le Breton, 2017, p. 29). Podemos relacionar lo anterior con lo expresado en Gil (2011) en relación a que, si bien la humanidad ha logrado aumentar la esperanza de vida considerablemente en todo el mundo y en poco tiempo respecto al pasado, surge la problemática de la calidad de vida. Lo cierto es que la prolongación de la vida trae consigo una mayor probabilidad de contraer enfermedades no solo físicas, sino que también mentales. Entonces, mientras se enaltece la juventud y la salud, envejecemos más y estamos más expuestos a contraer diversas enfermedades que van en contra de los ideales de belleza y estilo de vida. No obstante, se prefiere morir en la vejez antes que durante la juventud, dado que “supone esperar el desenlace *natural* de la vida”, convirtiéndola en una muerte más tolerable. (Marí-Klose, De Miguel, 2000, p. 118).

Como ya se mencionó, esta investigación se centra particularmente en las representaciones de muerte que surgieron en los sujetos ante la pandemia más reciente. Sin duda, se desprenden una serie de significaciones no solo una vez ocurrido el evento del fallecimiento, sino que también se suceden en su anticipo y *a posteriori*. Es bien sabido que el duelo no lo padece el difunto, sino las personas vinculadas a este. El duelo es la expresión del dolor en forma colectiva o, dicho de otra forma, el dolor manifestado en el duelo expresa la cultura que tenemos ante la muerte. Sin embargo, no debemos descartar el hecho de que nos encontramos en una sociedad que mediante la racionalización e individualización de la muerte no hace más que tratarla como un tema tabú. Ante la supresión del sentir y de la manifestación de las emociones por parte de quienes procesan el duelo: “Su resultado es una contención regular de las manifestaciones instintivas y emocionales, según un esquema diferenciado peculiar a cada situación social” (Elias, 2017, p. 460). Sin embargo, no siempre fue así. Retomando el argumento de Gorer (1955), Ariès (2016) destaca una relación inversamente proporcional entre la manifestación colectiva de lo concerniente a la sexualidad y lo concerniente a la muerte. Antiguamente, mientras lo más censurado entre estas dos cuestiones era la sexualidad, por otra parte, “todos estaban familiarizados con la muerte desde muy jóvenes y todos participaban de uno u otro modo en las distintas fases sociales de la muerte (...).” (Gil, 2011, p. 22). Estas conductas en su momento trascendieron el espacio y la cultura globalizándose, dado que aun con sus particularidades para cada sociedad, de alguna forma todas se familiarizaron con la muerte. Actualmente, sucede exactamente lo inverso.

La sexualidad fue desplazada de su lugar como el gran tabú de las sociedades –pese a que aún no está completamente desprovista de la censura- y la muerte es quien ahora ocupa este puesto.

Gil (2011) emplea el término “olvido de la muerte” para aludir a las sociedades occidentales que privan la exteriorización del duelo gracias a tres factores. Uno de ellos, es la individualización, trayendo por un lado la libertad de elección del individuo sobre su propia muerte (ya que el ser humano siempre anhela manejar su propio destino) a la par del crecimiento de ofertas en el mercado, y por otro la desconexión del moribundo o fallecido con su entorno social. El segundo factor, trata la profesionalización y el desarrollo tecnológico, donde la muerte pasa a manos de expertos, desplazando a la familia y la sociedad en general del rol activo que antes poseían. Por último, el tercer factor refiere a la “desacralización”, la cual en conjunto con la despersonalización de la muerte recaen en su sistematización, contribuyendo a la supresión cultural y de los sentidos que emerjan a su alrededor. (Gil, 2011).

Retomando lo planteado sobre la racionalización, la misma lleva incluso a la determinación de una cuantía de tiempo en la que se permite padecer el duelo, mas si se excede este límite, se considera que el doliente pueda poseer alguna patología. Es a partir de allí donde se introduce el rol de los médicos de salud mental y la industria farmacéutica. Esta exigencia de controlar el tiempo de duelo de las personas es una demanda de la sociedad y del mercado, ya que se requiere que el sujeto “sane” y regrese a ser productivo, que se reincorpore a la sociedad lo más pronto posible. De hecho, esto genera un conflicto en aquellas comunidades que, regidas por este orden social, practican una ritualística que determina un cierto tiempo de duelo, acompañado de una serie de conductas que ellos aplican entendiéndolo como parte del acto, pero que no se acoplan a estos estándares. La razón de esto, según Ariès (2016) es que la muerte aparece como un quiebre en la sociedad en tanto se debe aparentar todo el tiempo un estado de felicidad. Por lo tanto, si la muerte evoca emociones intensas en los sobrevivientes se convierte en algo vergonzoso, denigrante y puede que hasta patológico. La supresión de los sentimientos y la cultura en la colectividad no necesariamente hace que llegue un punto en que los sobrevivientes no sientan más dolor. La sociedad termina optando por formas de transitar el duelo en solitario con tal de no irrumpir con el aparente estado de felicidad que todos deben demostrar (Ariès, 2016).

Como bien explica Walter (2012), en las sociedades modernas la muerte es profesionalizada cada vez más, pasando por múltiples expertos desde un médico (quienes desplazaron a los religiosos) hasta un trabajador social, un enfermero, terapeutas, etc. Este manejo de la muerte trasciende desde los cuidados antes de la misma, hacia el manejo *post-mortem* en cuanto a la preparación del cuerpo para su rito de despedida y su posterior cremación o entierro. Es decir, se le concede el poder al personal de salud para manipular tanto al cadáver como los asuntos administrativos que lo vinculan. De esta forma, los dolientes de dicha muerte se ven cada vez más apartados del manejo de la misma, al igual que el sujeto que está por morir, puesto que “bastantes de sus derechos no son garantizados y sus deseos son incumplidos” (De Miguel, 1995, p. 114). Si la voluntad de la persona que va a morir es, por ejemplo, estar en su casa rodeado de su familia y amigos esperando que llegue el momento, en muchos casos esto no se cumple y acaban falleciendo en una sala de hospital aislados a manos de los médicos (De Miguel, 1995). Esto último podemos relacionarlo con lo expresado en la presentación del tema sobre los CTI. A su vez, podríamos esbozar que el COVID cambió la cultura ante la muerte, al incidir aún más en la supresión de la manifestación del dolor en colectivo gracias al aislamiento y la sistematización cruda del manejo de la muerte. En la etapa final, aparece la cremación como la forma más contundente de desprendimiento absoluto del cuerpo.

De la mano de la profesionalización, se encuentra la mercantilización. A diferencia de Inglaterra, donde actualmente existe una “supresión casi radical de todo lo que recuerde a la muerte” (Ariès, 2016, p. 83), en Estados Unidos surge un auge por su comercialización. Allí, en vez de invisibilizar casi completamente lo concerniente a un fallecimiento, es exhibido lo suficiente como para ampliar todo un mercado. Aun así, dicha exhibición no es de forma tan directa, similar a lo que recoge Barrán (1990) para el caso uruguayo. Sucede toda una preparación previa y alteraciones del estado natural del cuerpo del fallecido, como si se detuviera el tiempo para esa persona y no estuviera en plena descomposición. Para el autor, el secreto del triunfo de este mercado radicó en las estrategias de los vendedores autodenominados como “*doctors of grief*”, como suavizar la crudeza de la muerte y la publicidad empleada (Ariès, 2016, p. 83).

En cuanto a lo mencionado en el anterior apartado respecto al rol de los medios masivos de comunicación, se estima que ante la imagen constante y reiterativa del número de contagios así como de fallecimientos por dicha condición y de la situación en general se haya dado una cierta naturalización de los números. Dicha naturalización se da de

forma inconsciente, en el sentido de que al incorporar la costumbre de presenciarlo todo el tiempo, ya no se genera ninguna sorpresa a no ser que hablemos de alguna cifra que resulte alarmante (tanto por baja como por alta) del número de casos. Consecuentemente, se da una suerte de deshumanización, ignorando que mediante esos números se está representando a una cantidad de miembros de una comunidad que cesó su existencia o puede peligrar la misma. A su vez, podríamos pensar que esta naturalización influye en la actitud de los sujetos, llegando a “relajar” o “mecanizar” su conducta de prevención.

La noción de representaciones que se empleará en este trabajo recoge lo expresado por el sociólogo francés Émile Durkheim. Como bien expresa Vera (2002), Durkheim a través de una serie de obras<sup>3</sup> trabaja el concepto de representaciones colectivas. Ofrece una distinción entre representaciones individuales y colectivas, siendo las primeras las que atañen al individuo y su conciencia individual.

Las representaciones colectivas poseen dicho carácter colectivo no porque están en todos los individuos que forman una sociedad, sino que están en todos los individuos que forman una sociedad porque son colectivas. De un modo más simplificado, las representaciones colectivas no van del individuo a lo social, sino que a la inversa. Sentimientos colectivos, acciones colectivas, ideas colectivas, representaciones colectivas no son lo mismo que la sumatoria de las individuales. Agregar las representaciones individuales de cada sujeto de la sociedad no hace al conocimiento de la representación colectiva. La razón de esto es que cuando se relacionan los sujetos, cada uno con su representación individual estas se mezclan y emerge una representación colectiva nueva. Por lo tanto, el interés de la sociología no radica en el conjunto de las representaciones individuales, sino que en las representaciones sociales como algo externo al individuo particular, pero que de igual forma los atraviesa a todos, propio de una entidad colectiva. En palabras del autor, “Para comprender cómo la sociedad se representa a sí misma y al mundo que la rodea, es necesario considerar la naturaleza de la sociedad y no la de los individuos particulares.” (Durkheim, 2001, p. 23).

---

<sup>3</sup> “Las reglas del método sociológico” (1895), “Representaciones individuales y representaciones colectivas” (1898), “De ciertas formas primitivas en la clasificación” (1903) y “Juicios de valor y juicios de realidad” (1911) (Vera, 2002).

## **6. Problema de investigación**

El problema a tratar en este trabajo será explorar las representaciones de muerte por COVID-19 en el personal de salud de primer nivel y sus consecuencias.

## **7. Preguntas de investigación**

La pregunta que se buscará responder en el presente trabajo es la siguiente: ¿Cuáles son las características de las representaciones de muerte por coronavirus y cuál fue su impacto en la vida cotidiana y profesional de dicha población?

En relación a esto, se desprenden las siguientes preguntas específicas:

- 1- ¿Cómo afectó a nivel laboral y personal este tipo de muertes?
- 2- ¿Cuál es la visión de estos sujetos ante las medidas sanitarias aplicadas por el gobierno para hacerle frente a la pandemia?
- 3- ¿Se ha modificado esta clase de representación de la población objetivo durante el transcurso de la pandemia?

## **8. Definición de objetivos y población de estudio**

A continuación, se presentan los objetivos y la población de estudio que serán tomados en cuenta para esta investigación, además de algunas especificidades para el análisis.

El objetivo general a tratar esta investigación es el siguiente:

Explorar las representaciones de muerte por COVID-19 que se hayan generado o modificado en el personal de primer nivel de Uruguay.

Una de las conjeturas que aquí se sostuvo, es que en algunos casos la respuesta pudo estar fuertemente influenciada en función de si se es o si se posee a alguna persona de riesgo en el entorno más próximo. Por persona de riesgo nos regimos según los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes lo catalogan como aquella persona que es más propensa a presentar un cuadro grave si contrae la enfermedad de COVID-19, siendo: “Las personas de más de 60 años y las que padecen afecciones médicas subyacentes, como hipertensión arterial, problemas cardíacos o pulmonares,

diabetes, obesidad o cáncer (...).” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020. A pesar de esto, debemos seguir teniendo en cuenta que una persona que no contenga alguna de estas características igualmente puede caer en un estado de gravedad o incluso morir si contrae la enfermedad.

Por su parte, la población de estudio fue el personal de salud médico y no médico que ha trabajado en policlínicas tanto públicas como privadas durante la pandemia. Se consideró pertinente la selección de dicha población de estudio en específico debido a la potencial heterogeneidad que pudieran presentar traducida en una diversidad de discursos con distintas perspectivas en torno a la concepción de este tipo de muerte. En suma, en el caso de las instituciones públicas, estamos hablando de centros de salud pertenecientes al Estado enfocados en poblaciones más vulneradas en un sentido económico y social, siendo este un factor que influye en la percepción de los médicos y no médicos al tratar con este tipo de población. A nivel general, las policlínicas presentan un lazo social más profundo con su público, a diferencia de lo que suele suceder en otra clase de centros de salud. Sin embargo, no debemos menospreciar el hecho de que posiblemente una gran cantidad de entrevistados haya trabajado durante el período en otros lugares además de las policlínicas.

Por otra parte, los objetivos específicos son los siguientes:

Determinar qué le significa a estos sujetos el hecho de las muertes por esta enfermedad y qué reflexiones les trae en relación a su trabajo y a su vida personal.

Conocer la opinión de los actores respecto al manejo de las medidas tomadas por el gobierno en contraste con los fallecimientos y los contagios ocurridos.

Identificar si desde el comienzo de la pandemia hasta el momento teniendo en cuenta la volatilidad de los casos y fallecimientos han cambiado en algo sus representaciones sobre este tipo de muerte.

Otro supuesto que se tuvo en cuenta para este proyecto, es la posibilidad de que algunos de los entrevistados sea conocido, amigo o familiar de una de las tantas personas que fallecieron por esta enfermedad, o de personas que estuvieron internadas de gravedad. De este modo, se estimó que sus respuestas pudieran, nuevamente, verse influenciadas por estas características, al igual que con las personas de riesgo.

## **9. Estrategia de investigación**

### *9.1. Metodología, método y técnica*

Para cumplir los objetivos planteados se hizo uso de la metodología cualitativa a través de la técnica de investigación de entrevistas semiestructuradas a la población seleccionada. La intención de esta metodología y este tipo de técnica radicó en su potencial para develar los objetivos apelando al desarrollo de un relato por parte del sujeto orientado por el entrevistador. A su vez, como en los objetivos se toman en cuenta temas variados pero relacionados entre sí, se abrió la posibilidad de que en el mismo discurso de la persona emergiera la respuesta a más de una pregunta a la vez. Debido a esto, surgió la necesidad de realizar una entrevista de corte semiestructurada, de modo que el sujeto poseyera más libertad al momento de expresarse y el entrevistado no debiera encasillarse en una pauta ni demasiado rigurosa, ni muy abierta. El principal método de contacto con los entrevistados fue a través de la bola de nieve, utilizando como insumo el contacto por mensajería de texto y correo electrónico.

Otro insumo utilizado fue la aplicación de fichas de entrevista. La intención de aplicar esta herramienta fue para recaudar algunos datos más generales sobre los entrevistados, con el fin de observar similitudes y discrepancias entre los mismos a la luz de las entrevistas.

Por otro lado, previo a la aplicación de las entrevistas se solicitó que los entrevistados acordasen un consentimiento informado, sea por escrito en las entrevistas presenciales o mediante el registro de audio durante las videollamadas. El propósito de esto se basó en reiterar la voluntad de los participantes, además de insistir en que la información proporcionada sería utilizada meramente para fines académicos y sus identidades estarían resguardadas bajo el anonimato.

Para el presente trabajo, se analizaron las entrevistas obtenidas, además de tomar algunos datos recogidos en las fichas de entrevista para ordenarlas y observar si se presentaban diferencias bajo algún criterio de discriminación. El análisis se abocó a procesar lo dicho en las entrevistas para encontrar diferencias, coincidencias y particularidades en los tipos de argumentos empleados a la luz de los objetivos y preguntas de investigación planteadas.

## *9.2. Características de los datos*

El trabajo de campo se desarrolló en el marco de la investigación previamente mencionada para el Taller Central de Investigación. Respecto a los datos obtenidos, se llegó a un estado en el que la información recogida era redundante, después de obtener diversas perspectivas sobre esta temática. Allí fue cuando se optó por cerrar la etapa de campo. En cuanto a la cantidad de las mismas, se obtuvo un total de 18, con sus correspondientes fichas de entrevista. El mecanismo principal de contacto para los encuentros fue mediante videollamada, a través de la plataforma Zoom. Por otra parte, de las 18 entrevistas mencionadas hubo tres que no aportaron la información suficiente para ser tomadas en este trabajo, por lo que se utilizó un total de 15.

## **10. Análisis**

Uno de los riesgos de esta investigación, era su ejecución temporal. Dado que los entrevistados en algunas ocasiones debían apelar a su memoria de hasta hace tres años para responder con mayor precisión las preguntas planteadas. Afortunadamente, en la mayoría de los casos no se presentaron problemas mayores, más allá de no recordar puntualmente un mes o una fecha en concreto. Aun así, en algunos casos se notaron contradicciones discursivas. Por ejemplo, cuando en un primer momento se les preguntaba si habían tomado algún recaudo extra más allá de los convencionales para prevenir la enfermedad y sus consecuencias (entre ellas, el fallecimiento). A veces, solían responder que no a dicha interrogante, pero luego respondiendo a otra pregunta o dentro de la misma dejaban en evidencia que sí tomaron en algún momento otro tipo de precauciones. Dichas precauciones extra, por ejemplo, también podrían hacer parte de una aflicción particular que les haya generado el fenómeno de las muertes por COVID, siendo una de las preguntas contenidas en la entrevista y a la que la mayoría respondió de forma negativa. Aquí es cuando apelando al análisis sociológico se busca obtener el verdadero sentido que se encuentra tras las respuestas de los entrevistados.

### 10.1 Preparación del dato

Para comenzar el análisis, se trasladó lo obtenido en las fichas de entrevista respecto a las características generales de la población para comprender su composición. Estos aspectos fueron tomados en cuenta a la hora de realizar el análisis en el siguiente sub apartado.

**Tabla 1**

*Fichas de entrevista.*

Entrevistado	Sexo	Edad	EdadReProf	EdadEje	CuaVinculo	VinNoAsse	EnfoM	Riesgo	Teletrabajo
1	2	42	21	22	2020	1	2	2	2
2	2	35	21	21	2013	1	1	2	2
3	2	49	27	27	2000	1	1	2	2
4	2	45	30	30	2005	1	1	2	2
5	2	58	38	39	2008	1	1	2	2
6	2	61	25	26	1996	1	1	4	1
7	2	49	24	24	1997	2	2	2	1
8	2	38	27	27	2015	2	2	2	2
9	2	54	28	30	2000	2	1	2	1
10	2	51	25	25	2007	1	1	4	2
11	2	50	28	31	2004	1	1	2	1
12	2	50	31	33	2007	1	2	2	1
13	2	30	28	29	2020	2	1	2	2
14	2	59	23	23	2005	1	2	4	1
15	1	31	25	25	2019	1	1	2	2

*Nota.* Cada fila corresponde a las preguntas realizadas en la ficha de entrevista, por lo que los nombres son abreviaciones de lo que cada pregunta quiere decir. Fuente: Elaboración propia.

- En la pregunta sobre el sexo, se adoptó el número 1 como respuesta hombre y el número 2 como mujer.
- Para la pregunta de si han participado en algún ámbito por fuera de ASSE (VinNoAsse) y si realizaron teletrabajo durante el período (Teletrabajo), se tomó valor 1 como sí y 2 como no.
- Para responder si tuvieron algún familiar o allegado que haya transitado y/o fallecido por COVID (EnfoM) 1= Enfermado no muerto; 2= Enfermado y muerto.
- Para la pregunta de si ellos, algún familiar o miembro del hogar es persona de riesgo (Riesgo) 1= Ninguno tiene riesgo; 2= Riesgo de familiar o miembro del hogar; 3= Riesgo del entrevistado; 4= Riesgo del entrevistado y familiar o miembro del hogar.
- CuaVinculo refiere a desde cuándo poseen su vínculo con la institución pública en la que se encuentran actualmente.

El promedio de edad de los entrevistados fue de 47 años y la población está compuesta por 14 mujeres y 1 hombre. El promedio de edad al que se recibieron (EdadReProf) fue en el entorno de los 27 años, mientras que 12 de los 15 entrevistados comenzaron a ejercer (EdadEje) antes de los dos años de haber egresado de la carrera. A su vez, la mayoría de los entrevistados mantiene su vínculo con la institución en la que actualmente trabajan hace más de 15 años y han trabajado en el ámbito de la salud por fuera de ASSE (VinNoAsse). Por otra parte, solo 5 entrevistados manifestaron haber experimentado el fallecimiento de un familiar o allegado producto de esta enfermedad, mientras que los restantes solo tuvieron personas que la transitaron.

Asimismo, solo tres entrevistados mencionaron ser población de riesgo a fallecer y tener familiares o miembros del hogar en la misma situación. Los doce restantes poseen familiares o miembros del hogar que son población de riesgo, pero los propios entrevistados no lo son. Por último, 6 entrevistados han realizado teletrabajo durante el período entre 2020 y 2022.

### *10.2 Análisis de las entrevistas*

En primer lugar, se procuró tomar como criterio de distinción a las personas que se encontrasen por debajo del promedio de edad calculado (47 años), para compararlas con las que se encontraban por encima. La finalidad de esto era determinar si existía alguna diferencia en las representaciones de muerte entre estos grupos. De todas formas, no se identificó tal diferencia, por lo que podemos decir que las representaciones de muerte por COVID de este grupo y en base a este criterio tienden a la homogeneidad.

Cuando se les preguntó sobre lo que les generaron las muertes por este tipo de enfermedad, podemos hacer múltiples referencias a los tipos de argumentos o verosimilitudes planteadas por Ibáñez (1979). Uno de ellos, es la frecuencia de argumentos retóricos o poéticos con frases como “Espada de Damocles”, “me dejó una marca”, “yo le tengo respeto”. En primera instancia, tendieron a hablar desde el punto de vista de su profesión, reproduciendo el argumento hegemónico a veces dado como sobreentendido (mencionando temas como la vacunación, el uso de medidas cautelares como el tapabocas, entre otras) que impera y el propio personal de salud debe acatar o es fuertemente exhortado a acatar para desempeñar su trabajo. Luego, continuaron refiriéndose a sus vivencias mientras ejercían, al mismo tiempo que acataban a una serie de medidas que en primer lugar les fueron impuestas como el uso de determinada

indumentaria que al principio sentían que entorpecía su trabajo, pero igualmente creyeron necesaria su utilización.

El uso de las redes sociales como mecanismo de comunicación fue una temática recurrente en el discurso de los entrevistados. Se hizo uso principalmente de la plataforma WhatsApp, tanto como para hablar individualmente con una persona, como con varias a través de los grupos. El empleo de este tipo de medios de comunicación no resulta novedoso en la sociedad uruguaya, mas parece ser que el momento histórico en el que se centra este estudio, refleja una intensificación del empleo de la herramienta. Es decir, en un contexto en el que se pretendió privar al máximo la socialización presencial entre los sujetos por cuestiones tan esenciales como garantizar la salud y hasta la propia vida, tiene sentido que se haya acudido a otros medios para satisfacer dicha necesidad de socialización. Por lo tanto, el uso de las tecnologías ha ampliado la facilidad de comunicarse superando la barrera física y temporal que la pandemia entorpeció. El flujo constante de información contribuye a la formación de advertencias y de estados alerta desde cualquier parte del mundo a una velocidad nunca antes vista. Esto, bajo la perspectiva de Beltrán (2015), es una consecuencia derivada de la globalización.

A través de esta plataforma, se pretendía subsanar esa limitación de relacionamiento que padecieron los sujetos. Allí se trataban temas tanto de tipo recreacional, laboral, así como también fue un medio para la contención emocional principalmente entre colegas por la situación. Incluso, fue empleado como un medio para transmitir información respecto al contexto que estaban viviendo. A su vez, sirvió para realizar seguimientos entre compañeros de trabajo sobre el estado de alguno que estaba padeciendo la enfermedad, como también para alertarse entre sí si algún allegado había estado en contacto con la misma o si se presentaban síntomas y debían aislarse. Por consiguiente, se destaca el uso de las redes sociales como un mecanismo de socialización con el fin de reforzar o mantener vínculos con quienes dado la coyuntura se impedía una interacción más de corte presencial.

#### *10.2.1. Convivencia con la muerte*

De la totalidad de las entrevistas se desprende el hecho de que este tipo de muertes no solo depende de los cuidados que uno mismo se aplique ni de su entorno, sino que un componente que también se hace presente es la incertidumbre. Algo característico de este tipo de muerte es su factor aleatorio. Es decir, no importa qué tan sano esté uno ni cuántos

recaudos tome para su prevención. De todas formas, existe la posibilidad de que en algún momento no solo se contraiga la enfermedad y altere el organismo, sino que también se fallezca producto de la misma. Dado eso, podemos retomar lo planteado por Giddens (1990) sobre el riesgo como un peligro del que se puede estar lo suficientemente consciente de su dimensión o no. En este caso particular, tanto los entrevistados como la población en general reconocían la existencia de un peligro, pero al mismo tiempo desconocían su magnitud.

*“Realmente la muerte era un miedo latente que teníamos todos, ¿no? (...). A veces no te valía que tuvieras el mejor sistema de salud o que estuvieras en el peor. Las posibilidades eran similares. (...) Es que es una pandemia que no hace diferencias sociales.” (Entrevista 4).*

*“Como que no era muy congruente decir “pah, me vacuno y no me enfermo”, “me vacuno y no muero”. Hubo gente que se vacunó y murió. Hubo gente que no se vacunó y no murió. Y bueno, hubo gente que la pasó muy mal y logró zafar del CTI. Otra gente que pasó muy mal, estuvo en CTI y pudo salir. Es como algo muy... por eso te digo, ambivalente (...).” (Entrevista 3).*

Es en base a la percepción de los riesgos que optaron por realizar determinadas acciones o bien no actuar (lo cual no deja de ser una acción en sí). Sin embargo, sucede que no toda la población contaba con la misma cantidad de información y de igual forma su contenido cambiaba frecuentemente, llegando incluso a falsearse. De allí se desprenden los distintos comportamientos y métodos de cuidado por los que se decantaron.

La aleatoriedad aparece como algo desagradable cuando se trata de enfermedades e incluso fallecimientos. Esto se refuerza cuando nos referimos al personal de salud, quienes se dedican a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, haciendo todo lo posible para impedir dicho desenlace. Además de la aleatoriedad, se dio el hecho de que en el intento de volver más predecible los pasos para su prevención y tratamiento, algunos métodos acabaron por ser descartados. Dado esto, los implicados debieron procurar estar actualizados para estar al tanto de los nuevos procedimientos, hasta un punto en que se volvió una rutina habitual. Como resultado, lo que incorporaban en un momento podía darse que al día siguiente ya no les sirviera y tuvieran que adoptar otros protocolos.

*“Al principio fue como bastante ensayo y error y bastante sobre algo que no se sabía, sobre una incertidumbre.” (Entrevista 8).*

Los entrevistados han destacado en reiteradas oportunidades la prevalencia del fallecimiento de personas jóvenes debido a esta enfermedad, algunas de ellas con un buen estado de salud en general. La enfermedad y la muerte aparecen como algo más natural cuando se dan en personas de mayor edad, mientras que en las personas jóvenes se tornan en algo disruptivo, más difícil de aceptar. Dicho esto, vale la pena retomar los argumentos expuestos por Le Breton (2017) y Marí-Klose y De Miguel (2000), puesto que si bien todo fallecimiento es no deseado, tiende a generar un mayor rechazo cuando le ocurre a un joven y aún más si se encontraba saludable. Por lo general, se evita pensar en la muerte a toda costa y, cuando esta se hace inevitable, se la piensa desde la ancianidad como lo deseado. Se estipula que la muerte acontezca una vez que la persona “ya vivió”. Desde que “cumplió su ciclo”, en tanto a su crecimiento biológico y haber ejecutado su rol en la sociedad (Marí-Klose y De Miguel, 2000). Esto también dio pie a una sensación de impotencia por parte de ellos, puesto que hubo oportunidades en las que solo les restaba observar la evolución de la persona, la cual en muchas ocasiones solo empeoraba, pero de todas formas no podían hacer nada al respecto. Sin duda, estos sucesos les hicieron pensar en sus allegados, en sus familias y en ellos mismos. Los riesgos que corrían ante un peligro posible como lo es el fallecimiento era algo de lo que los sujetos estaban plenamente conscientes. De cierta forma, en algún momento a todos les surgió esa sensación de inmediatez con la muerte, muchas veces a través del contacto con pacientes específicos que a pesar de las particularidades de cada caso, acababan de la misma forma.

*“(…) el ver personas jóvenes que entran y que sabes que están con COVID y que sentís que se va agravando día a día y que no podés detener eso. Hay que hacer todo en esos días. El equipo de enfermería trabaja para que esa persona salga adelante. Ves que su cuerpo no responde y ves que se te va el paciente con el correr de las horas y que ya no hay nada para hacer.” (Entrevista 5).*

*“Pero con ese muchacho sobre todo escuchando a sus compañeros en la radio de cómo les afectó fue de las muertes que más me pegó. De decir “pah, realmente por más de que sea joven y relativamente sano es una infección que puede llegar a ser grave, puede llegar a ocasionar la muerte”.” (Entrevista 15).*

Emergieron tensiones respecto a lo que vivieron en su ambiente laboral, como la sobrecarga de trabajo debido a compañeros que se certificaron o la saturación de casos. Evidentemente, la ausencia de personal para afrontar el incremento de ingresos hizo que creciera exponencialmente su convivencia con este tipo de casos y con la muerte misma. En este sentido, cabe retomar los aportes hechos por autores como Barrán (1990) y Ariès (2016) respecto a la disminución de la convivencia con la muerte en la nueva sensibilidad o era moderna. Si bien los entrevistados se dedican a profesiones que inevitablemente les hacen cohabitar con la muerte como evento y su latencia, a través de este fenómeno se frecuentó de forma masiva. Además, muchos reconocieron haber estado al tanto de la prensa y de los comunicados oficiales no solo para atender los nuevos protocolos, sino que también era una forma en la que observaban el monitoreo de la cantidad de casos y de fallecimientos. Por lo tanto, si bien en su momento para invisibilizar la muerte se la apartó de la esfera cotidiana a través de diversos métodos, en la actualidad y para este tipo de muerte en específico, podemos observar otro comportamiento. En este caso, el gobierno, la prensa y las nuevas formas de comunicación tomaron el rol de informar activamente contenido relacionado a esta enfermedad y sus consecuencias, además de que hubo un interés general en adquirir dicha información por parte de los receptores. Esto no significa que repentinamente la sociedad haya eliminado su tabú ante la muerte. De hecho, el fenómeno de las muertes por COVID fue algo que atravesó a toda la sociedad hasta un punto en que generó una sensación de sobrecarga por parte de algunos de sus miembros, mientras que otros mostraron inquietud por la calidad de la información a la que estaban accediendo. El paradigma imperante se vio perturbado, en el sentido de que anteriormente se solía tolerar la muerte hasta determinado umbral, el cual fue traspasado con este tipo de fallecimiento. Sin duda, la exposición constante al fenómeno es un punto de inflexión cuando se lleva un modelo de discreción, soledad y vergüenza ante ella, dado que irrumpe con una aparente felicidad colectiva (Ariès, 2016).

*“Pero el ver morir todos los días, el ver números en rojo todos los días, el ver la cantidad de camas ocupadas y si pasaba algo estábamos saturados, te llega la muerte de otra forma. Pensás la muerte, pensás tu muerte, la de tus seres queridos también. La muerte no es algo con lo que pensemos comúnmente. Existe, pero no lo pensamos a diario. La pandemia sí, nos puso de cara con ella.” (Entrevista 6).*

*“Nosotros estamos en eso, en el nacimiento de la persona y estamos en la muerte de la persona, pero, no estamos preparados para tanta muerte, ¿no?” (Entrevista 5).*

En suma, se pensaba a las muertes por COVID con una cierta dualidad en cuanto a su acontecimiento. Por un lado, se la vio como algo que en determinados casos pudo ser evitable, donde reconocían que esas muertes se podrían haber impedido si se hubiera actuado de otra forma. Aquí es cuando plantearon que se debió extremar los cuidados a nivel individual o también que el gobierno no los cuidó lo suficiente tanto dentro como por fuera de la escena laboral, enfatizando por sobre todo en condiciones de trabajo que consideraron inadecuadas desde antes del surgimiento de la pandemia. Asimismo, algunos entrevistados deslizaron el hecho de que si se hubiera podido actuar un poco más rápido en cuanto a la llegada de la vacuna, también se habrían evitado varias muertes. No obstante, como ya se mencionó anteriormente, hubo quienes veían a las muertes por COVID como algo sumamente arbitrario. Bajo sus perspectivas, no importaba cuánto uno se cuidara o qué tan sano estuviera, es algo que puede acontecerle a cualquier persona en cualquier momento.

*“(…) ¿por qué fallecieron a nivel sanitario mucho personal? Porque hay cosas que probablemente no se hicieron bien. Y no se hicieron bien no por desconocimiento del cuidado, sino por la urgencia vivencial, ¿no? Son pacientes que se descompensan, son pacientes que tenés que actuar rápidamente y tenés que ser muy mente fría. “No, primero yo me tengo que vestir entero, que tengo que estar así...” ¿no? Para dejarme yo y poder actuar. Es la vida de uno o del otro.” (Entrevista 6).*

De este modo, algunos reconocieron que además de la dificultad que ellos atravesaban como personal de salud, también estaba del otro lado la perspectiva del paciente. En reiteradas ocasiones se mencionó el hecho de que para el usuario era una experiencia no grata al tratarse con personas a las que no podían siquiera verles la cara. Incluso, en el caso de quienes fallecían muchas veces lo hacían solos o rodeados de estas personas no identificables y sin sus seres queridos. De esta forma, para los familiares del paciente resultaba igual de incómodo al verse reducida la posibilidad de visitarlo si se encontraba en estado de internación o ante la imposibilidad de despedirlo de la forma en que ellos desearan una vez fallecido. Nuevamente comprobamos lo visto en el marco teórico sobre la individuación y el “olvido de la muerte” de la mano de De Miguel (1995)

y Gil (2011). Respecto a este último, aquí se cumplen dos de sus requisitos, siendo la individualización y la desacralización de la muerte. El primero, se ve reflejado en la separación del moribundo con sus allegados. El segundo, implicó que mediante el mismo mecanismo se reprimiera la manifestación de los sentidos que emanaban. Es necesario recalcar que este contexto en que se fallece no es exclusivo de este tipo de muerte, sino del momento histórico y social en que nos situamos. Tanto el moribundo como su entorno no tienen derecho a decidir cómo organizar su rito de despedida, quedando expectantes de la decisión que tome el personal de salud en base a los protocolos generales planteados por las autoridades. En consecuencia, el fallecimiento se produce en solitario, totalmente ajeno a la voluntad del afectado y de los sobrevivientes.

*“Y también está la familia, ¿no? La familia que no los pueden ver, es todo a través de un teléfono... No es fácil, no es fácil. Tenés que llamar a un familiar y decirle “mire señor, va a tener que venir porque está delicado, puede llegar a fallecer.” Y lo tenés que dejar entrar con todo ese protocolo. Imaginate todos vestidos sin poder ver. Es horrible.” (Entrevista 1).*

*“Compañeras que tenían padres en los geriátricos y no los podían ir a ver. Y después los empezaron a ver a través de un vidrio y después empezaron a ver que les sacaban a los mismos viejitos en cajones.” (Entrevista 10).*

Se condice con lo planteado en las obras de Ardito (2016), Ariès (2016) y Gil (2011) el hecho de que las representaciones sobre este tipo de muerte para una población tan específica como lo es el personal de salud atraviesan especialmente el enfoque científico y racional. Con ello, cuando se interrogó respecto a las perspectivas que poseían en torno a la muerte, solían aparecer discursos vinculados al potencial de sus profesiones para monitorear e intervenir en su proceso. De esta forma, se aludió a su capacidad de concientizar, prevenir, contener y administrar la muerte. Esto es una clara diferencia en comparación con otro tipo de poblaciones que pueden adjudicarle por ejemplo un paradigma místico o religioso, basado en creencias que no acompañan la visión racional, como fue advertido en Ardito (2016). Sin embargo, es necesario destacar que ambas perspectivas pueden convivir dentro de los mismos sujetos. Aun así, en esta oportunidad predominó la noción científica racional. En suma, cuando evaluaban la gestión del gobierno, algunos tuvieron en cuenta la participación del GACH como algo beneficioso al buscar el apoyo de científicos y especialistas, reforzando este planteamiento. Desde la perspectiva de Gil (2011), este es el elemento restante para la conformación del “olvido

de la muerte”. La profesionalización y el desarrollo tecnológico hacen que el control sobre la muerte sea administrado solo a través de técnicos concededores, restándole capacidad de intervención al difunto y a su entorno.

*“Yo como nurse tenía que confiar ciegamente en la enfermería (...).” (Entrevista 1).*

*“Yo creo que el gobierno (...) por sobre todo creo que estuvo inteligente en llamar a ser asesorado por un organismo integrado por médicos, científicos, estadistas, matemáticos. (...) con una visión totalmente plural de varias especialidades, de varias profesiones, que creo que apuntalaron al gobierno en una cantidad de decisiones.” (Entrevista 14).*

En lo nacional e histórico, podemos ver los aportes de Barrán (1990) y en lo sociológico tenemos a los de Ariès (2016), los cuales reflejan los frutos de la “nueva sensibilidad”. Esto es en cuanto a la reducción de la participación de la comunidad en torno a la muerte, a la exacerbación del ocultamiento de los rituales, en parte dado por el contexto en que se desestimuló toda clase de reunión y la sistematización del accionar médico. A su vez, en conjunto con la racionalización, emergieron perspectivas individualizantes. Los entrevistados solían asignarse una serie de responsabilidades de forma en que todo pareciera depender de sus propias acciones para sostener tanto a sus familias como a sus compañeros de trabajo, sus pacientes y a ellos mismos. Por lo tanto, ellos se atribuyeron la tarea de ser los únicos que podían manejar el entorno de la enfermedad y, consecuentemente, la muerte. Glaser y Strauss (1965) mencionan que parte del rol de la enfermera es mantener un orden tanto para el desempeño de sus colegas, para el paciente, su entorno y para ella misma. Al mismo tiempo, surgieron instancias en las que destacaron la necesidad de la responsabilidad individual como uno de los medios más importantes para transitar la crisis. Como ya se presentó a través de De Miguel (1995), este esquema de pensamiento individualista es característico de las sociedades actuales.

Contrastando la información recogida en Ardito (2016) con el material recabado empíricamente, se comprueba una naturalización del fenómeno. En el antecedente mencionado, se dejaba ver que la actitud de quienes trabajaban con la muerte desarrollaron una familiaridad con el evento en sí y con sus deberes laborales, a diferencia de quienes no lo hacían. En esta investigación, muchos entrevistados manifestaron haber sentido una emergencia ni bien llegada la pandemia a nuestro país o incluso antes cuando

observaban casos como el de Brasil y su progreso en Argentina. Aun así, a medida que esta fue avanzando, los entrevistados expresaron haberse adecuados a la dinámica reciente y algunos llegaron a relajar sus medidas de precaución. Resulta lógica la familiarización con el fenómeno de las muertes debido a un trabajo que implica presenciárselo a menudo. En consonancia con esto, llegó un momento en que se atenuó dicha aleatoriedad inicial respecto a los protocolos a adoptar, puesto que con los avances científicos se logró abordar con mayor precisión la enfermedad. En suma, los casos fueron en descenso a excepción de ciertos picos. Podemos describir la evolución del fenómeno a través de los aportes de Giddens (1990). Al principio, debieron adaptarse a un ambiente de riesgo que fue mutando a través de breves lapsos de tiempo, mientras desconocían la magnitud de su peligro. Luego, dicho riesgo fue disipándose, dado que se obtuvo la información necesaria para conocer en profundidad las implicancias de la enfermedad. Paulatinamente, la confianza en el sistema en general a través de sus resultados contribuyó al surgimiento de la fiabilidad. Por último, dicho peligro fue reducido (aunque no en su totalidad), arribando a un estado de seguridad. Es decir, se llegó a un estado de equilibrio entre fiabilidad y riesgo. Como resultado, aquella emergencia inicial disminuyó considerablemente y con ella el miedo, desembocando en una modificación de sus representaciones sobre este tipo de muerte.

*“(...) yo tuve COVID recién en junio. O sea, el mes pasado. Y sin embargo ya no tenía ese miedo. Si me hubiera dado al principio, sí. Hubiera estallado de ansiedad. (...) Después con el tiempo no sé si es que uno se va acostumbrando o es que va empezando a convivir con este virus. Entonces, bueno, te lo tomás como con otra forma. Pero la incertidumbre al principio costó manejarla” (Entrevista 8).*

*“Porque estamos acostumbrados a ver morir gente. Es una carrera que está acostumbrada. Cuando nace un bebé, hay una enfermera. Y cuando muere un paciente, es una enfermera la que hace el post mortem (...) La muerte la tenemos incluida en nuestra carrera.” (Entrevista 6).*

A pesar de ello, podemos identificar el desgaste físico y psicológico que sufrió la mayoría de los entrevistados, algunos admitiéndolo abiertamente y otros dejándolo entrever. Cabe destacar que este punto ya había sido considerado en la realización previa al trabajo de campo a través de la recopilación bibliográfica, principalmente en Ribeiro *et al.* (2021). El estrés, la sobrecarga de trabajo, las dificultades para descansar, la

emergencia de un gran número de casos críticos y fatales, la incertidumbre o el miedo son factores que hacen al agotamiento corporal y mental de la población. Todo esto se dio en el marco de un contexto en el que cada vez se les exigía un mayor rendimiento debido a la disminución de personal y el aumento de pacientes, mientras que debían lidiar con ellos mismos y con todo su entorno sumido en una situación similar. En el caso de quienes además de la atención presencial tuvieron que hacer teletrabajo, este fue otro factor de estrés. Por un lado, lo veían como una ventaja por la reducción de los tiempos de traslado y del gasto económico. No obstante, por otro lado veían entorpecida su labor a través del uso de la tecnología al ser algo a lo que no estaban acostumbrados a emplear con tanta frecuencia y el encierro también actuó como un agregado a su malestar.

*“Hay cantidad de gente que terminó tomando pastillas para la depresión y... no lo supo manejar. Que ahora ya han pasado dos años y pico y hay gente que sigue certificada por psiquiatras, ¿no? Pero que no han vuelto porque... porque eso les desencadenó un montón de cosas, ¿no? Y que se les han muerto familiares y no se han podido recuperar.” (Entrevista 10).*

*“(...) tendría a mí entender que haber existido cuarentena obligatoria por lo menos por un tiempo, para que no se extendiera tanto en el tiempo la emergencia sanitaria. Porque además eso a lo largo del tiempo a la gente la fue cansando. Y eso se ve reflejado hoy en día en situaciones de salud mental. Y no estamos hablando de personas que digamos que previamente tuvieran alguna situación de salud mental (...).” (Entrevista 8).*

#### *10.2.2. Instituciones y ambiente laboral*

En algunos casos, existieron demandas hacia las instituciones en cuestiones de insumos para trabajar “adecuadamente” (en definitiva, cuidar a sus pacientes), para seguir cuidándose a ellos mismos y a su entorno (colegas y familiares). Cabe destacar que los entrevistados reconocieron la preexistencia de falta de insumos para trabajar adecuadamente desde antes del estallido de la pandemia. De todas formas, una vez instaurada, dicha ausencia se sintió con mayor intensidad. La mayoría de las críticas realizadas fueron hacia el organismo encargado del sistema de salud nacional.

*“ASSE tiene muchas carencias... Pero creo que con lo que tenían intentaron poder nivelar todo. Con lo poco que tienen, ¿no? Dentro de poco me refiero al recurso material, recurso financiero y recurso humano (...).” (Entrevista 13).*

*“Cuando uno veía la prensa informaban en... por ejemplo, Hospital Español como centro de referencia COVID y “estamos preparados” que es una frase como muy escuchada en estos últimos tiempos. Después, la realidad era que tenías que andar mendigando un tapabocas. (...) O sea, no estaban los insumos, no estaban... y exponiendo por supuesto tanto al funcionario como al usuario.”* (Entrevista 8).

Mientras tanto, en cuanto al desempeño del gobierno nacional, este fue valorado generalmente de forma positiva. Dentro de las decisiones que tomó el gobierno y consideraron acertadas, se encuentra la elección de no llevar a cabo una cuarentena obligatoria. Comparándose con la situación de países que sí optaron por este método como Argentina, agradecieron no solo que el gobierno uruguayo no tomara el mismo modelo, sino que también la ciudadanía haya sido “respetuosa” con el libre albedrío que se les otorgó. Por consiguiente, estimaron adecuado el actuar del gobierno en cuanto a la libertad concedida a los ciudadanos. No obstante, también reconocieron que fue algo riesgoso, ya que si no se actuaba de forma responsable y consciente de la magnitud de la situación, hubiera desembocado en grandes brotes y con ello la posibilidad de numerosos fallecimientos. Otra de las medidas valoradas, fue la vacunación. La misma fue vista como una estrategia crucial para el control de los efectos de la enfermedad y las defunciones. En general, se destacó la campaña desplegada, pero también existió un descontento respecto a lo que tardó el comienzo de su ejecución, en comparación a su acontecimiento en otros países de la región. No obstante, consideran que una vez arribada la vacuna hubo buena disposición de parte del gobierno y de los ciudadanos.

En línea con esto, la mayoría destacó que en su trabajo se generaron ambientes de contención entre colegas para afrontar la situación. Algunos desarrollaron mecanismos para cubrirse entre compañeros y distribuir de mejor forma la carga laboral que resultó cada vez más intensa debido a lo mencionado anteriormente. Incluso, llegaron a tener en consideración la situación de sus compañeros de trabajo, como por ejemplo si estaban cursando un embarazo, si tenían hijos pequeños o si vivían con padres de edades mayores. Otros manifestaron la formación de redes de apoyo emocional durante la jornada laboral o el amparo que obtenían a través de las redes sociales por fuera del tiempo de trabajo. Ello facilitó sus desempeños y sirvió de soporte para situaciones extra laborales. Sin embargo, en la mayoría de los casos las instituciones no ofrecieron espacios de reflexión o colaboración más allá de los insumos que en algunas oportunidades fueron reclamados

por el propio personal. Cuando se les consultó si creyeron necesaria dicha colaboración de las instituciones a pesar del soporte que lograron brindarse entre colegas, algunos respondieron lo siguiente:

*“No, hubiésemos necesitado, sí. Porque también, digo, las autoridades a nosotros, las nurses, los departamentos, no sabían cómo manejarse. En realidad, trataban de que no nos contagiáramos todos para que hubiera personal de pie para trabajar. Esa era la prioridad. (...) Que no me falte porque alguien tenía que ponerse los hospitales arriba y ta.” (Entrevista 10).*

*“Capaz que [la institución] podría haber hecho algo más por nosotros. Porque nosotros siempre esperamos, e inclusive ahora estamos en la lucha en cuanto a los temas de insalubridad para el equipo de enfermería. Que somos los que estamos directamente trabajando con personas, o sea, seres humanos y que también nosotros somos personas.” (Entrevista 5).*

*“No sentí apoyo institucional (...). Por lo menos [que la institución pudiera] hacerte llegar capaz encuestas (...) para ver cómo estábamos pasando, cómo estaba el funcionario pasando o preguntar solamente si necesitabas algo. Yo creo que también no es que la institución iba a solucionar todo, ¿no? Pero hubiese estado bueno algo, sí. No se hizo nada, que yo sepa no se hizo nada. Ni estudios mismo dentro del Hospital, eso tampoco. Creo que es re importante.” (Entrevista 13).*

El hecho de que la institución no haya fomentado este tipo de espacios mencionados y considerados necesarios para sus empleados, es una forma de contribución a la negación de la muerte, observada en Ardito (2016), Ariès (2016) y Barrán (1990). El no darle la importancia suficiente como para elaborar algún tipo de taller, actividad o simplemente realizar consultas para la contención de sus empleados, es una forma de invisibilizar el fenómeno. La exposición al mismo se dio principalmente en la propia institución, pero pese a ello no se consideró lo suficientemente relevante como para asumir algún compromiso. Por otro lado, esta cuestión de negar la pertinencia del fenómeno y el nivel de aficción que pudo generar en sus empleados es otra forma de perpetuar el modelo de producción vigente. Es decir, si no se reconoce la existencia de una problemática tan profunda como para tomar medidas, no deberían existir razones suficientes para que los empleados se ausenten o sus rendimientos se vean demasiado

afectados. Esta decisión de no actuar al respecto pudo ser una decisión inconsciente. Después de todo, se trata de una institución médica con base en un paradigma científico que se encarga de contener, tecnificar y administrar la muerte (Ariès, 2016).

A raíz de esto, podemos apreciar una necesidad de manifestarse en comunidad. La situación tanto en el trabajo como a nivel personal les generó una necesidad de expresarse en conjunto, de manifestar el dolor y el malestar general que estaban atravesando. Algunos entrevistados destacaron el hecho de la salud mental como algo que ya desde antes de la pandemia debía ser atendida y, una vez arribada, solo reforzó esta necesidad. Otros aludieron a que la prioridad de las instituciones simplemente era que no faltara personal. En general, optaron por realizar estas manifestaciones con sus compañeros de trabajo, en lugar de con su familia. Por un lado, prefirieron no mostrarse tan afectados ante ellos. En su mayoría, procuraron adoptar un rol protector y transmitir un ambiente de certezas y control, a pesar de que sobre todo al inicio estaban sumidos en una profunda incertidumbre. Por otro lado, algunos cuando intentaron abrirse con sus familias, principalmente los adultos y más específicamente sus parejas, sintieron que no eran plenamente comprendidos. Dado eso, encontraron en sus colegas de trabajo el amparo que buscaban, fortaleciendo al mismo tiempo sus vínculos y amainando las jornadas laborales.

Cuando se les preguntó respecto a sus percepciones sobre la población de riesgo, se detectaron ambigüedades. Algunos expresaron que sentían que debían cuidarse más o que ellos mismos como parte del sistema de salud debieron haber enfatizado en la importancia de esto para la prevención. Nuevamente, aquí vemos el rol de la salud como aquel encargado de la vida del paciente, otorgándole a este último una función más pasiva. Por otro lado, hubo quienes reconocieron que sí realizaban los cuidados adecuados, siendo algo de suma importancia para un tipo de población que presenta un mayor riesgo a enfermar de gravedad y de fallecer.

*“No todo el mundo es consciente, digo, no sé dónde está el problema. Viste que... cuando vas a la consulta el médico no te dice realmente lo que sucede o lo que necesitas o lo que tenés que hacer. O si eso se hace y el paciente se asusta cuando le pasa algo y que trata de... de no hacer nada o dice “de algo hay que morirse” (...).” (Entrevista 5).*

*“Bueno, yo te puedo decir que desde la policlínica yo vi que las personas mayores como que se cuidaron (...) yo no lo visibilicé como que la población de riesgo que estamos hablando de gente mayor o con comorbilidades como que no se hubieran cuidado.” (Entrevista 12).*

### *10.2.3. Representaciones*

Habiendo observado las perspectivas de los entrevistados respecto al fenómeno de las muertes por COVID, en el siguiente apartado se presentan las características de las representaciones sociales que emergieron por este tipo de muerte. Antes de continuar, vale la pena retomar la aclaración hecha en el marco teórico respecto al significado de las representaciones sociales en Durkheim (2001). Estas develan la concepción de un grupo sobre sí mismo y sobre su entorno, actuando en base a ello. De esta forma, se diferencian de las representaciones individuales por el hecho de no ser la sumatoria de estas. Las representaciones sociales emergen a partir de las relaciones que se tejen entre sus miembros, dando lugar a nuevas representaciones que los involucran como un conjunto y despojándose de las representaciones particulares de cada uno. Por lo tanto, la identidad del grupo se encuentra en otro plano que no colisiona con la del individuo.

Gracias a la información recaudada y analizada, podemos identificar a nivel general dos tipos de representaciones sociales de muerte por coronavirus. La primera, desarrollada en la etapa inicial de la pandemia una vez arribada al país, consistió fundamentalmente en el desconocimiento. Un desconocimiento sobre el potencial dañino de la enfermedad y con ello un desconocimiento respecto a su potencial letalidad. La muerte por COVID aparece en el inicio como algo especialmente aleatorio, a pesar de haberse identificado condiciones de salud que pueden comprometer al organismo si se adquiere tal enfermedad. Esta sensación de peligro y su falta de previsibilidad hicieron a la formación de un ambiente de riesgo en términos de Giddens (1990). Esencialmente, es una muerte que por todos los medios tratarán de controlar (al igual que todas) pero, su efectividad se dará de forma azarosa y tendrá repercusiones en los propios empleados de la salud cuando esta no pueda evitarse. Al mismo tiempo, el contexto en el que se haya dado el fallecimiento también tendrá sus implicancias. Suele resultar más inesperada la muerte de una persona joven y/o sin patologías previas al coronavirus que aquellos mayores y con problemas de salud anteriores. Esto se debe a que su forma de concebir la muerte se da principalmente a través de la vejez. La muerte en personas jóvenes es considerada un infortunio, algo anormal, dado que esta irrumpe con el ideal de una vida

sana, activa y joven (Le Breton, 2017). Al mismo tiempo, se vieron influenciados por una incertidumbre general, dado que el fenómeno no repercutió solamente en la población ya mencionada. De la mano de esto, surgieron grandes cantidades de información al respecto, tanto de canales oficiales locales e internacionales como a nivel particular, convirtiéndolo en un tema cotidiano. Por lo tanto, este tipo de muerte en particular se instauró en el habla de forma tan intensa que irrumpió en el paradigma vigente, el cual fomentaba el silencio, la discreción, la censura. Esto implicó en algunos momentos la sensación de saturación. Apoyados en el paradigma científico-racional, apelaban a las determinaciones de la academia y del gobierno para actuar. Dichas entidades también reconocieron que se encontraban en una fase exploratoria de la enfermedad, dándose una suerte de prueba constante de la cual ellos fueron parte. Este panorama les hizo sentir un profundo temor y respeto ante algo que consideraban tan volátil, limitándose a extremar las medidas de cuidado que les eran recomendadas además de las ya incorporadas previamente en sus profesiones.

Adicionalmente, mientras procuraron resguardarse esencialmente a ellos mismos y a sus familias, buscaron contención psicológica mayormente en sus compañeros de trabajo. Dado esto, podemos asegurar que les resultó complejo afrontar la situación de forma meramente individual. Existió una necesidad de reunirse en comunidad para exteriorizar las sensaciones que emergían, aun cuando estaban en un momento en el que se desestimaba toda clase de reunión presencial debido al peligro que implicaba. Usualmente, respecto a las muertes que frecuentaban al menos en la escena laboral previa a la pandemia, no emanaba tal necesidad. Otra forma de contrarrestar dicha necesidad fue el uso de las redes sociales para equilibrar el contacto que debían suprimir. Si bien la experiencia no es la misma que interactuar de forma presencial, de esta forma no solo se mantuvieron, sino que también se reforzaron los lazos sociales. Al mismo tiempo, se experimentó una sobrecarga de trabajo dado el incremento de ingresos de pacientes y la ausencia de compañeros por cuestiones similares. Como resultado, tuvieron que enfrentarse constantemente a un fenómeno cuyos casos aumentaban tan velozmente que les dificultó adaptarse.

Una vez transcurrida cierta cantidad de tiempo, fueron asentándose las medidas de prevención y la cantidad de casos fueron estabilizándose, contribuyendo al surgimiento de una nueva representación. La misma, ya no se caracterizó por la incertidumbre y el desconocimiento. Hubo una adecuación en las rutinas laborales y por fuera de las mismas.

Emergió la sensación de que nuevamente el ser humano de la mano de la ciencia estaba retomando el control sobre la muerte. La sobreexposición al fenómeno que vivieron les hizo naturalizar inconscientemente el hecho en sí y la información que recibían de forma constante sobre el conteo de casos y fallecimientos. De manera paralela, la mayoría de los entrevistados no contó con familiares o allegados fallecidos por la enfermedad. Como resultado, su trato directo con este tipo de muerte se dio casi exclusivamente en el ámbito laboral. Estos insumos hicieron que relajaran sus medidas de prevención y que disminuyera el temor ante la latencia de un fallecimiento, asentándose la percepción de seguridad en términos de Giddens (1990).

La particularidad que podemos destacar de este fenómeno, es la radicalización de un proceso de muerte que ya se encontraba instaurado previamente en la sociedad. Una de las vías por las que optaron para manejar la incertidumbre, fue la delegación de la toma de decisiones a la ciencia y al gobierno. Esta cuestión no es novedosa en la sociedad uruguaya actual, dado que, como ya se observó anteriormente, es un proceso que viene atravesando desde finales del siglo XIX. No obstante, lo novedoso es el relegamiento excesivo que se manifestó, situando al resto de la sociedad en un rol más pasivo de lo habitual. Podemos observar esto por ejemplo a través de lo ocurrido con los velatorios. Primero, es necesario recordar que Barrán (1990) ya advirtió transformaciones en este tipo de rituales ante el surgimiento de la nueva sensibilidad. Algunas de ellas fueron la reducción del tiempo del velatorio, el cambio de una actitud festiva a una de silencio, tristeza y discreción o el impedimento de la concurrencia de grandes cantidades de personas y principalmente de los niños. Sin embargo, durante la pandemia el propio ritual de despedida del difunto fue suprimido en un principio limitando la cantidad de participantes y la duración del mismo, hasta que en algunos casos directamente se impidió su ejercicio.

*“Yo tengo a mi abuela que falleció por covid... Fue horrible, no la pudimos despedir. Ni siquiera pude por ejemplo viajar a Tacuarembó porque, ta, era covid y viste que los covid no se hacen velatorios ni nada. Cuando muere reconcés el cuerpo y va al cementerio.” (Entrevista 1).*

Al mismo tiempo, podemos observar un cambio de la presencia de la muerte en el habla. En comparación con lo que se estimaba respecto a evitar su nombramiento para su invisibilización, la llegada de la pandemia generó que inevitablemente se evidenciara en el relato cotidiano con mayor frecuencia de lo que se acostumbraba. Hablar sobre la

muerte, indudablemente, evoca emociones y sensaciones que pueden resultar complejas de controlar. Cualquier demostración de afecciones resulta indeseable en la sociedad, ya que irrumpe con el orden preestablecido de aparente felicidad colectiva. Por lo tanto, se generaron tensiones respecto a la conformación de las representaciones de muerte por coronavirus y las manifestaciones de duelo y dolor, dado que emergió la necesidad de actuar en contra de la norma preestablecida.

Por otra parte, como evidenciaron los entrevistados, la radicalización de la muerte atravesó los rituales en torno al enfermo, al moribundo y al fallecido. Ya se encontraba gestado el proceso de individuación de la muerte, el morir en solitario y sometido a la voluntad de los profesionales. Sin embargo, la aparición de las muertes por COVID llevó este modelo de muerte a un extremo nunca antes practicado en estos tiempos modernos. Como bien anticipó Walter (2012), en Occidente la profesionalización de la muerte se incrementa con el transcurso del tiempo. Aun así, este fenómeno en particular fue un acelerador de dicho incremento. De esta forma, el aislamiento intensificado producto de la peligrosidad que implicaba mantener contacto presencial, fue una herramienta clave para el impedimento de enfrentar la muerte de forma directa por parte de quienes rodeaban al difunto.

## 11. Conclusiones

En el siguiente apartado se presentan los principales hallazgos de esta investigación ya profundizados durante el análisis, además del planteamiento para futuras investigaciones y una reflexión para dar cierre a la monografía.

En términos generales, predominó una cierta homogeneidad en el discurso de los entrevistados, referente a una concepción racional de la muerte. Atravesados por su profesión, esta concepción trasciende el hábito laboral y es llevado prácticamente a todas las dimensiones de sus vidas. La homogeneidad en el discurso de los profesionales de la salud es algo que ya fue observado y anticipado por otras investigaciones como Rivero (2020).

La aparición del fenómeno de las muertes por coronavirus implicó un cambio interesante en la actitud social ante la muerte. Dicho fenómeno derivó en una intensificación de las prácticas que ya se estaban aplicando desde la época del surgimiento de la nueva sensibilidad. Podemos apreciar un fortalecimiento de las conductas amparadas en la visión científico racional, desembocando en un incremento de la pasividad de la sociedad a través de la confianza y el acatamiento depositados en los científicos y en el gobierno. Adicionalmente, la muerte aumentó notoriamente su presencia en el habla. Esto generó un cambio en su socialización dado que anteriormente su presencia era evitada, haciendo a su supresión colectiva. De igual forma, observamos una radicalización hacia la mínima expresión de los rituales y una maximización de la individualización circundantes a la muerte ya instaurados previamente en la sociedad. La separación de la colectividad con el moribundo y el difunto se vio intensificada esencialmente con el argumento de que resultaba peligroso para ambas partes mantener un contacto presencial. Un ejemplo claro de esto, fue cuando se redujo el tiempo de los velatorios y se limitó (aun más) la participación de la comunidad, hasta arribar a un estado en el que en algunos casos se impuso y en otros se exhortó el impedimento de su realización. Este modo de operar se corresponde como una radicalización de lo expresado en Barrán (1990) y Ariès respecto a los cambios que se presentaron en los velatorios desde finales del siglo XIX. Allí, se despojó paulatinamente a la sociedad de su rol activo, además de imponer una actitud de sufrimiento en lugar de la alegría y reducir el tiempo de realización del ritual.

En contraste con la pregunta de investigación planteada para esta monografía, podemos confirmar que la pandemia y este tipo de muerte generaron cambios significativos en la vida de los entrevistados. Dichos cambios se dieron tanto a nivel laboral, como familiar y personal, implicando un marcado desgaste físico y mental. Como se expuso en el análisis previo, encontramos reiteradas similitudes con uno de los estudios tratados en los antecedentes, respecto a esta temática. Principalmente, se destacó el desgaste psicológico debido al miedo e incertidumbre que se vieron forzados a afrontar desde el comienzo.

Se dieron cambios en los hábitos laborales y en los ajenos a este, mas no de forma lineal. Existió una necesidad de adaptación frecuente a la que no estaban acostumbrados, dada la continua actualización de la información sobre enfermedad y, por lo tanto, de los protocolos. Finalmente, cuando la situación logró estabilizarse, también lo hicieron las vidas de los entrevistados. El fenómeno resultó una experiencia única. Si bien ya solían frecuentar la muerte bajo distintas circunstancias, el contexto general y la masividad de estas fueron un nuevo desafío que trascendió el ambiente laboral.

Respecto al primer objetivo presentado en la investigación, se pudieron dilucidar algunas características de estas representaciones vinculadas al modelo racional de las sociedades actuales. Podemos observar el cumplimiento del “olvido de la muerte” desarrollado en Gil (2011), el cual se disgrega en los siguientes requisitos: la individualización, la profesionalización en conjunto con el desarrollo tecnológico y la desacralización. Particularmente, resultó notoria la creencia en la ciencia que posee específicamente el personal de salud. Desde luego, cuenta como un rasgo característico de la modernidad la confianza en los medios de comunicación y la ciencia, es decir, en lo racional. En consecuencia, los entrevistados se apoyaron en esta concepción para afrontar el fenómeno tanto dentro como por fuera de sus trabajos. Tanto la medicina como el gobierno (amparado en ella), pasaron a ser la esperanza para controlar la enfermedad y, por lo tanto, los fallecimientos. Como consecuencia, una vez más se hizo presente la profesionalización y el desarrollo tecnológico como forma de “alienar” (en términos de Ariès 2016), al resto de la sociedad en cuanto a la administración y toma de decisiones sobre la muerte. Al mismo tiempo, surgió una dualidad respecto al acatamiento de las medidas exhortadas y los deseos de la comunidad en general. Mientras los entrevistados debían impedir toda clase de contacto presencial que no fuera necesaria para adaptarse a los protocolos, por otro lado les generó inquietud el nivel de aislamiento que debieron

implementar tanto para el paciente como sus allegados. En resumen, vemos cómo imperó la individualización al distanciar (aún más) al moribundo de su entorno social y la desacralización en el sentido del impedimento de expresar las emociones que surgían.

A nivel personal y, específicamente familiar, tenían un objetivo claro: protegerlas. Por un lado, desempeñando sus roles como fuentes de ingreso económico a través de sus trabajos, a los cuales acudieron pese a los riesgos que implicaban. Por otro lado, se encontraba la situación anímica en el hogar. Procuraron mostrar serenidad y un cierto control de la situación, suprimiendo sensaciones que indudablemente afloraron en ellos como la incertidumbre, el miedo, el estrés, el agotamiento, entre otras. Cuando estas sensaciones les desbordaron, buscaron canalizarlas a través de otras vías como sus compañeros de trabajo. En palabras de Ariès (2016), los entrevistados pretendieron conservar la felicidad colectiva que impera como mandato social, aun cuando internamente atravesaban sensaciones totalmente contrarias. A su vez, resulta pertinente recordar que actualmente se busca suprimir el duelo a su mínima expresión y, una vez excedida determinada cantidad de tiempo, si el mismo persiste, se lo patologiza. Por lo tanto, la familia fue relegada a un rol de mayor pasividad, dado que los entrevistados sintieron la necesidad de protegerlos de forma unilateral, en lugar de gestionarlo como una red de apoyo mutuo.

Retomando el segundo objetivo de la investigación, respecto a la visión que poseen ante las medidas tomadas por el gobierno y las instituciones a cargo, a nivel general podemos encontrar una cierta satisfacción. La mayoría de los entrevistados expresó sentirse conforme con el actuar del gobierno, sin desmerecer que pudieron haber mejorado en ciertos aspectos o proceder de otra forma. La comparación a nivel internacional fundamentalmente con los países vecinos, fue un componente frecuente en los discursos cuando se les interrogó cómo evaluaban la gestión en Uruguay. Esto ocurrió principalmente teniendo en cuenta las distintas evoluciones que tuvieron dichos países en cuanto a los fallecimientos y también al tipo de medidas aplicadas. Fue especialmente alabada la campaña de vacunación, a pesar de haberse cuestionado su comienzo, considerado tardío. Al mismo tiempo, fue destacada positivamente la incorporación de un equipo de científicos de diversas ramas para asesorar al gobierno no solo del estado epidemiológico del país, sino que también respecto a las posibles medidas a tomar. Estos dos últimos puntos evidencian la relevancia que se le otorgó a la ciencia en la comunidad, al ser vista como el medio principal para afrontar la situación.

Sin embargo, la mayoría destacó que respecto al manejo de la entidad responsable del servicio de salud estatal existieron carencias tanto en insumos materiales como en el lado humano. Algunos reconocieron que hubiera sido positivo el implemento de una contención psicológica por parte de esta institución, especialmente al inicio cuando predominó la incertidumbre. También se presentaron reclamos sobre sus condiciones de trabajo e insumos disponibles desde antes del surgimiento de la pandemia. Con su llegada, estas carencias se profundizaron y se añadieron problemas vinculados a la ausencia de personal.

En cuanto al tercer objetivo planteado, podemos verificar que efectivamente hubo un cambio de perspectiva a medida que transcurrió la pandemia y evolucionaron tanto los contagios como los fallecimientos. En un principio, la postura que sostenían giraba en torno al miedo y la incertidumbre, siendo este último el factor más recurrente por excelencia. Perduró una sensación de saturación tanto en la escena laboral debido al constante cambio de protocolos y reformas dentro del lugar, además del ya mencionado incremento de casos, como también a nivel personal. Esto último desarrollándose desde la situación de sus familias, los cambios en la configuración del hogar y la restricción de movilidad que al principio fue muy acatada. Con el pasar de los meses, comenzó una adaptación paulatina ante la situación, la cual implicó un relajamiento de las medidas de prevención que tomaban y una transformación de la percepción del riesgo. La vacunación, la disminución de casos mortales y haber afrontado la enfermedad fueron factores que contribuyeron a dicha transformación, configurando un cambio de actitud ante la muerte al arribar a un estado de seguridad. Por lo tanto, aquel miedo inicial a algo desconocido que podía cambiar su organismo o incluso acabar en la muerte tanto de ellos como de su entorno, lentamente fue evolucionando a algo con lo que hoy en día conviven como una enfermedad más. Expresado a través del argumento de Giddens (1990), observamos el pasaje de un ambiente de riesgo a una reducción del mismo y del peligro (mas no su eliminación), debido al surgimiento de la fiabilidad como un tipo específico de confianza. Con el tiempo, la situación evolucionó hasta forjar una estabilidad entre fiabilidad y riesgo, denominada seguridad.

Respecto a la metodología empleada para la extracción de la información empírica, se destaca el uso de entrevistas semiestructuradas con el fin de que los entrevistados pudieran manifestarse con mayor libertad y confianza sobre un tema que resulta complejo de abarcar. Al mismo tiempo, el uso de fichas de entrevista fue igual de acertado para

contextualizar y ordenar con mayor precisión los datos generales de cada entrevistado. No obstante, como se observa en el trabajo realizado y en otras investigaciones, existieron dificultades para lograr que la población seleccionada se abriera a hablar de un fenómeno tan particular y estigmatizante como lo puede ser la muerte. Esto se debe en parte al formato de vida racional ya visto en autores como De Miguel (1995). La búsqueda de la eficiencia para producir suprime la manifestación de las emociones, invisibilizando y entorpeciendo el desarrollo del proceso de duelo y de muerte. Por lo tanto, nos encontramos con una sociedad que se reprime a sí misma controlándose tanto el tiempo, las emociones y lo que expresan frente a un fallecimiento. De esta forma, se desemboca en una radicalización del proceso, en el sentido de buscar su reducción más extrema. Estos elementos se condicen con la dificultad mencionada para acceder al tipo de representaciones que sostienen sobre las muertes por coronavirus, además de aportar los indicios de representaciones específicas basadas en esta racionalidad.

En cuanto a las futuras investigaciones que pudieran emerger gracias a este estudio, se destaca el ámbito de la salud mental durante y posterior a la pandemia, además de las condiciones laborales del personal de salud. Resultaría interesante abordar dichas temáticas a través de otras técnicas de investigación como pueden ser entrevistas en profundidad o grupos de discusión. Cabe destacar que también sería enriquecedor trabajar estos enfoques a través de otras disciplinas.

Por último, se constata el principal aporte de esta investigación, siendo otorgar visibilidad a las representaciones de muerte por coronavirus y su impacto social. Abordar la muerte, bajo cualquier contexto, resulta complejo debido a las características del entramado social. Sin embargo, esta investigación fue planteada bajo la noción de ser especialmente necesaria su aproximación, considerando que socialmente se evita su mención. Como ya fue expuesto a lo largo de la monografía, el hecho de que se procure invisibilizar la muerte y sus sensaciones emergentes, no evita que el fenómeno exista y continúe repercutiendo en la sociedad. La relevancia de estudiar la muerte en esta disciplina radica en que observar las diversas formas de afrontarla devela una faceta de la sociedad y de las relaciones que se tejen a su alrededor.

## Bibliografía

- Ardito, L. (2016). *Muerte, tratamientos post mortum y rituales mortuorios en el Uruguay*. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales.
- Ariès, P. (2016). *El hombre ante la muerte: desde la edad media hasta nuestros días*. Taurus. Buenos Aires.
- Barrán, J. (1990). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. El Disciplinamiento*. (1860 – 1920). Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrera, M. (2017). Las profesiones malditas. EN: *Interiscos: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*; 11 (2), 153-169. Recuperado de: <https://intersticios.es/article/view/17594>
- Bauman, Z. (1999). *La globalización. Consecuencias humanas*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U. (2002). *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo veintiuno editores.
- Beltrán, J. (2015). *El miedo a las epidemias. Una perspectiva desde la historia*. *Revista de pensamiento contemporáneo*. Recuperado de: <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/56416/19-29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- datosmacro.com. (23 de enero de 2022). *COVID-19- Vacunas administradas*. Recuperado de: <https://datosmacro.expansion.com/otros/coronavirus-vacuna>
- datosmacro.com. (23 de enero de 2022). *Uruguay - COVID-19 – Crisis del Coronavirus*. Recuperado de: <https://datosmacro.expansion.com/otros/coronavirus/uruguay>
- De Miguel, J. (1995). El último deseo: Para una sociología de la muerte en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. N° 71. Recuperado de: [http://ih-vm-cisreis.c.mad.interhost.com/REIS/PDF/REIS\\_071\\_072\\_07.pdf](http://ih-vm-cisreis.c.mad.interhost.com/REIS/PDF/REIS_071_072_07.pdf)
- Durkheim, É. Marcel, M. (1971). De ciertas formas primitivas de clasificación. Contribución al estudio de las representaciones colectivas, en Marcel Mauss, *Obras II. Institución y culto*, Barral, Barcelona.

Durkheim, É. (2000). Representaciones sociales individuales y representaciones colectivas. En *Sociología y filosofía*. Miño y Dávila. (pp. 27-58). Buenos Aires-Madrid.

Durkheim, É. (2000). Juicios de valor y juicios de realidad. En *Sociología y filosofía*. Miño y Dávila. (pp. 83-101). Buenos Aires-Madrid.

Durkheim, É. (2001). *Las reglas del método sociológico*. Fondo de Cultura Económica, México.

Elias, N. (2017). El proceso de la civilización. Investigaciones socio genéticas y psicogenéticas. FCE. Recuperado de: <https://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/esdcat2/wp-content/uploads/sites/21/2020/07/Norbert-Elias-El-Proceso-de-la-Civilizacion.-ESD.pdf>

El Observador. (25 de junio de 2021). *Uruguay salió de la zona roja de ocupación de CTI por covid*. [online] Recuperado de: <https://www.elobservador.com.uy/nota/uruguay-salio-de-la-zona-roja-de-ocupacion-de-cti-por-covid-2021625183437>

Garay, M. Tuzzo, R. Díaz, A. (2006) *Emergencias emocionales, abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención*. (Vol. 2). Montevideo: Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Disponible en: [https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/anexo\\_11\\_-\\_interdisciplinaridad.pdf](https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/anexo_11_-_interdisciplinaridad.pdf)

Gil, F. (2011). *La derrota social de la muerte*. Abada Editores. Madrid.

Glaser, B. Strauss, A. (1965). *Awareness of Dying*. Aldine Publishing Company.

Gorer, G. (1955). *The Pornography of Death*. Encounter. Londres.

Giddens, A. (1990). *Consecuencias de la modernidad*. Alianza Universidad.

Gül, K. (12 de enero de 2021). La COVID-19 reveló la insuficiencia del sistema de salud de los países europeos. En Agencia Andolu. Recuperado de: <https://www.aa.com.tr/es/mundo/la-covid-19-revel%C3%B3-la-insuficiencia-del-sistema-de-salud-de-los-pa%C3%ADses-europeos/2107312>

Hein, P. (2021). Comprensión y prevención de conducta suicida: grupo interdisciplinario e interinstitucional. Paternain, R. (coord.). (2021). *El Uruguay desde la Sociología XVIII*. Udelar. FCS-DS.

Ibáñez, J. (1979). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Teoría y crítica*. Madrid: Siglo XXI. ISBN 84-323-0351-8.

Indacochea, S. Torres. Vera, V. De La Cruz, J. (2021). El Miedo y la Ansiedad ante la muerte en los médicos de varios países latinoamericanos durante la pandemia del Covid-19. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 6(3), 49-58. Epub 01 de diciembre de 2021. Recuperado de: <https://doi.org/10.26445/06.03.5>

Le Breton, D. (2017). *El cuerpo herido. Identidades estalladas contemporáneas*. Topía. Buenos Aires.

Llanes, M. (2008). *La Muerte Escondida. Evolución de la mentalidad occidental en la forma de vivir la muerte: una mirada al Uruguay (1800-2000)*. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales.

Luhmann, N. (1988). Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives. En Gambetta, D. *Trust: Making and Breaking of Cooperative Relations*, Basil Blackwell. Oxford.

Marí-Klose, M. De Miguel, J. (2000). El canon de la muerte. En *Política y Sociedad*, 35. 115-143. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0000330115A>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (12 de octubre de 2020). *Información básica sobre la COVID-19*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

Pellegrino, A. (2003). *Caracterización demográfica del Uruguay*. Montevideo: Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Disponible en: [https://biblio.claeh.edu.uy/pmbClaeh/opac\\_css/index.php?lvl=notice\\_display&id=61](https://biblio.claeh.edu.uy/pmbClaeh/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=61)

Ribeiro, A. Ferreira, M. Bezerra, R. Augusto, M. (2021). Diarios de batalla: enfermeras a la vanguardia para hacer frente a covid-19. *Revista Uruguaya De Enfermería*, 16(2), e2021v16n2a1. <https://doi.org/10.33517/rue2021v16n2a1>

Rivero, M. (2020). *La muerte en Uruguay. Análisis sobre las concepciones en torno a la muerte a partir del discurso sobre eutanasia*. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales.

Salmantón, V. (2022). *Suicidio y Modernidad: barreras para el acompañamiento del duelo por suicidio a partir de las representaciones socioculturales de muerte*. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales.

Vera, H., (2002). Representaciones y clasificaciones colectivas. La teoría sociológica del conocimiento de Durkheim. *Sociológica*, 17(50), 103-121. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3050/305026563005.pdf>

Walter, T. (2012). Why different countries manage death differently: A comparative analysis of modern urban societies. *British Journal of Sociology*, 63(1), 123-145. <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2011.01396>.