



Percepción de las experiencias de las trabajadoras cuidadoras de trato directo de residencias protegidas del estado en contexto pandémico de las comunas de San Miguel y San Bernardo.

Seminario de investigación para optar al grado académico de Licenciatura en
Psicología.

Integrantes

Pedro Arroyo

Nelson Paredes

Mariela Saavedra

M. Kassandra Vega

Marisol Soto

Profesores Guía:

Irma Morales Reyes

Eduardo Salinas

Santiago, 16 de Enero de 2023

RESUMEN

Actualmente y a nivel mundial, la población se vio afectada por una crisis pandémica COVID-19, la cual, repercutió en las condiciones de vida general y cotidiana de las personas, si bien esta situación afectó a la población en general, el presente estudio visualiza la experiencia de las cuidadoras de trato directo que se desempeñan en Residencias Protegidas del Estado de Chile (dependencias del Ministerio de Salud) que prestan atención a personas con discapacidad psíquica.

Para ello se estima como objetivo general el conocer, interpretar y describir las percepciones de las experiencias que las trabajadoras de cuidado directo de Residencias Protegidas del Estado de las comunas de San Miguel y San Bernardo otorgan a su rol y las dificultades, si las hubo, que debieron enfrentar producto de la situación pandémica.

El diseño utilizado será de carácter cualitativo, el cual, está orientado a captar el origen, proceso y naturaleza de los significados dada por la interacción simbólica de las trabajadoras, ya que los estudios cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo está construido por significados y símbolos, lo que implica la búsqueda de esta construcción y de sus significados (Ruiz, 1996).

Esta investigación se contextualiza en las nuevas condiciones laborales producto de la pandemia que impactó fuertemente las vidas cotidianas, sobre todo de las personas que no pudieron posponer su desempeño laboral o hacerlo remoto, como las trabajadoras de residencias protegidas por el estado y que en función de sostener las nuevas exigencias laborales se generan consecuencias como desgaste emocional, sintomatología de burnout y/o estrés, sensación de desesperanza o incluso tendencias al aislamiento o la depresión.

Palabras claves: cuidadora de trato directo, percepciones, contexto pandémico, estrés, residencias protegidas, crisis sanitaria, género femenino, discapacidad psíquica.

INTRODUCCIÓN

En Chile, la pandemia gatillada el 2019 ha repercutido en todos los ámbitos, sobre todo el laboral lo que ha generado un incremento en la tasa de desempleo, debido a los protocolos indicados por el Estado chileno para la prevención del aumento de las tasas de contagio, evidenciándose en medidas sanitarias de cuarentena rigurosas y extensas que generaron el cierre de muchas fuentes de ingreso y la disminución de los recursos por parte de las familias.

Desde ahí, esta investigación pretende visualizar en particular a un grupo laboral que como otros funcionarios del área de la salud en este periodo ha mantenido el desarrollo de sus funciones, mujeres cuidadoras de trato directo. Sin embargo, debido a la pandemia sus trabajos sufrieron transformaciones, como reconstrucción de la estructura laboral y sobre cargas laborales, que a su vez generaron cambios en su vida personal.

Nuestra investigación pretende relevar las distintas significaciones desde las experiencias que las cuidadoras de trato directo de residencias protegidas del estado han tenido en este proceso, buscando entregar también, en lo posible, antecedentes importantes para consideraciones a futuro frente a nuevos desafíos sociales a causa de emergencias sanitarias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las trabajadoras de trato directo de las residencias protegidas del Estado, de la comuna de San Miguel y San Bernardo, tienen el rol específico de velar, cuidar y asistir a personas con discapacidad psíquica, que requieren de máxima atención, concentración y trabajo colaborativo con otras actividades esenciales como los centros hospitalarios, “Cesfam” y otros.

Las trabajadoras, se desempeñan en un contexto adverso, de alta demanda y carga laboral y que, lamentablemente, podría verse intensificado por el contexto pandémico y sus implicancias, generando un impacto en la salud mental. Es por tal situación, que la presente investigación pretende dar cuenta del posible incremento del desgaste laboral en contextos de desastres o pandemias como un elemento o problemática que debe ser considerado cuidadosamente.

Es preciso decir que, debido a la pandemia, era necesario seguir las recomendaciones de salud pública, entre ellas, la del confinamiento en el hogar, opción que para la población que investigamos, no era posible ya que su cargo fue considerado como actividad esencial. Por lo anterior, era altamente probable que las trabajadoras pudieran presentar, a largo o corto plazo, sintomatologías asociada al Estrés Laboral o Síndrome de Burnout, también conocido como Síndrome de Aniquilamiento, Síndrome de estar quemado, Síndrome de desmoralización o Síndrome de agotamiento emocional o profesional, considerado por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad laboral que provoca detrimento en la salud física y mental de los individuos.

Para esta investigación, el objetivo es describir las percepciones de la experiencia del contexto pandémico, revisando la labor que desempeñan en circunstancias de emergencia sanitaria y conocer cómo repercute en su quehacer laboral

considerando las dimensiones biopsicosociales, en relación a que son ellas, las que mantienen contacto directo con los usuarios que dependen de sus cuidados.

Una distinción importante, es tener claro que existe en el desempeño de la labor de cuidador un estrés que podríamos llamar leve o simple, caracterizándose, porque aun cuando afecta en el cotidiano la persona puede seguir siendo funcional en el día a día. Es posible que un estrés de este tipo pueda ser recuperativo a través de descanso o medidas protectoras, en cambio, cuando hablamos de un estrés crónico o Síndrome de Burnout, nos referimos a una enfermedad laboral que puede impactar fuertemente la salud de las trabajadoras de trato directo, siendo necesarios cambios radicales en la manera de enfrentar las tensiones que surgen de la existencia de sobrecarga de trabajo, las presiones, el ambiente laboral competitivo, falta de organización del trabajo, la vivencia prolongada a contextos institucionales poco claros y complejos o de inseguridad laboral.

A partir de lo señalado anteriormente, es importante considerar y describir una mirada holística desde el modelo biopsicosocial, y como la persona se ve afectada por su contexto. Este hecho, es de vital importancia para la psicología, ya que, el alcance del entorno más próximo a la persona, familiar y comunitario representa un elemento importante para un correcto diagnóstico e intervención. Unos de los papeles fundamentales del rol de la Psicología en situaciones de desastre, es orientar desde su conocimiento para la identificación de problemáticas o situación de riesgos y dirigir su intervención hacia el bienestar humano.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la percepción de las experiencias de las trabajadoras cuidadoras de trato directo de residencias protegidas del Estado de las comunas de San Miguel y San Bernardo del contexto pandémico?

Objetivos

Objetivo General

- Describir las percepciones de las experiencias que las trabajadoras de cuidado directo de Residencias Protegidas del Estado, de las comunas de San Miguel y San Bernardo, otorgan a su rol y las dificultades a las que se enfrentaron producto de la situación pandémica.

Objetivos Específicos

- Describir el rol de las cuidadoras de trato directo pre y post crisis pandémica por la Covid-19, desde su propia perspectiva.
- Caracterizar los riesgos del trabajo de las cuidadoras de trato directo producto de la actual crisis pandémica, en términos biológicos, sociales y psicológicos, desde su perspectiva
- Identificar las estrategias de autocuidado desplegadas por las cuidadoras de trato directo de Residencia Protegidas de las Comunas de San Miguel y de San Bernardo.

Relevancia

Desde el origen de la pandemia se ha desarrollado un debate en como regular los aspectos del área laboral a nivel mundial, aspectos que tienen que ver con la flexibilidad, seguros en caso de pérdida de empleos, digitalización o mejores sueldos entre otros. También se ha destacado la importancia de avanzar por ejemplo en la universalidad de derechos sociales y laborales independiente del formato específico en que se realiza el trabajo. (Comisión sobre el futuro del trabajo, 2019). Por lo mismo se estima que la relevancia social de esta investigación recae en generar impacto y activar nuevas estrategias de prevención para las y los trabajadores de trato directo, además con ello favorecer las acciones para resguardar la salud mental y crear conciencia en la población general, sobre las acciones a considerar frente a situaciones de alta demanda emocional.

La pandemia por covid-19 ha evidenciado que falta en avanzar en varios aspectos del ámbito laboral de las personas, sobre todo en el impacto de la salud mental de los trabajadores, por esto es relevante que las políticas públicas consideraran establecer mejores mecanismos de nivel promocional, preventivo o reparativo, como por ejemplo implementar adecuadamente alternativas de descompresión emocional.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

En virtud del desarrollo de la presente investigación se establecerán los lineamientos teóricos y conceptuales que dan el sustento al estudio y su vinculación en cuanto a la problemática.

Teoría ecosistemas

Modelo Ecológico de Bronfenbrenner.

Urie Bronfenbrenner (1976) propone una perspectiva ecológica, este postulado básico sostiene que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana, con lo cual, la observación en ambientes de laboratorio o situaciones clínicas nos ofrecen poco de la realidad humana. Afirmar que el funcionamiento psicológico de las personas está, en gran medida, en función de la interacción de ésta con el ambiente o entorno que le rodea. El autor considera el desarrollo humano como una progresiva acomodación entre un ser humano activo y sus entornos inmediatos (también cambiantes). Pero este proceso, además, se ve influenciado por las relaciones que se establecen entre estos entornos y por contextos de mayor alcance en los que están incluidos esos entornos (Bronfenbrenner, 1979).

De estas premisas surge lo que Bronfenbrenner (1976, 1977a, 1977b, 1979, 1992) denomina el “ambiente ecológico” entendido como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro.

Desde esta óptica el contexto en el que vive y se desarrolla la persona incluye factores situados a diversos niveles, más o menos cercanos y que ejercen influencias directas y/o indirectas. Así podemos hablar de microsistemas siendo el nivel más cercano, mesosistema que comprendería la interacción de dos o más entornos, el exosistema que se refiere a uno o más entornos que no incluyen a *la persona en desarrollo como participante activo y el macrosistema que sería un plano más distante pero igualmente importante*

La propuesta que hace el enfoque ecológico, es el estudio de todos los niveles de interacción, “Enfoque Ecológico” internos y externos de la situación problema, originados dentro de un sistema humano.

Modelo Biopsicosocial

A finales de los años 70 y comienzos de los 80, Engel G (1977, p. 129-136) realizó una crítica al modelo biomédico, proponiendo uno más holístico, integral, que integrase los ámbitos bio-psico-social. Engel G. era consciente de que el modelo predominante de su época era el biomédico, el cual desglosó la enfermedad a parámetros somáticos. Pero esto es un error, sostiene el autor, pues no es posible definir la enfermedad en términos estrictamente somáticos, físicos, sin reparar en las cuestiones psico-sociales que se desprenden de la propia actividad médica. Frente al postulado de Engel, surgió un movimiento anti psiquiátrico donde sostiene que la enfermedad es un mito y que el problema viene dado por una mala conceptualización social y no médica.

Se trata de un enfoque que consiste en la observación a través del sentido común, gracias al cual apreciamos que la naturaleza está ordenada de manera continua y de forma jerárquica yendo de unidades grandes hasta las más pequeñas. Existen dos tipos de jerarquías: el individuo aislado (persona), que es el más alto nivel de la jerarquía orgánica, aunque también es el más bajo de la jerarquía social. Cada nivel es el reflejo de distintas propiedades y características: células, órganos, persona, familia... Estas indican distintos niveles de complejidad y de relaciones. Cada nivel requiere de un particular criterio de estudio. Cada uno de ellos está influenciado por la configuración del sistema del cual es parte. La continuidad en los

distintos niveles viene a significar que cada sistema es al mismo tiempo un componente de otro sistema superior.

Desde esta perspectiva el modelo bio-psico-social afirma que el tratamiento y la etiología tienen aspectos bio-psico-sociales, pero no dice qué peso tienen cada uno de ellos ni de qué modo interactúan. Nassir G (2011) sostiene un pluralismo cuyo punto de vista básico es que *«son necesarios múltiples métodos independientes para la comprensión y el tratamiento de la enfermedad mental; ningún método único es suficiente. Aunque todos los métodos son parciales o limitados, deberían ser aplicados por separado y en forma pura»*.

Por otro lado, Adler (2007) sostiene que los profesionales han de mantener un estilo emocional basado en una actitud comprensiva, compasiva y empática. La empatía puede ser entendida como una respuesta neurobiológica sobre qué conocemos y cómo lo hacemos o como un proceso que nos permite adentrarnos en el mundo de los valores personales del paciente, entendiendo y comprendiendo qué sufrimiento padece. Y esta empatía, necesariamente, implica reconocer las emociones del paciente, comprenderlas en el contexto de su biografía y respetarlas. Se trata de entender su proyecto de vida y de los motivos por los que escoge o rechaza líneas terapéuticas, así como el porqué de su sufrimiento. Todo ello implica que los profesionales han de ser educados en las emociones. Esto lleva un compromiso con la profesión, pues se busca mantener una alianza terapéutica con el paciente para respetar su autonomía y velar por su mayor beneficio (Borrell, 2002, p. 175-179).

Percepción & Experiencias

Es significativo poder vislumbrar el concepto de percepción según la Teoría de Gestalt, la premisa central de esta es que “el todo es más que la suma de sus partes” Según Gestalt, la percepción es la impresión que obtenemos del mundo exterior, adquirida exclusivamente por medio de los sentidos. Es una interpretación significativa de las sensaciones.

También es importante revisar el concepto desde la experiencia sensorial como fuente del conocimiento John Locke es considerado el fundador del empirismo inglés, una de las principales figuras del empirismo, movimiento filosófico que defiende que el conocimiento humano parte de la experiencia. El empirismo sería el germen de la revolución científica, “ningún conocimiento humano puede ir más allá de su experiencia”. Locke distingue dos formas de experiencias: una externa y la otra interna, “por experiencia externa entiende la acción de los objetos materiales sobre los sentidos”. A esa experiencia la llama también la *sensación* (ver), en eso reside el materialismo de Locke. Por experiencia interna entiende la “actividad propia del alma”, que llama reflexión. En esto se halla un elemento de idealismo. Según Locke, la sensación, o experiencia externa, y la reflexión o experiencia interna, constituyen dos fuentes independientes de conocimiento. Por lo anterior, es la percepción la impresión visual que tenemos del mundo a través de los sentidos que se logra a partir de la experiencia para determinar las imágenes mentales del medio y para su conocimiento, siendo un proceso de interpretación de las sensaciones que cada uno le otorga desde su cultura e historia de vida personal.

Hogares y Residencias Protegidas

El espacio laboral en donde se desempeñan las cuidadoras de trato directo son 2 Residencias Protegidas del Estado.

El objetivo de las Residencias protegidas según el Ministerio de Desarrollo Social y Familia es “cubrir las necesidades básicas de vivienda, alimentación y cuidados ajustados a las necesidades de los residentes”.

- Población: personas con enfermedad mental y/o discapacidad psíquica, en situación de dependencia severa.
- Modalidad de producción: Vivienda con capacidad para 12 personas sin límites de egreso (no existe fecha de egreso).

Descripción de la prestación de servicios

El funcionamiento de la Residencia Protegida está regido según las orientaciones establecidas en el documento Norma General Técnica N°87 sobre Residencias Protegidas.

El ingreso de nuevos residentes o el eventual egreso, está determinado por un equipo técnico-profesional conformado por representantes del equipo de Salud Mental del Departamento Técnico de Salud del Servicio, profesionales representantes de los equipos de salud de especialidad a cargo de la atención de los residentes y representantes de la entidad administradora de la Residencia Protegida, de acuerdo con procedimientos establecidos para estos fines (Comité de Hogares y Residencias Protegidas).

Protocolo frente al contexto pandémico.

Debido a la pandemia se crean protocolos y recomendaciones para prevenir factores de riesgo del contagio y/o autocuidado dentro de Residencias Protegidas para residentes y equipos de trabajo.

Se da a conocer algunas de las directrices y protocolos a seguir para prevenir contagios de Residencias Protegidas, e informaciones en caso de contagios y modos de utilizar los implementos de prevención el que se encuentra detallado en el documento “anexos”.

Cuidadoras de trato directo

Funcionalidad de las cuidadoras de trato directo

La Ley 20.422 define como Cuidador en el Artículo 6º.-Para los efectos de esta ley, se entiende por:

- Cuidador: Toda persona que proporciona asistencia permanente, gratuita o remunerada, para la realización de actividades de la vida diaria, en el entorno del hogar, a personas con discapacidad, estén o no unidas por vínculos de parentesco.
- El trabajo de cuidado está marcado por la relación de servicio, de atención y preocupación por los otros. El trabajo se realiza cara a cara entre dos personas y genera lazos de proximidad, en una situación de dependencia, pues una es tributaria de la otra para su bienestar y mantenimiento. De todas formas, lo que unifica la noción de cuidado es que se trata, hasta hoy, de una tarea esencialmente realizada por mujeres, ya sea que se mantenga dentro de la familia o que se exteriorice por la forma de prestación de servicios personales (Batthyány,2015).

Díaz Jiménez (2013) al caracterizar el perfil de “cuidadoras formales” del sistema de atención a la dependencia en España (SAAD) resalta que los servicios a personas dependientes vinculados a la hostelería en establecimientos residenciales y centros de día cuentan con trabajadores con bajos niveles de profesionalización y salariales, cuyas labores se concentran principalmente en la atención directa de las personas. Estos empleos son inestables y asociados a sobrecarga laboral por personal insuficiente y con dificultades para la formación permanente.

Discapacidad psíquica

El Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS), refiere que el concepto de “Discapacidad” como un término genérico y relacional que incluye condiciones de salud, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de una persona, lo cual se traduce como el resultado negativo de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales, incorporando de esta forma las variables propias de los contextos, culturales, económicos, espirituales, etc., en los cuales se desenvuelve la persona y su familia.

La Ley chilena no define discapacidad, sino que a la persona con discapacidad es aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Sobre carga laboral de las cuidadoras de trato directo

Respecto a sus funcionalidades, las cuidadoras de trato directo ya presentaban una sobrecarga laboral importante por tratarse de una labor en que existe otro altamente dependiente. George y Gwyther se refiere a la carga como “la dificultad persistente de cuidar y los problemas físicos, psicológicos y emocionales que pueden estar experimentando o ser experimentados por miembros de la familia que cuidan a un familiar con incapacidad o algún tipo de deterioro”.

Similarmente, otros autores han descrito la carga como el impacto que el cuidado tiene sobre la salud mental, la salud física, otras relaciones familiares, el trabajo y los problemas financieros del cuidador (Pearlin et al., 1990; Gaugler, Kane y Langlois, 2000).

En este sentido, la carga del cuidador engloba múltiples dimensiones por lo que, como ha señalado Zarit (2002), este término no puede ser resumido en un único concepto, sino que tiene que ser entendido dentro de un proceso multidimensional.

Respecto a la sobre carga laboral de las cuidadoras de trato directo, el Ministerio de Salud crea una guía dirigida a cuidadoras para su auto-cuidado para “prevenir la sobrecarga laboral” denominada **“Guía para el personal que trabaja con personas: recomendaciones para el autocuidado de cuidadores y cuidadoras”**, en el cual se puede vivenciar el cambio abrupto que se debió adaptar laboralmente en las cuidadoras.

Según el Minsal (Ministerio de salud de Chile), se recomienda, entre otras actividades de autocuidado, que las personas a cargo de los cuidados formales en las residencias, tengan turnos de vigilia de 12 horas que aseguren el cuidado continuo de las personas durante las 24 horas del día. Se deberán contemplar 2 periodos de descanso de 30 minutos cada uno por cada turno de 12 horas.

Síndrome de Burnout

El síndrome de agotamiento laboral, cuyo término en inglés es Burnout, (traducido al español significa: estar o sentirse quemado), fue definido por primera vez por el Psicólogo clínico Herbert J. Freudenberger en 1974, como un conjunto de síntomas inespecíficos médico-biológicos y psicosociales, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía, refiriéndose a los profesionales de "ayuda" cuya actividad va dirigida hacia otras personas (Gilbertis, 2001).

Definiciones del Síndrome de Burnout

Existen diferentes definiciones sobre el Síndrome de Burnout, las que si bien, muestran cierto acuerdo respecto del concepto, algunas lo igualan al estrés y otras lo comparan con la depresión, o descripciones de variables relacionadas con la salud física y el bienestar.

Pines y Aronson (1981) definen el Burnout como un estado de decaimiento físico, emocional y mental; que se caracteriza por un cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional, y por el desarrollo de actitudes negativas hacia la actividad laboral, y hacia las personas. Consideran que el cansancio físico es un factor predisponente para el desarrollo de enfermedades infecciosas, accidentes, trastornos del sueño, sentimientos de depresión y pensamientos suicidas. Y en las últimas etapas el cansancio psíquico se manifiesta porque el sujeto desarrolla actitudes negativas sobre su persona, su actividad laboral, acompañado de baja autoestima y sentimientos de ineficacia e incompetencia (Pines y Aronson, 2001).

Atance (1997) afirma que el burnout hace referencia a un tipo de patología laboral e institucional, que mantienen una relación constante y directa con otras personas, principalmente cuando esta relación es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores), su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales antes situaciones de crisis permanentes.

Las fases que componen el desarrollo del Síndrome de Burnout son: fase inicial o de entusiasmo; de estancamiento; frustración; hiperactividad y apatía y fase del quemado.

Estrés y Burnout

Son dos conceptos que habitualmente se suelen confundir. El estrés es definido por la OMS como *“el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción”* (Slipak, 1991). Considerado desde este punto de vista, el estrés sería una alarma, un estímulo que conduce a la acción, una respuesta necesaria para la supervivencia, respuesta que puede ser coherente con las demandas del entorno, o bien, insuficientes o exageradas.

Distingue el Estrés Laboral y el Burnout en función de la temporalidad. Cuando hablamos de estrés nos estamos refiriendo a la respuesta del cuerpo que provoca una determinada situación inesperada; poniendo en sensación de alerta a las personas para que mediante la activación puede resolver de manera inminente el hecho estresante (Slipack, 1991).

Por el contrario, cuando hablamos de Burnout, hablamos de un mantenimiento de estrés durante un tiempo prolongado, que provoca diversos efectos negativos en las personas que la padecen.

El Desgaste Mental en el Trabajo

El trabajo organiza y modela toda la vida del trabajador, su bienestar laboral psicológico y su salud mental son consecuencias personales de su trabajo. El trabajo por tanto es el común denominador y condicionante de toda vida en sociedad. Si bien el trabajo puede ser fuente de placer, también puede ser fuente de sufrimiento (Dejours, 2003, p. 121- 131).

Por lo tanto, el sufrimiento, así como la satisfacción, son algo inherente al trabajo. El sufrimiento se experimenta debido a varios factores: las exigencias propias de la tarea, la carga física, psíquica y mental del trabajo derivadas de la configuración del mismo, de la distancia existente entre el trabajo tal como es prescrito al trabajador y la actividad o trabajo real. Cuando tienen miedo a fracasar o hacer mal el trabajo, a causa de su complejidad, cuando se ven obligados a violar con frecuencia normas prescritas, a tener que desobedecer las órdenes, y a fingir que las cumplen.

Los trabajadores actúan de manera diferenciada y específica, para resistir, adaptarse y desarrollar mecanismos de defensa, individuales y colectivos. Estas estrategias forman parte de un proceso que se construye por parte del colectivo de trabajo y se desarrollan, modificándose con el transcurso del tiempo.

El trabajo no es más que el resultado de un gran esfuerzo y una verdadera conquista, que al mismo tiempo provoca desgaste y sufrimiento. Entre la salud psíquica y mental y la patología se sitúan la normalidad y el sufrimiento, *“la normalidad no está exenta de sufrimientos”* (Dessors y Moliner, 1998).

Silvia Bermann (1995) sostiene que cuando las demandas laborales son excesivas, aparecen en el trabajador distintas expresiones de malestar que van desde manifestaciones subclínicas, que pueden pasar inadvertidas (irritabilidad,

tensión, preocupaciones) hasta cuadros patológicos más graves como psicosis o neurosis.

Teoría de género

Para Marta Lamas (2002), el concepto de género es un conjunto de prácticas, creencias, representaciones y percepciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano, en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres. Ante esta diferenciación anatómica, la sociedad asigna determinadas funciones sociales o roles a cada género, por lo tanto, el género es una construcción histórico-social que involucra variables biológicas, psicosociales, económicas y políticas. Por su parte, para entender el concepto de “feminización” del cuidado, es necesario considerar a Vaquiro y Stepovich (2010), quienes establecen que el término género evidencia los comportamientos culturales, sociales y asignación de roles que distinguen como se construye y entiende el “ser hombre y el “ser mujer” en una sociedad, pero no como distintos sino como desiguales.

Si hablamos de género inevitablemente llegamos a los roles de género, según el análisis de Gimeno, Rodríguez y Ferrer (2019) la sociedad, mediante creencias, valores y normas asociadas a las identidades femenina y masculina transmiten una división de roles y espacios excluyente en función del sexo del individuo. Este modelo de género es asimétrico y desde lo tradicional de los preconceptos sociales se les da más valor a los roles masculinos, como el de proveedor, que los roles femeninos como lo son el cuidado y educación de los hijos.

Según los estudios investigativos sobre el rol de cuidador asociado al género femenino esto es claramente reflejado en algunos de los que hemos revisado, donde

el 84% de los cuidadores entrevistados eran mujeres (Ruiz y Nicolas, 2018) y desde la percepción de los profesionales sobre quienes realizan labores de cuidadores informales que coincidían en que quienes se desempeñaban como cuidadores eran en su mayoría mujeres (del Mar García-Calvente et al, 2010).

Los profesionales concuerdan en que la causa de que las mujeres sean quienes se encargan del rol de cuidar en una amplia mayoría es la educación sexista que hace perdurar estos estereotipos ligados al género, dejando constancia de que si bien existen hombres que se desempeñan en rol de cuidador, estos lo hacen bajo circunstancia mucho más específico y circunstancial, en cambio pareciera que para las mujeres es algo impuesto por “naturaleza (del Mar García-Calvente et al, 2010).

Según estos estudios sobre mujeres en el rol de cuidador se ha detectado que las mujeres tienen la percepción de que esta labor es un deber moral que recae en ellas de forma natural y que, más que una obligación, asumen con resignación sin buscar otras posibilidades en las que puedan desentenderse de cumplir con ese rol, aun cuando esto puede dificultar su desarrollo profesional y su propio autocuidado. (del Mar García-Calvente et al, 2010), (Ruiz y Nicolas, 2018)

En conclusión, hablamos de feminización del cuidado cuando cultural y socialmente hemos aceptado y asignado un rol no productivo (o reproductivo) a un género en particular, en este caso, a las mujeres, quienes, producto de procesos también culturales y sociales, asumen ese tipo de roles como un deber natural o propio de su género, en razón de su sexo biológico.

I. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque y paradigma

Enfoque

El enfoque cualitativo se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados (Punch, 2014; Lichtman, 2013; Morse, 2012; Encyclopedia of Educational Psychology, 2008; Lahman y Geist, 2008; Carey, 2007, y DeLyser, 2006).

La metodología utilizada será fenomenológica pues esta busca explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias, por lo que se ajusta a nuestro estudio de investigación, en donde conoceremos y analizaremos la naturaleza del fenómeno social desde la mirada de las trabajadoras de cuidado de trato directo.

Paradigma

El paradigma es de tipo Fenomenológico debido a que el diseño fenomenológico se funda en algunas premisas, como menciona Fernández y otros (2010) en primer lugar, los autores destacan que se describen y entienden los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente, además este debe basarse en el análisis de los discursos y temas, así como también en la búsqueda de sus posibles significados, el investigador debe confiar en la intuición, imaginación y en las estructuras universales. “El investigador contextualiza las experiencias en términos de su temporalidad (momento en que sucedieron), espacio (lugar en el cual ocurrieron), corporalidad (las personas que las vivieron) y el contexto relacional (los lazos que se generaron durante las experiencias)” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.494).

Por otra parte, el tipo de estudio que se llevó a cabo en la investigación es de carácter exploratorio, estos “se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o

problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.91)

Diseño de la investigación

- **Técnica**

Entrevista en profundidad, semi-estructurada.

- **Participantes**

Cuidadora de trato directo, trabajadoras de residencia protegida por el Estado, de la comuna de San Miguel y San Bernardo.

Estrategia de selección muestral

Para llevar a cabo nuestra investigación haremos un muestreo no probabilístico intencional de carácter homogéneo.

- **Muestra:** 7 Trabajadoras de trato directo de residencias protegidas del estado que atienden pacientes con discapacidad psíquica de las comunas de San Miguel y San Bernardo de Santiago.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

Mujeres de 25 a 65 años con estudios de nivel técnico profesional o superior que se hayan desempeñado laboralmente como cuidadoras de trato directo de pacientes con discapacidad psíquica en las residencias protegidas de las comunas de San Miguel y San Bernardo durante la crisis pandémica del Covid-19.

Criterios de exclusión

Tener al menos 2 años de experiencia como cuidadoras previas a las crisis pandémicas por Covid-19, esto debido a que para recabar su experiencia sobre los cambios que pudo causar la crisis en su desempeño laboral, deben haber tenido experiencia previa sin este factor pandémico.

Instrumento

Descripción y justificación.

Para la recolección se utilizó la metodología cualitativa mediante la técnica de entrevista en profundidad en terreno, ya que esta permite conocer la percepción de las cuidadoras, esta estrategia facilita que la entrevistada se sienta cómoda y libre de expresar sus creencias, actitudes, sentimientos y motivaciones.

Plan de análisis

El presente estudio investigativo utiliza la técnica de análisis de contenido, usada comúnmente para analizar diferentes aspectos de las ciencias sociales, como la comunicación humana, pues permite estudiar “los mensajes”, partiendo del principio que examinando textos es posible conocer el significado e información respecto de su modo de producción.

Así entonces el proceso de análisis incluyó:

- 1- Generación del instrumento de entrevista.
- 2- Aplicación.
- 3- Transcripción de entrevista.
- 4- Análisis de contenido.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS EJES TEMÁTICOS

Se describe el análisis de manera ordenada según los objetivos establecidos.

RESULTADOS.

Eje Temático I. Perspectiva Psicológica

- **Categoría: Cognición**

Desde el discurso de las entrevistadas, se puede apreciar que las trabajadoras percibieron desorganización en sus labores, pensamientos de catástrofe y de vulnerabilidad, lo que les permitió, visualizar inseguridades y cuestionamientos en relación con sus desempeños y roles dentro de la institución, con actitudes de poca adaptabilidad y reestructuración en el área laboral, visualizando una disminución de libertades de tránsito, lo que las llevó a tomar decisiones en torno a la modificación, extrema en algunos casos, en relación a sus horarios y jornadas laborales. Se aprecian pensamientos de riesgos latentes en torno al Covid y sus consecuencias.

Entrevistada 3

“mis turnos actuales se implementaron en pandemia, antes siempre fueron 3 por 3, 3 días aquí adentro y 3 días en la casa, antes de eso eran turnos de 24 horas día por medio y en pandemia se instauró el 7x7, y esa fue una decisión de las monitoras.”

Entrevistada 4

“Antes de la pandemia era muy diferente porque trabajaba acá libremente, uno salía, no tenía problemas, mis turnos eran de 8 de la mañana a las 6 de la tarde de lunes a viernes, sábado era de 9 a 2 de la tarde. Cuando empezó pandemia, no me fui más, me quedé acá.”
(desde el año 2019)

Se puede deducir que, las trabajadoras de trato directo, sintieron la necesidad de obtener ayuda desde la organización institucional en dos esferas: emocional y organizacional; sin embargo, ellas mismas fueron capaces de proponer sus propias estrategias, implementarlas y mantenerlas.

- **Categoría: Emociones**

De acuerdo a los discursos de las trabajadoras de trato directo, se puede deducir que existen diversos factores que desencadenan alteraciones en las emociones o exceso de emociones negativas debido a que de manera evidente vivencian el aumento de tareas a desarrollar, como mayores tiempos de atención y cuidados de las personas internas. Las trabajadoras deben cumplir con las funciones laborales establecidas, sin posibilidad de optar a estrategias como el teletrabajo, mezcla de labores de los distintos ambientes, todo esto dentro en un mismo espacio, repercutiendo en la vida social por un lado y generando desencuentros y conflictos entre compañeras de labores, expresando emociones en torno a la irritabilidad y frustración, desencadenando movimientos en las funciones, renunciando al trabajo y disminución de personal produciendo mayor carga de trabajo y sensación de riesgo continuo.

Respecto a las emociones percibidas de las trabajadoras , estas fueron en su mayoría como las descritas anteriormente, pero con respecto a la percepción de riesgo, los resultados mostraron dos posturas distintas, una que respondía de manera angustiante dada la incertidumbre del contexto pandémico, por ende complejo; y otra parte, que no percibe mayor riesgos si sigue las indicaciones de la autoridades públicas y de salud, más bien, sus dificultades pasan por la intensificación del estrés dada por el contexto.

Entrevistada 2

“Tiene un carácter muy fuerte, un poco confrontacional, le gustaba tener la razón, entonces paso que tuvimos un encontrón y me trató súper mal y yo me iba a ir, no quería estar enfrentada a constantes conflictos, no podemos remar unas para un lado y otras para otro, desgraciadamente, lo mental pucha que es fuerte; baja el sistema inmune y uno queda mal, esta persona terminó renunciando y yo me iba a ir, porque no podía estar luchando con el bicho afuera y luchando con ella para que

usara los EPP. Ella no era una persona que se cuidara y nos cuidara al resto, contestaba de mala forma y tenía una voz de mano que no le correspondía, tenía malas formas. Yo me sentía segura de lo que sabía y que venga otra persona a tratarme mal por decirle que se cuidara era demasiado. Mis compañeras me detuvieron junto con mi jefa. Yo quedé solita trabajando y empecé a trabajar con la jefa, y ahí, ni un problema.”

Entrevistada 3

“A mí! A mí! Me daba como rabia y pena a la vez, nada más que eso, rabia y pena, porque no se quieren a sí mismo y cuando uno se quiere trata de buscar alguna solución”.

- **Categoría: Conducta**

Se visualiza aumento en la proactividad en el trabajo, existe un sentir de confianza y apoyo de parte de las jefaturas, cooperación entre los pares produciendo, una vez asentados los acuerdos y protocolos, disminución de los niveles de tensión entre las trabajadoras. Con ello logran mayor capacidad de adaptación al cambio, es decir, mediante estrategias personales disminuye los factores estresores que influyen en el desarrollo o aumento del Estrés y/o carga laboral.

Entrevistada 2

“No, yo tomé un tiempo, un mes que me dio Jennifer la jefa, que me tomara un mes, sin sueldo y yo me lo tomé para... Como dice desestresarme de lo que había pasado”

Entrevistada 3

“Lo que pasa, es que yo tengo una base que es más científica, yo soy técnica en enfermería, mi base era cuidarse, higiene, mascarilla, lavarse, y muchas otras cosas más. Entonces por ahí, yo sentía más seguridad, no me fue difícil. Todos los PCR’s que me hice salieron negativos.”

Entrevistada 3

“Bueno, yo comencé como cuidadora, actualmente estoy como manipuladora de alimentos, el trabajo resulta estresante, pero hay que tener solo la vocación para seguir adelante con ellos. En realidad yo hago todas las funciones”

Entrevistada 1

“Diego., el que anda acá, se contagió, Alejandro, Rodrigo, entonces tener a 4 Covid en el hogar y sentir la presión que hay que hacer esto y lo otro, yo un día me moleste de verdad, me harte, porque yo estaba estresada en la mañana, tomando los signo vitales, haciendo ducha y solo un residente me apoyo porque estaba sola y me llama y me dice, mañana necesito las cuenta rut, y yo venía bajando toda sudada, porque era febrero, con guantes con toda la cosa...y mañana quiero las cuentas rut, entonces yo también colapse..”

Eje Temático 2: Perspectiva Social

- **Categoría: Rutina**

Durante la pandemia, podemos observar que se vieron modificadas las rutinas sociales primero por el uso de mascarilla en todo momento y en particular a las trabajadoras de trato directo también se implementaron medidas preventivas exigentes como el cambio de ropa y la sanitización al momento de entrar al espacio laboral, el uso de indumentaria especial durante toda la jornada y el frecuente lavado de manos. El traslado de la casa al trabajo se considera como un espacio de riesgo al verse expuesta al contacto con otras personas lo que generó mayor incertidumbre ya que ellas mismas se consideraban un posible agente de riesgo de contagio para los residentes, lo que claramente afectó sus emociones, ya que las demandaba de mayor rigurosidad en sus acciones.

Entrevistada 1

“Me afectaba el miedo al contagio de los residentes de mí, el salir, yo me iba con temor y llegaba con temor, habían protocolos aquí se sacarse todo, desinfectarse todo, pegarse una ducha y después tener contacto con los residentes, pero ese temor que uno siente en la calle, en el metro, en la micro, todo eso fue un cúmulo de tensiones nerviosas”

Entrevistada 4

“Me exponía a que me diera Covid pohj y yo me iba a morir pohj una por la edad, otra por el cigarro, porque decían que para los fumadores esto era peor, entonces a mí me daba mucho miedo eso y me daba rabia que la gente no andaba con mascarilla o por debajo de la nariz, las personas no se cuidaban, entonces me daba mucha rabia de ver a la gente tan, pero tan inconsciente.”

Otro gran cambio en las rutinas de las trabajadoras tuvo que ver con las jornadas laborales, los cuales eran en un principio turnos de 24 horas cada dos días, sin embargo luego se modificó a turnos de 72 horas seguidas y 72 horas de descanso a principios de pandemia, que finalmente se establecen como turnos semanales de trabajo, modificando toda una estructura en torno a la dinámica laboral y familiar. Estos cambios las trabajadoras las significan como una medida “necesaria” y que perciben como positiva, sin embargo, quienes realizamos esta investigación visualizamos cambios bruscos en las dinámicas familiares que tienen incidencia en las relaciones interpersonales, sintomatología asociada al estrés o burnout e impacto económico en los presupuestos familiares.

Entrevistada 1

“Ausencia familiar obviamente, porque no había visitas, familiares de nosotros, eso fue un cambio, porque no veíamos a nadie”

Entrevistada 3

“mis turnos actuales se implementaron en pandemia, antes siempre fueron 3 por 3, 3 días aquí adentro y 3 días en la casa, antes de eso eran turnos de 24 horas día por medio y en pandemia se instauró el 7x7, y esa fue una decisión de las monitoras.”

No menor, es el impacto que genera los cambios de escenarios, donde las acciones de cuidado y protección en el ámbito laboral se extienden al ámbito familiar para las mujeres cuidadoras generando en algunos casos mayor demanda de trabajo en los hogares, por ende, mayor carga laboral y cansancio.

Entrevistada 2

Yo llego a mi casa, hago lo que tengo que hacer, tengo a una nietecita que es postrada y llego a cuidarla”

- **Categoría: Relaciones familiares**

Se puede inferir que las entrevistadas, actualmente están vivenciando experiencias de apoyo y comprensión a su labor, generando empatía y capacidad de

organización en la familia, impactando directamente en las dinámicas del núcleo familiar, siendo la comunicación la mayor herramienta que les favoreció en su cuidado personal con los miembros de sus familias para mantener la cohesión familiar.

Entrevistada 3

“a mí me sirvió más, para unirme con mi familiar, porque yo siempre he trabajado en turnos, entonces, que el cuarto turno, que el tercero es más difícil y eso. Entonces, ahí como que, estuvimos más juntos, se pudo ver las carencias del otro y todo.”

Entrevistada 4

“Sí, si tengo y vivía con ellos, son adultos, todos casados, en esa época vivía con mi hija. Ella se lo tomó bien, ningún problema. En realidad, ir viajando todos los días, uno corría más riesgos”

- **Categoría Relaciones Laborales**

Desde el discurso de los entrevistadas, se puede ver que hubo conflictos y desacuerdos generados por la aplicación de los protocolos y la utilización de elementos de protección personal, hubo un considerable aumento del uso de ellos en horarios extensos, lo que generó divisiones dentro de las trabajadoras, renunciadas a sus labores y sobrecarga laboral para las trabajadoras que decidieron quedarse en sus puestos de trabajo.

Entrevistada 4

“Había estrés, había mucho estrés, sí, por lo mismo, por los EPP que uno tenía que usar, ellas se enojaban porque decían que la jefa le ponía color, tanta cosa que había que ponerse, y había que hacerlo no más, por el bien de nosotras y por el bien de los que vienen más atrás”.

Entrevistada 3

“con todo el sistema que teníamos, fue estresante en un momento, fue muy estresante, pero como dicen por ahí, “el tiempo se va dando y uno se va acostumbrando”

Desde la visión y sentir de las entrevistadas, podemos deducir que, a raíz del nuevo contexto pandémico y en un intento de adaptarse a la nueva realidad, se logra visualizar que las estrategias de turnos extensos y los elementos de protección personal ha impactado directamente en las relaciones interpersonales; específicamente las relaciones entre pares, aumentando la tensión y los conflictos en este periodo. Varias trabajadoras, se vieron afectadas, desfavoreciendo la capacidad de comunicación y construcción de acuerdos. Las trabajadoras que logran mantenerse, han logrado interactuar entre pares y co-construir, junto a las administraciones, nuevas formas de establecer los roles y funciones dentro del espacio laboral, estableciendo espacios de autocuidado y conversación, como contención emocional en las diversas realidades de cada una.

- **Categoría hábitos**

Esta categoría está relacionada a la categoría rutina, ya que por el contexto sanitario las trabajadoras debieron incluir numerosos hábitos personales que les demandaron mayor inversión de tiempo, la intencionalidad de realizarlos de manera rigurosa para que fueran útiles tanto para ellas como para los usuarios.

Entrevistada 1

“Acá, por ejemplo, los chicos tienen un cambio de hábitos. Llegar y lavarse las manos inmediatamente, desinfectarse, ese hábito lo mantienen, mantienen la mascarilla independientemente que dice que no se use, ellos si lo usan todos los días, cuando salen, entonces son hábitos que yo creo que ya no van a desaparecer, de nuestro entorno, de nuestra vida”

Entrevistada 2

“Cada salida lavarse las manos, ponerse alcohol, votar la mascarilla a la basura”

De las anteriores citas se puede establecer que existe una lógica de autocuidado rutinaria que sirve para reforzar la seguridad de las personas, los que son transmitidos por las cuidadoras lo que conlleva tener una visión de confianza o seguridad para todo el equipo. De esta forma los hábitos, adquiridos producen estabilidad o la sensación de tranquilidad.

Eje Temático 3: Perspectiva Biológica

- **Categoría: Desgaste físico y mental**

De acuerdo a los discursos de las trabajadoras, podemos inferir que existen múltiples factores gatillantes de desgaste o agotamientos físicos y mentales, las cuales se han manifestado en la somatización en las trabajadoras de trato directo, observando baja capacidad de visualización de síntomas asociados al estrés, produciendo en ellos dificultades para desarrollar y dar cumplimiento a las funciones laborales, en la adaptación al contexto pandémico y en las relaciones interpersonales entre pares.

Entrevistada 2

“ay! si! emocional, quede sin pelo todavía tengo mis pelones, emocionalmente me afectó mucho. Sola, porque no yo nunca he visto con psicólogo, la verdad de las cosas.... y yo sigo con pelones”

Entrevistada 3

“A mí! A mí! Me daba como rabia y pena a la vez, nada más que eso, rabia y pena, porque no se quieren a sí mismo y cuando uno se quiere trata de buscar alguna solución.”

Es evidente que las trabajadoras ejercieron sus funciones laborales dentro de un contexto lleno de incertidumbre y poco adecuado, infringiendo las leyes laborales, con horarios extendidos y la permanencia de una de ellas por un periodo de tres años sin salir de su lugar de trabajo como “estrategia” para sobrellevar la pandemia “sin riesgos”. Las condiciones mencionadas anteriormente, trae en sí mismas

factores de riesgo que se establecen como indicadores de desgaste emocional y de alguno de los síntomas que caracterizan al Síndrome de Burnout, sin embargo, existe escasa visualización y problematización de parte de las trabajadoras frente a las características y síntomas anteriormente mencionados.

Entrevistada 4

“No poh, la verdad es que no terminaban, igual descansaba sus horitas, igual habían tiempos de descanso. Uno preparaba todo por la mañana, el desayuno, la limpieza, la atención a los residentes, el almuerzo, pero después de almuerzo habían tiempos de descanso.”

(Trabajadora que lleva 3 años sin salir de su espacio laboral)

CONCLUSIONES FINALES

Al finalizar la investigación, se puede concluir que las áreas más afectadas son predominantemente desde la perspectiva psicológica en la mayoría de las trabajadoras de trato directo, pues emergen con mayor frecuencia emociones negativas, conductas desadaptativas y alteraciones cognitivas, debido a la modificación de sus funciones y jornadas laborales en contexto de pandemia.

Se puede observar que los cambios en la modalidad de su trabajo, impactó en ellas generando mayor desgaste emocional, indicador que afirmaría la existencia de sintomatología asociada al Estrés Laboral o Síndrome de Burnout, pues son manifiestas las sensaciones como miedo a la muerte y/o a las consecuencias de la enfermedad, rabia, melancolía, además, desregulaciones emocionales en el ámbito laboral, alteraciones en las funciones del trabajo, desesperanza, irritabilidad, tendencia al aislamiento y sintomatología depresiva.

Desde la visión de las propias trabajadoras, la modificación de su rutina de trabajo en términos de funciones y extensas jornadas desencadenan un distanciamiento del sistema familiar lo que conllevó la afectación de su comunicación con ellos además

de desorganización en la estructura familiar y en los roles. Sin embargo, les surgió preocupación en la necesidad de dar cumplimiento a sus responsabilidades laborales, lo que provocó irritabilidad, cansancio, y desgaste físico y emocional, generando cierta desarmonización en distintas esferas de sus vidas.

En relación al segundo objetivo, en este punto se confirman los riesgos asociados a factores físicos que serán predominantes en las labores de las trabajadoras de trato directo, los riesgos manifiestos en el discurso de las trabajadoras son: miedo al contagio y a la muerte, incertidumbre, cansancio, tensión constante, ansiedad, jaquecas, caída de cabello, irritación de colon y problemas de movilidad, demanda de mayor carga energética al ejecutar sus labores.

Se identifica que desde la organización no se tomaron las medidas necesarias para la salud mental de sus trabajadoras, por el contrario, mayores y extensas jornadas de trabajo se adquirieron como medidas de protección del contagio para evitar los continuos traslados en sus trayectos. Sin embargo, a los ojos de las trabajadoras fue una medida “necesaria” que favorecerían la estabilidad laboral.

En cuanto a las estrategias de autocuidado, fueron las herramientas de acción de parte de las redes directas del espacio de trabajo y por parte de las propias trabajadoras de trato directo que desplegaron para evitar el contagio y las consecuencias de este. La administración de Hogares, en una primera instancia desarrollaron, implementaron y activaron protocolos generales, ya sea a modo de prevención del contagio o en caso de sospecha de contagio, se articularon las medidas dispuestas en dichos protocolos, los cuales se planificaron mientras estaba en auge y desarrollo el virus. Según se evidencia en las entrevistas, se entregaron herramientas de autocuidado a través de charlas informativas de prevención de

contagio, implementos de sanidad, cambio en estructuras de horarios (cambios de turnos de 24 horas por 72 horas) esto por mutuo acuerdo de las cuidadoras.

No obstante, respecto a las estrategias de autocuidado en el ámbito psicosocial, estas fueron escasas, hubo casos significativos de depresión por muertes de seres queridos producto del contagio, caso de alopecia, estrés intensificado por cuarentena total dentro del hogar y por contagios múltiples. Dicho esto, las administraciones de las residencias, no entregaron un acompañamiento o herramientas, por el contrario, se extendieron las jornadas entendiendo que a menor cantidad de traslados menor era la probabilidad de contagio, sin visualizar cómo esta medida podría impactar en las áreas familiares, sociales, físicas y emocionales de las trabajadoras, lo que podría considerarse como decisiones de autocuidado poco elaboradas de las que no se proyectaron consecuencias a corto plazo, pues perdieron casi por completo en algunos casos el contacto social, dándose escasas actividades que compensen, fueran recreativas o permitieran la desconexión laboral.

Junto con lo anterior se observa normalización de las medidas adoptadas y baja capacidad de contemplación de sintomatología de estrés y sus consecuencias física e incapacidad de tomar la iniciativa de buscar otras alternativas de prevención o ayuda profesional.

- **Respuesta a la Pregunta de Investigación**

Se considera que fue posible responder a la pregunta inicial de este estudio sobre las percepciones de la experiencia de las trabajadoras en tiempos de pandemia. Respecto al rol de las trabajadoras, la modificación de los roles y funciones fueron percibidos como “necesarios” y “positivos”, sin embargo, se visualizó que estaba centrado en la mantención del equilibrio emocional y el control

de las necesidades emocionales, lo que causó diversa sintomatología asociada al estrés y síndrome burnout, que las trabajadoras percibieron de manera tardía o simplemente no lograron visualizar, pero que claramente estaba presente. Como el objetivo de esta investigación tiene relación con comprender cuál es la percepción de las trabajadoras de trato directo, se observa que otorgan especial relevancia a la intensificación del “Estrés Laboral” en contexto de pandemia, existiendo desconocimiento técnico sobre el concepto. Lo que sugiere necesidades de capacitación frente al desgaste, malestar, estrés y síndrome de burnout en contexto laboral, que permita visualizar y prevenir enfermedades de origen laboral.

Respecto a las emociones percibidas por parte de las trabajadoras, estas están en torno a la pena, incertidumbre, angustia y en la mayoría estrés, por consiguiente, la salud mental y emocional de las trabajadoras de trato directo de las residencias protegidas del Estado se encuentra afectado, es por eso que se sugiere a las instituciones a profundizar o implementar estrategias para prevenir y mitigar secuelas psicológicas producto de crisis sociales, trabajar con énfasis en patologías asociadas a la depresión, ansiedad, miedos y estrés laboral para favorecer la salud mental de sus trabajadoras y trabajadores y sus respectivas familias.

Respecto a las demandas y exigencias del rol de las trabajadoras, los resultados dan cuenta que ellas perciben mayor demanda y exigencia, sobre todo, al realizar trámites y salidas con los sujetos de cuidado, señalando que la pandemia ha implicado cambios bruscos en la organización, horarios y jornadas laborales, demandando mayor capacidad de comunicación y reorganización. Respecto al apoyo percibido, este se percibe como positivo, se generaron instancias de cuidado a través de charlas de prevención del contagio otorgando los materiales necesarios

para cumplir su labor, sin embargo, no hubo apoyo psicológico en la contención y en la preparación frente a la nueva demanda de adaptación a las nuevas formas de realizar sus funciones.

Limitaciones y Proyecciones

En cuanto a las limitaciones, para efecto de esta investigación, se utilizó la técnica de la entrevista en profundidad y la limitante se identifica como la dificultad que se generó para coordinar su aplicación y la posibilidad de conocer presencialmente las residencias ubicadas en las comunas de San Miguel y San Bernardo. Esta dificultad influyó directamente en los tiempos establecidos y en la programación de la elaboración de esta investigación, esto debido a la gran demanda que implican los roles y funciones del cargo a entrevistar, situación que derivó en cambios frecuentes en la programación, ausencias de algunas entrevistadas, ausencia de un óptimo ambiente y disponibilidad de tiempo para realizar las entrevistas, a pesar de esto se logró generar el espacio adecuado y permitiendo una interacción fluida y de confianza para recabar la mayor información posible.

En cuanto a las proyecciones, la investigación pretende aportar información para otras líneas de investigación y visualizar la importancia de considerar mejorar las estrategias de cuidado de salud mental por parte de las instituciones públicas y privadas para trabajadores de sectores que deban mantener el desarrollo de sus funciones y que no tengan la posibilidad de realizarla de manera online, todo esto, debido a los resultados recogidos que dan cuenta de la escasez de medidas integrales levantadas por el Estado ante “emergencias sanitarias” que buscaron resolver o atender la emergencia desde la prevención del contagio o fallecimientos

pero no consideró acciones paliativas que respondieran a las exigencias emocionales de las personas que debieron mantenerse trabajando.

Desde la mirada de la psicología se propone como un desafío, levantar estrategias para hacer frente a las necesidades de salud mental que el Estado no logra abarcar en situaciones de catástrofes o emergencia social, desde ahí, la intervención de la psicología, desde los espacios de educación superior por ejemplo, podrían generar un ámbito en que se cubra una necesidad o urgencia social y por otro lado se abran oportunidades de experiencias de responsabilidad social a sus estudiantes, por ello proponemos:

- a) Implementar espacios de acompañamientos para personas que presten servicios de cuidados a otros, vía remota, llamadas o video llamadas a nivel individual o reuniones con los grupos de trabajadoras, para generar un espacio de contención, psicoeducación y prevención.
- b) Dichos acompañamientos deberían estar instaurados bajo la lógica de que toda persona que tenga que prestar servicios de cuidados necesitan contar con tiempo y espacio necesario para aliviar en lo posible los desgastes asociados a esta labor.
- c) Levantar una red con diferentes Universidades u otros Centros de formación técnica profesional para que los responsables de estos acompañamientos sean estudiantes que pertenezcan a carreras del área social y estén interesados en ser voluntarios, asumiendo el acompañamiento de un número determinado de trabajadoras, bajo la coordinación de un profesional del área para orientar en este proceso.

A modo de sugerencias para futuras complementaciones a partir de este trabajo de investigación, señalamos lo siguiente:

- a) Profundizar en las particularidades psicológicas y sociales de la comprensión del contexto de crisis o catástrofes que pueda servir como información de prevención de intensificación de malestar o estrés y favorecer el proceso de salud-enfermedad.
- b) Seguir la línea investigativa sobre el impacto psicológico de las crisis sociales y de catástrofes, incluyendo temáticas relacionada con cuarentenas, aislamiento, exposición a la muerte y a enfermedades, estrategias de prevención y autocuidado, entre otras, que fueron parte de los resultados de este trabajo y pueda favorecer a la salud mental.
- c) Se espera que esta investigación logre contribuir en la protocolización de modos de actuar y acompañar a trabajadores, trabajadoras y equipos de trabajos considerados esenciales, que requieran la presencialidad a pesar de contextos adversos para la salud mental y física.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Atance, JC. (1997). "Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burnout en Personal Sanitario". Rev. Esp. Salud Pública vol.71 n.3 Madrid. Disponible en: www.scielo.org

Barría, I. (2002). "Síndrome de Burnout en asistentes sociales del servicio nacional de menores de la región metropolitana de Chile". (Tesis inédita de Magíster) Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

Bermann, S. (1995). "Trabajo precario y salud mental". Buenos Aires: Navaja Editor.

Bronfenbrenner, U. (1987). "La ecología del desarrollo humano": Experimento en entornos naturales y diseñados. Buenos Aires: Paidós.

Buzzeti, M. (2005). "Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores A.G de Chile". Recuperado en

Caplan. Citado en Zaldúa G, Lodie MT. (2000). "El síndrome de Burnout. El desgaste profesional de los trabajadores de la salud". En Domínguez Mon A, Federico A, Findling L, Méndez AM. La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales. Buenos Aires: Editorial Dunken.

Cherniss, C. (1997). "Síndrome de Burnout: El riesgo de ser profesional de ayuda. Salud y Cambio". Revista Chilena de Medicina Social. Año 6, N°23-45.

Dejours C. citado por Durán Rojas C. (2003). "En psique, soma, institución una lectura de la psicopatología del trabajo". Revista de Psicología de la Universidad de Chile. Vol XII, 1: 121-131

Engel, G. (1977). "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine". Science 196:129-136.

Engel G. (1980). "The Clinical Application of the Biopsychosocial Model". Am J Psychiatry: 137:535-544

Gilbertis, E. (2001). "Alerta y Cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de atención a las víctimas". Burnout. Revista de Derecho Penal Integrado- Año II- N°3.

Gil- Montes, PR. (2005). "El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Factores antecedentes y consecuentes. Jornada "El síndrome de quemarse por el trabajo en servicios sociales". Valencia: Diputación de Valencia.

Labiano, M. (2010). Introducción a la psicología de la Salud. En L. Oblitas, Psicología de la salud y calidad de vida (3rd ed., pp. 3-21). México, DF: Cengage Learning.

Mababu, R. (2012). "El constructor de trabajo emocional y su relación con el síndrome del desgaste profesional". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2 (2), 219- 244.

Martínez, A. (2010). "El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112.

Maslach, C. (2009). "Artículo de revisión comprendiendo el burnout". *Revista Ciencias & Trabajo* 32, 37-43.

Moreno, B, Oliver, C & Aragoneses, A. (s.f). "El Burnout, una forma específica de estrés laboral", en Buelas- Cassal G. y Caballa V.E. *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XXI. Pp.271-284.

Oblitas, L. (2004). *Manual de Psicología clínica y de la salud hospitalaria* (cap. 1). Bogotá, Colombia: PSICOM

Ortega, C y López, F. (2004). "El síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas". *International Journal of Chonical and Health Psychology*. 4 (1), 137-160.

Pines, A y Aronson, E. (2001). "El síndrome de "Burn Out" o síndrome de agotamiento profesional". *Med.Leg. Costa Rica* v.17 n.2 Heredia mar.2001. disponible en: www.scielo.org

RODRÍGUEZ, G.; GIL, J. y GARCÍA, E. (1996). Métodos de investigación cualitativa, Málaga, Aljibe.

Salanova, M y Llorens, S. (2008). "Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout". Papeles del Psicólogo, 29 (1), 59-67.

Slipack, O. (1991). "Historia y concepto de estrés". Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.

Tonon, G, Aguilera, MA, Reglero, M & Revahy, S. (2003). "El burnout en los trabajadores sociales". Buenos Aires: Espacio.

Servicio Nacional de la Discapacidad. (2015)."DISCAPACIDAD Y SALUD MENTAL: UNA VISIÓN DESDE SENADIS"