



Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Trabajo Social

**“PROYECTO TE CUIDO EN LA DISTANCIA”
APOYO SOCIAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN
CUIDADORAS DE PERSONAS MAYORES
UNA PERSPECTIVA DESDE EL TRABAJO SOCIAL**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN
TRABAJO SOCIAL Y AL TÍTULO PROFESIONAL DE TRABAJADOR SOCIAL**

ESTUDIANTES:

CAMILA HILL GAJARDO

ROMINA SALAZAR MUÑOZ

SKARLETT SEITH VINÉ

PROFESOR GUÍA:

HÉCTOR DÍAZ VIDAL

2020

“hay un renunciar a la vida personal, renunciar a lo que te gusta realmente, siempre dispuesta a hacer las cosas por el otro, porque al final vivimos la vida del otro, es olvidarse de sí mismas...”

Agradecimientos

En medio del caos, la incertidumbre y la indiferencia social, tres mujeres fuertes y empoderadas logramos entrelazar nuestros conocimientos y corazones en la realización de esta importante investigación. Entre nosotras nos acompañamos durante todo este proceso, codo a codo construimos no solo este documento, sino que también una trascendente amistad que nos ayudó a sobrellevar la difícil situación de pandemia que se está viviendo en todo el mundo. Nada de esto hubiese sido posible si las siguientes personas no se hubiesen cruzado en nuestro camino, a todas ellas, infinitas gracias.

A las cuidadoras, gracias por permitirnos conocer parte de su realidad, tan frágil e invisibilizada. Gracias por crear un lazo de confianza, por compartir sus vivencias y emociones, y por sobre todo, transmitirnos esa resiliencia que desbordan diariamente. Esperamos de todo corazón que este trabajo realizado les haya servido para alivianar aquella mochila que por años han llevado día a día.

A nuestras familias, gracias por el apoyo entregado en este proceso, por creer siempre en que podemos lograr todo lo que nos proponemos, por ser inspiración para nuestras vidas, por entender nuestras complejas personalidades, cambios de humor e inseguridades. Gracias por ser nuestra fuente de amor infinita.

A nuestra familia no humana, en este plano terrenal o en otro, gracias por ser el cobijo en las largas noches de intenso trabajo, por entender cuando no teníamos tiempo para regalinearles, por ser la alegría de nuestras vidas y por estar siempre a nuestro lado.

A todas las personas que participaron en la revuelta popular del 18 de Octubre, a quienes entregaron su vida por las diversas injusticias sociales que existen en Chile, gracias por visibilizar la dura realidad que viven las cuidadoras, por alzar la voz y luchar junto a ellas.

Nuevamente, a todas estas personas, muchas gracias.

Índice

Resumen de la Investigación.....	9
Capítulo número I Marco Teórico	11
Identificación del Problema	13
Justificación de la Investigación.....	14
Contexto.....	14
¿En qué consiste el Síndrome de Burnout?	14
¿En qué consiste el Apoyo Social?	28
¿Quiénes son los cuidadores?	36
¿Qué son las Estrategias de Apoyo Social?.....	42
Desde el Fenómeno.....	43
Contextualización del Síndrome de Burnout.....	43
Contextualización del Apoyo Social.....	52
Identificación del Marco Teórico.....	64
Síndrome de Burnout	64
Apoyo Social y Síndrome de Burnout en Cuidadores	66
Capítulo número II Marco Metodológico	69
Metodología de Investigación.....	71
Tipo de diseño.....	72
Tipo de Estudio	74
Problemática de investigación.....	76
Pregunta de investigación	76
Objetivos de investigación.....	77

Objetivo General:.....	77
Objetivos Específicos:	77
Muestra de investigación	77
¿Quiénes componen la muestra?.....	78
¿Cuál es el universo o población de la muestra?	79
Criterios de inclusión.....	79
Técnicas e instrumentos de investigación.....	80
Criterios de rigor.....	84
Plan de análisis	85
Validez de la investigación	87
Matriz de programación	87
Capítulo número III Análisis de Discurso	90
Dimensión de caracterización sociodemográfica	92
Dimensión Estrategias de Apoyo Social	96
Dimensión Síndrome de Burnout	108
Dimensión de Relación entre Estrategias de Apoyo Social y Dimensiones Síndrome de Burnout	120
Capítulo número IV Resultados de la Investigación	131
Capítulo número V Hallazgos de la Investigación.....	142
Rol social impuesto	144
Situación de Violencia.....	145
Capítulo número VI Conclusiones de la Investigación.....	149
Conclusiones teóricas	151
Conclusiones metodológicas.....	152

Conclusiones desde el Trabajo Social	155
Bibliografía.....	160
Capítulo VII Anexos	167
Estructura consentimiento informado.....	168
Estructura Grupo Focal	169
Estructura instrumento MBI.....	170
Estructura instrumento MOS.....	172
Estructura Entrevista individual.....	175
Estructura Talleres grupales	176

Índice de tablas

Tabla 1 Modelos explicativos del Burnout	21
Tabla 2 Definiciones de Apoyo Social	30
Tabla 3 Matriz de programación	88
Tabla 4 Antecedentes personales	92
Tabla 5 Antecedentes de cuidado	94
Tabla 6 Resultados MBI-HSS	134
Tabla 7 Resultados cuestionario MOS	138

REF.: Informa evaluación y calificación Proyecto
de Título I y II de alumnas que indica.

VALPARAISO, 15 de enero de 2021.-

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesor Guía, cumplo con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Proyecto de Título I y II denominado: "PROYECTO TE CUIDO EN LA DISTANCIA" APOYO SOCIAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN CUIDADORAS DE PERSONAS MAYORES. UNA PERSPECTIVA DESDE EL TRABAJO SOCIAL ", cursado durante el período académico 2020 por las alumnas de la Escuela de Trabajo Social, *Srtas. CAMILA PAZ HILL GAJARDO, ROMINA CRISTAL SALAZAR MUÑOZ y SKARLETT JAVIERA SEITH VINE.*

Para efectos de la calificación se ha evaluado:

- a) Importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional;
- b) Aspectos metodológicos;
- c) Amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la bibliografía utilizada;
- d) Régimen formal de citas;
- e) Carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Proyecto de Título I y II con las siguientes notas:

Proyecto de Título I: 7,0 (siete coma cero)

Proyecto de Título II: 7,0 (siete coma cero)



HÉCTOR DÍAZ-VIDAL
PROFESOR GUÍA

AL SEÑOR
JUAN SANDOVAL MOYA
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE
HDV/fpu.-

Resumen de la Investigación

En el transcurso de los años el incremento de la expectativa de vida y el aumento de las patologías crónicas en personas mayores ha implicado que el número de personas que ejercen el rol de cuidar sea cada vez mayor. Con ello muchas familias se ven obligadas a contratar un servicio pagado conocido como cuidadores formales. Este no es el caso de todas las familias en la misma situación, muchas de ellas no cuentan con los recursos económicos necesario, viéndose obligadas a asumir, por uno o más de sus integrantes el ejercicio de cuidar, transformándose en lo que se conoce como cuidadores informales.

La familia o persona que se transforma en cuidadora informal recorre un duro camino desde la modificación de su proyecto de vida y el reaprendizaje de los conocimientos necesarios para realizar el cuidado, volcándose a una tarea que exige la atención y disposición a tiempo completo, lo que implica el despojo de la rutina de vida habitual y sus actividades o labores acostumbradas hasta ese entonces.

Sumado a esto, la invisibilización de la figura de los cuidadores informales de parte del sistema salud y legislativo, conllevan a una desprotección, marginación y desamparo, provocando condiciones y contextos de tensión y estrés teniendo que ser afrontadas por medio de los propios recursos de quien cuida.

De esta condición latente en el contexto país se desprende algunas inquietudes a las que se pretende realizar un acercamiento por medio de la presente investigación, ¿qué sucede cuando estos recursos no son los suficientes para afrontar las distintas situaciones a las que se enfrenta quien cuida? ¿qué enfoques o lineamientos de acción debiesen considerar los profesionales encontrados con estas realidades? ¿qué mecanismo existen

desde el área social para hacer frente a los síntomas de quienes han agotado sus recursos propios de afrontamiento y resiliencia? Estas son algunas de las interrogantes que se abordarán en el transcurso de esta investigación.

El siguiente documento se enmarca en el Proyecto de Título realizado en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, año 2020. Este se desarrolla bajo la supervisión académica del Trabajador Social y académico Héctor Díaz Vidal y es elaborado por las estudiantes Camila Hill Gajardo, Romina Salazar Muñoz y Skarlett Seith Viné. El documento contiene el desarrollo de una investigación de carácter cualitativo orientado a conocer la relación entre el Apoyo Social como estrategia de afrontamiento para el Síndrome de Burnout en un grupo de cuidadoras informales de la comuna de Quillota. El desarrollo y construcción de la investigación ha sido realizado en el contexto mundial y nacional de pandemia por coronavirus COVID-19, el que ha forzado a las estudiantes responsables a emplear las Tecnologías de la Investigación y la comunicación (desde ahora TICs) como medida para el desarrollo de la investigación. Por tanto, el acercamiento y la recolección de información será realizada a través de canales digitales sin contacto físico, priorizando la seguridad y salud de quienes participan.

El equipo de trabajo considera necesario promover en espacios académicos la utilización de un lenguaje de género inclusivo, que aporte a la construcción de una realidad no binaria ni discriminatoria. Es por ello, que se empleará un lenguaje con enfoque de género, utilizando la letra “e” como integración de los géneros con los que se identifique quien lea.



Capítulo número I

Marco Teórico



Presentación

El siguiente capítulo contiene lineamientos teóricos de la presente investigación, que tiene como objetivo ser una guía para construir la columna vertebral del estudio y, además, para que quienes lean, se orienten con respecto a los conceptos principales y se nutran de conocimiento desde la perspectiva teórica.

Dentro del capítulo también se mostrará la relación entre los conceptos teóricos y su implicancia a nivel nacional tanto como internacional, explicado desde perspectivas de diferentes investigadores de variadas disciplinas.

Identificación del Problema

Desde la cultura social occidental en la que nos desenvolvemos día a día se ha generado una fuerte presión en la productividad económica de las personas, enfocándose en un rango etario que deja fuera a las personas mayores. Lo anterior, sumado a que los cuidados médicos que se requieren en la adultez mayor se mantienen dentro del mundo privado, ha generado a través del tiempo una nueva figura dentro del plano familiar, la cual se encarga de realizar los cuidados no solo médicos, sino también sociales y familiares de la persona dependiente.

Pese a los años, esta figura conocida como “cuidadores informales” sigue manteniéndose como una entidad oculta dentro del plano familiar y social, actuando desde la marginalidad y la exclusión social, manifestándose como personas invisibilizadas antes las políticas públicas, carentes de derechos y protección social, invalidando su importante rol en el ejercicio de los cuidados a las personas dependientes.

Los cuidadores informales frecuentemente están inmersos en situaciones de estrés, en conflictos respecto a los límites entre sus vidas y las vidas cuidadas, en situaciones complejas de carácter personal, familiar, económico, emocional, laboral y social, experimentando agotamiento físico y emocional, limitando la realización personal e influyendo en el campo actitudinal de las personas, es decir, manifestando lo que conocemos como Síndrome de Burnout. A su vez, los mecanismos y estrategias de Apoyo Social provenientes de distintos escenarios no son los suficientes para satisfacer la gama de necesidades y requerimientos de los cuidadores.

Es por ello, que se identifica como problemática a abordar en esta investigación la escasez de información y antecedentes respecto a la relación existente entre las estrategias de Apoyo Social y el Síndrome de Burnout presentes en cuidadores informales de personas mayores dependientes.

Justificación de la Investigación.

La invisibilización de las personas que ejercen cuidados informales a personas mayores dependientes, les presenta como un grupo social marginado, excluido y vulnerado, frente al cual el sistema no ha dado una respuesta.

Se considera imprescindible que desde el Trabajo Social se aborden problemáticas pertenecientes a los grupos invisibilizados, contribuyendo a la valoración de todas las personas, aportando no solo en la entrega de conocimientos teóricos conceptuales respecto a situaciones que enfrentan, sino que también enfatizando las necesidades que surgen a raíz de su experiencia como cuidadores a través de los procesos que han vivenciado.

Es por ello, que es necesario abordar la temática desde todas las aristas que le influyen, de una forma holística

Contexto

¿En qué consiste el Síndrome de Burnout?

Origen y conceptualización.

El Síndrome de Burnout nace de la expresión “burn-out” usada comúnmente para describir un “estado de agotamiento, desgaste o consumación de energía, análogo a la sofocación de un incendio” (Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila, & Placencia-Reyes, 2014). Para esta expresión no existe traducción definitiva, se utiliza principalmente como “quemarse” o “consumirse”, haciendo referencia al Síndrome de “quemarse por el trabajo”.

El primero en usar el término “burnout” fue el escritor británico Henry Graham Green en su libro “A Burnout Case” publicado en 1961, obra que narra la historia de un arquitecto afligido emocionalmente, quien decide abandonar su profesión y retirarse a la selva africana (Rodríguez, Rodríguez, Riveros,

Rodríguez, & Pinzón, 2011). Sin embargo, este concepto se mantiene solo en la esfera literaria.

Años después, el concepto nace en el mundo científico a raíz de un estudio realizado por el psicoanalista Herbert Freudenberger en 1974, donde observa a voluntarios que trabajan con personas toxicómanas, las cuales después de un periodo de tiempo, comenzaron a experimentar pérdida de energía y agotamiento (Villar, 2015).

Freudenberger, citado por Rodríguez, Guevara y Viramontes (2017) señalan que este Síndrome tiene relación con el agotamiento y desgaste causado por el exceso de demandas que exigen cada vez mayor energía y que se da cuando un profesional se “*quema*” y fracasa en su intento por alcanzar sus metas laborales. A su vez, Freudenberger (1981) lo define como una “experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia del ejercicio diario del trabajo” (Gil-Monte P. R., 2005).

El término Burnout fue presentado públicamente en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos en 1977 por la psicóloga estadounidense Christina Maslach, quien define este fenómeno como un “Síndrome psicológico que emerge de la prolongada respuesta a los estresores interpersonales y crónicos del trabajo, compuesto por tres dimensiones claves: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo” (Maslach & Leiter, Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry, 2016). Posteriormente, a comienzo de la década de los 80’ Maslach y Jackson elaboraron la primera escala de medición del Burnout, denominada Maslach Burnout Inventory – Human Services (MBI-HSS), compuesta por 22 ítems agrupados en las tres dimensiones ya nombradas.

Dimensiones del Síndrome de Burnout.

Si bien los estudios e investigaciones realizadas durante años han permitido ahondar las relaciones entre el Síndrome de Burnout y diversas disciplinas y áreas, se han mantenido las dimensiones centrales que definen el Síndrome, denominada por distintos autores como agotamiento o cansancio emocional, despersonalización o cinismo, y baja realización personal o ineficacia. Dentro de las definiciones revisadas se destacan las siguientes.

Maslach (2009) constituye el Síndrome de Burnout por sus tres dimensiones, las cuales define de la siguiente forma:

- *Cansancio o agotamiento emocional*: sentimientos de estar sobre exigido y vacío de recursos emocionales y físicos. Los trabajadores se sienten debilitados y agotados, sin ninguna fuente de reposición, carecen de energía para enfrentar problemas. El conflicto personal en el trabajo y la carga laboral se presentan como principales fuentes de agotamiento.

- *Despersonalización*: también denominada cinismo, es una respuesta negativa insensible o excesivamente apática a diversos aspectos del trabajo. Se desarrolla en respuesta al exceso de agotamiento laboral.

- *Reducida realización personal (ineficacia)*: representa el componente de autoevaluación del Burnout. Son los sentimientos de incompetencia y carencia de logros y productividad en el trabajo. El sentido negativo de autoeficacia es alimentado por una carencia de recursos de trabajo, falta de apoyo social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente.

Rodríguez, et al. (2011) caracteriza las tres dimensiones en las que se envuelve y desarrolla el Síndrome de burnout de la siguiente manera:

- *Cansancio o agotamiento emocional*: constituye la primera fase del proceso, caracterizado por una progresiva pérdida de las energías vitales y

una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. En esta etapa las personas se vuelven más irritables, aparece la queja constante por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas. Desde una mirada externa, se las empieza a percibir como personas permanentemente insatisfechas, molestas e irritables.

- *La despersonalización:* es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. En lugar de expresar estos sentimientos y resolver los motivos que los originan, las personas que padecen el Síndrome de Burnout muestran una fachada hiperactiva que incrementa su sensación de agotamiento y en esta fase, alternan la depresión y la hostilidad hacia el medio.

- *Abandono de la realización personal:* es la tercera fase del proceso y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean laborales vinculadas con las actividades que generaron el estrés crónico. En esta etapa hay pérdida de ideales y fundamentalmente, un creciente alejamiento de las actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de auto reclusión.

Desarrollo del Síndrome de Burnout.

Según Barría Muñoz (2002) el Síndrome de Burnout desde sus primeras concepciones hasta la actualidad, se ha desarrollado en base a dos etapas. La primera de ellas es la considerada *Fase Pionera*, la cual se da en los primeros años desde la definición del Síndrome, y que consiste en el desarrollo descriptivo del fenómeno como tal. La segunda etapa es denominada *Fase Empírica*, que radica en la sistematización de las distintas investigaciones y estudios, que permitan fortalecer la conceptualización del Síndrome.

Diferenciación entre Estrés Laboral y Síndrome de Burnout.

Rodríguez, et al. (2011) distingue el estrés laboral y el Síndrome de Burnout según la diferenciación realizada por Schaufeli y Buunk, quienes explican que ambos conceptos se desarrollan de manera distinta, siendo el Burnout una ruptura en el proceso de adaptación y que va acompañado por un mal funcionamiento crónico en el trabajo, es decir, la persona con el tiempo va deteriorándose, colapsa y termina con un mal funcionamiento. Por otro lado, señalan el estrés laboral como una adaptación más bien temporal breve, que atrae síntomas físicos y mentales, pero donde la persona puede volver a sus niveles normales o iniciales de funcionamiento. En ese sentido, se considera al Burnout como un estado de estrés laboral prolongado y se afirma que el estrés laboral no necesariamente conduce al padecimiento del Síndrome.

Otra diferencia importante de señalar es la presencia de la despersonalización o cinismo, dimensión del Síndrome de Burnout que abarca la mala atención hacia destinatarios del trabajo. Esta característica asociada a las actitudes negativas destinadas a otras personas es propia del Burnout y el estrés laboral no lo considera.

Modelos y enfoques para entender el Síndrome de Burnout

Se han propuesto numerosos modelos que permiten entender desde distintos enfoques las implicancias del Síndrome de Burnout. Estos modelos se han basado en teorías psicológicas, sociales y organizacionales, siendo descritas por diferentes autores y autoras, entre los cuales se destacan los siguientes.

Según Rodríguez, et al. (2011) los modelos psicosociales para entender el Síndrome se pueden clasificar en tres grupos:

- *Primer grupo:* incluye modelos desarrollados en la Teoría Sociocognitiva del Yo, se considera que las cogniciones de las personas influyen en lo que

estas perciben y a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás y la creencia o grado de seguridad por parte de una persona en sus propias capacidades, determinará el empeño que pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad para conseguirlos. En este grupo se pueden mencionar, entre otros, el Modelo de Autoeficacia de Cherniss (1993) y el Modelo de Pines (1993).

- *Segundo grupo:* considera modelos basados en las Teorías del Intercambio Social y proponen que el Síndrome de Quemarse por el Trabajo¹ tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan las personas como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen límites interpersonales. Cuando de manera continuada las personas perciben que aportan más de lo que reciben, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo. El Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993) y el Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freddy (1993) se presentan como principales exponentes de este grupo.

- *Tercer grupo:* se refiere a los modelos fundamentados en la Teoría Organizacional, es decir, las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional, son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Ejemplos de trabajos que se encuentran en esta categoría son el Modelo de Coz, Kuk y Leiter (1993) y el Modelo de Winnubst (1993).

Gil-Monte y Peiró (1997) añaden como categoría aquellos modelos basados en la Teoría Estructural, en el cual clasifica el modelo desarrollado por los

¹ Entiéndase la traducción al español de Síndrome de Burnout.

mismos autores en el mismo año, donde plantea que el Síndrome “surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada” (Martínez Pérez, 2010).

Quiceno y Vinaccia (2007) clasifican los diversos modelos explicativos del Burnout en Modelos Comprensivos y en Modelos de Proceso, los cuales explica mediante la siguiente tabla:

Tabla 1 Modelos explicativos del Burnout

Modelos del Burnout		
Modelos Comprensivos	Representantes	Descripción
<i>Modelos elaborados desde la teoría sociocognitiva del yo</i>	- Modelo de Cherniss (1993) - Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)	Es inspirado en los trabajos de Albert Bandura. Analizan los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción como el papel que desempeña el pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano.
<i>Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social</i>	- Buunk y Schaufeli (1993) - Hobfoll y Freddy (1993)	Consideran los principios teóricos de la teoría de la equidad.
<i>Modelos desarrollados desde la teoría organizacional</i>	- Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1993) - Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) - Modelo de Winnubst (1993)	Tienen en común el énfasis en los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento ante la experiencia de quemarse por el trabajo. Todos consideran al SQT como una respuesta al estrés laboral.
Modelos de Proceso	Representantes	Descripción
<i>Modelo tridimensional de MBI-HSS</i>	- Maslach (1982) - Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) - Leiter y Maslach (1993) - Gil-Monte (1994)	Considera aspectos cognitivos (baja realización personal), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización)
<i>Modelo de Edelwich y Brodsky</i>	- Edelwich y Brodsky (1980)	El burnout es un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral, que se da en un proceso de cuatro fases: 1. Entusiasmo, 2. Estancamiento, 3. Frustración y 4. Apatía (se considera un mecanismo de defensa frente a la frustración).
<i>Modelo de Price y Murphy</i>	- Price y Murphy (1980)	El burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, se da en seis fases sintomáticas: 1. Desorientación, 2. Labilidad emocional, 3. Culpa debido al fracaso profesional, 4. Soledad, 5. Solicitud de ayuda, y 6. Equilibrio.
<i>Modelo de Gil Monte</i>	- Gil-Monte (2005)	Distingue dos perfiles en el proceso del SQT: Perfil 1. se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. Perfil 2. Constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SQT. Además de los síntomas anteriores, los individuos pueden ser evaluados mediante el "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT)

Fuente: Quiceno y Vinaccia (2007)

Características que influyen en el desarrollo del Síndrome.

Según diversas investigaciones se ha llegado a conclusión de que existen determinadas características consideradas como factores que riesgo, que alimentarían las posibilidades de desarrollar el Síndrome de Burnout.

Apiquian (2007) afirma que los factores de riesgo inherentes a las personas son aquellos que están relacionados con el deseo de las personas de controlar todo en cada momento, estas poseen un alto grado de autoexigencia y una gran implicancia en el trabajo, son impacientes y competitivos. También poseen una dificultad para conocer y expresar sus emociones, mantienen altas ambiciones, son perfeccionistas y con baja tolerancia al fracaso. Estas características pueden acentuarse cuando no se tiene una preparación adecuada para enfrentar las expectativas laborales, si se tiene dificultad para acudir por ayuda, si no se comparten las políticas de la empresa, no respeta los horarios de descanso y si mantiene relaciones conflictivas a nivel familiar y económico.

Según Tonon (2003) citado por Fuentes, Núñez y Solano (2008) existen características que influyen en la aparición del Burnout, las cuales pueden ser de tipo sociodemográficas o de personalidad, descritas a continuación:

Características sociodemográficas:

- *La antigüedad laboral:* las personas más propensas a desarrollar el Síndrome son aquellas que llevan pocos años trabajando, dado que pueden mantener una serie de expectativas en relación con su posición laboral que no concuerdan con la realidad de la misma. También se da que las recompensas económicas, personales y profesionales pueden no ser las esperadas.

- *El género:* diversos estudios han demostrado que las mujeres son las propensas a desarrollar Burnout, debido a que culturalmente se le asignan responsabilidades relacionadas al cuidado y mantenimiento del hogar, y a su

vez, mantienen las responsabilidades de su puesto de trabajo, por tanto, poseen una doble carga laboral.

- *Estado civil:* estudios han demostrado que las personas solteras son más propensas a quemarse por el trabajo, debido a que aquellas personas con pareja encuentran un apoyo social fundamental que combate los estresores laborales.

- *La turnicidad laboral:* hace referencia a las personas que trabajan mediante turnos, quienes son más vulnerables que aquellas personas con un turno fijo. Las personas con turnos irregulares de trabajo deben cambiar sus actividades de rutina diaria y adaptarse a un nuevo puesto de trabajo en cada turno.

- *Sobrecarga laboral:* las personas al integrarse a un puesto de trabajo comienzan a realizar una serie de tareas a las que no están acostumbradas y que requieren de un proceso de adaptación previo, por lo que la personas no será capaz de realizar cada una de las tareas asignadas y como consecuencia se producirá una reducción tanto en la calidad como en la cantidad del servicio.

Características de personalidad:

Se ha observado que aquellas personas en las que se manifiesta el Síndrome de Burnout son aquellas con mayor dedicación profesional, con expectativas idealistas, sensibles, obsesivas y con baja autoestima.

Martínez Pérez (2010) señala que existen ciertos factores de riesgo en las personas que influirían de tal forma que provocarían el padecimiento del Burnout, estas características las clasifica como variables individuales y variables sociales, las cuales se describen de la siguiente forma:

- *Variables individuales:* con relación al trabajo, una persona puede tener mayores probabilidades de desarrollar el Síndrome si mantiene un alto

entusiasmo inicial, baja remuneración, si no cuenta con apoyo de la institución, usa inadecuadamente los recursos y si es un empleado joven.

- *Variables sociales*: se considera que las relaciones sociales dentro y fuera del trabajo pueden actuar como fuentes de estrés o como amortiguadores de los efectos del estrés. Se incluyen también las variables organizacionales relacionadas a los estresores laborales, tales como: alta demanda laboral, control laboral, entorno físico del trabajo, inseguridad laboral, políticas y clima organizacional y Políticas Institucionales. En este sentido, se distinguen dos tipos de demandas laborales: cuantitativas y cualitativas. Las demandas cuantitativas se refieren cantidad de tareas a realizar y las demandas cualitativas al contenido y densidad de estas.

Gil-Monte (2005) sostiene que las personas mantienen sentimientos de altruismo e idealismo, lo que conduce a los trabajadores a comprometerse directamente en los problemas de los clientes, consecuentemente, desarrollan sentimientos de culpa frente a las problemáticas externas, que finalmente influyen en generar sentimientos bajos de realización personal e incrementando los niveles de agotamiento emocional (Muñoz, Rodríguez, & Niebles, 2016).

Principales labores afectadas por el Síndrome de Burnout.

Este Síndrome se da principalmente en oficios y profesiones que exigen un alto nivel de implicación, según Rodríguez, et al. (2011) se da en profesiones que exigen entrega, idealismo y servicio hacia las demás personas, localizándose principalmente en el área docente, trabajadores y trabajadoras sociales, profesionales de la salud y aquellos que se desenvuelven en el ámbito penitenciario. El mismo autor, señala que también predomina el síndrome en el área empresarial y altos cargos directivos en empleos que son rutinarios y monótonos, más aún cuando existen factores asociados como la

falta de tiempo para el ocio, la supresión de actividad física y la sobrecarga laboral.

Moreno (2011) señala que las personas que se dedican al cuidado de personas mayores en su mayoría experimentan niveles de estrés y desgaste emocional que superan los límites resistibles, siendo más propensos a padecer el Síndrome.

Síntomas y consecuencias del Síndrome de Burnout.

Es relevante enfatizar que existe un amplio abanico de síntomas que puede sufrir una persona que padece del Síndrome, sin embargo, la presencia de estos síntomas no indica necesariamente el padecimiento del Burnout. Por tanto, se debe considerar el contexto en el que se dan estos síntomas, su frecuencia y el desarrollo de estos en cada persona.

Maslach y Jackson señalan que el principal síntoma de la baja realización personal en el trabajo es la tendencia de los profesionales a evaluar negativamente su actividad laboral, en el agotamiento emocional es la experiencia de no poder dar más de sí mismos y en la despersonalización el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias del trabajo (Gil-Monte, Viotti, & Converso, 2017).

Mababu (2012) hace referencia a los distintos estudios realizados por Carlin y Garcés de los Fayos, Decruyenaere, Fernández, Schaufeli y Salanova, logrando clasificar los diversos síntomas en las siguientes categorías:

- *Síntomas emocionales*: indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia y supresión de sentimientos.

- *Síntomas cognitivos*: pérdida de valores, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, desaparición de expectativas, modificación del autoconcepto, distracción y cinismo.

- *Síntomas conductuales*: evitación de responsabilidades, ausentismo laboral, desvaloración, autosabotaje, desconsideración hacia su trabajo, desorganización, evitación de decisiones, y aumento de consumo de sustancias como cafeína, alcohol, tabaco y otras drogas.

- *Síntomas sociales*: aislamiento, sentimientos de fracaso, evitar contactos con otras personas, conflictos interpersonales y malhumor en la familia.

- *Síntomas psicósomáticos*: cefaleas, dolores osteomusculares, pérdida de apetito, cambios en el peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares y alteraciones gastrointestinales.

En el área conductual, la consecuencia más importante que produce el Síndrome de Burnout es la despersonalización. Otras de las consecuencias de este tipo son la pérdida de acción preactiva y el consumo de estimulantes y abuso de sustancias, los cuales son hábitos dañinos para la salud. Las personas con el padecimiento también llegan a manifestar desordenes fisiológicos como dolores de muelas, náuseas, pitidos aurales, hipertensión y pérdida de voz (Martínez Pérez, 2010).

A nivel organizacional, las consecuencias están ligadas principalmente a la reducción de la productividad, gastos médicos, compensaciones por reclamos y al aumento de costes anuales en la empresa u organización debido al absentismo laboral. (Mababu Mukir, 2012)

Sin embargo, pese a la gran variedad de síntomas y consecuencias postulados por distintos autores, una investigación realizada por Barriá Muñoz (2002) señala que existen cinco elementos comunes en aquellas personas que presentan el Síndrome de Burnout. En primer lugar, se mantienen los síntomas

relacionados al cansancio emocional, la fatiga y la depresión. En segundo lugar, prevalecen los síntomas mentales o conductuales por sobre los síntomas físicos. En tercer lugar, todos los síntomas tienen una relación con el desempeño del trabajo. En penúltimo lugar, los síntomas se presentan en personas que generalmente no han sufrido ningún tipo de trastorno mental. Finalmente, se observa que las personas que padecen el Síndrome disminuyen su efectividad y rendimiento en el trabajo (Villar, 2015).

Escalas de medición del Síndrome de Burnout.

La escala con mayor relevancia destinada a medir el Síndrome de Burnout fue confeccionada y validada por Maslach y Jackson en 1981, la cual es denominada *Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS)* utilizada en profesionales principalmente del área de la salud, quienes mantenían contacto directo con las personas. Este instrumento se ha utilizado en diversos estudios e investigaciones, está conformado por 22 ítems donde se plantean una serie de enunciados que dicen relación con los sentimientos y pensamientos de una persona respecto a su trabajo. Los resultados de esta escala se miden en relación con las tres dimensiones del burnout: agotamiento emocional, realización personal y despersonalización (Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez, & Pinzón, 2011).

Posteriormente, los mismos autores construyen una escala que al igual que la anterior, se basa en las tres dimensiones del Burnout, pero con la diferencia de que esta nueva escala es aplicable a todo tipo de profesiones, se denomina MBI-GS, consta de 16 ítems y se enfoca más en las relaciones laborales que en los sentimientos generados por estas (Martínez Pérez, 2010).

¿En qué consiste el Apoyo Social?

Origen y conceptualización.

El Apoyo Social es un componente fundamental para el desarrollo del bienestar individual y familiar, respondiendo a las necesidades y momentos de transición dentro del proceso de desarrollo en cada sujeto. El concepto de Apoyo Social surge del interés por comprender las interacciones sociales y la tendencia a buscar la compañía de otras personas, especialmente en situaciones que generan tensión en el transcurso del ciclo de vida.

A lo largo de los años distintos han sido los autores que han profundizado el concepto de Apoyo Social, mostrándolo como un concepto versátil y transversal a muchas áreas de la interacción social y procesos vitales de desarrollo. Esta misma característica ha sido ampliamente discutida por diferentes autores enfatizando la necesidad de aunar conceptos y lineamientos teóricos para dar vida a una teoría confirmada y avalada por el campo de las ciencias sociales.

El concepto de Apoyo Social es desarrollado inicialmente por el psiquiatra británico John Bowlby en la década de los sesenta, a través de su teoría del apego. El término surgió con la necesidad de explicar el cariño de una madre hacia sus hijos, relacionado principalmente a su efecto protector durante todo el ciclo vital.

Este hecho inició una serie de estudios e investigaciones que fueron desarrollando el concepto, incluyéndolo en teorías, indagando sus fuentes y su influencia en la calidad de vida de las personas, especialmente vinculando el Apoyo Social con el afrontamiento a las situaciones de enfermedad y altos niveles de estrés.

Se consideran las contribuciones realizadas por Cassel, Cobb y Caplan durante los años setenta fundamentales para desarrollar las investigaciones de Apoyo Social como un campo de estudio con personalidad propia y

reconocido por la comunidad científica. Dichos autores, propusieron que el Apoyo Social actúa como agente protector de los efectos negativos, tanto físicos como psicológicos que provienen desde los sucesos vitales estresantes, a su vez, el Apoyo Social brindado de las relaciones sociales ejerce un rol protector que amortigua dichos efectos (García, 2011).

De sus investigaciones se obtiene que las personas que se encuentran en compañía de otros significativos o iguales, no sufrían efectos adversos que otros sujetos en condiciones de aislamiento y atribuyen al Apoyo Social la “función básica de la red social que tiende a mantener la integridad física y psicológica del individuo” (Orcasita & Uribe, 2010). Desde entonces el Apoyo Social ha recibido mayor importancia en el área de investigación social abordado como temática de gran interés dado los abruptos cambios y transformaciones sociales, globalización y modernización que han incidido en el debilitamiento y deterioro de los lazos sociales, repercutiendo en la salud, bienestar y calidad de vida de quienes integran dicha sociedad.

Aranda y Pando (2013) realizan una revisión bibliográfica respecto a las diversas conceptualizaciones existentes del Apoyo Social desde los años cincuenta hasta la primera década del siglo XXI. A raíz de lo nombrado se destacan algunas definiciones, ilustradas en la siguiente tabla:

Tabla 2 Definiciones de Apoyo Social

Autores/as	Año	Definición
Kaplan, Cassel y Gores	1977	"Grado de satisfacción de las necesidades sociales básicas (afecto, estima y pertinencia) a través de su interacción con otros individuos."
Johnson y Sarason	1979	"Grado en que los individuos tienen acceso a recursos sociales, a partir de relaciones de confianza con otros individuos."
Lin, Dean y Ensel	1986	"Conjunto de provisiones expresivas o instrumentales -percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza"
Ander-Egg	2004	"Toda acción, conducta o comunicación que tiene el propósito de proteger, auxiliar o ayudar -a otro y otros- a afrontar situaciones problemáticas, de tipo individual, grupal y/o social"
Yanguas y Leturia	2006	"Conjunto de relaciones sociales, entre las que destacan las familiares, que proveen al sujeto de afecto, ayuda, imagen positiva, información, etc., y que es, al mismo tiempo, un mediador importante en el proceso de afrontamiento de los acontecimientos estresantes."
Ponce y cols	2009	"Proceso interactivo en donde se obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social que nos rodea, teniendo un efecto protector sobre la salud y amortiguador del estrés que supone una enfermedad."

Fuente: Aranda y Pando (2013).

Dentro de las definiciones reconocidas por su claridad, Fachado, Menéndez y González (2013) destacan la realizada por Thoits, quien se refiere al Apoyo Social como el grado en que las necesidades sociales básicas son satisfechas mediante la interacción con los otros, entendiendo como necesidades sociales la afiliación, el afecto, la identidad, la pertenencia, la seguridad y la aprobación. Los autores también destacan a Bowling, quien defiende que el apoyo social es un proceso interactivo entre el individuo y su red social, donde se extrae de ella ayuda emocional, instrumental y/o económica.

Funciones del Apoyo Social.

El Apoyo Social es considerado un eje fundamental al momento de revisar los procesos de salud y enfermedad, incluyendo la forma en que se afronta el estrés, la prevención de enfermedades y sus tratamientos, por tanto, la ausencia del mismo puede ser considerado como un factor de riesgo.

Según Barra (2004) el Apoyo Social cumple tres funciones principales: la primera de ella denominada *función emocional*, está relacionada al cuidado y la intimidad, la segunda *función es la informativa*, la cual involucra consejos y orientación, la última es la *función instrumental*, que implica la disponibilidad de ayuda recibida en forma de recursos materiales o servicios.

Suarez (2011) señala que el Apoyo Social opera en tres niveles distintos:

- *Nivel cognitivo*: basado en el traspaso de información y que busca corregir concepciones erróneas y clarificar dudas respecto a un determinado tema.

- *Nivel afectivo*: apoyando en el reconocimiento y expresión de emociones y sentimientos, incitando a las personas a manifestar sus miedos y dificultades en vida familiar y relaciones sociales.

- *Nivel conductual*: caracterizado por la ayuda concreta y directa, generalmente de carácter material, que contribuya a enfrentar las problemáticas presentes.

Dimensiones del Apoyo Social.

Según Fachado, Menéndez y González (2013) el Apoyo Social se puede entender desde dos dimensiones principales.

La primera de ellas es el *apoyo estructural o cuantitativo*, proveniente de la red social de la persona, y que refiere al número concreto de personas a las cuales puede recurrir por ayuda y a la interrelación entre estas redes. En esta dimensión se incluye la ayuda directa de familias amigos u otros grupos sociales, y se consideran también las características de tamaño, frecuencia y parentesco. Suárez (2011) señala que algunas de las variables evaluadas en este punto son: tamaño de la red (número de personas que la componen), densidad (grado en que los miembros se conocen e interactúan), dispersión geográfica (proximidad o lejanía de los miembros), fuerza de los vínculos (grado de intimidad) y homogeneidad de los miembros (similitud demográfica y social de los miembros).

La segunda dimensión es el *apoyo funcional o cualitativo*, el cual posee un carácter subjetivo y dice relación con la percepción de la persona respecto al apoyo social recibido o disponible, es decir, es la apreciación subjetiva de la persona respecto al apoyo proporcionado por la red social en la que se encuentra.

Principales teorías y modelos para entender el Apoyo Social.

Desde los primeros años de investigación el Apoyo Social fue estudiado desde distintas áreas y disciplinas, utilizando diversos métodos y aportando

evidencia respecto a la influencia del Apoyo Social, principalmente en el área de la salud. Monagas (2016) señala que existen tres líneas de investigación: la primera línea postula que el Apoyo Social influye directamente la salud física y mental de las personas, cuyos estudios y resultados se centran en los efectos de las relaciones sociales sobre la morbilidad y mortalidad de las personas. La segunda línea afirma que el Apoyo Social reduce directamente los impactos de los acontecimientos estresantes de las personas. Finalmente, la tercera línea postula que el Apoyo Social no influye directamente ni en la salud ni en los estresores, sino que se presenta como mediador entre ambos.

Según Avedaño, Bustos, Espinoza, García y Pierart (2009), se distinguen dos niveles para el análisis del Apoyo Social: *el estructural y el funcional*. El *nivel estructural* busca los aspectos objetivos de la estructura de la red social de la persona, es decir, estudia las relaciones que conforman esta red. El segundo es el *nivel funcional*, el cual destaca en sus estudios la percepción del apoyo social, la forma en que se recibe y la valoración de este apoyo.

Para explicar la relación entre el Apoyo Social y sus efectos en la salud, se definen dos modelos principales (Fachado, Menéndez, & González, 2013):

Modelo del Efecto Directo: Esta teoría afirma que el Apoyo Social tiene una influencia positiva en la salud de las personas, independiente al nivel de estrés que puedan percibir, es decir, que no existe interacción entre el estrés y el apoyo social. De la misma forma, las personas al disminuir su Apoyo Social, disminuirá también su bienestar físico y mental.

Modelo del Efecto Amortiguador: Esta teoría postula que el Apoyo Social actúa como amortiguador ante los impactos de los estresores o enfermedades crónicas. A su vez, plantea dos hipótesis que demuestran el efecto amortiguador: el Apoyo Social permite la capacidad de las personas para redefinir las situaciones estresantes mediante nuevas estrategias y el Apoyo Social evita que las personas definan las situaciones estresantes ya que

mantiene seguridad por la disposición de recursos materiales y emocionales ofrecidos por sus redes de apoyo.

Fuentes de Apoyo Social.

Durante años de investigaciones diversos autores han categorizado las fuentes de las cuales proviene el Apoyo Social, considerando todas aquellas pertenecientes a las redes sociales de las personas. Las principales clasificaciones son las siguientes:

Según estructura: pueden ser fuentes de apoyo formales e informales. Aquellas formales están constituidas por una organización burocrática, contempla objetivos específicos y entrega el apoyo mediante profesionales o voluntariado. Las fuentes de apoyo informales hacen referencia a las redes personas y comunitarias no estructuradas. (CELADE, 2003)

Según su nivel: puede describirse en *nivel micro*, considerando las relaciones íntimas y de confianza, siendo la familia el ente principal, *nivel meso*, en relación con las redes cercanas en las que se desenvuelven las personas, incluyendo instituciones cercanas como red de amigos y trabajo, y *nivel macro*, considerando el resto de la comunidad que rodea las personas. En este sentido, el Apoyo Social puede provenir de las diversas relaciones sociales que se encuentran en alguno de los tres niveles nombrados (García, 2011).

El Apoyo Social también proviene de redes de apoyo naturales, considerando familia, amigos y compañeros de trabajo y de redes de apoyo organizadas, como los grupos de ayuda mutua, asociaciones, voluntariado institucional y ayuda profesional (Fachado, Menéndez, & González, 2013).

Características de personalidad que influyen en el Apoyo Social.

Pérez y Martín (1995) señalan que existen características personales que influirán en las relaciones de Apoyo Social, por tanto, es imprescindible diferenciar las predisposiciones de quien ofrece el apoyo y quien lo recibe.

En este sentido, plantea que las características que facilitarían la disposición para ofrecer apoyo serían: la tendencia a prestar atención a las personas, estilo participativo, estabilidad emocional, extraversión, escucha empática y asertividad. Asimismo, aquellas características que facilitarían la recepción del apoyo son: grado de interés por buscar apoyo, asertividad, sociabilidad, ausencia o bajos niveles de ansiedad social, el sentirse cómodo en situaciones de intimidad, capacidad empática y las habilidades para la resolución de conflictos.

Escalas de medición para el Apoyo Social.

A través del tiempo se han desarrollado numerosas investigaciones y estudios respecto a cómo el apoyo social influye y se relaciona en distintos ámbitos de la vida, aportando significantes conocimientos a la sociedad. Uno de los resultados de las investigaciones radica en la creación de distintas escalas que permiten medir el apoyo social que recibe y percibe una persona. Suarez (2011) describe dos instrumentos principales para la medición del apoyo social:

- *Escala de Duke-UNC*: Es un cuestionario estructurado de autoevaluación que consta de 11 ítems, contempla una Escala de Likert² con cinco opciones de respuesta, puntuadas de uno a cinco. Este cuestionario busca recoger la opinión de la persona respecto a la disposición de otras personas de ofrecerle

² Método de medición utilizado principalmente por investigadores e investigadoras para conocer y evaluar el comportamiento de las personas. La escala contempla niveles de desacuerdo y de acuerdo frente a un enunciado determinado, y se denomina así por su creador Rensis Likert.

ayuda en situaciones de dificultad, comprende los conceptos de afectividad y confidencialidad. La medición de la dimensión emocional corresponde a la evaluación de seis enunciados, mientras la medición de la confidencialidad se mide en cinco.

- *Cuestionario de MOS*: Este cuestionario permite conocer la red familiar y extrafamiliar de las personas. Se caracteriza por ser breve, claro y de fácil comprensión. También permite investigar respecto a cuatro dimensiones: afectiva (demostraciones de afecto), interacción social positiva (posibilidad de contar con otras personas), instrumental (posibilidad de ayuda doméstica) e informativa (posibilidad de asesoramiento). Está construido en base a 20 ítems que visibilizan el Apoyo Social como concepto multidimensional y que contribuye a pesquisar situaciones de riesgo social elevado.

¿Quiénes son los cuidadores?

El término cuidador es un concepto muy amplio dentro de toda la variedad de funciones y diferenciaciones que contiene. Pero universalmente los cuidadores son personas que apoyan a otras con sus necesidades básicas y los cuidados que requieran dentro de sus quehaceres diarios.

A pesar de que el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (s.f.) reconozca que “el cuidado es la entrega cotidiana de bienestar a una persona en situación de dependencia y abarca apoyo en las actividades diarias”, la situación en Chile con respecto a los cuidadores es paupérrima. Culturalmente las personas que cuidan han tenido escasez de valor dentro de la sociedad y, por si no fuera poco también legalmente, tanto así que solo figura dentro de la ley en un párrafo sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, y la define en su sexto artículo como “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” (Ley N° 20422, 2010).

La definición que se menciona anteriormente solo hace referencia a personas en situación de discapacidad, excluyendo en ella a personas mayores, personas postradas y todas las demás que posean algún tipo de dependencia. A su vez, el concepto de cuidador para la legislación chilena engloba tanto a aquellos que son formales e informales, sin hacer distinción de que, a pesar de que cumplen el mismo rol, las situaciones de ambos cuidadores son completamente diferentes. Tampoco se realiza la definición de los que trabajan en instituciones establecidas para el cuidado de personas dependientes.

A la fecha, distintas organizaciones sociales que se han visto afectadas a lo largo de su vida por la invisibilización de su situación de cuidadores, han trabajado arduamente para buscar que su forma de vida sea reconocida. Sin embargo, estas organizaciones buscan velar por tomar una posición dentro de la ley en Chile, pero solamente desde los cuidadores informales.

Es por esto, que antes de explicar la situación actual de estos cuidadores se hace imperiosa la necesidad de diferenciar entre cuidadores formales e informales.

Cuidadores formales

Tal como lo dice su nombre, este grupo de personas son las cuales han cumplido con la formalidad de estudios requeridos para el cuidado de alguna persona dependiente. Es por esto que se entiende que los cuidadores formales pertenecen al grupo de trabajos remunerados.

Entendiendo que la investigación de esta tesis hace referencia a los cuidadores de personas mayores, la definición que se aproxima más a la

temática abordada en la enciclopedia de gerontología, en donde se define de la siguiente manera.

“Los cuidados formales o profesionales son todos aquellos cuidados que son prestados por profesionales o semiprofesionales, tales como trabajadores sociales, médicos, abogados, personal de ayuda a domicilio y enfermeras, que cuidan de personas mayores en una amplia variedad de ámbitos” (Birren, 1997)

Estas personas realizan todas estas actividades debido a que escogieron esto como su profesión, y esto es uno de los factores más importantes que les distingue de los cuidadores informales, ya que la remuneración que reciben hace que puedan sustentarse diariamente y además, su trabajo no es todos los días de su vida, como lo son los siguientes cuidadores.

Cuidadores informales

Yo cuido ¿quién me cuida a mí? Es la consigna que se escucha a lo largo de Chile por las distintas organizaciones que han unido fuerzas para poder tener validez legal ante la figura de cuidadores informales.

Ante esta situación de invalidación dentro de la sociedad y la ley, organizaciones como Agrupación Cuido con amor, el Grupo de Apoyo a Familiares de Personas con Alzheimer y Otras Demencias (GAFA) y Asociación Yo Cuido, han sido activas para exigir los derechos que les corresponden como cuidadores, siendo esta última asociación la que ingresa un Proyecto de Ley para modificar la ya nombrada anteriormente Ley N° 20.422.

¿Y qué busca este proyecto de ley? Busca modificar aquella ley para reconocer explícitamente los derechos de los cuidadores informales, para brindar el apoyo necesario para *cuidar a quienes cuidan*.

Pero ¿cómo podría lograrse? Esto se realizaría a través del amparo ante la ley, buscando impulsar así políticas públicas efectivas para que los cuidadores tengan un real cuidado de su integridad física y psicosocial.

Con todo esto, además, mediante el Proyecto de Ley que modifica la Ley n°20.422 (2018), se busca integrar de una vez la figura de cuidador y cuidadora informal, y la define como “aquella persona que no percibe remuneración por las labores desempeñadas, tales como, familiares, amigos o allegados de la persona en situación de discapacidad y/o dependencia”.

Finalmente, dentro de esta modificación a la Ley n°20.422 (2010) también se especifica que los cuidadores tendrán derechos tales como:

- Tener una buena calidad de vida, integrando así a sus actividades diarias recreación y autocuidado y dándoles oportunidades dentro del mundo laboral, económico, social, educacional y cultural.

- Atención prioritaria en la salud, integrando a su vez una red de apoyo integral con profesionales que puedan propiciar una calidad de vida que responda con las necesidades de los cuidadores.

- Entregar herramientas para que sus labores como cuidadores sean potenciadas, y así también para comprender el funcionamiento que garantice la seguridad social y previsional.

A pesar de que este proyecto de ley sea un poderoso aporte para los cuidadores informales que se ven desprotegidos ante la ley, culturalmente las personas no han visibilizado su lucha, por lo cual la presión social que se impone a los legisladores no ha sido tan potente como para que se avance con rapidez en esta materia, ya que en Chile hay tantas injusticias sociales que la de los cuidadores es una más dentro de una larga lista a la cual no le toman la magnitud correspondiente. Sin embargo, se hace sumamente necesario recalcar que la lucha de los cuidadores tiene un realce que es

imperioso acelerar para darles la posición legal que les corresponde, y a su vez, educar a la población sobre la importancia de cuidar a quien cuida.

Cuidado de personas mayores dependientes

En Chile, se ha experimentado durante los últimos años un proceso de envejecimiento demográfico acelerado como nunca se había visto, aumentando con ello la esperanza de vida y las necesidades de cuidado de las personas mayores.

Para este estudio, se entenderá como persona mayor aquellas que superen la edad de 60 años. La dependencia, según la Ley 20.422 se define como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de una o más deficiencias de causa física, mental o sensorial, ligadas a la falta o pérdida de autonomía, requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades esenciales de la vida” (Ley N° 20422, 2010).

Según el Manual para el cuidador de personas mayores en situación de dependencia “Yo me cuido y te cuido” elaborado por el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (s.f), las funciones que cumplen los cuidadores generalmente son:

- Ayudar a la persona a vivir el presente, conectar con el pasado y mirar hacia el futuro.
- Apoyar en la realización de actividades domésticas.
- Ayudar en el desplazamiento interior y exterior.
- Colaborar en la higiene personal.
- Supervisar y administrar los medicamentos.
- Acompañar a controles médicos.
- Realizar curaciones sencillas (previa capacitación).
- Controlar signos vitales como temperatura y presión arterial.

- Realizar cambios en posición y movilización en la cama.
- Acompañar.
- Preocuparse por la mantención del entorno.
- Incentivar las actividades de recreación.
- Preparar alimentos y colaborar en la alimentación.
- Realizar ejercicios de estimulación física y cognitiva.
- Realizar actividades de autocuidado, que le permitan evitar la sobrecarga.

El mismo manual, señala que una persona cuidadora debe conocer los cambios esperados del envejecimiento, saber en qué consiste la enfermedad o condición de la persona a cuidar, identificar los medicamentos correspondientes, manejar las medidas preventivas de la pérdida de funcionalidad físicas y mentales y conocer técnicas de autocuidado. Asimismo, debe tener habilidades como la paciencia, disposición, flexibilidad, creatividad, respeto y buen humor.

Ser cuidador o cuidadora implica una responsabilidad sobre los aspectos de la vida de quien cuidan, su higiene, alimentación, vestuario, medicación, seguridad, entre otros. Implica conocer no solo respecto a la salud de quien cuida, sino también conocimientos respecto a la inversión de recursos personales y económicos familiares, como también el manejo ante la sobrecarga física y emocional que emerge desde el cuidado permanente. (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2013)

Además, las personas cuidadoras dentro de la esfera familiar también cumplen otros roles y funciones, sean estos de carácter laborales, maternos u otros. Por tanto, los límites entre la dimensión laboral, familiar y personal se vuelven sumamente difusos, añadiendo mayor carga laboral y emocional a quien desempeña los cuidados.

En este sentido, se destaca el aporte del investigador estadounidense Steven H. Zarit en conjunto a Reeve y Bach-Peterson, quienes identifican la carga generada por la provisión de cuidados a otras personas, definiéndola como “un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador” (Zarit, Reeve y Bach-Peterson 1990, citado por Carretero, Garcés y Ródenas 2005)

Zarit también es el creador de un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores y cuidadoras informales de personas dependientes, denominado Zarit Burden Inventory, conocido como Cuestionario de Zarit. Este instrumento consta de 22 enunciados, en el cual la persona debe responder la frecuencia de tales enunciados. Cada ítem cuenta con una puntuación que de forma global define el grado de sobrecarga.

El rol de cuidado de las personas mayores en situación de dependencia, tradicionalmente, fue otorgado informalmente a la familia, actuando como agente principal en el proceso de envejecimiento. Si bien, en la actualidad existen organizaciones que se dedican al cuidado de personas mayores dependientes, la familia no deja de cumplir un rol fundamental, y siguen siendo muchas aquellas que dentro de la esfera familiar se dedican al cuidado de una persona mayor dependiente. (MINSAL, 2009)

Es a raíz de lo anterior, que también han surgido grupos sociales que comparten esta realidad y que apoyan estas labores con instancias formativas y estrategias para el autocuidado.

¿Qué son las Estrategias de Apoyo Social?

En la actualidad, no se ha llegado a una definición clara respecto a cuáles son las estrategias que utilizan distintos colectivos para recibir Apoyo Social, mucho menos se ha podido definir aquellas que se relacionen con los trabajos realizados por cuidadores informales, tanto de personas mayores como de

personas dependientes, esto debido principalmente a que los mecanismos de apoyo dependen de la realidad social de cada persona y el acceso a los recursos de apoyo.

Dentro de los objetivos propuestos en esta investigación se hace referencia a identificar cuáles son las estrategias, y cómo estas se van relacionando entre sí. Es por ello, que para fines de este estudio se entiende el concepto de estrategias según el autor Ezequiel Ander-Egg (2011) como el arte de coordinar determinadas acciones y medios para conseguir un objetivo, que, en este caso, sería la obtención del Apoyo Social.

Desde el Fenómeno

Contextualización del Síndrome de Burnout

Mundialmente

Ante el sistema capitalista que se ha impuesto en Chile y en el mundo, las empresas se han guiado bajo los lineamientos de generar riquezas a través de los sistemas de producción, basándose en la importancia de los recursos económicos e invisibilizando los recursos humanos que son el eslabón más importante de la producción. Si bien los recursos humanos cada día van tomando más importancia dentro de los líderes de las empresas, “dentro del capitalismo, sólo es productivo el obrero que produce plusvalía para el capitalista o que trabaja por hacer rentable el capital” (Marx, 1951).

Bajo la extensa crítica que Karl Marx hace en *El Capital*, sobre la disociación entre los obreros y su trabajo, es que se hace fuertemente visible la importancia de las personas por sobre la producción que le da a las empresas, sin embargo, esta importancia solo comenzaría a destacarse como una corriente política y económica, basándose en ideales de desigualdad de clases, que dejaría atrás la idea principal de la relevancia de la salud mental de los trabajadores.

Posterior a investigaciones de Marx, la tesis sobre estrés laboral y bienestar de la clase trabajadora es que a nivel mundial se comenzará a hablar de las y los trabajadores como un recurso indispensable para un sistema de trabajo, y es aquí donde radica la importancia de vincular la salud de los equipos de trabajo con la Organización Mundial de la Salud (desde ahora OMS).

El primer acercamiento de la salud de las y los trabajadores, a nivel mundial, se sitúa en el año 2000, en donde la OMS en su Informe Anual Sobre la Salud en el Mundo hace referencia por primera vez a la importancia de los Recursos Humanos, no solamente desde el punto de vista económico, sino que también destaca las condiciones de las y los trabajadores, y cómo mejorarlas para un óptimo funcionamiento de las empresas. Este primer acercamiento de las condiciones del equipo de trabajo de una empresa, aunque no se enfoque en la salud mental de estos, comienza a visibilizar la importancia de mantener los recursos humanos como prioridad dentro de un sistema de trabajo.

Durante este mismo año, para reafirmar lo nombrado anteriormente, la OMS declara dentro de los *factores de riesgos laborales* al Síndrome de Burnout, dando así la primera aceptación mundial dentro de los sistemas de salud. Sin embargo, en este año aún no se le reconocería como una enfermedad, patología o trastorno.

En junio del año 2018 la OMS da a conocer su nueva Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (desde ahora CIE 11), la cual “bajo varios nombres, ha sido durante muchas décadas el instrumento esencial que permitía la comparación nacional e internacional en el campo de la salud pública” (Martín, Vásquez, & Herrera, 2002), y es aquí en donde se reconoce oficialmente y mundialmente al Síndrome de Burnout como un fenómeno ocupacional y se define de la siguiente manera.

“Es un Síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) eficacia profesional reducida. El Síndrome de desgaste ocupacional se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida” (OMS, 2019).

Con respecto a esta definición, esta no sería posible sin estudios anteriores que fueron pioneros para poder integrar al Síndrome de Burnout como tal, es por esto por lo que se situará el contexto hacia Europa, en donde por primera vez se da a conocer el término Burnout.

Europa

En 1962, Graham Green, un escritor del Reino Unido, escribe una novela llamada “A burnout case” en la que se narra la historia de un arquitecto, cansado de su agitada vida, se va a una comunidad cristiana en donde tratan leproso. Dentro de esta comunidad se encontraba un doctor, el cual lo diagnostica como un caso de agotamiento, o como lo dice el título “burnout case”.

Estados Unidos

Dando un gran salto hasta Estados Unidos, El Síndrome de Burnout se presenta clínica y teóricamente por primera vez por Freudemberger en 1974, “él observó que muchos voluntarios con quienes trabajaba presentaban un proceso gradual de desgaste anímico y desmotivación” (Muñoz J. B., 2002). Su definición la integró dentro del campo de la psiquiatría, y lo atribuye a las personas que ejercen el rol de servicio a otras personas.

Posterior a este estudio, en el mismo territorio, Cristina Maslach en 1976 da a conocer ante el Congreso Anual de la Asociación de Psicología la patología de Burnout, destacando que cada vez era más visible dentro de las y los trabajadores que disponían sus servicios hacia otras personas. No es hasta 1980 cuando esta mujer crea el Maslach Inventory Burnout – Human Service Survey (desde ahora MBI-HSS), en donde integra las tres dimensiones en las cuales se basa la OMS para describir el Síndrome, las cuales son: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Latinoamérica

Acercando la investigación hacia el territorio latinoamericano, este, aunque tenga una fuerte cultura que le diferencia de Norte América o de Europa, sigue utilizando los mismos lineamientos que se utilizan en estos territorios para profundizar las investigaciones sobre el Síndrome de Burnout, guiándose así por el MBI-HSS y por modelos impropios de esta zona, por lo que hace que las investigaciones deban tener aquel estilo propio que caracteriza a los latinos.

De acuerdo con algunos estados del arte que realizado por destinos profesionales que investigaron dentro del territorio, aquellos países “con más investigaciones en esta temática son Colombia y México, quienes presentan mayor número de investigaciones desde las disciplinas de la educación y la psicología, lo cual permite establecer un panorama de antecedentes de aplicaciones y mediciones” (Casallas Ocampo, Rodríguez Perdomo, & Ladino Alfonso, 2017).

Dentro del contexto **colombiano**, se mostrará en qué situación se encuentra el país con respecto a las investigaciones sobre el Síndrome de Burnout realizadas para obtener información sobre el escenario de aquellas

personas que su labor es trabajar con personas, para posteriormente dilucidar si es que existe Síndrome de Burnout en ellas o si no existiere.

“En un estudio con docentes oficiales en la ciudad de Medellín se identificó que el 46.8 % de ellos presentaban burnout o estaban en alto riesgo de presentarlo. En otro estudio en Ibagué, los resultados señalan que gran parte de los docentes de la muestra presentaba un nivel de burnout bajo, pero se destacaba el hecho de que el 34 % presentaran niveles altos en cinismo (o Despersonalización) y el 31 % reportaran un alto grado de ineficiencia en el trabajo, las cuales son características importantes del Síndrome de burnout. Además, un estudio en Bogotá encontró una prevalencia del Síndrome del 15.6 % en docentes de colegios públicos y porcentajes altos en los factores asociados relacionados con el entorno laboral (18.96 %) y la satisfacción personal (16.34 %)” (Díaz Bambula, López Sánchez, & Varela Arévalo, 2012).

Observando estos resultados obtenidos en investigaciones a docentes de Colombia, pero de diferentes ciudades, se observa que en la mayoría de los casos se encuentran presentes dimensiones que influyen a que el MBI-HSS, indique que este esté presente o, en su defecto, se presentará de no ser tratado adecuadamente.

De las características más importantes que destacan algunos estudios en Colombia, es que estos se realizan bajo el MBI-HSS, más, sin embargo, este no tiene validación completa por algunas de las y los investigadores, por lo tanto, en sus estudios realizan variaciones de este instrumento, que se adapten a las realidades particulares de estas.

El segundo país latinoamericano que ha realizado mayores investigaciones con respecto al Síndrome de Burnout es **México**, las cuales son de carácter cuantitativo y tienen la particularidad de aplicar una variación del MBI-HSS que se obtiene desde la traducción española, sin embargo, no existe una confiabilidad en este instrumento, ya que no se adapta a la realidad cultural

del país. Es por esto, que según una revisión sistemática de artículos mexicanos realizada por Juárez, Idrovo, Camacho y Placencia (2014) se hace una crítica a la heterogeneidad utilizada para los resultados de los análisis sobre el nivel del Síndrome de Burnout en la población estudiada, de hecho, se observa en estos artículos que “evidentemente que hay sesgos de sobreestimación o subestimación de prevalencias, sin dejar de mencionar que una gran cantidad de investigaciones ni siquiera menciona los criterios utilizados” (Juárez García, Idrovo, Camacho Ávila, & Placencia Reyes, 2014).

A continuación, se mostrarán algunos estudios realizados en México con respecto al Síndrome de Burnout.

“Pérez (2005) realizó un estudio en el hospital Juárez de México (...) La muestra se conformó con 80 médicos residentes, 50 en el grupo clínico y 30 en el quirúrgico. De la población estudiada 35% padeció Síndrome de Burnout; en el grupo de los clínicos fue de 44% y en el de los quirúrgicos de 20%. Se observó que el área más afectada, en la mayor parte de las variables, fue la despersonalización en 25%, seguida por cansancio emocional en 16.2% y finalmente la relaización profesional en 7.5% (...) Olivera, Guitiérrez y Herrera (2004) realizaron un estudio de Burnout en residentes del primer año de psiquiatría del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, México. La muestra fue de 19 residentes, de los cuales 10.6% mostraron padecer Burnout de manera severa, mientras que el 59.7% de manera moderada y el resto 29.7% solo tendencias a padecerlo” (Hernández Gracia, Terán Varela, Navarrete Zorrilla , & León Olvera , 2007).

Chile

A pesar de que en Latinoamérica se comparta el idioma y algunas similitudes culturales, cada país es diferente, y a su vez, la variedad de personas que componen este hace que las experiencias e investigaciones

tengan cada una su debida particularidad. Es por esto que hace imperiosa la necesidad de poder contextualizar desde el propio país del equipo de trabajo para acercar experiencias a lo que se quiere pesquisar en esta investigación.

Casallas, Rodríguez y Ladino (2017), en su revisión teórica a las investigaciones del Síndrome de Burnout en Latinoamérica entre los años 2010 y 2017, declaran que Chile se encuentra en el cuarto lugar de una lista de 10 países investigados, contando con el 4% de estudios publicados.

A pesar de que el Síndrome de Burnout es una temática mundialmente estudiada, y que cada vez toma más espacio dentro de las investigaciones internacionales, “en el caso de Chile, no existen investigaciones previas que aborden de manera específica el estudio de la prevalencia del SBO³ entre funcionarios de prisiones, ni la relación con otras variables de tipo laboral, organizacional y psicosocial” (Alvarez Cabrera, Chacón Fuertes, & Sanchez Moreno, 2016).

Con respecto a los instrumentos utilizados en Chile, este se sigue guiando por el MBI-HSS, ya que “los resultados obtenidos permiten sostener que el MBI-HSS es un instrumento confiable y factorialmente válido para medir los tres específicos aspectos del Síndrome de Burnout” (Manso Pinto, 2006). Sin embargo, existen deficiencias en el instrumento por falta de definición teórica, y de términos para hacer una diferenciación de otras patologías, por lo cual, las y los investigadores incluyen variaciones en este, ya que en Chile, tampoco existe un lineamiento que sostenga que solamente se debe utilizar el MBI-HSS de la manera fidedigna creada por Maslach.

Como se nombra anteriormente, en Chile las investigaciones sobre el Síndrome de Burnout son escasas, sin embargo, cada día toma más espacios

³ Entiéndase SBO como diminutivo de Síndrome de Burnout

entre el interés de las y los investigadores. Algunas de ellas se señalan a continuación.

Entre los estudios se encuentran las áreas de: educación (tanto docentes como estudiantes), salud y gendarmería.

En un estudio cuantitativo realizado por Cecilia Quaas (2006), se evalúa si es que existe o no el Síndrome de Burnout en un grupo de profesores universitarios de la quinta región y cómo afrontarlo. Los resultados fueron los siguientes. “Con respecto al diagnóstico de burnout, el 72% de los académicos no presentan burnout, el 28% restante presentó burnout en algún grado (bajo, 16,1%; mediano, 10,2% y alto, sólo un 1,5%)” (Quaas, 2006).

Desde otro estudio obtenido por la investigación realizada por Toloza, Olmos de Aguilera, Fuentealba & Céspedes (2013), en la Universidad Católica de la Santísima Concepción, se obtuvieron los resultados sobre si existe o no el Síndrome de Burnout en estudiantes de cuarto año de la universidad nombrada, y qué factores asociados existen en la adquisición del síndrome. Lo cual se refleja en los siguientes resultados.

“De los sujetos estudiados, 71 (78,8%) presentaron al menos uno de los tres ítems de SBO en rango severo, destacando que en sexto año ningún estudiante presentó todos los ítems de SBO severos. Quinto año presenta la proporción más alta de estudiantes con todos los ítems de SBO severos, mientras que cuarto año resultó ser el curso con más estudiantes sin parámetros de SBO severos (...) Los niveles de SBO promedio en este estudio son medio-altos, similar a reportes internacionales” (Alfaro Toloza, Olmos de Aguilera, Fuentealba, & Céspedes González, 2013).

Y finalmente, Melita Cruz y Merino (2008), estudian si es que existe o no el Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales en la octava región, lo cual los resultados fueron los siguientes. “La presencia de burnout y sus subdimensiones en este grupo de

profesionales fue de intensidad intermedia, con un promedio de 62.57 para la escala global de burnout y de un 19.58 para cansancio emocional, de un 8.15 para despersonalización y de un 34.85 para baja realización profesional” (Melita Rodríguez , Cruz Pedreros, & Merino, 2008).

Como se puede observar en los estudios propuestos anteriormente, el Síndrome de Burnout, a pesar de no manifestarse con una intensidad alta, si se presenta con porcentajes importantes para declarar que sí existe Síndrome de Burnout en las áreas de estudio mencionadas con anterioridad.

Finalmente, pero no menos importante, una de las acciones a destacar en este país es que el Servicio Nacional del Adulto Mayor (desde ahora SENAMA) implementó en el 2016 un Programa de Prevención del Síndrome de Burnout en el Establecimiento de Larga Estadía para Adultos Mayores (desde ahora ELEAM) “El Copihue”, con el fin de evitar que las personas que padezcan el Síndrome de Burnout comiencen a desarrollar malos tratos con las personas mayores que están a su cuidado. Este programa funciona bajo evaluación de las y los cuidadores, a través del instrumento MBI, y con esto, dependiendo de los resultados que arroje, separará por dos grupos de trabajo a las y los profesionales, aquellos con bajo riesgo del Síndrome de Burnout y en otro con riesgo medio alto. Posterior a esto, se realizan capacitaciones y se va evaluando el avance en conjunto con directores de la residencia y las y los trabajadores sociales.

Este programa ha ayudado a la atención de calidad dentro de este centro de larga estadía de personas mayores, además “esta iniciativa ha sido evaluada positivamente tanto por las personas mayores como por los cuidadores. Los cuidadores han expresado su gratitud por el programa, dado que incluye como tema de interés su salud mental y física” (Agudelo, 2019).

Por último, se hace imperiosa la necesidad de que el Síndrome de Burnout se reconozca dentro de las investigaciones para que las y los profesionales

puedan adoptar más programas como el nombrado anteriormente y en un futuro, hablar no solamente desde el tratamiento de este Síndrome, sino que también desde la promoción y prevención de este.

Contextualización del Apoyo Social

Mundialmente

El abordaje y estudio del Apoyo Social en distintos lugares alrededor del mundo se ha centrado principalmente en al ámbito del bienestar en salud mental e integral, así como también en procesos terapéuticos como estrategias de afrontamiento y herramienta fundamental para enfrentar condiciones de estrés y situaciones desfavorables, tanto físicas como mentales, que podrían gatillar enfermedades al persistir en el tiempo. En este sentido, la OMS sugiere y recomienda el empleo del Apoyo Social como estrategia de intervención en salud mental. Cabe destacar que la OMS entrega a sus recomendaciones una calificación de solidez las que pueden ser de carácter ordinaria o firme, señalando:

“El apoyo social (proveniente de los recursos informales o formales que ofrece la comunidad) se deberá prestar a las personas que declaren espontáneamente haber tenido pensamientos de hacerse daño, o que han trazado planes con esa intención en el último mes, o que se han hecho daños a sí mismas en el último año” (OMS , 2017).

Los estudios señalados a continuación y los lineamientos empleados en dichos estudios requieren ser contextualizar con algunas investigaciones relacionadas con el Apoyo Social, para aquello se considerarán definiciones entregada por autores más modernos. Ander Egg (2004), expresa que el Apoyo Social es “toda acción, conducta o comunicación que tiene el propósito de proteger, auxiliar o ayudar –a otro u otros– a afrontar situaciones problemáticas, de tipo individual, grupal y/o social”, el mismo autor, señala que

el Apoyo Social “es humano, existencial y personal”. Años más tarde Ponce y Cols (2009) mencionan que el apoyo social “es un proceso interactivo en donde se obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social que nos rodea, teniendo un efecto protector sobre la salud y amortiguador del estrés que supone una enfermedad”. Por último, Perilla y Zapata (2009) describen que el Apoyo Social se utiliza para “una característica abstracta de las personas, conductas, relaciones o sistemas sociales, por lo que se le considera más como un metaconcepto que un concepto susceptible de definición y medición” (Aranda & Pando, 2013)

Sin embargo, previo a los autores señalado y sus aportes sobre lo que conocemos hoy en día como Apoyo Social, años antes ya se comenzaba a gestar el concepto en el ámbito de la psicología y psiquiatría, de la mano de algunos pioneros. La siguiente revisión de estudios pretende incorporar los primeros acercamientos al concepto de Apoyo Social, para luego entregar una visión global desde el plano mundial y latinoamericano para luego terminar con el contexto nacional.

Europa

John Barnes (1954) es el primer antropólogo y etnográfico en incorporar la perspectiva de las redes sociales para comprender las relaciones humanas. Introduce el concepto de Apoyo Social, para intentar explicar aspectos como “el acceso a puestos de trabajo, la actividad política y los roles maritales” en su trabajo llamado “Class and Committees in a Norwegian Island. Human Relations”.

John Bowlby (1969) psicoanalista inglés que introduce el Apoyo Social como concepto “cuando surgió la necesidad de explicar el cariño de una madre hacia los hijos, en específico el del efecto protector, desde la infancia y durante la vida.” (Aranda & Pando, 2013)

Años más tarde hacia la década de los setenta en Inglaterra, se daban a conocer la realización de diversos estudios en el que se incluía este concepto. En esta década se publican dos artículos pioneros en el tema, siendo el trabajo de:

“Cassel J. (1974 & 1976) sobre procesos psicosociales y estrés y, el trabajo de Cobb S. (1976) sobre el apoyo social como amortiguador de los procesos estresantes vitales. A partir de estos estudios es que el apoyo social se definiría como el proceso en que se dan las transacciones entre las personas” (Aranda & Pando, 2013).

Ya hacía la década de los 2000 y luego de un amplio paraje de estudios e investigaciones, autores con diversas publicaciones desde el 2010 en adelante siguen conceptualizando y abordando definiciones que ya otros estudiosos habían realizado con anterioridad. De este modo, uno de los aportes más recientes en el antiguo continente es el realizado por Fernández y Manríquez (2010, citado por Aranda y Pando 2013) quienes comprenden el Apoyo Social de siguiente manera:

“Proceso interpersonal de abogacía que está centrado en el intercambio recíproco de información en un contexto específico, el de negociación entre los proveedores y los receptores, a través de la seguridad, refuerzo, afirmación, validación y estímulo, bajo una atmósfera de respeto positivo incondicional y cuidado, el cual incluye expresiones de comprensión, respeto, empatía, compasión y amor.”

De estas definiciones y construcciones teóricas sobre Apoyo Social es que se han realizado distintos estudios, artículos y aportes ligándolo a una amplia diversidad de situaciones, contextos y ambientes sociales. Ejemplo de esto es la investigación realizada por Fachado, Menéndez y Gonzáles (2013) en donde realizan una revisión de los modelos del Apoyo Social ligándolo directamente en el área salud y en específico sobre su influencia en las

enfermedades crónicas. Para estos autores los modelos que mejor explican esta relación son el modelo de efecto directo y el modelo amortiguador, trayendo de vuelta lo ya dicho muchos años atrás por autores como Cohen y Syme (1985). En dicha revisión enfatizan la figura de la familia como agente de Apoyo Social, a quien le otorgan la importancia de condicionar actitudes y comportamientos, entregar cuidados, neutralizar el estrés y contribuir en la persistencia o disminución de los síntomas de la enfermedad mediante la vía psicofisiológica⁴ y la vía comportamental (Alonso, Menéndez, & González, 2013).

Otro estudio realizado en Europa que demuestra la diversidad de áreas en que el Apoyo Social es empleado, es el estudio realizado por Buesa y Calvete (2013) en donde se evidencia el papel que juega el Apoyo Social contra la violencia hacia la mujer, la depresión y el estrés. En dicho estudio ambas autoras evalúan el papel del Apoyo Social de la siguiente manera:

“Apoyo Social percibido (formal, familiar, red social y de una persona significativa) en los síntomas de depresión y estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja. Se evaluó si el apoyo social, solo y en interacción con la violencia experimentada, se asociaba con los síntomas y si el apoyo social predecía la ruptura con la relación abusiva en el seguimiento. Participaron 157 mujeres que completaron medidas de maltrato físico, psicológico y sexual y medidas de apoyo social percibido. Los resultados mostraron que únicamente el apoyo percibido por parte de una persona de confianza se asociaba a menos síntomas de depresión y estrés postraumático, resultado importante porque las participantes informaron que este tipo de apoyo social era del que carecían más. El mayor grado de

⁴Disciplina que estudia las relaciones entre los procesos de los sistemas nervioso, muscular y endocrino y las actividades mentales y el comportamiento.” (Real Academia Española, 2020)

satisfacción lo mostraron para el apoyo formal, que no se asoció con los síntomas psicológicos, pero sí con la ruptura con la relación abusiva” (Buesa & Calvete, 2013).

De esta manera se evidenció que el Apoyo Social, tanto formal como informal, cumple su rol moderador de la relación entre violencia y síntomas psicológicos. Aunque las autoras destacaron la función del Apoyo Social formal en el proceso de ruptura de la relación y el rol del apoyo social informal proveniente de una persona significativa como el apoyo más importante para el bienestar psicológico de las mujeres.

A continuación, se mostrará una imagen realizada por las autoras Buesa y Calvete (2013) para esclarecer al lector o lectora lo dicho anteriormente.

Apoyo social, violencia y síntomas psicológicos en las víctimas.

Predictor	Depresión	TEP
Violencia	.19*	.38**
Apoyo formal	-.01	-.10
Apoyo familiar	-.03	-.09
Apoyo de persona significativa	-.29**	-.23**
Apoyo red social	-.08	.10
Violencia x apoyo formal	.02	-.04
Violencia x apoyo familiar	.01	.03
Violencia x apoyo de persona especial	-.08	.05
Violencia x apoyo red social	-.10	.02

* = $p < .05$; ** = $p < .001$

Ilustración 1 Imagen obtenida de Buesa y Calvete (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático. Journal of Psychology and Psychological Therapy, vol. 13, núm. 1

Otros estudios realizados en el mismo continente siguen reforzando la misma idea del Apoyo Social como una herramienta facilitadora del bienestar integral. Hacia esta integralidad del desarrollo humano, autores como Pedrosa,

García, Suárez y Pérez (2012) plantean a través de su estudio sobre psicología deportiva llamado “Adaptación Española de una Escala de Apoyo Social percibido para deportistas” que el Apoyo Social es una de las variables que ejerce una mayor influencia en el ámbito deportivo. Añaden además que “esta variable no afecta únicamente al rendimiento del deportista, sino que ha demostrado su relación con trastornos como el Síndrome de Burnout” (Pedrosa, García, Suárez, & Pérez, 2012). Además, señalan que el apoyo social ha demostrado tener una importante relación con otros aspectos psicológicos tan diversos como el manejo de situaciones de estrés, la prevención, recuperación y recaída de lesiones deportivas, así como la mejora de los niveles de ejecución.

Dando un vuelco hacía otra temática de interés en los estudios relacionados con la incorporación del Apoyo Social como herramienta beneficiosa del bienestar son los estudios en el área de salud comunitaria. Autores como García (2011) y López y Laviana (2007) reflejan la necesidad de incorporar nuevas herramientas en la intervención social considerando la importancia que tiene la comunidad sobre el bienestar de las personas que pertenecen a ella. El primer autor pretende colocar el Apoyo Social como una nueva herramienta en las estrategias de prevención, comprendiendo a los sistemas de apoyo social como un facilitador de logros de objetivos en la intervención posicionando a la comunidad en lo macro de la organización social (García, 2011)

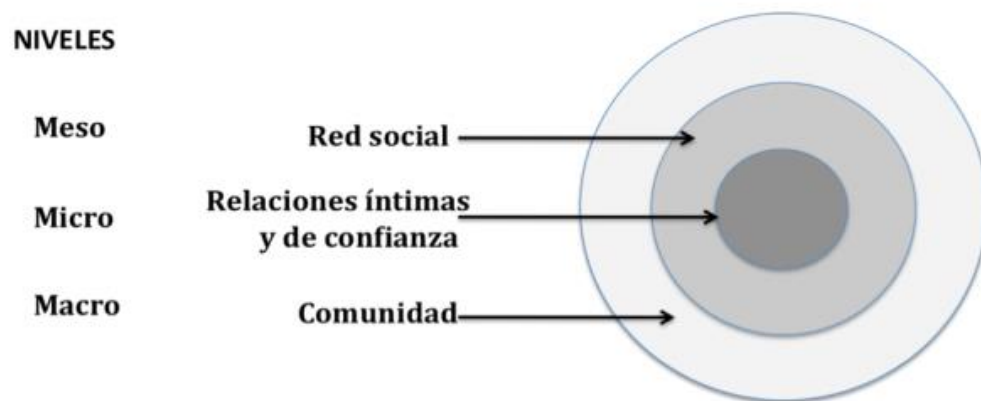


Ilustración 2 Imagen obtenida de García (2011). Apoyo Social e intervención social y comunitaria.

Los segundos autores López y Laviana (2007) hacen hincapié en la importancia de las redes sociales en los procesos de rehabilitación y además añaden la relevancia que los programas destinados a la inserción social y la inclusión poseen como acción contra la discriminación y exclusión social de personas con patologías en salud mental.

Estados unidos

Mientras que en Europa los precursores y sucesores a estos continuaban incorporando el concepto de Apoyo Social en la psicología y psiquiatría, al otro lado del mundo autores que han perdurado en el tiempo por sus aportes profundizaban la noción del Apoyo Social como una parte importantísima de las interacciones humanas, imprescindible para la comprensión de las interacciones sociales y como contenido funcional de estas. Sheldon Cohen, Psicólogo estadounidense, en sus estudios se enfocó en incorporar y comprender mejor la integración del concepto a distintos aspectos del desarrollo humano, integrándolo como un recurso social percibido o recibido. En sus estudios, en español, "Issues in the Study and Application of Social

Support” y “Social Support and the Buffering Hypothesis” se refiere al Apoyo Social como:

“Contenido funcional de las interacciones sociales (...) totalidad de recursos provistos por otras personas (...) se relaciona con la calidad de vida e incluye el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis” (Aranda & Pando, 2013).

Latinoamérica

El panorama Latinoamericano en estudios sobre Apoyo Social, no se aleja de las temáticas desarrolladas en Europa, aunque la manera en cómo es abordada tiene relación directa con los procesos históricos trascurrido en dicho continente.

Cuba

Uno de los estudios presentados a continuación tiene relación con el rol que posee el Apoyo Social en el ámbito de tratamiento, atención y prevención en salud. Una de las enfermedades en la que se ha estudiado su impacto es el VIH, el siguiente estudio es realizado el mismo año en que la OMS certificó que Cuba se posicionaba como el “primer país del mundo en eliminar la transmisión del VIH” (EFE, 2020).

El estudio realizado por Vilató, Pérez y Afonso (2015) contó con 21 participantes afectados por la enfermedad, dentro de los resultados resalta que el 90,5 % de los pacientes percibió a la familia como principal fuente proveedora del apoyo y que el 47,5 % de los pacientes consideraron a los profesionales de la salud como una fuente de apoyo. Por último, el estudio

también determinó que la percepción del Apoyo Social percibido es de gran importancia en el proceso de tratamiento y adhesión a este, ya que entrega apoyo emocional, eleva la autoestima y la confianza, y genera factores protectores ante la situación de estrés.

México

Siguiendo la misma línea de Cuba, los estudios realizados en México enfatizan la importancia de la red familiar cercana y la influencia de la figura de una persona significativa como agentes de Apoyo Social. A continuación se presentarán tres estudios en este país relacionados al Apoyo Social en contexto de cuidadores de personas mayores, estilos de afrontamiento del estrés y bienestar en adolescentes.

El primer estudio estuvo conformado por 464 cuidadores familiares de personas mayores con algún tipo de dependencia, en este se determinó que el Apoyo Social representa una de las variables más importantes para comprender el bienestar en cuidadores, ya que este representa una fuente de intercambio de recursos, acciones e información que se concreta en ayudas instrumentales, materiales, emocionales y de orientación “todas ellas relevantes para quien diariamente enfrenta necesidades emocionales y conflictos de relación interpersonal, carencias económicas, dificultades instrumentales y falta de orientación para responder a la multiplicidad de demandas que genera el cuidado” (Domínguez, Ocejo & Rivera, 2013).

El segundo estudio realizado en el mismo país también se relaciona con la figura de las y los cuidadores familiares de personas dependientes, en este estudio Domínguez, Mandujano, Quintero, Sotelo, Gaxiola, Valencia (2012) basándose en el análisis de estudios realizados por otros autores con anterioridad en el tema, señalan que la figura de los cuidadores se encuentra invisibilizada dada la conveniencia de las autoridades como medida para no

destinar recursos a los pacientes mayores y con algún grado de dependencia. Las redes de apoyo y las fuentes que emanan de este, en el contexto de desamparo intencional, significan recursos de gran valor para las familias al cuidado y para quien ejerce la labor misma de cuidar. Además, establecen una relación causal directa entre lo que determinan como apoyo material, apoyo práctico, apoyo emocional y apoyo de orientación, lo que refleja la trascendencia del Apoyo Social entregado y percibido, contribuyendo en el bienestar integral de las personas.

Colombia

Dentro de la misma temática de interés con los otros países de Latinoamérica, Colombia también posee estudios en el área de bienestar y Apoyo Social, en este caso el primer estudio señalado tiene directa relación con el Apoyo Social como una estrategia de afrontamiento del estrés en adolescentes. Verdugo, Ponce, Guardado, Meda, Uribe y Guzmán (2013) en su estudio conformado por una muestra no probabilística de 436 adolescentes, el 60% hombres y el 36% mujeres, determinó que la afinidad con el círculo cercano de los adolescentes y el sentido de pertenencia, sumado a la validación grupal y confirmación de aceptación, representaban una significativa fuente de Apoyo Social, en el que no solo les adolescentes acudían para generar un sentido de pertenencia, sino que, ante la incertidumbre y la incomodidad, era este grupo de pares y amigos quienes representaban la función de contención y amortiguamiento de las condiciones de estrés y su implicancia.

Otros autores y sus estudios en Colombia con adolescentes también señalan lo siguiente:

“El apoyo social se constituye como factor de protección en el bienestar del adolescente, ya que brinda apoyo emocional, material e informacional, los cuales generan recursos de apoyo valiosos para enfrentar las situaciones de

riesgo que se pueden presentar en esta etapa del ciclo de vida” (Orcasita & Uribe, 2010).

Chile

En Chile los estudios realizados en torno al Apoyo Social investigados datan con fechas mucho más cercanas en comparación a Europa y a países latinoamericanos como Colombia y México. Sin quedar atrás autores chilenos han aportado información relevante en contexto de vulnerabilidad proponiendo el Apoyo Social, además de una estrategia de afrontamiento, como un predictor de resiliencia y amortiguador de causantes del estado de ansiedad y depresión.

Un estudio realizado por Leiva, Pineda y Encina (2013) en adolescentes en contexto de vulnerabilidad, propone el Apoyo Social como un predictor de la resiliencia y la autoestima. Los autores señalan que el Apoyo Social familiar se presenta como un moderador en la relación entre la autoestima y la resiliencia, diferenciando dos grupos de adolescentes, uno con menor autoestima y otro con mayor nivel de autoestima y un autoconcepto más elevado. En el primer grupo el Apoyo Social percibido influye directamente como un efecto amortiguador de situaciones de estrés, por otro lado, quienes presentan una autoestima más elevada, la percepción del Apoyo Social no representaría una gran ayuda, ya que este grupo tiende a confiar en resolver y hacer frente a las adversidades confiando en sus propios recursos.

Un segundo aporte en la investigación sobre Apoyo Social en Chile trata un tema controversial en el último tiempo en el país, sobre el rol de la docencia cargado de exigencias, en cuanto al desgaste físico y emocional se refiere, además el sacrificio del tiempo en familia y recreación, y los distintos roles asumidos por compromiso vocacional dentro de la sala de clases que los mismos docentes han denunciado a lo largo del tiempo ante la pasiva

respuesta de las autoridades educacionales frente a las condiciones de salud mental a las que se ven forzados a sobrellevar quienes realizan la tarea de enseñar.

Jiménez, Jara y Miranda (2012) realizaron un estudio conformado por 89 profesionales de establecimientos municipales en la ciudad de Rengo, una de las temáticas del estudio fue la correlación entre satisfacción laboral y Apoyo Social, en cuanto a los niveles de Apoyo Social percibido, “el 1,12% de la muestra presenta bajo nivel de esta variable, 35,96% exhibe un nivel medio de Apoyo Social, mientras que un 62,92% restante percibe altos niveles de Apoyo” (Jiménez, Jara, & Miranda, 2012). Dado que el Apoyo Social presentaba un alto nivel de percepción en los docentes, los autores postulan que este significaría un recurso disponible y accesible, por ende, podría representar una efectiva estrategia para sobrellevar condiciones de estrés. Por otra parte, los mismos autores proponen, por medio de las cifras recabadas, que el Apoyo Social posee correlación directa y altamente significativa con la satisfacción laboral, resultando que a mayores niveles de Apoyo Social mayores niveles de satisfacción laboral, dado que

“cada uno de los factores que componen la variable Apoyo Social (Familia, Amigos y Otros Significativos) se relacionan de forma directa y altamente significativa con cada una de las dimensiones de Satisfacción Laboral (satisfacción con la supervisión, satisfacción con las prestaciones, satisfacción intrínseca, satisfacción con la participación y satisfacción con el ambiente físico)” (Jiménez, Jara, & Miranda, 2012).

Un tercer estudio que amerita ser considerado, es el realizado por la autora Vivaldi y el autor Barra (2012) quienes aportan la relación entre el bienestar psicológico, el Apoyo Social percibido y la percepción de salud en personas mayores. El estudio realizado en la ciudad de Concepción estuvo constituido por 250 personas entre hombres y mujeres, entre las edades de 60 y 87 años,

de este estudio se desprende que el bienestar psicológico y el Apoyo Social presentan una alta relación. En este estudio se empleó una Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. Producto de esta investigación se determinó que “el apoyo social percibido presenta relaciones muy significativas en ambos sexos con tres dimensiones del bienestar psicológico: relaciones positivas, autoaceptación y propósito en la vida” (Vivaldi & Barra, 2012).

Para concluir, es posible reconocer los estudios realizados en Chile prestando atención a la salud mental y a la percepción del bienestar en diferentes sujetos, adolescentes, docentes y personas mayores. Estos estudios demuestran un interés por entregar soluciones a los niveles en la calidad de vida y bienestar de todas las personas desde el mundo académico. Pero, por otro lado, de los estudios recabados para la construcción de este punto ninguno tuvo relación directa ejes que vincularan el Apoyo Social con las Políticas Públicas ni lineamientos de acción de instituciones estatales u organismos públicos. Cabe mencionar que, si bien no fue posible detallar el Apoyo Social como concepto incorporado a los lineamientos de acción de las Políticas Públicas, alguna de ellas como las encargadas de la inclusión social y salud con enfoque comunitario sí lo hacen, pero no como un concepto con todas sus características y construcción histórica, limitando el gran potencial y posibilidades que traería consigo su incorporación, sobre todo en materia de intervención social.

Identificación del Marco Teórico

Síndrome de Burnout

Christina Maslach y Susan E. Jackson

Agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal son variables que Freudenberger identifica en la sintomatología del Síndrome de

Burnout, las cuales Cristina Maslach y Susan Jackson definen con posterioridad como *Dimensiones del Síndrome de Burnout*.

Estas dimensiones se clasifican por componentes, el primero es el componente de estrés individual básico, y dentro de este componente se encuentra la primera dimensión de *agotamiento emocional*. Este se explica como una escasez de recursos emocionales y físicos que implican un desgaste en la persona, tal así que no tienen fuerzas para poder sobreponerse a esto. “Las fuentes principales de este agotamiento son la sobrecarga laboral y el conflicto personal en el trabajo” (Maslach, *Comprendiendo el Burnout*, 2009).

Otro componente representa el contexto interpersonal del síndrome, y es, a su vez, la segunda dimensión de *despersonalización o cinismo*, que dice relación con la dimensión anterior, ya que el cinismo responde al exceso del agotamiento emocional, y hace referencia a una personalidad apática con el entorno, más bien una deshumanización con todo lo que se desarrolla, la única intención de una persona despersonalizada en su trabajo es finalizar su objetivo de manera rápida, sin importar el resultado de este.

Y finalmente, el componente de autoevaluación, el cual representa la *baja realización personal o ineficiencia*, esta dimensión tiene que ver con la inseguridad de la persona con su trabajo, se siente incompetente y se cuestiona su lugar en el trabajo, todo esto se potencia con la falta de apoyo dentro del entorno y escasez de oportunidades de aprendizaje para potenciar sus aptitudes dentro de la labor realizada.

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Tras las dimensiones explicadas anteriormente se encuentra el instrumento realizado por ambas autoras, el Maslach Burnout Inventory, o más conocido como el MBI.

Este instrumento se diseñó con la finalidad de evaluar ciertos aspectos dentro de un grupo de personas que dan servicio a otras personas, este contiene una escala con ítems, los cuales presentan las dimensiones mencionadas anteriormente y, con ello, la intensidad en las que se presentan.

El Síndrome de Burnout es un síndrome multidimensional, por ende, va a afectar al individuo y cómo este se desarrolla con su entorno, cómo maneja situaciones difíciles y si tiene la capacidad de salir de situaciones negativas que le afectase, tanto personal como socialmente.

Es por esto, y para finalizar, que se destaca la importancia que tiene desarrollar este instrumento en las personas en su ambiente laboral, ya que el autor y las autoras concuerdan de que no ser tratado este síndrome no existiría una calidad en la atención de las y los usuarios, y lo más importante, la calidad de vida de las mismas trabajadoras se verá significativamente afectada, en conjunto con su salud mental, ya que este síndrome se prolonga con el tiempo.

Apoyo Social y Síndrome de Burnout en Cuidadores

La dinámica que se presenta al plantear el Apoyo Social como una estrategia para afrontar el Síndrome de Burnout se genera a través de los efectos que el Apoyo Social tiene sobre los factores de riesgos identificados en el ámbito individual, social y organizacional, y la sobrecarga que se genera en condiciones de desequilibrio o incomodidad al desempeñar un trabajo en el ámbito laboral, así como también los efectos sobre las distintas dimensiones que componen el Síndrome de Burnout.

Arada, Pando y Pérez (2004) señalan que el Apoyo Social, entendido como una transacción instrumental o emocional entre las personas, tiene por finalidad satisfacer necesidades de distintas características. Dichas necesidades son satisfechas en la medida que es percibido como suficiente o insuficiente para afrontar condiciones que generan estrés o tensión en la

persona, en el caso de ser insuficientes podrían desencadenar alteraciones o dificultades para sobrellevar dichas situaciones que forman parte del desarrollo cotidiano, teniendo la persona que acudir a sus propios recursos y herramientas adquiridas hasta ese entonces. Por lo contrario, si el Apoyo Social percibido por la persona es suficiente ésta se encontrará más y mejor preparada para afrontar situaciones que generan estrés físico y emocional.

En base a los trabajos teóricos desarrollados por Winnubst, Buunk y Marcelissen (1997) se distinguen cuatro aspectos sobre el Apoyo Social como amortiguador para enfrentar los sentimientos de agotamiento emocional, mental y físico. El primero de ellos es la integración social, seguido por las relaciones de calidad, la ayuda percibida y por último el mantenimiento constante y actualizado de las conductas de Apoyo Social. En su conjunto todos estos representan recursos disponibles para enfrentar momentos y situaciones estresoras.

Peanut (1997) distingue algunas formas de acción facilitadora de Apoyo Social como acciones concretas disponibles por todos, estas son: *la escucha activa, asesoramiento técnico y teórico, apoyo emocional*, que debe ser percibido como incondicional, y por último la *participación en la realidad social* de la persona (Avedaño, Bustos, Espinoza, García, & Pierart, 2009). Este último resulta especialmente importante en el caso que se presente la situación en que la persona crea que ha perdido su capacidad para evaluar la forma en que se relaciona con su entorno y realiza su labor, y con ello el sentimiento de agotamiento, de esta manera se explica el efecto del Apoyo Social sobre el Síndrome de Burnout en sus tres dimensiones.

- Apoyo Social y su efecto sobre el *agotamiento emocional*: Efecto directo sobre la función emocional que posee el Apoyo Social.
- Apoyo Social y su efecto sobre la *realización personal*: Efecto sobre el éxito o fracaso de las labores que la persona realiza, desarrollando en la persona

mayores sentimiento de realización personal que conllevarían a mejorar su actitud con su entorno y viceversa.

- Apoyo Social y su efecto sobre la *despersonalización*: El apoyo social facilita la adecuada evaluación que el sujeto posee de su entorno social, así como también las actitudes para con los demás.

Es importante destacar que el Apoyo Social, sea técnico o emocional, ofrecido por el entorno cercano o institucional provee la capacidad de resistencia y resiliencia propicios frente a las situaciones que generan estrés, razón por la que el Apoyo Social representa uno de los recursos más importantes para el manejo y afrontamiento de los estresores cotidianos que podrían contribuir al deterioro de la salud y el bienestar, y con ello el sentimiento de estar “quemado”.

Por consiguiente, la labor desempeñada por personas en ejercicio del rol de cuidado informal se ve igualmente expuesta a ser afectada por las mismas condiciones estresores de quienes realizan cualquier otro tipo de actividad laboral. Sin embargo, el quehacer diario que caracteriza a quien cuida, la invisibilización y el marginamiento en cuanto al sistema de salud y Políticas Públicas hacen necesario considerar la relevancia de los factores de riesgo a los que están expuestos y las influencias en los mecanismos del Apoyo Social como estrategia de atontamiento ante el Síndrome de Burnout.

Es por todo lo planteado anteriormente que la presente investigación se desarrollará en el marco de estas dos variables, y el cómo se realizará será explicado en el capítulo próximo.



Capítulo número II
Marco Metodológico



Presentación

El siguiente capítulo contiene lineamientos metodológicos de la presente investigación, el cual tiene como objetivo ser la guía de apoyo para posteriormente aplicarlo con las sujetas de investigación.

A continuación, se expondrá a las personas lectoras, para un mayor entendimiento, cómo se diseñará la investigación, hacia quiénes irá dirigida, cómo y cuándo se ejecutará, y a través de qué medios.

Metodología de Investigación

La importancia de las investigaciones dentro de las Ciencias Sociales es totalmente indiscutible, a través de ella los investigadores pueden conocer realidades que a simple vista no se perciben, y a su vez, el conocimiento transmitirlo para aportar al crecimiento de las diferentes disciplinas y para comprender la realidad social en la vivimos.

Para llegar a tal conocimiento a través de las investigaciones científicas es necesario guiarse bajo dos metodologías: la cuantitativa y la cualitativa. En este caso, el equipo de trabajo ha decidido que el paradigma que se adapta a las necesidades de la investigación es el cualitativo.

El paradigma cualitativo “se nutre epistemológicamente de la hermenéutica, la fenomenología y el interaccionismo simbólico” (Monje Álvarez, 2011), los cuales se explicarán a continuación, basando la información según el autor Monje (2011).

- *Pensamiento hermenéutico*: es aquel pensamiento interpretativo, que integra a las personas como parte de la investigación y no como meros objetos. Se basa en la comprensión de los fenómenos y les da sentido a estos.

- *Fenomenología*: esta comprende los fenómenos a través del sentido que las personas les dan a la cotidianidad de sus vidas. Se concentra en percibir la construcción de las realidades de los sujetos.

- *Interaccionismo simbólico*: se denomina también como “teoría del actor”, ya que se basa en la importancia que las personas pueden darle a las acciones.

Como se puede percibir, las 3 corrientes nombradas anteriormente llegan a la misma conclusión: la importancia de las personas dentro de las investigaciones, ya que estas construirán a través de sus vivencias lo que se querrá interpretar finalmente para la construcción de la investigación.

Ahora bien, la aplicación de esta metodología a la presente investigación se justifica ya que las investigadoras están dispuestas a conocer y comprender las experiencias vividas de los sujetos para así vincularlas a la teoría planteada con anterioridad. Se hace imperiosa la necesidad de recalcar datos desde las narraciones, ya que estas mismas son las que se han invisibilizado para con los sujetos de esta investigación, restándoles de espacios culturales y académicos.

También, se hace hincapié en que se escogió este paradigma tomando en cuenta que las personas que participarán en todo el proceso investigativo no serán solo datos estadísticos, sino que serán participantes activos y sus relatos, gestos, percepciones y emociones serán la guía para poder realizar, posteriormente, todo el análisis correspondiente.

Finalmente, el diseño de investigación cualitativo es flexible y abierto, es por esto, que de acuerdo con el contexto de pandemia mundial que se está viviendo actualmente es que esta metodología se adhiere correctamente, ya que las personas que participarán en ella están en una constante incertidumbre al no saber qué es lo que podrá pasar el día de mañana.

Tipo de diseño

Los diseños de investigación son aquellas guías que se utilizan para poder resolver la problemática que se plantean los investigadores. Tal como se nombra anteriormente, las investigaciones cualitativas trabajan en función de las interpretaciones de las personas, y estas están en constantes cambios, por ende este paradigma es dinámico, y al ser así “en el enfoque cualitativo, el diseño se refiere al “abordaje” general que habremos de utilizar en el proceso de investigación” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010), es decir, no se propondrá un diseño detallado de lo que seguirá la investigación, por los cambios que puedan surgir dentro de las personas

sujetas de investigación. Esto no quiere decir que la investigación tenga un vacío de diseño, sino que se pretende explicar que este estará sujeto a flexibilidades.

La problemática de la presente investigación será abordada a través del diseño de estudios de casos, que es definido como “el examen intensivo y en profundidad de diversos aspectos de un mismo fenómeno o entidad social” (Monje Álvarez, 2011).

El funcionamiento de este diseño es a partir de la elección de casos específicos que tengan que ver con la problemática de la investigación. Estos se escogen para conocer sus particularidades y su funcionamiento, cada aspecto de las personas estudiadas será un dato importante para la investigación, que se interpretará y analizará a través de las partes – o variables de investigación - que componen el todo de la problemática.

Según Álvarez (2011), el estudio de casos se puede diferenciar con 3 categorías:

- *Estudio de casos descriptivo*: En esta categoría, tal como lo dice su nombre, se describen detalladamente solo los casos, sin existir fundamentaciones teóricas ni hipótesis que avalen la investigación.

- *Estudio de casos interpretativo*: Esta categoría profundiza la interpretación y la teorización de los casos, se analiza mediante el modelo inductivo⁵ para poder proponer categorías conceptuales.

- *Estudio de casos evaluativo*: Se trata de emitir juicios de valor posterior a la explicación de los casos, estos ayudarán a tomar las decisiones de la investigación.

⁵ Analizar desde lo particular para llegar a una conclusión general.

Luego de haber ilustrado a los lectores sobre las concepciones teóricas del estudio de casos, se podrán preguntar ¿Por qué se escoge este diseño para la presente investigación?

El estudio de casos es el que más se acomoda a la investigación, ya que es un diseño que, como se nombra anteriormente, se examina intensivamente un fenómeno, en el caso del propósito de las investigadoras, es el Apoyo Social que reciben las cuidadoras, que presenten Síndrome de Burnout, en un grupo determinado, esto último también encaja con lo que propone el diseño, ya que este propone que el fenómeno puede investigarse no solo con una persona, sino con grupos y comunidades.

Además, para especificar más el diseño que se implementará, se definirá que será un estudio de casos interpretativo, ya que se formuló previamente un marco teórico que podrá ser la estructura para guiar el proceso investigativo, además, lo que se busca con las técnicas de investigación es que las cuidadoras expresen diferentes particularidades de Apoyo Social que reciben o no, y a través de estas generar un análisis profundo, por medio del inductivismo.

Tipo de Estudio

Los tipos de estudios según Vásquez (2005) son seleccionados de acuerdo a los objetivos, tipo de información y nivel de análisis al que pretenda llegar la investigación. De acuerdo con esto, las investigadoras han decidido seleccionar dos tipos de estudios, exploratorio y descriptivo, que en conjunto se complementan y entregan la información necesaria para cumplir con los propósitos, análisis y objetivos planteados. Además de considerarse pertinentes dada las características propias de ambos que se procederán a revisar a continuación.

El primer tipo de estudio seleccionado es el estudio exploratorio, de acuerdo con lo señalado por Sampieri (2010) este tipo de estudio es realizado cuando el objetivo es analizar un tema de investigación poco estudiado del cual no se ha abordado antes desde las perspectivas propuestas en este estudio. Además, debe cumplir con que la literatura encontrada y revisada revele que solo existen ideas vagamente relacionadas con el tema o que se pretendan indagar en nuevas perspectivas. El valor que posee el emplear este tipo de estudio radica en que permite familiarizar un fenómeno o tema relativamente desconocido, entrega información para posibilitar investigaciones más acabadas a futuro e identificar conceptos relacionados a la temática.

El segundo tipo de estudio seleccionado es el estudio descriptivo. De acuerdo con el mismo autor, Sampieri (2010) señala que este tipo de estudio busca detallar propiedades y características, perfiles y rasgos de cualquier fenómeno, grupo o comunidad que se pretenda analizar. Además, permite recoger información independiente o conjunta de las variables que se investiguen. El valor o beneficio que trae consigo este tipo de estudio es el de visibilizar o mostrar con precisión las distintas aristas o dimensiones que componen el fenómeno, grupo o comunidad investigado.

Ambos estudios son seleccionados por las investigadoras dado que buscan obtener mayor información respecto a un tema con escasez de investigaciones que relacionen las variables seleccionadas. Además, el documento pretende entregar atisbos de acción para quienes decidan emprender otras investigaciones más acabadas a futuro en la misma temática.

Por último, las investigadoras pretenden indagar sobre temas desde nuevas perspectivas y visualizar componentes que resulten útiles de comprender para generar un aporte tanto para Trabajo Social como para otras profesiones de las ciencias sociales.

Problemática de investigación

Actualmente en Chile se está llevando un proceso para modificar la constitución del país, ya que en octubre del 2019 millones de personas salieron a las calles a exigir dignidad en las condiciones de vida.

Una temática contingente que se visualizó en las manifestaciones se refiere a les cuidadores informales del país, ya que en la constitución chilena no existe una figura de estos, por ende, no hay una visibilización de las problemáticas presentes actualmente, pues se encuentran como un grupo segregado y de alta vulnerabilidad social.

Dicho esto, las investigadoras se adentraron en la temática y visualizaron que debido al abandono que viven las cuidadoras por parte de la sociedad y en especial del gobierno, estas eran propensas a sufrir el Síndrome de Burnout. Es por esto que las investigadoras decidieron dar una mirada desde la profesión para poder aportar en el cuidado a estas cuidadoras.

De esta manera se establece como problemática la escasez de información respecto a la relación entre las estrategias de Apoyo Social y el Síndrome de Burnout en cuidadoras informales de personas mayores dependientes pertenecientes al grupo Red de Cuidadoras de Quillota.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre las estrategias de Apoyo Social y el Síndrome de Burnout en cuidadoras informales de personas mayores dependientes pertenecientes al grupo Red de Cuidadoras de Quillota?

Objetivos de investigación

Objetivo General:

Conocer la relación entre las estrategias de Apoyo Social y el Síndrome de Burnout en cuidadoras informales de personas mayores dependientes pertenecientes al grupo Red de Cuidadoras de Quillota.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar socio demográficamente a las cuidadoras informales de personas mayores dependientes pertenecientes al grupo Red de Cuidadoras de Quillota.
2. Identificar las estrategias de Apoyo Social de las cuidadoras informales de personas mayores dependientes pertenecientes al grupo Red de Cuidadoras de Quillota.
3. Identificar las dimensiones del Síndrome de Burnout en las cuidadoras informales de personas mayores dependientes pertenecientes al grupo Red de Cuidadoras de Quillota.
4. Relacionar las estrategias de Apoyo Social y las dimensiones del Síndrome de Burnout en las cuidadoras informales de personas mayores dependientes pertenecientes al grupo Red de Cuidadoras de Quillota.

Muestra de investigación

La muestra en el proceso de investigación cualitativa según Sampieri (2010) se define como un grupo de personas, eventos, sucesos o comunidades sobre los cuales se recolectan datos, y no necesariamente requiere ser representativa del universo estudiado. También se caracteriza por ser preferentemente de carácter no probabilística, es decir que “la selección no depende del azar, los elementos se escogen de acuerdo con unas características definidas por el investigador o la investigación” (Monje Álvarez,

2011). Además, busca obtener personas con capacidad reflexiva y que aporten datos relevantes para la temática a investigar. Una de las ventajas de emplear este tipo de muestra es que no requiere de un gran tamaño para cumplir el propósito investigativo y además se presenta como una muestra flexible pudiendo ser adaptada en cualquier momento del estudio en virtud de los progresos y resultados que se susciten.

El tipo de muestra no probabilística que se empleará para fines de la investigación es la de tipo *diversa o de máxima variación*, muestra que busca “mostrar distintas perspectivas y representar la complejidad del fenómeno estudiado, o bien, documentar diversidad para localizar diferencias y coincidencias, patrones y particularidades” (Hernández Sampieri, Fernandez Collado , & Baptista Lucio, 2010). La decisión del tipo de muestra seleccionada se sustenta en el interés de las investigadoras por obtener distintas perspectivas, relatos e historias de vida que permitan obtener información enriquecedora para el análisis de la temática a investigar, además al ser de carácter no probabilística entrega a las investigadoras la libertad de poder modificarla y adaptarla en el transcurso de las investigaciones según se estime conveniente, y con relación al cumplimiento de los objetivos propuestos.

¿Quiénes componen la muestra?

La muestra de investigación la componen cuidadoras informales de personas mayores dependientes, mujeres, con un rango etario de entre 49 y 82 años, habitantes de la comuna de Quillota e integrantes del grupo “Redes de cuidado” formado en el año 2019 en el contexto de atención en salud mental comunitaria propuesto por el consejo intergeneracional del CECOSF “Ruta Norte” Quillota.

Por otra parte, la población o universo a la que permanece la muestra se puede identificar según lo señalado por Sampieri (2010) como un conjunto de

todos los casos que cumplen con una serie de especificaciones y características definidas por quienes investigan. De acuerdo con el mismo autor es necesario que se caracterice de forma adecuada la población de la muestra con el fin de delimitar correctamente sus parámetros muestrales y la claridad de quienes la componen.

¿Cuál es el universo o población de la muestra?

El universo o población de la muestra comprenderá a todas aquellas cuidadoras informales de personas mayores dependientes e integrantes del grupo “Red de cuidadoras” en la comuna de Quillota.

Criterios de inclusión

A continuación, se presentarán los criterios de inclusión que deben presentar las personas que participarán en la investigación.

- Cumplir con el rol de cuidado a una persona mayor dependiente.
- Cohabitar con la persona mayor dependiente que recibe los cuidados.
- No percibir una remuneración por los cuidados ejercidos a la persona mayor dependiente.
- Cumplir el rol de cuidador/a de personas mayores dependientes por mínimo un año.
- Cumplir con una edad de al menos 18 años.
- Contar con residencia actual en la comuna de Quillota.
- Pertenecer al grupo “Red de Cuidados” de la comuna de Quillota.
- Disponer con recursos para participar de sesiones grupales e individuales a través de plataforma zoom.

- Contar con disponibilidad para reunirse vía online una vez a la semana con las investigadoras.
- Manifestar la voluntariedad de participar en la investigación.

Técnicas e instrumentos de investigación

La recolección de datos en una investigación tiene como fin utilizar técnicas e instrumentos, mediante los cuales se recopila la información necesaria para poder cumplir con los objetivos propuestos. De acuerdo al paradigma escogido en las investigaciones es que se escogerán estas técnicas de recolección o instrumentos.

Una técnica es un “saber práctico que permite la utilización racional de unos instrumentos o procedimientos para obtener un resultado buscado o previsto” (Ander-Egg, 2011), en el caso de las investigaciones, las técnicas serán prácticas para recolectar la información para así responder la problemática que se propuso en la investigación.

A su vez, un instrumento es un “mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información, tal es el caso de los formularios, las pruebas psicológicas, las escalas de opinión y de actitudes, las listas u hojas de control y otros” (Monje Álvarez, 2011). Este mecanismo, en conjunto con las técnicas se complementan para conformar una investigación enriquecida de información para su posterior análisis.

Las técnicas que se utilizarán para recolectar la información serán de carácter socio lúdico, a través de dinámicas sencillas que pretenden generar un espacio amigable, cómodo y cercano, buscando también recalcar la participación como experiencia fundamental en el proceso investigativo, y técnicas socio reflexivas, buscando que la persona reflexione respecto a los procesos que vive día a día y que signifique un aporte en su desarrollo

personal, aumentando sus factores protectores frente a los estímulos estresores del cuidado.

Los instrumentos que más se acomodan a la investigación presente, entendiendo que esta se desarrolla en un contexto de pandemia mundial, se realizarán mediante el uso de TICS y en cuatro pasos, descritos a continuación. Cabe destacar que el detalle de cada instrumento a utilizar se encuentra disponible en el capítulo de Anexos.

1. *Grupos de enfoque*: Este instrumento sirve para dar un espacio a la interacción de las personas dentro de un grupo entre 3 a 10 personas, el cual será guiado por las personas investigadoras.

Se escoge este tipo de instrumento como una forma de que las participantes puedan reconocerse como parte de un mismo grupo e interactúen dentro de él.

Este será el primer acercamiento a las cuidadoras informales que participarán en el proceso, en el que se busca entregar información sobre el proceso de investigación del cual serán parte y generar un primer vínculo y rapport. También se definirá en esta etapa los lineamientos para aplicar los instrumentos siguientes según la conveniencia y disposición de las participantes.

2. *Cuestionario de MOS*: es un cuestionario creado y validado por Sherbourne y Stewart en 1991 en Estados Unidos, se caracteriza por ser un instrumento breve que permite conocer la red familiar y extrafamiliar de las personas. El instrumento consta de 20 ítems y distingue en su aplicación cuatro categorías: afectiva (demostraciones de afecto), interacción social positiva (posibilidad de contar con otras personas), instrumental (posibilidad de ayuda doméstica) e informacional (posibilidad de asesoramiento).

Este instrumento ha sido probado y validado en distintos estudios latinoamericanos, sin embargo, para esta investigación se utilizará la adaptación al español de un estudio realizado en España en el año 2005 por Ahumada, Castillo, Muñoz y Moruno, en el cual validan el cuestionario de MOS de Apoyo Social en Atención Primaria, dado que las investigadoras consideran que es una adaptación adecuada para las participantes de la investigación, la cual se muestra a continuación:

El cuestionario de MOS tiene la ventaja de que utiliza un lenguaje sencillo, es autogestionado y cómodo de realizar, se considera pertinente para obtener información respecto a la percepción de Apoyo Social que tienen las cuidadoras. Una de las principales desventajas es la limitación en las respuestas, dado que, al contestar de manera tan abrupta en cada pregunta, no es posible obtener más información respecto a las distintas situaciones que influyen en sus respuestas y sus principales emociones al respecto.

3. *Escala MBI*: confeccionada y validada por Maslach y Jackson en 1981 en Estados Unidos. Este instrumento se ha utilizado y ha sido validado en diversos estudios e investigaciones a nivel mundial, está conformado por 22 ítems donde se plantean una serie de enunciados que dicen relación con los sentimientos y pensamientos de una persona respecto a su trabajo, buscando determinar si una persona presenta o no Síndrome de Burnout. Los resultados de esta escala se miden en relación con las tres dimensiones del burnout: agotamiento emocional, realización personal y despersonalización.

Para fines de esta investigación se utilizará la adaptación realizada y validada en el año 2004 por un comité de psicólogos pertenecientes a la Universidad de Antioquia en Colombia, donde evaluaron a una población de universitarios, a la cual se le modificaron algunas palabras para que fuera más entendible y apropiado al trabajo de cuidadoras informales.

Al igual que el cuestionario de MOS, al ser un instrumento sencillo, permite su fácil y cómoda aplicación, permite indagar en aspectos concretos de la vida laboral de una persona y cómo esta se siente respecto a las labores que realiza. Como principal desventaja, ocurre que limita la posibilidad de expresión de las personas, restringiendo la obtención de valiosa información respecto al desgaste que sufren las personas cuidadoras.

4. *Entrevista dirigida semi estructurada*: En este tipo de instrumento, existe una guía temática predeterminada, sin embargo, hay una flexibilidad con las preguntas que se harán, siempre y cuando respondan a las temáticas que se quieran conocer.

Se escoge este instrumento ya que el equipo de trabajo pretende que las entrevistas sean de carácter dinámico para que las personas entrevistadas no sean solamente un objetivo de investigación, sino que participen activos de esta.

En esta parte de la investigación, se harán preguntas que puedan responder a las temáticas de: estrategias de Apoyo Social, situaciones de sobrecarga y proyecto de vida de cada persona. Además, se contemplará visión que construirá respecto a la participación en el grupo "Te cuido en la distancia". Mediante esto se espera que todo lo recopilado se complemente con los instrumentos nombrados anteriormente.

Finalmente, es importante recalcar que ninguno de los instrumentos descritos permite alcanzar la información deseada por sí solos, ya que son insuficientes para abarcar las múltiples aristas que envuelven el mundo de las cuidadoras, es por ello que se presentan como instrumentos complementarios entre sí, comprendiendo distintas aristas en cada uno de ellos para obtener una información final lo más completa posible en relación a los objetivos de la investigación.

Criterios de rigor

Según Sampieri (2010) los criterios de rigor utilizados en una investigación cualitativa son:

- *Dependencia*: también denominada consistencia lógica de los resultados considera el grado en que diferentes investigadores efectúan el mismo análisis y generar resultados equivalentes. La dependencia interna se da cuando más de dos investigadores generan temas similares con los mismos datos, y la dependencia externa cuando más de dos investigadores generan temas similares en el mismo ambiente y periodo, pero cada persona recaba sus propios datos.

- *Credibilidad*: Se refiere a cuando quien investiga ha captado el significado completo de las experiencias de los participantes. Tiene relación también con evitar las creencias e interferencias personales en la recolección de datos y la coherencia entre los puntos de vista de los participantes y la forma como quien investiga capta esos puntos de vista particulares.

- *Transferencia*: Es la capacidad de que parte del estudio o su esencia pueda ser aplicada a otros contextos. La transferencia no la hace quien investiga, sino quien participa o lee el estudio cuestionando si esta pueda ser aplicada a otros contextos.

- *Confirmación*: Este criterio está vinculado a la credibilidad y dice relación con demostrar que se han minimizado los sesgos de quien investiga. Implica buscar los datos en su fuente y especificar la lógica que se utilizará para interpretarlos.

Para fines de nuestra investigación los críticos que usaremos son:

- *Transferencia*: El estudio permite los cuestionamientos para ser aplicado en contextos similares de quien lea o participe y estime conveniente. También puede ser aplicado en otros territorios o personas que compartan las mismas

características y contribuyan a un mayor conocimiento del fenómeno, además de proporcionar lineamientos que puedan ser de utilidad para futuros estudios relacionados a la temática.

- *Credibilidad*: En su construcción la investigación pretende estar alejada de los sesgos y creencias de las investigadoras, reflejando a través de la interpretación de los datos las miradas de quienes participan. Las investigadoras denotan compromiso en respetar las interacciones humanas que se realizarán entre participantes e investigadoras, tomando consciencia de la influencia que se generan entre sí.

Plan de análisis

Existen diversos procesos para llevar a cabo el análisis de datos cualitativo, estos son considerados como la realización de operaciones a las cuales se someterá la información con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos (Monje Álvarez, 2011).

Las investigaciones cualitativas se caracterizan por contemplar una gran cantidad de datos e información proveniente de diversas técnicas de recolección, pero principalmente estas proceden desde la realización de entrevistas y grupos focales, los cuales deben encontrarse muy organizadas para su adecuada comprensión.

Para el adecuado estudio de la información, el plan de análisis que se decide utilizar es el análisis de discurso, el cual según Monje (2011) consiste en el análisis sistemático del contenido de una comunicación, en este caso a través de la aplicación de entrevistas, grupos focales y cuestionarios, abarcando las ideas y conceptos del material disponible en base a unidades de análisis y clasificación de las mismas.

Los métodos cualitativos si bien mantienen una estructura, estas actúan como guía de la investigación, siendo flexible y adaptándose a la realidad de cada estudio. El método seleccionado consta de una estructura guiada por los siguientes pasos:

1. Recopilación y orden de la información obtenida.
2. Selección de unidades de análisis en relación con los objetivos de investigación.
3. Clasificación y codificación de unidades de análisis en categorías y subcategorías respecto a la información obtenida.
4. Relacionar y analizar cualitativamente el valor de la información obtenida.

Se encuentra que tal método de análisis es el más adecuado para la realización de esta investigación debido a que su fin último es conocer las relaciones que se dan entre las estrategias de Apoyo Social y el Síndrome de Burnout en cuidadoras, a través del relato, de las experiencias y de los sentimientos que tienen a raíz de su trabajo, por tanto, se considera fundamental mantener una visión amplia y atenta a los distintos puntos focales que puedan emerger durante la recolección de datos, y en virtud de ello realizar un análisis que contemple en su construcción las distintas perspectivas y cómo estas se van entrelazando y diferenciando según cada experiencia.

Se considera pertinente la utilización de este método de análisis, dado que no se busca cuantificar los datos obtenidos, sino profundizar en las narraciones y experiencias de las personas participantes, obteniendo información enriquecedora que por otros métodos sería difícil de alcanzar.

También, este plan de análisis se complementa con la investigación, dado que las principales técnicas a utilizar son entrevistas y grupos focales, comprendiendo un alto nivel de abstracción. A su vez, este método tiene la característica de que su construcción es en la medida en que avanza la

investigación, por tanto, nos permite mantener una visión holística, dinámica y flexible que se adapta al grupo con el que se va a trabajar.

Por último, pero no menos importante, las directrices y lineamientos de análisis de discurso se articulan directamente con el desarrollo de los objetivos propuestos.

Validez de la investigación

La investigación será validada a través de la revisión y opinión de una persona experta, para dicho propósito las investigadoras contarán con la Trabajadora Social Anabella Leyton Fuentes, Trabajadora Social del CECOSF “Ruta Norte” perteneciente al CESFAM “Dr. Miguel Concha” de la comuna de Quillota.

Esta persona fue escogida, ya que cuenta con vasta experiencia en intervención social con cuidadoras de personas dependientes y personas mayores dependientes. Además, es encargada de la articulación intergeneracional comunitaria del sector norte de Quillota, instancia desde donde nace el grupo “Red de Cuidadoras” e integrante del equipo multidisciplinario de salud mental.

Matriz de programación

La matriz de programación que se presenta debe ser considerada como una guía del proceso de recolección y análisis de resultados, estando sujeta siempre a la disponibilidad de las personas que participen, entendiendo también las dificultades adheridas a la realización de este proceso de manera online.

Se considera la aplicación de un instrumento por semana, dado que facilita la comunicación, el diálogo y la entrega de instrucciones de manera parcelada

y progresiva, contribuyendo a la claridad y mejor recepción de los instrumentos.

En la siguiente tabla se presentan los meses destinados al proceso divididos en la cantidad de semanas de cada mes. En forma vertical se presentan las actividades a realizar por cada periodo, divididas en tres etapas: contacto con participantes, aplicación de instrumentos de recolección de datos y realización de análisis y elaboración del reporte final.

Tabla 3 Matriz de programación

	Agosto				Septiembre					Octubre				Noviembre			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Contacto																	
G. focal																	
Esc. MBI																	
Esc. MOS																	
Entrevista																	
Análisis																	
Reporte																	

Fuente: Elaboración propia.

Simbología
1° Etapa
2° Etapa
3° Etapa
Tiempo de Holgura

Se considera también semanas libres como tiempo de holgura en caso de presentarse alguna eventualidad o dificultad para la realización y aplicación de los instrumentos



Capítulo número III

Análisis de Discurso



Presentación

El siguiente capítulo contiene un extensivo análisis, correspondiente a las narraciones vertidas en los instrumentos aplicados a las cuidadoras que componen la presente investigación.

A continuación, se expondrán dimensiones, las cuales corresponden a los objetivos específicos presentados en el marco metodológico, se desprenden de estos objetivos categorías que respondan a estos, y, por consiguiente, subcategorías que los especifiquen, para posteriormente, ilustrar a los lectores con indicadores que complementen el análisis.

Cabe destacar que se usará un lenguaje técnico formal alusivo a la profesionalidad de la investigación, pero también se contemplará el uso del lenguaje entregado por las cuidadoras durante el proceso de investigación, reafirmando la importancia de su activa participación y otorgándole un carácter más cercano a su lectura.

Dimensión de caracterización sociodemográfica

Para las investigadoras, cada cuidadora que aportó en este proceso investigativo son una pieza fundamental, no solo por sus datos, sino que también por la gran labor que realizan. Es por esto que es necesario conocerlas desde todas sus características, las cuales se presentarán a continuación y posteriormente en el análisis de sus narraciones.

Antecedentes personales

Los antecedentes personales permitirán que la investigación se sitúe desde un territorio, además de analizar a las cuidadoras desde diferentes perspectivas que las caracterizan de manera individual. Se hace necesario describir a cada una de ellas para posteriormente poder vincular todos los datos obtenidos con los objetivos de la investigación.

Tabla 4 Antecedentes personales

Antecedentes	Cuidadora 1	Cuidadora 2	Cuidadora 3	Cuidadora 4	Cuidadora 5
Edad	55 años	57 años	82 años	64 años	49 años
Género	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
Estado Civil	Casada	Casada	Casada (separada de hecho)	Casada	Viuda
Sector de Quillota	Villa Las Américas	Beatita Benavides	Villa Nueva Italia	Villa Coopreval	Población Alfredo Rebolar
Diagnóstico	-	Diabetes	Hipertensa, diabética, tiroides, alto	Diverticulosis al colon,	Bipolaridad

			colesterol y artrosis.	asma, hernia al hiato.	
Ocupación	Atención al público (dueña de negocio)	Dueña de casa	Dueña de casa	Dueña de casa	Dueña de casa
Escolaridad	Enseñanza media completa	Enseñanza media completa	Enseñanza media completa	Enseñanza media completa. Técnico en ventas y publicidad.	Enseñanza media completa
Ingresos	No informa	\$320.000.-	\$400.000.-	\$380.000.-	\$350.000.-
Ocio	Reunirse con sus amigas 1 vez al mes.	Tejer y hacer sopas de letras	Teatro, tai chi, tejido, lectura.	Lectura y tejido	Juntarse con su pareja.

Fuente: elaboración propia

Antecedentes de cuidado

Como se mencionó anteriormente, las cuidadoras cumplen una labor esencial en la sociedad, sin embargo, las personas a quiénes cuidan también son fundamentales para la presente investigación. Es por esto que se presentan en la siguiente tabla algunos antecedentes importantes para su posterior análisis.

Tabla 5 Antecedentes de cuidado

Antecedentes de la persona que cuida	Cuidadora 1	Cuidadora 2	Cuidadora 3	Cuidadora 4	Cuidadora 5
Parentesco	Hermano	Madre	Cónyuge	Cónyuge	Padre
		Suegra		Hijo	Madre
Diagnóstico	Esquizofrenia	Madre: Diabetes, hipertensión, arritmia cardiaca, demencia	Alzheimer	Cónyuge: Alzheimer	Padre: Demencia
		Suegra: Hipertensión, diabetes y demencia.		Hijo: Parálisis cerebral	Madre: Se presume depresión
Edad	65 años	Madre: 85 años	78 años	Cónyuge: 80 años	Padre: 74 años
		Suegra: 96 años		Hijo: 28 años	Madre: 72 años
Género	Masculino	Madre: femenino	Masculino	Cónyuge: masculino	Padre: masculino
		Suegra: femenino		Hijo: masculino	Madre: femenino

Tiempo que lleva cuidando	1 año y 6 meses	Madre: 7 años	3 años.	Cónyuge: 3 años	Padre: 4 años
		Suegra: 38 años		Hijo: desde que nació (28 años)	Madre: 4 años

Fuente: elaboración propia

Dimensión Estrategias de Apoyo Social

Ya habiendo caracterizado y pesquisado los factores sociales y demográficos de las cuidadoras que componen la presente investigación, es el momento de comenzar a entregar respuesta a los objetivos de investigación. La primera dimensión a revisar está compuesta por las estrategias de Apoyo Social, como ha sido mencionado anteriormente. El Apoyo Social es imprescindible para el desarrollo de todas las personas a lo largo de las distintas etapas de la vida, influye directamente en la forma de conllevar, resolver y superar los diversos desafíos que la vida en su cotidiano presenta.

En este sentido, es necesario identificar las estrategias de Apoyo Social con las que cuentan las cuidadoras para cumplir y llevar a cabo sus labores de cuidado, es decir los medios y formas que las cuidadoras han creado y encontrado para sobrellevar los desafíos de su rol y las vicisitudes de lo que implica dedicar su tiempo, cuerpo, mente y alma a entregar dignidad a una persona dependiente.

De acuerdo con la información recolectada se han encontrado y establecido dos categorías que conforman los medios principales a través de los cuales las cuidadoras manifiestan emplear y obtener algún tipo de fuente de Apoyo Social significativa para ellas y su día a día.

1. Participativa:

La presente categoría engloba las estrategias de apoyo que las cuidadoras han adquirido al interactuar con otras personas o grupos de personas. De esta categoría se reconocen dos subcategorías que representan dos instancias participativas diferentes en donde las cuidadoras se han involucrado y han recibido algún tipo de apoyo o ayuda al interactuar en grupos o instituciones.

Se considerará la definición aportada por Ander Egg (2011) quien expresa que la participación puede ser concebida desde su sintaxis y la relación de las personas con su medio.

1.1 Carácter grupal

El Apoyo Social puede originarse de distintas fuentes y posee relación con la percepción de lo que cada persona reconozca como apoyo, ya sea proveniente desde el interior del grupo familiar o algún familiar en particular significativo o desde fuera de la familia como los grupos de personas a fin. La interacción y sociabilización con otras personas es clave para el desarrollo del sentido de pertenencia y con ello el sentirse útil para uno grupo más grande de personas, lo que conlleva al reconocimiento, valoración y aumento en la autoestima y, por ende, un mejor bienestar.

En este sentido algunas cuidadoras reconocen la importancia de ser valoradas y apreciadas por personas fuera del grupo familiar, ya que dadas las exigencias y responsabilidades que recaen en el quehacer cotidiano de las cuidadoras y dueñas de hogar representan un alto estrés, tensión y tema de discusión con quienes lo conforman. De este modo la interacción con otras personas que valoren, compartan y reconozcan el rol que desempeñan se vuelve crucial para su calidad de vida.

Cuidadora 2: “Me ha dado ánimos y conversamos de cosas iguales, es bueno hablar con personas que viven lo mismo, porque yo les digo a mi familia, ustedes para criticar son buenos, pero no están 24/7 con las abuelas.”

Otro factor encontrado en el trabajo de investigación es la motivación a participar de distintos grupos con una inclinación religiosa en común. La religión y las diferentes iglesias existentes simbolizan para las cuidadoras una

fuente de apoyo espiritual que también busca generar comunidad entorno a una cosmovisión formando la percepción de bienestar.

*Cuidadora 4: “(...) Me junté con mi grupo pastoral ayer conversamos
harto, me hace muy bien, yo estoy en el coro de mi iglesia”*

Por último, el grupo de investigadoras, conscientes de las necesidades de interacción y sociabilización grupal que las cuidadoras manifestaron en el primer acercamiento de la investigación, co-crearon de forma participativa y voluntaria con el resto de las cuidadoras un grupo enmarcado en el de proyecto de investigación que recibió por nombre “te cuido en la distancia”, el cual será comentado y profundizado posteriormente.

La participación en el grupo “te cuido en la distancia” fue reconocido por las 5 cuidadoras como una fuente de Apoyo Social significativa y percibida como un acompañamiento virtual en tiempos de pandemia y aislamiento social.

*Cuidadora 1: “(...) Porque me he aprendido a conocer más y me doy
cuenta que no estoy sola poh, que puedo contar con ustedes en*

Encontrar contención emocional y un espacio seguro de comprensión y entendimiento.

*Cuidadora 1: “Entendí cosas que antes no entendía y a tomar
conciencia que es importante cuidarse y a relajarme a ver el tema de la
ansiedad con todo lo que ustedes enseñan.”*

Cuidadora 2: “Una tiene que sacar paciencia y yo ahí me acuerdo de las cosas que hemos ido hablando en el grupo cuando hemos tenido sesiones y las voy practicando.”

El espacio grupal ha sido valorado por las cuidadoras como un lugar de encuentro entre pares que viven los mismos desafíos diarios de su labor y que comparten discursos y diálogos en común, obteniendo resiliencia y ayuda mutua a través de las conversaciones guiadas por las investigadoras y otras de forma espontánea según las necesidades de las integrantes.

Cuidadora 2: “(...) Nos hemos ido ayudando unas a otras sin saber a veces, en las conversaciones que tenemos y las actividades que ustedes hacen que lo hacen super bien. nos hemos ido ayudando unas a otras.”

Cuidadora 5: “La primera reunión fue interesante, me sirvió mucho, una de ellas que contó me sirvió”

Cuidadora 3: “Ver la experiencia de los demás uno aprende (...)”

Cuidadora 4: “Y a la final tú te haces amiga de la gente, que algún momento ha sufrido contigo y empiezas a querer ese grupo de gente, porque sientes que al final ese grupo de gente de comprender.”

A pesar de los beneficios que se obtienen de la participación grupal entre pares, la modalidad online y las plataformas de comunicación existentes no reemplazan las instancias presenciales y la oportunidad de dialogar frente a frente. Si bien las tecnologías permiten sociabilizar, otros factores comunicacionales no son aprovechados y quedan excluidos como el lenguaje no verbal, importante para la lectura de diversas emociones. En este sentido

4 de las 5 cuidadoras manifiestan el deseo de poder concretar de manera presencial un futuro encuentro grupal, siendo ellas el grupo más cercano entre sus edades. La única cuidadora con una edad inferior a los 50 años no manifiesta la intención de reunirse de manera presencial con el grupo.

Cuidadora 1: “(...) Ojalá, me gustaría que pudiéramos seguir participando, pero quizás podrían ser más presenciales ¿o no?”

Cuidadora 3: “Siento que sería conveniente que nos pudiéramos juntar de forma presencial para conversar más, conocernos más (...) me gustaría que siguiéramos con el grupo”

Cuidadora 4: “Me gustaría en realidad conocer a las chicas personalmente, porque yo no conozco a ninguna, solamente las he visto a través del teléfono, entonces me gustaría mucho tener una amistad con ellas.”

La intención de continuidad también se encuentra presente en las interacciones con otras personas y grupos, los lazos se mantienen de forma satisfactoria cuando las integrantes se comprometen en una dinámica de reciprocidad acompañada de un alto nivel de compromiso, lo que conlleva a la formación de una fuente apoyo emocional e instrumental por medio de las instancias de integración e interacción grupal.

Cuidadora 2: “No importa que no nos veamos en el computador, pero seguir hablando ahí en te cuido a la distancia (...)”

1.2 Carácter institucional

La participación e interacción con otras personas puede ser planificada o de forma espontánea por los mismos integrantes que persiguen un fin común y

se reúnen a participar de grupos creados con finalidades que responden a instituciones. Dentro de los distintos tipos de Apoyo Social percibidos y recibidos, la principal fuente de apoyo instrumental, material, de gestión y de conocimiento son las instituciones.

En la labor que realizan las cuidadoras destaca la gran necesidad de apoyo instrumental y material que urge a la hora de llevar a cabo los cuidados, como ya ha sido comentado con anterioridad, hacerse responsable de los cuidados cotidianos de una persona involucra un gran gasto financiero que muchas veces no logra ser cubierto por completo por las paupérrimas pensiones con las que cuentan las personas mayores cuidadas. En su mayoría requieren de cuidados, controles médicos y atención especializada en áreas que la salud pública demora mucho tiempo en entregar o bien, no la entrega. Estos gastos deben ser cubiertos por las cuidadoras a cargo y sus familias.

Por otra parte, la participación de instituciones no gubernamentales y con sentido comunitario resultan muy valoradas en cuanto a la ayuda instrumental que entregan como las juntas de vecinos que en el contexto de emergencia sanitaria han resuelto una de las problemáticas más latentes en la sociedad, como la seguridad de proveer alimento a las familias que habitan en cada territorio. Cabe destacar que este tipo de apoyo influye directamente en disminuir la intensidad del estrés del día a día, al tener la seguridad de obtener alimentos necesarios y obtener tiempo extra para dedicar en sus quehaceres, labores de cuidado u otro tipo de actividad.

Cuidadora 2: "Aquí la junta de vecinos nos da almuerzo de lunes a viernes"

2. Autogestión

Todas las personas resuelven sus problemas o encuentran la manera de sobrellevar situaciones problemáticas de distintas maneras según sus propios recursos disponibles y los encontrados en su entorno. La autogestión, como una estrategia para adquirir el Apoyo Social necesario para sobrellevar los desafíos diarios del cuidado, se presenta en las cuidadoras como un elemento común adaptado según sus propios contextos. A través de esta estrategia se potencian los factores protectores, la creatividad y habilidades de autocontrol emocional y físico, que vendrían a permear las condiciones y situaciones estresoras de cada una.

Cuidadora 4: “Mira yo lo único que he recibido de ayuda (...) me acuerdo que como a todos, les repartieron cajas del gobierno, una caja, nada más.”

2.1 Recreación

La recreación se presenta como una subcategoría adaptable y flexible para las cuidadoras que les permiten adquirir apoyo desde sus propios recursos, en algunas potenciando su creatividad, dando satisfacción por las acciones realizadas por sí mismas. Según lo planteado por Ander-Egg (2011) se consideran todas las actividades de distracción, saludables y educativas que se realicen en contacto con más personas o de manera individual.

Cuidadora 4: “Hago muchas cosas con la comida, me gusta”

Cuidadora 2: “Sí a veces me pongo a tejer o leo algo”

2.2 Espiritual

Dentro de las estrategias de autorregulación que presenta el grupo que formó parte de la investigación, se encuentra la espiritual o la que dice relación con la espiritualidad como forma de adquirir apoyo y contención de manera personal e íntima, encontrando en una fe el ánimo y la motivación necesaria para seguir adelante frente a una situación que se identifica o percibe como problemática y estresora la rutina diaria. Se caracteriza además en las cuidadoras como un recursos accesible y cotidiano.

Cuidadora 3: “Bueno yo toda la vida le he pedido paciencia al señor, toda la vida, y bueno me está dando el trabajo perfecto para que brote mi paciencia internamente”

Cuidadora 4: “Yo le decía que Dios me lo dejó y Dios me va a dar la fuerza”

Cuidadora 4: “Porque yo hace 15 años o más, pertenezco a un grupo social aquí, que se llama pastoral de la salud en mi iglesia.”

2.3 Autorregulación

La autorregulación es el resultado de distintas acciones o medios por los cuales todas las personas logran o intentan mantener en control sus emociones y el impacto que tienen estas sobre el cuerpo, la mente, el entorno e inclusive en el caso de las cuidadoras sobre las personas cuidadas. Como ya se ha expuesto con anterioridad, los efectos psicológicos y sociales que el estrés genera en las personas sometidas a condiciones desfavorables para el desarrollo de las actividades y vida diaria, puede desencadenar diversos síntomas entre ellos el Síndrome de Burnout, del cual se hablará posteriormente.

En el contexto de las cuidadoras es necesario que aprendan a gestionar sus propias emociones y logren encontrar un espacio o momento del día para distenderlas, sobre todo aquellas emociones de gran impacto como la sobre exigencia para continuar al cuidado de una persona dependiente. En este sentido al menos 3 cuidadoras manifestaron hacer empleo de sus propias estrategias de autorregulación conscientes de las graves consecuencias que conllevaría no aliviar ni controlar sus emociones o los estados de ánimo provocados por las emociones de gran impacto.

Cuidadora 2: “Yo respiro hondo y empiezo (...) pero cuando me san esas ganas doy un suspiro o más.”

Cuidadora 3: “Ha aumentado un poco esto, soy una persona de mal genio, pero lo he dominado siempre, adentro de mi pelea, pero me trato de calmar.”

Cuidadora 3: “Dentro de la casita interna poh, analizarse cómo esta uno en la vida, qué puede hacer o no puede hacer, o hacer lo que yo quiera por ejemplo...”

Cuidadora 4: “O sea, aparte de enojarme y encerrarme en la pieza, que es algo que no hacía normalmente, pero para no pelear prefiero encerrarme, me pongo a cachurear.”

Otra estrategia o recurso de autorregulación personal pesquisada son las actividades o acciones diarias utilizadas por las cuidadoras para prevenir las situaciones de estrés cotidiano. Estas acciones o actividades se incorporan en la rutina de las cuidadoras predisponiendo una actitud positiva y resiliente frente a la vida.

Cuidadora 2: “Yo me levanto en las mañanas y me levanto positiva, así como que me levanto pensando que estoy bien y que me va a ir bien, o sea que pienso positivo.”

Otros medios pesquisados para la incorporación de la autorregulación de las emociones provienen de las Medicinas Complementarias/Alternativas (desde ahora M.C.A) reconocidas en el sistema de salud chileno como “un amplio dominio de recursos de sanación que incluye todos los sistemas, modalidades, prácticas de salud, teorías y creencias que los acompañan” (Ministerio de salud, 2019). Cabe mencionar que son terapias que entregan un espacio para la reflexión y meditación, un momento de calma mental que, en el contexto de las cuidadoras, son útiles para potenciar el autocuidado y conciencia del cuerpo y mente. En consecuencia, las cuidadoras encuentran en estas M.C.A. un momento de cuidados para ellas y un impulso para sobrellevar las condiciones de cuidado.

Cuidadora 3: “Yo me relajo, o cuando hacía Tai Chi”.

Cuidadora 4: “Porque es una terapia que a mí me encanta, me hace sentir como flotando, me quedo dormida (refiriendo al reiki)”

3. Tecnológicas

Esta categoría contiene todos los recursos o medios tecnológicos, plataformas y aplicaciones que contribuyan a establecer relaciones y canales comunicacionales y de sociabilización, así como también de distracción, aprendizaje y conocimiento. En el contexto de las cuidadoras se comentarán los medios utilizados, las funciones y valor que le atribuyen, que les permitan obtener información práctica y contención cuando sea

necesario. Las estrategias tecnológicas se presentan como un recurso de apoyo para resolver situaciones diarias.

3.1 Dispersión

Las estrategias de dispersión poseen directa relación con los momentos de distracción y disfrute de situaciones significativas que ayuden a aumentar el estado de ánimo positivo y el sentimiento de gratificación. De esta manera la recreación contribuye directamente con la calidad de la salud de las personas tanto física como mental.

En el contexto de las cuidadoras la salud mental es un aspecto de ellas que se encuentra constantemente en desafío y tensión, en muchas ocasiones las labores de cuidado se realizan en soledad o con la falta de apoyo y de compañía de familiares cercanos. Las complejas situaciones que se pudieran desencadenar de esta condición no son difíciles de imaginar, por ende, para ellas acudir a los recursos tecnológicos para distraer los pensamientos de sobrecarga generados por las condiciones estresoras, se convierten en un apoyo importante para la continuidad de sus labores de cuidado. En este sentido 3 de 5 cuidadoras manifiestan emplear las tecnologías con un sentido lúdico, además de fortalecer redes familiares entorno a la recreación a distancia.

Cuidadora 2: “Tienen un WhatsApp los nietos “los Pizarro en cuarentena” y ahí mandan videos, se sacan fotos, hacen videollamadas”

Cuidadora 4: “Ahora con esto de Youtube, yo he inventado comidas.”

*Cuidadora 5: “Te distrae un poquito, te saca de eso, es entrete
(refiriéndose a las reuniones por zoom)”*

3.2 Formación

Como fue comentado anteriormente en el marco teórico de la presente investigación, el tipo de Apoyo Social que entrega recursos instrumentales como de formación e información, contribuye significativamente en disminuir los niveles de ansiedad que gatillan en estrés provocado por el desconocimiento de cómo y qué hacer frente a distintas situaciones estresoras. En el contexto de las cuidadoras la estrategia formativa que entrega el tipo de apoyo buscado es la tecnología al servicio del aprendizaje, a través de distintas modalidades o plataformas.

*Cuidadora 4: “Estoy viendo las charlas que es de un psicólogo que
salen gratuitas los lunes super buenas”*

Dimensión Síndrome de Burnout

Una vez identificadas las estrategias de Apoyo Social utilizadas por las cuidadoras, se presenta el siguiente análisis correspondiente a la identificación de las dimensiones del Síndrome de Burnout en las cuidadoras, haciendo referencia a aquellos síntomas que manifiestan y a las situaciones de riesgo que desencadenan o contribuyen al desarrollo del síndrome.

1. Desgaste emocional

El desgaste emocional es la dimensión con mayor intensidad presente en el Síndrome de Burnout, es en esta área donde emergen los primeros síntomas y consecuencias de quienes comienzan a desarrollar el síndrome, se define como “sentimientos de estar sobre exigido y vacío de recursos emocionales y físicos” (Maslach, 2009).

1.1 Cansancio físico

El trabajo de cuidar a una persona mayor dependiente requiere de forma inminente un esfuerzo físico considerable, por un lado, se consideran aquellas tareas que producen cansancio físico, como las de aseo personal, alimentación y medicación. Por otro lado, aquellas propias de cada diagnóstico que presentan las cuidadoras, las cuales ya generan un malestar físico, provocando que se acentúen aquellos provenientes de los cuidados.

Dentro del grupo de cuidadoras que participaron de la investigación, cuatro de ellas manifestaron mantener una rutina de cuidados durante el día, lo que contempla horarios de levantada, alimentación, recreación, medicamentos y horario para descansar. Una sola de las cuidadoras expresó no contar con una rutina fija o completamente estructurada, mantiene una rutina personal, pero

no la comparte con la persona que cuida, sino que le deja escoger sus horarios de comida y de comienzo y término del día.

Cuidadora 3: "... en el sentido de estar al lado de él todo el día que haga o no haga cosas, nosotras no hacemos eso, lo dejamos libre no más, que haga lo que quiera hacer"

Aun así, comienzan su rutina con un cansancio físico que deben soportar y muchas veces ocultar para seguir realizando los cuidados, la necesidad de descanso y de resistencia física se expresa en los deseos de no querer levantarse en las mañanas, cansancio que se vuelve más potente durante el día, difuminado por los quehaceres diarios, pero que reaparecen al terminar su jornada, influyendo en trastornos del sueño, alimentación y dolor físico en áreas concretas.

Cuidadora 4: "... de repente me duele todo (...) que por mí no me levantara, los hombros me duelen, la cadera también..."

Cuidadora 1: "hay días que no me puedo ni levantar ¡ay que dolor" (...) me duele la cola, pero ya empiezo a funcionar y se me pasa"

El cansancio físico que conlleva realizar cuidados a una persona dependiente que también se encuentra en calidad de persona mayor, se presenta como un cansancio de tipo permanente y constante, no solamente es ejercido a diario, sino que su intensidad va aumentando con el tiempo, con los movimientos repetitivos, variaciones en el peso y la fuerza ejercida, y también con el propio desgaste natural del cuerpo humano.

Cuidadora 4: “no te digo que no he sufrido, para llegar a esto he sufrido hartito, me he deteriorado físicamente, porque yo mi lado derecho me duele mucho en las tardes, porque uno funciona con el lado derecho”

Se evidencia en el grupo de cuidadoras una escasa formación en técnicas de autocuidado ligado al trabajo físico, es decir, en técnicas básicas de cuidados de enfermería o de cuidados en el área de la salud, para aminorar el propio esfuerzo físico que realizan.

1.2 Cansancio Emocional

El cansancio emocional es el elemento más intenso que se encuentra presente en la vida de las cuidadoras, influye no solo en la realización de los cuidados, sino también en el estado de salud mental de cada una de ellas. Si bien las cuidadoras tienen la capacidad de manifestar una actitud positiva frente a su realidad, son conscientes de su afección a nivel emocional, mostrando dificultades al momento de reconocer y expresar sus emociones. Este elemento emocional es aquel más presente en el desarrollo del Síndrome de Burnout, que no solo se relaciona con las tareas de cuidados, sino también con aspectos de personalidad y proceso vital en el que se encuentran, es decir, el cansancio emocional es producido por la relación desequilibrada entre la persona que realiza los cuidados y a quien cuida.

*Cuidadora 1: “... pero nadie te enseña a botarlas o a contenerlas”
(refiriéndose a las emociones)*

Cuidadora 4: “yo soy la que está sufriendo por tanto (...) porque no me abro, me cuesta soltarme y botar, como me está costando llorar”

Este desequilibrio se refiere principalmente a la responsabilidad de tener a alguien a su cuidado, la escasez de tiempo para actividades personales, la estructura de la rutina y la escasez de apoyo por parte de terceros. También se presenta como elemento influyente el tipo de relación que exista entre la cuidadora y la persona que cuida, pudiendo ser esta más o menos comunicativa, amistosa o afectiva. Según lo nombrado anteriormente, además de aumentar el cansancio emocional, y como síntoma del Síndrome de Burnout, genera en la cuidadora una coraza exterior cada vez más firme, y una sensibilidad interior que genera un desborde emocional más intenso y sin capacidad para ser controlado, segregando a las cuidadoras en un espacio no permeado de soledad y vulnerabilidad, tendiendo a normalizar la canalización de emociones y limitando el trabajarlas para mejorar su estado emocional.

Cuidadora 2: “a veces estoy tan cansada que me vienen ganas de mmm... (hace gesto de presión con las manos) ... pero eso es una vez al mes que me pasa”

Cuidadora 5: “me siento agotada (...) siempre se los he dicho a todos, yo no puedo, no estoy echa para esto, no puedo”

Cuidadora 3: “una vez a la semana me da eso que duermo profundo, despierto y ahí empiezo a pensar a analizar las cosas y ahí se me espanta el sueño”

2. Despersonalización

La despersonalización entendida como “respuesta negativa e insensible a diversos aspectos del trabajo” (Maslach, 2009), adaptada a la realidad que viven las cuidadoras, se interpreta como aquellos cambios conductuales y cognitivos que se han producido a raíz de los cuidados realizados. En esta

categoría, se contemplan también aquellos cambios que se producen sobre la percepción que tienen las cuidadoras sobre la persona que cuidan, la cual se modifica durante los años a raíz de la situación en que la viven, la evolución de la relación entre las partes y el avance del diagnóstico al que se enfrentan.

2.1 Cambios conductuales

Dentro de los cambios conductuales se expresan dos principales sucesos. El primero de ellos dice relación con aquellos cambios de actitud de las cuidadoras y que se han producido a raíz de los trabajos de cuidado y la relación de dependencia de la persona que cuida, en conjunto al cansancio emocional y lo ya nombrado anteriormente. Este cambio se presenta como resultado negativo de los cuidados realizados, y surge en paralelo al cansancio físico y emocional y disminuye el estado de ánimo enérgico y positivo, otorgando el carácter mecánico en la realización de cuidados, favoreciendo la pérdida de la autonomía, limitación en la toma de decisiones y en la libre realización de actividades.

Cuidadora 5: “nooo, ya no soy la misma, si usted me hubiese conocido super dicharachera, animaba las fiestas, las fiestas me encantaban, salía todos los fin de semana a bailar, me encantaba, y ahora como que me da lo mismo, si bailo o no bailo, si río o no río”

Cuidadora 1: “cuesta realmente cuando una anda mal anímicamente, cuesta poner atención como una hace las cosas porque tal vez una lo hace mecánicamente”

El segundo cambio conductual expresado por las cuidadoras dice relación con la pérdida de la sensibilidad, ejerciendo el trabajo de cuidadoras se enfrentan a escasez de apoyo, escasez de recursos, situaciones de

vulnerabilidad, segregación social, discriminación y agotamiento, formando en las cuidadoras la sensación de tener que obligadamente situarse en una posición de dureza emocional, actuando de forma distinta a su personalidad real, o bien modificándola para poder realizar de forma efectiva los cuidados. Este cambio también se da a modo de defensa del cansancio emocional, como vía alternativa para controlar las emociones emergentes.

Cuidadora 1: “de repente hay que ser un poco dura también, porque si no, no habría tantas respuestas positivas como uno quisiera”

Cuidadora 5: “ya no es lo mismo, yo antes era muy cariñosa con mi mamá, la hacía reír, la abrazaba, la besaba, ahora ya no, noo, me cuesta acercarme a ellos.”

*Cuidadora 2: “entonces sí me he puesto más dura con ellas”
(refiriéndose a las demás personas)*

Cuidadora 5: “yo era una mujer optimista, positiva, alegre, siempre reía, y ahora paso llorando, me enojo por todo, el cuerpo cansado, despierto con sueño y quiero seguir durmiendo, no me quiero levantar”.

2.2 Cambios cognitivos

Se considera un cambio cognitivo como el cambio en algún pensamiento producido por los trabajos de cuidados. Estos se pueden dar de manera negativa, resignando un pensamiento o emoción, presentándose como una pérdida de sentido frente a su vida diaria, como también de forma positiva, impulsando con ello la búsqueda de nuevos apoyos y cambios en la atención de prioridades.

Cuidadora 2: “les dije siempre estuve dedicada a ustedes y nunca me preocupé de mí. Entonces yo ahora me voy a preocupar de las abuelas y de mí” (refiriéndose “ustedes” como a sus hermanos)

Este tipo de cambio es el menos visibilizado en las cuidadoras, su ausencia se debe a la constante normalización de la realidad que viven, pero que sí se expresan en los cambios conductuales y de percepción, es decir, nacen abstractamente de una transformación en el pensamiento y se manifiestan concretamente en lo conductual.

Cuidadora 5: “ya no me dan deseos de hacer esas cosas con mi papá (...) ya no quiero cuidar a mis papás, no los quiero cuidar”

2.3 Cambios de percepción

Durante los años de cuidado las cuidadoras también han experimentados cambios respecto a la percepción que poseen de las personas que cuidan, lo cual está relacionado, por un lado, con el desgaste emocional que han ido desarrollando, y por otro, con el desarrollo del diagnóstico de quienes cuidan, siendo estos principalmente ligados al deterioro de la salud mental.

Respecto al avance del diagnóstico de las personas a quienes cuidan, las cuidadoras manifiestan sentimientos de nostalgia al pensar en retrospectiva los cambios que ha traído consigo la enfermedad de a quienes cuidan y cómo ha avanzado su deterioro físico y cognitivo, traen al presente diversos recuerdos de la persona que eran antes del diagnóstico, viéndolos ahora como si fueran una persona diferente.

Cuidadora 3: “me da mucha emoción el ver los contrastes de cómo era antes y cómo es ahora, me sensibiliza la situación”

También algunas cuidadoras, debido a los diversos antecedentes de la historia familiar, cambian la percepción de quienes cuidan al darse cuenta de que ahora depende completamente de ellas, otorgando, además de una responsabilidad, una posición de poder por sobre la otra persona, lo que significa un cambio en la perspectiva de la realidad.

Cuidadora 3: “no me siento culpable, es todo porque él vivió como vivió siempre”

Otro cambio en la percepción de las cuidadoras respecto a quienes cuidan dice relación con la infantilización de la vejez, la cual a nivel social tiende a ser normalizada, tratando a las personas mayores como si volvieran a la infancia. Las cuidadoras entrevistadas incluyen en su discurso elementos que evidencian la infantilización de las personas mayores a quienes cuidan, relacionándolo principalmente con el deterioro mental producido por los diagnósticos de alzheimer y demencia, esto conlleva una pérdida de autonomía de las personas cuidadas, principalmente en la toma de decisiones propias, dificultando la estimulación cognitiva y aumentando el deterioro y/o progreso de sus condiciones.

Cuidadora 1: “porque él es una persona que no entiende”

Cuidadora 1: “no podría culpar a nadie, porque no se da cuenta, es como un pajarito”

De las entrevistas realizadas, solo una cuidadora manifestó no estar de acuerdo con propiciar la infantilización de la vejez, procurando en lo posible mantener la autonomía de quien cuida, a través del mantenimiento de las tareas cotidianas.

Cuidadora 1: “tener en orden, atender el negocio, hacer almuerzo, atenderlo a él, bañarlo, afeitarlo... hacer todo lo que tengo que hacer por cuidarlo a él”

3. Realización personal

Relacionado con la autopercepción, la realización personal da cuenta de las limitaciones personales del trabajo de las cuidadoras y del desequilibrio entre el trabajo que realizan y el desarrollo personal, alimentado por la carencia de recursos que apoyen este equilibrio.

3.1 Pérdida o abandono del Proyecto de vida

Un primer elemento emergente corresponde a la pérdida o abandono del proyecto de vida, es decir, se dejan de realizar actividades de desarrollo personal, por la alta demanda en la realización de los cuidados. Esto produce principalmente que las cuidadoras se dediquen exclusivamente a los cuidados y dejen de considerar en su vida los aspectos formativos, de capacitación, de entretención y autoconocimiento desechando la oportunidad de estar satisfechas con un proyecto personal.

Cuidadora 1: “tener en orden, atender el negocio, hacer almuerzo, atenderlo a él, bañarlo, afeitarlo... hacer todo lo que tengo que hacer por cuidarlo a él”

Cuidadora 2: “entonces ella quedó aquí y de ahí que la estoy cuidando, por eso yo no he podido trabajar ni nada”

Las limitaciones se presentan ante la pregunta ¿qué quiero hacer con mi vida? Expresando en sus respuestas el querer realizar todo tipo de actividades y debido a los cuidados, no poder llevarlas a cabo. A esto también se le suma el darse el tiempo de descansar y tratar sus propias dificultades de salud. Se presenta como mayor limitación el escaso tiempo para poder dedicarse a sus actividades.

Cuidadora 4: “porque el día se me hace nada y no tengo tiempo”

Cuidadora 5: “yo los quiero, los aprecio, pero estoy cansada no más poh, quiero hacer mi vida”

Sumado a lo anterior, se comienza también a normalizar el no dar respuesta a sus propios problemas de salud, existe una pérdida en la voluntad para querer preocuparse por la propia salud, se proyecta lo relacionado a la enfermedad con la persona que cuidan, y se aleja la importancia del autocuidado y de la prevalencia del proyecto de vida.

Cuidadora 3: “no depende de mi capacidad para relajarme, sino de voluntad para hacerlo bien, lo hago poco”

Cuidadora 3: “hay un renunciar a la vida personal, renunciar a lo que te gusta realmente, siempre dispuesta a hacer las cosas por el otro, porque al final vivimos la vida del otro, es olvidarse de sí mismas”

3.2 Limitación de recursos

La búsqueda y desarrollo de la realización personal en las cuidadoras se encuentra también limitada por una carencia de recursos que la posibiliten. Estos recursos son principalmente de tipo familiar, en cuanto a contar con un apoyo que colabore con la realización de los cuidados, compartiendo el tiempo de dedicación a los mismos. Las cuidadoras tienen el impedimento de buscar su realización personal, ya que no encuentran la forma de que esta sea compatible con su realidad actual, es decir, su trabajo de cuidadoras y su realización personal no son compatibles, pues como se menciona anteriormente, se desecha la búsqueda personal.

Cuidadora 1: a mí me complica que de repente una quiere salir con mi marido y no hay donde dejarlos ni nadie que se haga cargo de ellos (...) no tengo a nadie que me lo cuide”

Las cuidadoras también se enfrentan a una carencia de recursos económicos que condicionan el desarrollo personal y la calidad de los cuidados que realizan, limita el acceso a la salud, a las fuentes de apoyo y a los requerimientos emergentes de cada situación particular.

Cuidadora 1: “la gente que tiene dinero no pasa por estas cosas, ellos tienen más fácil la vida”

3.3 Validación interna y externa

El abandono de la realización personal conlleva a la constante búsqueda de la validación del trabajo actual, ya sea a modo interno como a modo externo. Como parte de las necesidades humanas, la validación se extiende desde el sentido de la comprensión social, otorgando seguridad, hasta la construcción

del autoconcepto y autoestima, sustituyendo el sentido de la vida y, por ende, la sensación de realización personal.

Por una parte, se busca la validación externa mediante la conversación, generalmente en aquellas personas cercanas que influyen de alguna manera en la vida de la cuidadora o de quienes se mantiene un lazo sanguíneo o afectivo.

Cuidadora 2: “una vez al mes me valoran de esa forma, mis hijos, mi marido, ellos me dicen que lo estoy haciendo bien”

De esta forma se genera un sentimiento de aprobación y de contribución a la sociedad, favorece el sentido de pertenencia. Sin embargo, estos elementos se formulan solo como un camuflaje de la pérdida o abandono de la realización personal.

Internamente, y en virtud del constante desgaste emocional, se busca firmemente fuentes de motivación que le aporten energías a la realización de los cuidados, siendo una de estas fuentes la validación interna. Esto reafirma los sentimientos de amor propio, de sentirse bien con los cuidados realizados y de auto estimular la balanza respecto a la baja realización personal.

Cuidadora 2: “yo me siento bien cuando hago todo eso y cuando me agradecen (...) siento que le estoy haciendo un bien a las abuelitas”

Dimensión de Relación entre Estrategias de Apoyo Social y Dimensiones Síndrome de Burnout

Luego de haber identificado las Estrategias de Apoyo Social y las Dimensiones del Síndrome de Burnout en las cuidadoras, es el momento de vincular ambas a través de las experiencias que fueron pesquisadas durante todo el proceso de talleres que se realizaron dentro de la investigación, en conjunto con las personas que componen la muestra.

Las investigadoras identificaron las siguientes categorías que se desprenden del cuarto objetivo específico de la presente investigación.

1. Apoyo Social como elemento protector

Esta categoría representa de qué manera influye positivamente el Apoyo Social al Síndrome del Burnout, ya sea de manera preventiva como de tratamiento del síndrome, aumentando así el desarrollo de las cuidadoras en un ambiente saludable dentro de los cuidados que ejercen. Esta categoría, se compone por subcategorías representadas a través de sus respectivos indicadores y análisis. Esta categoría tendrá solamente una subcategoría, ya que el Apoyo Social que se percibe en la investigación es paupérrimo.

1.1 Tipos y fuentes de Apoyo Social

En la antigüedad, inclusive antes de Cristo, el filósofo Aristóteles ya hablaba que el ser humano es un ser social por naturaleza. El Apoyo Social viene a reafirmar este postulado y como se menciona en el marco teórico de esta investigación, existen diferentes fuentes y dimensiones desde donde se puede obtener este apoyo.

La principal fuente de socialización primaria es la familia, en donde las personas crean sus propias realidades por aprendizaje, es por esto que el vínculo familiar es apreciado socialmente como uno de los primordiales para

el desarrollo del ser en sociedad. En cuanto al Apoyo Social, la familia se considera una entidad fundamental en relaciones íntimas y de confianza, estableciéndose así el nivel micro del apoyo social, es decir, el más cercano.

Cuidadora 1: "... mi familia y mis amigas, nos apoyamos mutuamente"

Ahora bien, posicionando la fuente de Apoyo Social familiar en las cuidadoras de la presente investigación, se pesquisó que 3 de 5 de ellas reciben un apoyo con función emocional, informativa e instrumental⁶, que de alguna manera aportan con diversos y necesarios recursos a las necesidades que tienen las cuidadoras.

Cuidadora 3: "... siempre, mi hija vive conmigo así que siempre cuento con ella"

Al ser una labor que involucra la atención las 24 horas del día, las cuidadoras necesitan de un apoyo que se encuentre disponible para que estas puedan delegar la labor en otras personas, ya que, la distracción de esta rutina ayuda a que, acompañado con otros factores, el Síndrome de Burnout no se presente, se posponga o se apalee.

Cuidadora 3: "... como estamos aquí los tres, encuentro que descanso algunas cosas en ella"

Pero el apoyo entregado por la familia es solo el nivel micro del Apoyo Social, y este se debe complementar con el nivel miso y el macro, los cuales contemplan las amistades, trabajo y comunidad restante, como por ejemplo las instituciones.

Cuidadora 4: "...con un sacerdote que es jovencito (...) para mí es un psicólogo más, un terapeuta más"

⁶ Revisar funciones de Apoyo Social en marco teórico de la investigación.

Con respecto a esto, se evidencia que las cuidadoras reciben Apoyo Social en todos los niveles, y en estos depositan diversas responsabilidades para ayudar a que el cuidado sea más una labor que una carga, sin embargo, esto a pesar de ser positivo y presentarse como un elemento protector va de manera paralela con un elemento de riesgo que se presentará a continuación.

Cuidadora 4: “...Así que estoy yo hablando con el alcalde para que deje eso listo (...) en caso de que tenga una emergencia él viene”

2. Apoyo Social como elemento de riesgo

Esta categoría hace referencia a aquellos elementos que de una u otra forma aumenten las posibilidades de contraer el Síndrome de Burnout en las cuidadoras. Según los resultados pesquisados en los instrumentos, cuatro de cinco cuidadoras presentan Síndrome de Burnout, y de acuerdo con esto se escogieron las siguientes subcategorías que engloban lo que es su experiencia con el cuidado a personas mayores dependientes.

2.1 Relación de dependencia

Como se mencionó anteriormente en los elementos protectores, las cuidadoras presentan diversas fuentes de apoyo para sobrellevar el cuidado, sin embargo, se percibió en los instrumentos aplicados que este apoyo venía de fuentes de las cuales se generaba una relación de dependencia.

Cuidadora 4: “...antes todo me lo solucionaba la teletón, siempre (...) y cuando me salí me sentí vacía poh”

Esta relación no solo se presenta en las cuidadoras a modo de obtención de recursos, sino que también en dependencia emocional. Esta se define

como un “patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intentan cubrir desadaptativamente con otras personas” (Rodríguez de Medina Quevedo, 2013)

Cuidadora 5: “...El mayor apoyo es mi pareja, así que cualquier cosa yo acudo a él, él siempre está, en lo que yo necesite”

Cuidadora 5: “...y también para no perder a mi pareja, porque mi pareja también me reclamó entonces quiero salvar mi relación”

La dependencia emocional se entiende como un elemento de riesgo para las cuidadoras, sin embargo, a modo de crítica, si las cuidadoras contaran con alguna institución especializada en la cual descansar, o algún profesional, de igual forma especializado, que pudiera apoyarles, estas podrían ejercer sus actividades cotidianas de una manera más independiente.

Por otra parte, como se menciona en la categoría anterior, la familia juega un rol fundamental en el apoyo, sin embargo, se percibe como un elemento de riesgo cuando esta familia no está dispuesta a compartir los cuidados de manera equitativa.

Cuidadora 1: “...igual estoy planificando salir de vacaciones unos días, aunque sean unos pocos igual no más. Pero ahí en ese caso dependo de mi hermana, aunque igual sería ideal tener algo como una casa de acogida, no permanente.”

Finalmente, se percibe en la aplicación de los instrumentos la necesidad de las cuidadoras de tener una institución o profesional que puedan facilitarles el apoyo necesario para que ellas no estén las 24 horas del día ejerciendo el

cuidado, ya que ellas también deben cumplir con satisfacer sus necesidades básicas y recreativas, contando con esto se podría evitar el desarrollo del Síndrome de Burnout.

2.2. Apoyo Social escaso

Esta subcategoría se vincula paralelamente con dependencia, ya que, como se menciona anteriormente, el apoyo con el que cuentan las cuidadoras es de pocos recursos, por ello ocurre su lazo de dependencia.

Esta escasez de recursos que apoyen al cuidado, expresado por la totalidad de las cuidadoras, se debe a que a pesar de que ellas piden ayuda, esta no les llega, ya sea de parte familiar como de instituciones.

Cuidadora 2: "...pido ayuda, pero no llega y ellas no pueden esperar"

Cuidadora 2: "... entonces con las instituciones no recibo ningún

Cuidadora 5: "...pero bueno, lo tengo que hacer no más porque nadie quiere cuidarlos, nadie"

¿Qué provoca entonces este escaso Apoyo Social? Los datos arrojados en la presente investigación demuestran que las cuidadoras poseen apoyo por parte de determinadas personas – de las cuales eran dependientes – sin embargo, en ausencia de estas las cuidadoras estaban desprotegidas. Y con todo esto, el Síndrome de Burnout cada vez acecha más a las cuidadoras, ya que sí existe una relación entre ambas dimensiones inversamente proporcional, es decir, a mayor Apoyo Social, menor Síndrome de Burnout.

Por otra parte, de la totalidad de las cuidadoras, se percibe que pocas veces estas tienen una actividad recreativa o de autocuidado, y aún más grave, una de ellas no cuenta con una persona a la cual acudir en caso de emergencias de salud, y con esto, han creado una coraza para así decirse a ellas mismas que por ningún motivo se pueden enfermar.

Cuidadora 2: "... ¿A mí? Que me lleve al médico, nunca" (Responde a la pregunta si cuenta con alguna persona que la lleve al médico)

Finalmente, la soledad que se describe en los instrumentos utilizados es un elemento esencial para que las cuidadoras sean propensas a contraer el síndrome, ya que se exponen a un desgaste emocional, posterior a este la despersonalización para así presentar la baja realización personal para con las personas que cuidan.

Cuidadora 3: "...es que he tenido poca comunicación, si yo no llamo no hay comunicación, no me llaman"

Cuidadora 4: "...porque ahí no tengo a nadie (...) Así que ahí soy solo yo"

2.3. Presión

Siguiendo el mismo lineamiento de las subcategorías anteriores, este concepto viene a explicar uno de los sentires más detectados en las cuidadoras: la presión.

Este concepto fue escuchado entre líneas durante todo el contacto que se tuvo con las cuidadoras, ya que ellas al ser el principal recurso de las personas a las que cuidan, la incertidumbre de lo que pasaría con su ausencia es algo que les provoca sentimientos de culpa y con esto sentirse presionadas para que nada les pase.

Cuidadora 2: "...yo les digo yo no soy eterna, a mí me puede pasar algo (...) nadie les va a dar las pastillas"

Cuidadora 4: "...lo otro que podría tomar un remedio más o menos fuerte, entonces sabes tú que ando con mucho sueño, pero yo tengo que estar despierta, o sea alerta, para todo"

Cuidadora 2 "...si me enfermo yo, joden todos, porque así no puedo cuidar a las abuelas"

Junto con esto, existe otro tipo de presión, la de no ejercer el cuidado como corresponde, ya que ninguna de las cuidadoras dentro de la presente investigación tiene estudios sobre cómo cuidar, lo que provoca desconfianza de sus habilidades, y por esto surge la siguiente interrogante ¿cuántas cuidadoras en Chile están capacitadas para ejercer el cuidado? ¿Existe en Chile una real promoción de lo que es ser cuidadora? Esto no es solamente con las personas que ya están cuidando, sino que, con toda la población, ya que cuidar surge en un abrir y cerrar de ojos, esto conlleva educar mediante políticas públicas, lo que se profundizará más en las conclusiones finales.

Cuidadora 3: "...de repente me desvelo pensando en el cuidado que hacemos, como que nos faltan más cosas, en el sentido de estar al lado de él todo el día, que haga o que no haga cosas"

Como último tipo de presión – pero no menos importante – se pesquisó que las cuidadoras reprimen sus sentimientos con las personas que cuidan con la finalidad de no afectarles, y por consecuencia, esto radica en un desgaste emocional tremendo que genera la presencia del Síndrome de Burnout en las cuidadoras.

Cuidadora 4: “...como no lloro mucho para que no me vea llorar (...) eso me va a pasar la cuenta en algún momento”

Finalmente, las investigadoras percibieron, a través de la creación del grupo con las cuidadoras, que todos estos tipos de presiones se pueden ir tratando con el Apoyo Social, ya que mediante las actividades que se desarrollaron, las cuidadoras comenzaron a aliviar algunos sentimientos presentes en el cuidado, como la presión y también la culpa.

3. Contingencia sanitaria

Dado el contexto de pandemia en el que la presente investigación se realizó, es necesario posicionarse desde la perspectiva de las cuidadoras en cuarentena, y más aún, cuando las personas a las que cuidan, y la mayoría de ellas, son población de riesgo, ya que varía todo el panorama de lo que ellas realizaban diariamente, todo su contexto se tuvo que adecuar a la situación.

Dicho esto, las investigadoras realizaron instrumentos para percibir de qué forma la pandemia, y consigo la cuarentena, había afectado en ellas y en su rol de cuidadoras.

3.1 Pérdida de recursos

La cuarentena que ocurre a nivel país ha obligado a que muchas personas tengan que posponer o terminar muchas de las cosas de las cuales se hacían partícipes de forma presencial, lo que radicó en una pérdida de recursos que obtenían de estos encuentros.

Cuidadora 2: "...hasta antes de que empezara la pandemia estaba con psicólogo"

Cuidadora 4: "...entonces normalmente a mí me viene a ayudar una persona, pero ahora con esto, tampoco hemos podido hacer eso, no puedo dejar entrar a nadie"

Cuidadora 3: "...estaba con hartas inquietudes respecto a los cuidados y quería conversar con alguien entendido, pero con todo el asunto de la pandemia no se puede así pedir hora"

Uno de los instrumentos arrojó que la pandemia sí había afectado a las cuidadoras de manera riesgosa, ya que el Apoyo Social que recibían antes, tales como profesiones, o actividades recreativas y de autocuidado, no las pueden realizar, lo que comenzó a provocar síntomas del Síndrome de Burnout.

Cuidadora 3: "...además hace tiempo por la pandemia no hago tai chi"

Y para finalizar, uno de los elementos más preocupantes dentro de esta subcategoría es el sentimiento de aislamiento y soledad que empezó a repercutir con fuerza en las cuidadoras, lo que provocó un alza también de síntomas relacionados al Síndrome de Burnout, y junto con esto, se hace el preocupante hincapié en que a pesar de que existen los medios para hacerlo,

el Apoyo Social a través de las pantallas es muy difícil de entregarlo. Sin embargo, las investigadoras lograron realizar que el grupo conformado se volviera un grupo de Apoyo Social indirectamente.

Cuidadora 3: "...la pandemia me aisló de los demás, se me terminaron todos los talleres, todo lo que hacía"

Cuidadora 3: "...la pandemia me aisló de los demás, se me terminaron todos los talleres, todo lo que hacía"

3.2 Búsqueda de nuevas estrategias

Como todo lo que ocurre en pandemia no tiene que ser negativo, esta subcategoría rescata la capacidad de las cuidadoras ya que, pese a toda adversidad, buscaron nuevas estrategias para poder realizar los cuidados y las actividades recreativas bajo las nuevas alternativas tecnológicas que ofrece el mundo en pandemia.

Cuidadora 3: "...salir del encierro también ha hecho bien, de verlas a ustedes y empezamos con el teatro también (...) estamos trabajando en una obra por zoom, he aprovechado de escuchar música también y las relaciones, como se llama, técnicas le digo yo jajaja"

Cuidadora 3: "...un curso de este asunto técnico de computación poco menos jajaja aprender más"

A su vez, la búsqueda de nuevas estrategias no solo tiene que ver con las actividades, sino que también la adaptación hacia el nuevo mundo tecnológico en el que se ven insertas las cuidadoras, ya que estas tienen escaso

conocimiento en las nuevas redes de conexión de internet, sin embargo, ellas han logrado avances a través de la práctica entre ellas y con las investigadoras.



Capítulo número IV
Resultados de la Investigación



Presentación

El presente capítulo proporciona los resultados de cada instrumento aplicado a las cuidadoras de personas mayores dependientes que componen el grupo de investigación, del cual se obtuvo la información necesaria para lograr dar respuesta al objetivo de investigación.

Los instrumentos aplicados fueron el MBI-HSS y cuestionario de MOS los cuales serán analizados por cada una de sus categorías de acuerdo con el puntaje obtenido por cada cuidadora. Las investigadoras además contribuirán al análisis de los resultados con la información obtenida por medio de preguntas inductoras realizadas a la par de cada pregunta de los instrumentos, para que de este modo fuese posible obtener la información más precisa y acabada posible.

Cabe mencionar que ambos instrumentos en el proceso de recolección de información presentaron falencias que las investigadoras debieron complementar para comprender el resultado de cada categoría y entregarles un real significado a los valores obtenidos. Se determinó en este capítulo que no son suficientes las respuestas cerradas en el área que se pretende conocer, ya que involucran otros aspectos emocionales y biopsicosociales.

Análisis de instrumentos

Los instrumentos seleccionados para el levantamiento de información necesaria para la presente investigación han sido extraídos de investigaciones previas en temáticas relacionadas, principalmente en el área de la salud y la psicología. En la actualidad los instrumentos desarrollados para la pesquisa y detección de problemas socioemocionales, estrés y consecuencias de la falta de apoyo, desde el área social y la misma disciplina del Trabajo Social son muy escasos y poco socializados, teniendo las investigadoras que acudir y tomar prestados instrumentos desarrollados en otras áreas, que, si bien se relacionan con el aspecto social, no proceden directamente desde ellas.

En consecuencia, de esto fue necesario que las investigadoras complementaran cada ítem de los instrumentos aplicados al grupo que compone la muestra, con preguntas indagatorias y de inducción al análisis para así obtener la información necesaria y atinente a la temática social de investigación.

A continuación, se procederá a analizar los resultados entregados por los instrumentos MBI-HSS y MOS. Para la mejor comprensión y rápida lectura, desde ahora para hacer referencias a las cuidadoras se pondrá una C y su respectivo número.

Resultados Escala MBI -HSS

A continuación, se entregarán los valores, resultados y análisis del instrumento MBI destinado a conocer los niveles de sobrecarga en las cuidadoras y sus valores totales por cada categoría.

De acuerdo con el instrumento ya validado por otros investigadores, se establecen valores por categoría, los cuales se explica mediante la siguiente tabla:

Tabla interpretativa de datos:

	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	< 18	19– 26	> 27
Despersonalización	< 5	6 – 9	> 10
Percepción personal	< 33	34 – 39	> 40

Ya establecido los parámetros de valores para su análisis se entregarán los resultados de acuerdo con el grupo investigado.

Tabla 6 Resultados MBI-HSS

	Cuidadora 1	Cuidadora 2	Cuidadora 3	Cuidadora 4	Cuidadora 5
Cansancio emocional	17	36	29	29	51
Despersonalización	1	9	6	0	20
Percepción personal	45	41	31	42	26

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con los resultados de cuestionarios aplicados, se obtuvo que en la categoría de cansancio emocional, las C.2, C.3, C.4 y C.5 obtuvieron un puntaje sobre los 27 puntos lo que es considerado como alto y solo la C.1 presenta un bajo nivel de cansancio emocional. Un alto nivel de cansancio emocional podría ser atribuido a la falta de apoyo y contención de personas empáticas y con capacidad de escucha que le ayuden a las cuidadoras a contener y liberar sus emociones. También las dificultades de comunicación dentro del círculo familiar pudieran influir directamente en esta categoría. El cansancio emocional es la categoría que más afecta a las cuidadoras y que

en su mayoría se presente con mayor facilidad, esto también se debe a la gran deficiencia en conocimiento sobre autocuidados que las cuidadoras presentan y que dentro del marco del proyecto “te cuido en la distancia” las investigadoras reforzaron y potenciaron por medio de talleres. Cabe destacar que la C.5 se encuentra en un valor máximo y que de acuerdo a lo pesquisado por las investigadoras es la cuidadora que menos apoyo familiar presenta.

Por otra parte, en la categoría de despersonalización se observa que la cuidadora C.4 no presenta ningún síntoma de despersonalización y que además, de acuerdo con la información obtenida, esta cuidadora suma a sus labores de cuidado a su hijo con un diagnóstico de dependencia. Este valor podría encontrarse permeado por el rol social que la cuidadora lleva consigo y representa, cuidar siendo cónyuge y madre condiciona las respuestas de despersonalización, ya que las preguntas planteadas en los cuestionarios afirman o niegan ciertas condiciones que bajo su rol no son aceptadas socialmente. Cercana a esta realidad se encuentra la cuidadora C.1 quien cuida a su hermano y sus respuestas son valoradas bajo las normas sociales de fraternidad al tratarse de un hermano que además presenta conductas infantilizadas debido a su diagnóstico.

Contrario a lo señalado anteriormente, las cuidadoras C.2 y C.3 presentan un valor intermedio de despersonalización, destacando como el par de cuidadoras que cuidan a las únicas dos personas con diagnóstico del Alzheimer y que en ambos casos la familia se encuentra presente a modo de supervisión, pero no así en acompañamiento al cuidado. Por último, la cuidadora que presenta un alto nivel de despersonalización es la cuidadora C.5 que nuevamente se encuentra llegando al máximo en la escala de valores. En este caso es de esperar que el nivel de despersonalización sea igual de elevado que el de cansancio emocional, debido a que ambas categorías están completamente relacionadas y un alto nivel de cansancio emocional gatilla las actitudes negativas y apáticas hacia la persona cuidada y el entorno, quien

solo necesita cubrir las necesidades de la persona cuidada de manera rápida dejando de lado el trato entregado.

La última categoría que el MBI-HSS entrega es la de realización personal, que, a diferencia de las otras categorías, en las cuales la situación de riesgo se da cuando la puntuación es más alta, en la categoría de realización personal, la situación de riesgo se dará cuando la puntuación sea baja.

De esta categoría se obtiene que las cuidadoras con menor nivel de realización personal son la C.5 y C.3, siendo ambas cuidadoras las que menos tiempo llevan cuidando y, por ende, su percepción de la pérdida de espacios personales y autonomía sería mayor al resto de cuidadoras que con el pasar de los años han configurado su rutina diaria y expectativas en base a su labor de cuidadoras, además del sentimiento de inseguridad que un bajo nivel de realización personal conlleva.

Por otra parte, las cuidadoras C.1, C.2 y C.4 presentan un alto índice de realización personal y también sus puntuaciones guardan relación con la cantidad de años al cuidado, siendo ellas las cuidadoras con más experiencias, lo que les otorga seguridad en el quehacer sumado al apoyo familiar o la presencia de personas a su alrededor que valoran y apoyan sus cuidados.

De este modo, se establece que de las 5 cuidadoras 1 de ellas presenta Síndrome de Burnout, otras tres de ellas se encuentran debido a sus índices de valoración en un riesgo inminente de adquirir el síndrome, ya que las condiciones y permanencia del rol de cuidado aumentan los índices afectando directamente su salud mental y calidad de vida. Por último, solo 1 cuidadora presenta todos sus valores esperables e ideales para no generar un agotamiento extremo o Síndrome de Burnout. Esta cuidadora es la única que cuenta con una red de apoyo familiar y que además posee una actividad

económica que le entrega algún grado de independencia y le permite sociabilizar a diario con distintas personas dentro de su comunidad.

Resultados Cuestionario MOS

A continuación, se entregarán los valores, resultados y análisis del cuestionario MOS destinado a conocer los niveles de Apoyo Social con los que el grupo de cuidadoras cuenta y sus valores totales por cada categoría según cuidadora.

Según el instrumento, se establece para su análisis los siguientes valores:

Interpretación de resultados

	Máximo	Medio	Mínimo
Índice global de Apoyo Social	94	57	19
Apoyo emocional	40	24	8
Apoyo material	20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción	20	12	4
Apoyo afectivo	15	9	3

Las puntuaciones obtenidas por las cuidadoras en cada categoría son las siguientes:

Tabla 7 Resultados cuestionario MOS

	Cuidadora 1	Cuidadora 2	Cuidadora 3	Cuidadora 4	Cuidadora 5
Apoyo emocional	31	32	24	27	34
Apoyo material	19	13	20	14	15
Relaciones sociales de ocio y distracción	17	20	13	12	14
Apoyo afectivo	15	15	12	11	15
Índice global de apoyo social	81	80	69	55	78

Fuente: Elaboración propia

De los valores provenientes del cuestionario se obtuvo que en la categoría de apoyo emocional las cuidadoras C.1, C.2 y C.5 presentan un alto nivel de apoyo emocional, siendo ellas las cuidadoras que cuentan de manera permanente con una persona a quien identifican como fuente de su apoyo emocional. Si bien este aspecto se presenta como un factor protector al concentrarse todo únicamente una persona, también se conforma como un

componente riesgoso y generador de dependencia, además que la persona que entrega este apoyo emocional también estaría expuesta a sufrir desgaste por contaminación⁷. Por otra parte, las cuidadoras C.3 y C.4 presentan un nivel intermedio de apoyo emocional, ya que este índice se suele atribuir socialmente a una persona con un vínculo amoroso como una pareja o cónyuge y siendo precisamente estas personas a quienes cuidan, y por consecuencia, percibiéndose más desprotegidas emocionalmente.

Sobre la categoría de apoyo material se obtiene que, las cuidadoras C.1, C.3, C.4 y C.5 presentan un alto nivel de apoyo material y solo la C.2 un nivel intermedio, siendo ella la única cuidadora que cuida a dos personas mayores dependientes con diagnósticos que exigen un alto coste de recursos.

Sobre la categoría de relaciones sociales de ocio y distracción se obtiene que, las cuidadoras C.1, C.3, C.4 y C.5 presentan un nivel intermedio y solo la cuidadora C.2 presenta un máximo de valoración. Esta categoría se relaciona directamente con las características personales de las cuidadoras y el tiempo y recursos que destinen a pasar tiempo con otras personas o mantener relaciones de amistad en el tiempo. Además, esta categoría se ve condicionada por elementos como el desgaste emocional y la despersonalización, afectando directamente en el entorno de quienes cuidan.

Sobre la categoría de apoyo afectivo se obtiene que, las cuidadoras C.3 y C.4 presentan un nivel intermedio de apoyo afectivo y las cuidadoras C.1, C.2 y C.5 un máximo de apoyo afectivo, nuevamente se presenta que las cuidadoras con mayor nivel de esta categoría son quienes mantienen una fuente de apoyo permanente en su propio hogar bajo la figura de un compañero, pareja o cónyuge, ya que estos tipos de apoyo se encuentran socialmente romantizados. Estos tipos de apoyos focalizados en una sola

⁷ Dice relación con la transmisión del desgaste por interactuar de manera constante e intensa con una persona desgastada emocionalmente y además actuar como única fuente de apoyo.

persona resultan positivos para quienes cuidan, pero en riesgo de decaer si la persona que lo facilita ya no se encuentra cerca o disponible.

Por último, el índice global de apoyo social que engloba todas las otras categorías se presenta como alto y óptimo en las cuidadoras C.1, C.2, C.3 y C.5 siendo únicamente diferente el nivel de Apoyo Social en la C4 teniendo un nivel intermedio, esta diferencia podría deberse a las redes familiares deficientes y lejanas, ya que muchas de las personas que ejercen cuidados destinan su mayor parte del tiempo a su labor, no pudiendo interactuar o generar redes con otras personas.


Relación existente entre las estrategias de Apoyo Social y las Dimensiones del Síndrome de Burnout

Del análisis de ambos instrumentos aplicados al grupo de investigación, las investigadoras determinaron una relación directa entre las estrategias de Apoyo Social y el riesgo de presentar el Síndrome de Burnout o la aparición de este, ya que el apoyo proveniente de la misma familia permea los diferentes síntomas que conllevan a presentar un agotamiento extremo o también estrés crónico en consecuencia del síndrome. Por otra parte, se pesquisó por medio de los instrumentos que este Apoyo Social se focaliza principalmente en solo una persona, lo que generaría dependencia a largo plazo, convirtiendo este foco de apoyo en un componente de riesgo al no encontrarse distribuido el apoyo en diferentes áreas que engloban la vida de las cuidadoras.


Por consiguiente, se determinó por las investigadoras que ambos instrumentos y en especial el cuestionario de MOS no son suficientes para determinar el nivel de Apoyo Social que poseen las cuidadoras, ni reflejan con exactitud las condiciones de apoyo con las que cuentan. Esto se debe a que ambos cuestionarios poseen preguntas y afirmaciones poco precisas, dejando

de lado otras aristas esenciales para determinar condiciones de Síndrome de Burnout y Apoyo Social, limitando las respuestas significativas.

Dada la situación detallada anteriormente las investigadoras han debido acudir a la adaptación de los instrumentos para obtener una visión integral u holística de las reales condiciones de Apoyo Social con las que cuentan las cuidadoras y pesquisar los reales peligros de padecer o presentar un estrés crónico y la aparición del Síndrome de Burnout. Las principales modificaciones dicen relación con el lenguaje utilizado y la profundización de los enunciados.



Capítulo número V
Hallazgos de la Investigación



Presentación

En el presente capítulo, se describirán aquellos descubrimientos que se revelaron durante el proceso de investigación, especialmente en la recolección y análisis de información. Estos hallazgos investigativos se manifiestan de forma transversal a los objetivos propuestos inicialmente y dicen relación con dos temáticas principales. Una de ellas corresponde al rol social que asumen las cuidadoras informales de personas mayores dependientes, contemplando los procesos de envejecimiento activo de la población y la posición de marginación social en que se encuentran. La segunda temática, considera aquello relacionado a las situaciones de violencia que han experimentado las cuidadoras y aquellas que siguen vivenciando en la actualidad, siendo esta proveniente tanto de la estigmatización de género como de la vulneración sociofamiliar.

Rol social impuesto

La población actual avanza cada día más rápido hacia el envejecimiento demográfico, y consigo, nacen diferentes cambios familiares que determinarán los roles de cuidado.

Al ser un tema que aún no toma gran realce en la sociedad, las políticas públicas aún no se conforman para darles una respuesta a este nuevo desafío de cuidar, por lo que dado los recursos económicos y la desconfianza por las instituciones destinadas al cuidado, las familias deciden delegar el rol del cuidado, y es en su mayoría a las mujeres del hogar.

Durante toda la investigación se pudieron obtener los datos necesarios para comprender el rol de las cuidadoras dentro de la sociedad actual desde una perspectiva más teórica, sin embargo, hacía falta complementar desde la perspectiva de las mismas cuidadoras acerca de cómo perciben su rol.

El rol de las cuidadoras según lo pesquisado en la presente investigación es un rol impuesto, ya que desde las familias se asume la feminización de los cuidados, además, las cuidadoras comienzan a tomar un papel de resignación ante esto, de acuerdo a lo dicho por ellas mismas “es lo que les tocó”, ya que nadie más quiere hacerse cargo de la labor que ellas realizan.

Cuidadora 5: “... lo tengo que hacer no más porque nadie quiere cuidarlo, nadie”.

Cuando las cuidadoras ya comienzan con su nuevo rol de cuidados, estas emprenden desde la experiencia, ya que, como se menciona anteriormente, el área de cuidados en personas mayores dependientes aún está abandonada en nuestro país, por lo que las cuidadoras tienen poco apoyo ya sea de información como de instituciones que las capacite.

Muy ligado a esto, y sumamente importante, se percibe la exclusión social que deben vivir las cuidadoras, ya sea por parte de la ausencia del gobierno, como de amistades y comunidades, ya que la dinámica que comienza a surgir es diferente a la que viven las personas que no cuidan, debido a que el mundo globalizado se enfoca en producir y no se adapta a los tiempos de compartir los respectivos espacios de socialización con las cuidadoras.

Cuidadora 5: "...mis amigas, entre comillas realmente porque son amigas de carrete, no son amigas de vida, porque resulta ellas saben el problema, ellas no vienen para acá"

Finalmente, se vuelve a hacer hincapié en la escasa educación social que existe con respecto a las cuidadoras informales, ya que si en Chile, las personas conocieran la labor del cuidado y todos los factores, responsabilidades y desafíos que conlleva, se valorizaría de una manera diferente, y esto produciría que el trabajo fuera compartido y respetado de tal forma que las cuidadoras no lo hicieran porque "es lo que les tocó".

Situación de Violencia

Se entenderá la situación de violencia como aquella que viven las cuidadoras en las cuales se vulneren sus derechos sociales y sus libertades personales, disminuyendo las posibilidades del desarrollo pleno de cada persona y obstaculizando la búsqueda de su realización personal.

Violencia de género

Durante el trabajo con las cuidadoras, la aplicación de instrumentos y la realización de entrevistas, se observaba un lenguaje y una actitud proveniente de la violencia de género vivida socialmente, la cual ha sido transmitida a

través de las pautas de crianza y formas de aprendizaje que cada una fue adquiriendo.

El rol de los cuidados formales e informales generalmente son ejercidos por mujeres, al igual que en esta investigación. Las cuidadoras han realizado los cuidados bajo la constante estigmatización de sus funciones, las cuales son abordadas desde una visión patriarcal como una función natural y que corresponde a dicha construcción de género. Esta idealización del rol de la mujer como super poderosa, ha traído consigo años de silencio y vulneración de derechos, que solo invisibiliza o, mejor dicho, encubre la situación real de violencia que viven día a día.

Las cuidadoras no solo tienen que realizar con eficacia las tareas de cuidado, sino que además mantienen su rol impuesto de dueñas de casa, efectuando tareas de aseo del hogar, alimentación del grupo familiar y atención de visitas.

Cuidadora 4: “porque tú sabes cómo son los esposos, a lo mejor no, porque no eres casada, entonces él, aunque viene la hija harta, a todos les ayudo yo no más”

También presentan limitaciones otorgadas por el sistema patriarcal, en la cual el desarrollo personal de cada cuidadora depende de la relación que se tenga con las demás personas del hogar, específicamente con la pareja, siendo este último en quien finalmente recae el poder familiar.

Cuidadora 4: “a veces me aclaro leyendo, porque a mi esposo no le molesta”

De la misma forma, las cuidadoras al ser conscientes de las limitaciones que presentan hacen referencia a sentimientos de culpa respecto a su rol dentro del hogar.

Cuidadora 4: “creo que yo mal acostumbré a mi esposo, le hacía todo”

Lo anterior da cuenta de una internalización de las conductas machistas debido al aprendizaje y socialización primaria, manteniendo una construcción social de la realidad en la cual se adaptan a la posición de sumisión que el sistema exige para las mujeres.

Violencia familiar

Se descubrió también que las cuidadoras habían vivido o viven en la actualidad violencia ejercida por personas que se encuentran dentro de la esfera familiar.

Por una parte, se encuentra relacionada directamente con la persona que cuidan, es decir, tres de las cinco cuidadoras mantuvieron episodios de violencia con la persona que cuidan y que no fueron tratados o sanados. Las cuidadoras han tenido que reprimir aquellos sucesos para poder llevar los cuidados en la actualidad. Sin embargo, y pese a su represión, lo mencionado conlleva a que en la actualidad sigan viviendo en una situación de violencia, cargando con el peso de las heridas encubiertas.

Cuidadora 2: “mi mamá me dio un grito y detonó un recuerdo de cuando mi abuelo abusó de mí, cuando yo era chica (...) cuando yo era chica no quería salir con mi abuelo por lo mismo, y mi mamá me dio un grito que tenía que ir con él”

Cuidadora 3: “no me venía a alojar acá a la casa porque él quería entrar al dormitorio y yo que no”

Cuidadora 5: “mi papá no fue muy bueno, mi papá fue malo, fue tomador, mujeriego, entonces hizo sufrir mucho a mi mamá y a nosotros (...) no fue un papá”

Por otra parte, viven en una situación de vulnerabilidad creada por el núcleo familiar responsable de los cuidados hacia la persona dependiente. Existe un

abandono por parte del resto de familiares responsables con la persona dependiente, y con la persona que realiza los cuidados, contribuyendo a la sobrecarga de las cuidadoras, y que además ejercen presión sobre ellas para la realización de cuidados, exigiendo el ejercicio de un trabajo que en las condiciones que se encuentra enajena a la cuidadora. Esta aplicación de presión y exigencia es también un símbolo de violencia ejercida contra la cuidadora, ya que favorece a su deterioro físico, mental y emocional, desgastando a la cuidadora y provocando sintomatologías de las que no se hacen responsables.

Cuidadora 2: “por eso tus hermanos se aprovechan de ti, porque ahora mis hermanos no se acuerdan de llamarla ni nada”.



Capítulo número VI

Conclusiones de la Investigación



Presentación

El siguiente capítulo contiene las conclusiones finales de la presente investigación, las cuales fueron obtenidas de acuerdo con el análisis realizado durante todo el proceso investigativo.

Se hace necesario situarlas desde 3 ejes principales: teóricos, metodológicos y desde el Trabajo Social para así otorgarle a los lectores un mayor entendimiento de diferentes perspectivas.

Conclusiones teóricas

Cuidadoras y Situación de Discapacidad

Durante el desarrollo de la investigación, desde la elaboración del marco teórico, se ha podido evidenciar que existe una escasez de lenguaje técnico y soporte teórico que sea específico del tema de los cuidados, tanto formales como informales, de personas mayores. El sustento teórico que existe en la actualidad es relativamente nuevo, y ha sido desarrollado en virtud de los cuidadores de personas en situación de discapacidad, quienes en la última década han visibilizado sus problemáticas y vulneraciones.

El desarrollo de material teórico permite robustecer una temática y, por ende, entrega mayores herramientas para el fundamento de nuevos proyectos sociales y políticas públicas. El bajo desarrollo de sustento teórico en materia de cuidados de personas mayores contribuye a mantener la invisibilización de las personas que desempeñan este rol, sus necesidades, requerimientos y derechos sociales.

Enfoque productivo vs enfoque holístico

El ejercicio de los cuidados de personas en situación de discapacidad, temática que está siendo visibilizada, tiene principalmente un enfoque de derechos, solicitando que se incluyan los derechos humanos para personas en situación de discapacidad y cuidadores de las mismas. Sin embargo, y como en muchas otras áreas sociales, los cuidados de personas mayores dependientes se comienzan a visibilizar en cuanto los cuidadores pueden o no pueden realizar sus trabajos y en la efectividad de estos.

Lo anterior, quiere decir que el enfoque mediante el cual se comienzan a manifestar las necesidades de los cuidadores, es un enfoque de producción, que busca optimizar recursos para que el trabajo realizado sea más efectivo.

Este enfoque es excluyente de un enfoque integral y holístico, en el cual se vea a los cuidadores como personas naturales, quienes también se ven influenciados por las relaciones de cuidado y las vulneraciones que viven.

Es necesario transformar el enfoque con el que se trabajan los cuidados, pues la sobrecarga, el Síndrome de Burnout y la medición del Apoyo Social, también se encuentran relacionados al desarrollo pleno de la producción, y no al desgaste que como seres humanos experimentan. Una arista importante que se debe considerar es la salud mental y emocional, ya que no existe actualmente un programa preventivo para cuidadores ni de capacitación constante, que permita formarles en temáticas de cuidado y autocuidado, incluyendo el conocimiento sobre las enfermedades y diagnósticos que se van desarrollando, tanto propios como de la persona a quien cuidan, los síntomas, consecuencias, estados de avance, técnicas de contención y relajación, cuidados básicos de enfermería, entre tantas otras temáticas que no se tratan desde lo institucional como relevantes, pero que los cuidadores practican día a día, y al no tener los conocimientos y el apoyo necesario, se sumergen en un deterioro que limita el desarrollo humano y la calidad de vida, y por el cual no hay responsabilidad institucional.

Conclusiones metodológicas

Instrumentos

La presente investigación se realizó para poder encontrar la relación existente entre las estrategias del Apoyo Social y las dimensiones del Síndrome de Burnout, para esto, se planificó realizar 2 instrumentos, uno de ellos para medir el nivel de Apoyo Social en las cuidadoras y otro para determinar si existiera o no el Síndrome de Burnout en ellas.

El instrumento que se utilizó para medir el Síndrome de Burnout es el MBI-HSS. Esta escala de medición tuvo que ser modificada en algunos aspectos

de redacción para adecuarla a las cuidadoras, ya que en todo momento este instrumento se enfocaba en las jornadas laborales de las personas, y las cuidadoras no tienen un horario laboral como tal, sino que su labor es las 24 horas de todos los días.

Por otra parte, para medir el Apoyo Social se utilizó el cuestionario de MOS, el cual, de acuerdo con las investigadoras, debía ser complementado para conocer si realmente el Apoyo Social percibido en el cuestionario era el suficiente como para medirlo. Es por esto que se tomó la decisión de aplicar una entrevista final, con la finalidad de conocer el valor que las cuidadoras daban al Apoyo Social obtenido, y desde aquí se pudo pesquisar algunos resultados que se presentaron en el análisis de las narraciones de las cuidadoras.

Finalmente, las investigadoras concluyen que los instrumentos utilizados por sí solos no representan la información necesaria de carácter cualitativo para poder analizar de manera holística a las cuidadoras, pero esto no quita que los datos que se obtienen son importantes para complementar un análisis integrado de las personas.

Adaptación de la metodología

Como se contextualizó durante todo el desarrollo de la investigación, el estudio se sitúa bajo la crisis sanitaria que afecta a todo el mundo, es por esto, que la investigación y su respectiva metodología se tuvo que adaptar a lo que una pandemia conlleva, por ejemplo, la modalidad online, reemplazando a las relaciones personales presenciales.

¿En qué afecta la modalidad online a las investigaciones? Si bien en su mayoría las investigaciones se realizan en medios tecnológicos como computadores, tablets, etcétera, estos para su validación se aplican a través

de instrumentos que, en las ciencias sociales, son mediante las relaciones presenciales. En la presente investigación, el marco metodológico, es decir, toda la planificación para aplicar los instrumentos escogidos fue bajo la lógica de una investigación cualitativa normal, sin embargo, la aplicación de estos instrumentos fueron todos variados para adaptarlos a la modalidad online, lo que tuvo 2 efectos tanto en las investigadoras como en las cuidadoras.

En primer lugar, existió una desconfianza en la variación de los instrumentos ya que las investigadoras presumieron que la dificultad de alcanzar un rapport con las cuidadoras era muy alta, por lo que el objetivo de vincularse entre todas podía verse opacado y la investigación perdería el objetivo de lo que es el Trabajo Social y el vínculo con un grupo. Sin embargo, el equipo de trabajo utilizó todas las técnicas y recursos necesarios para que los espacios de encuentro fueran un lugar seguro y de confianza en donde las cuidadoras se sintieran con la capacidad de poder disfrutar, reflexionar, aprender y auto cuidarse.

Esto último tiene un realce muy importante, ya que los espacios que se construyeron durante todas las sesiones con las cuidadoras, generaron que estas tuvieran un tiempo de dispersión dentro de su rutina de cuidados, ya que con la pandemia y la cuarentena se acentuó el sentimiento de soledad en ellas, y todos los grupos de los cuales eran pertenecientes se pospusieron o se disolvieron, llegando así a ser el grupo “Te cuido en la distancia” un grupo de gran Apoyo Social, en donde las mismas cuidadoras daban contención y consejos a sus pares para lograr sobrellevar las dificultades del cuidado.

¿Fue un desafío adaptar la investigación de manera online? Sí, fue un desafío, el cual las investigadoras lograron superar y a su vez pudieron entregarles a las cuidadoras herramientas tanto para manejo de TICs como de recreaciones online.

Y, por otra parte, se identifica como un desafío mayor el no poder obtener la bibliografía que podrían proporcionar bibliotecas, no tener el gusto de leer textos en papel, no poder destacar párrafos importantes, dejar de compartir opiniones con demás profesionales o personas que se manejan en el área de investigación y lo más importante y coloquialmente hablando: no dejar los pies en la calle como futuras trabajadoras sociales.

Finalmente, se destaca que las investigadoras, a pesar de la situación país – post estallido social en Chile y pandemia – se hayan centrado en el proceso investigativo de manera profesional, tomando en cuenta que la salud mental en estos momentos es delicada, que no poder socializar con más personas es complejo, que recolectar y trabajar con toda la información expuesta en esta investigación conllevó un trabajo diferente a como se desarrollan generalmente investigaciones, pero a su vez, esto le dio un sello a la investigación de carácter crítico y reflexivo que quizás no se hubiese logrado en otras instancias.

Conclusiones desde el Trabajo Social

Trabajo Social y Políticas Públicas

Durante el estallido social de octubre del 2019 en Chile, se visibilizaron diversas demandas que exigían la dignidad para las comunidades. Entre todas las personas que participaron en las multitudinarias marchas se encontraban las cuidadoras, con consignas que hacían alusión a las precarias condiciones del bienestar del cuidado.

No obstante, estas consignas vienen siendo ignoradas desde muchos años atrás sin respuesta alguna, ya que se impulsó un Proyecto de Ley por parte de distintas organizaciones de cuidadoras, en donde se exige una modificación a la Ley N°20.422, y que hasta el día de hoy no es aprobado.

Desde el Trabajo Social se tiene el deber ético de visibilizar estas problemáticas, involucrándose en la temática para así impulsar, crear y evaluar Políticas Públicas que respondan a las necesidades de la población, en este caso de las cuidadoras.

¿Por qué es tan importante que el Trabajo Social se involucre en las Políticas Públicas que respectan al cuidado? Porque de esta forma se podrían impulsar medidas necesarias para una promoción de lo que es ser cuidador, cuidadora o cuidadores, en donde se cumpla con un rol socioeducativo en diferentes espacios, así se podrían evitar las siguientes situaciones que se visualizaron en la investigación:

1. Relacionar el cuidado solo a la diversidad funcional⁸: dado que la constitución define a los cuidadores como la persona que ofrece asistencia a personas en situación de discapacidad, por ende, por no especificación de más personas dependientes, como personas mayores o personas postradas, no se reconocen ante la ley.

2. Estigmatizar a los centros de cuidado: al existir escasos recursos invertidos en los centros de cuidados para personas dependientes, existen muchos casos que se han dado a la luz de violencia por parte de los cuidadores formales, ya que el personal no va rotando y el estrés laboral o el Síndrome de Burnout produce situaciones de irritabilidad y consigo la violencia.

3. Feminización: a través de la visibilización en la constitución del rol de las cuidadoras, en conjunto con una ideología feminista, la información del cuidado se extendería a instancias en donde las familias comenzarán a concientizar que el cuidado es un rol transversal al género.

⁸ Entiéndase como concepto inclusivo que reemplaza lo denominado como situación de discapacidad.

Para concluir, se hace imperiosa la necesidad de incluir a las cuidadoras en el proceso constituyente por el que está pasando Chile, ya que es necesario que desde la realidad de vida de estas se redacte lo que será su importancia para que la sociedad comience su proceso de socio educación con respecto a que el cuidado no debe ser una obligación, sino que una decisión, y que el rol de las cuidadoras es un pilar fundamental dentro de la sociedad que cada día va en un envejecimiento demográfico más activo.

Equipo multidisciplinario

Las cuidadoras informales con las que se trabajó presentaban tendencia a solicitar ayuda focalizada en una sola persona, así mismo, desde el marco institucional, la atención también se presenta de forma individual, en donde no se cuenta con un equipo multidisciplinario que aborde la problemática o las dificultades de forma integral y que contribuya al empoderamiento de les cuidadores.

Desde el Trabajo Social es imprescindible poner nuestras herramientas a disposición de quienes necesiten de ellas. Como disciplina se poseen conocimientos y técnicas que pueden ser de gran utilidad en el trabajo con cuidadores de personas mayores, pues se mantiene una visión holística que permite identificar las necesidades propias y grupales, buscando una alternativa de apoyo adecuada a cada realidad social, por tanto, es relevante que se participe en un equipo multidisciplinario que aborde esta temática y que permita contribuir al mejoramiento del bienestar de les cuidadores.

El aporte del Trabajo Social no solamente es desde la propia disciplina mediante evaluaciones sociales, socioeconómicas o sociofamiliares, sino que también desarrolla su trabajo en virtud de la integralidad de las personas, abordando las áreas de salud, educación, trabajo, entre otras. Puede contribuir

también en la articulación de redes y optimización de recursos que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de los cuidadores.

Trabajo Social Institucional

El Trabajo Social actúa como vínculo entre las personas, sus necesidades y la institución a la cual como profesionales se pertenece. En este sentido, se desempeña un rol facilitador del Apoyo Social dentro de la institución, trabajando con los recursos que se tengan disponibles y que sean de utilidad para las necesidades de las personas dentro de las líneas de acción de cada institución.

Un trabajo importante de realizar con los cuidadores desde lo institucional, es la entrega de herramientas que permitan a las personas empoderarse, entendiendo los cuidados como un trabajo que se realiza, y los límites que este debe tener. Junto a ello, es importante abordar las temáticas de autoestima e independencia de ser necesario, como también lo relacionado al proyecto de vida, dimensiones que se manifestaron como situaciones de riesgo en la investigación realizada y que desde el ejercicio profesional se puede orientar y capacitar frente a estos temas.

También, es necesario trabajar con el desarrollo de conocimientos y habilidades en materia de autocuidado y cuidado de las personas mayores, a fin de propiciar el cambio y sustento en los cuidadores y no fomentar las relaciones de dependencia.

Finalmente, se releva el articular las redes de apoyo, ya sea en la vinculación con otros tipos de apoyo como en el desarrollo formativo y práctico de las áreas ya mencionadas, fortaleciendo una red de Apoyo Social que permita enfrentar los desencadenantes del Síndrome de Burnout en los cuidadores. Además, como es señalado anteriormente, es necesario potenciar

en el marco territorial la socio-educación y sensibilización de la población en torno al trabajo que realizan las cuidadoras y la importancia de los cuidados en las personas mayores, activando otras redes de Apoyo Social y fomentando la corresponsabilidad social.

Bibliografía

- Agudelo, M. (23 de Diciembre de 2019). *CEPAL*. Obtenido de CEPAL: <https://www.cepal.org/es/notas/maltrato-personas-mayores-america-latina>
- Alfaro Toloza, P., Olmos de Aguilera, R., Fuentealba, M., & Céspedes González, E. (2013). Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de una escuela de medicina de Chile. *CIMEL*, 23-26.
- Alonso, A., Menéndez, M., & González, L. (2013). Apoyo Social: Mecanismos y Modelos de Influencia Sobre la Enfermedad Crónica. 118-120.
- Alvarez Cabrera, P., Chacón Fuertes, F., & Sanchez Moreno, E. (2016). Burnout en funcionarios/as de prisiones en Chile. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 63-72.
- Ander-Egg, E. (2011). *Diccionario del Trabajo Social*. Córdoba : Brujas.
- Apiquian, A. (2007). El Síndrome de Burnout en las empresas. Presentación realizada en el Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac. Mérida, Yucatán, México.
- Aranda, C., & Pando, M. (2013). Conceptualización del Apoyo Social y las Redes de Apoyo Social. *Revista de Investigación en Psicología*, 234.
- Aranda, C., Pando, M., & Pérez , M. (2004). Apoyo Social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Revista Psicología y salud. Volumen 14, número 001*, 79-87.
- Aron, A. M., Nitsche, R., & Rosenbluth, A. (1995). Redes Sociales de Adolescentes: un Estudio Descriptivo-Comparativo. *PSYKHE*.

- Avedaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., García, F., & Pierart, T. (2009). Burnour y Apoyo Social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público . *Revista Ciencia y Enfermería XV (2)*, 55-68.
- Buesa, S., & Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 31-45.
- Carretero Gómez, S., Garcés Ferrer, J., & Ródenas Rigla, F. (2005). *La sobrecarga de las cuidadoras en personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*.
- Casallas Ocampo, J., Rodríguez Perdomo, A., & Ladino Alfonso, A. (2017). *Revisión Teórica: El Estado Actual de las Investigaciones Sobre el Síndrome de Burnout en Docentes de Latinoamérica de Habla Hispana, Ente los Años 2010 AL 2017*. Bogotá.
- CELADE. (2003). *Notas de Población*. Santiago de Chile.
- Constitución Política de Chile. (10 de Febrero de 2010). Ley n° 20.422. *Diario Oficial de la República de Chile*.
- Díaz Bambula, F., López Sánchez, A. M., & Varela Arévalo, M. T. (2012). Factores asociados al síndrome de burnout en docentes de colegios de la ciudad de Cali, Colombia. *Universitas Psychologica*, 217-227.
- Domínguez, M., Mandujano, M. F., Quintero, M., Sotelo, T., Gaxiola, F., & Valencia, J. (2013). Escala de Apoyo Social para Cuidadores Familiares de Adultos Mayores Mexicanos. *Universitas Psychologica*, 391-402.
- Domínguez, M., Ocejo, A., & Rivera, M. (2013). Bienestar, Apoyo Social y Contexto Familiar de Cuidadores de Adultos Mayores. *UNAM*.

- EFE. (10 de julio de 2020). *EFE América*. Obtenido de Agencia EFE: <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/mas-de-23-200-personas-viven-con-vih-en-cuba-el-81-ellos-hombres/20000013-3461771>
- Fachado, A., Menéndez, M., & González, L. (2013). Apoyo Social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de atención primaria. Volumen 19. n°2*, 118-123.
- García, E. (2011). Apoyo social e intervención social y comunitaria. *Psicología de la intervención comunitaria*. .
- García-Allen, J. (junio de 2020). *Psicología y mente*. Obtenido de Estrés crónico: causas, síntomas y tratamiento: <https://psicologiaymente.com/clinica/estres-cronico>
- Gil-Monte, P. R. (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.
- Gil-Monte, P., Viotti, S., & Converso, D. (2017). Propiedades psicométricas del <<Cuestionario para Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo>> (CESQT) en profesionales de la salud italianos: una perspectiva de género. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*.
- Hernández Gracia, T., Terán Varela, O., Navarrete Zorrilla , D., & León Olvera , A. (2007). El Síndrome de Burnot: Una aproximación hacia su contextualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. *Revista Electrónica de ICEA*, 50-68.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado , C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill.
- J., B. (1997). Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging, and the aged. *Psyc critiques*, 42.

- Jiménez, A., Jara, M. J., & Miranda, E. (2012). Burnout, Apoyo Social y Satisfacción Laboral en Docentes. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*.
- Juárez-García, A., Idrovo, Á., Camacho-Ávila, A., & Placencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de Burnout en población Mexicana: Una revisión sistemática. *Revista de Salud Mental. Volumen 37, n°2.*, 159-176.
- Leiva, L., Pineda, M., & Encina, Y. (2013). Autoestima y Apoyo social como Predictor de la Resiliencia en un grupo de Adolescentes en vulnerabilidad social . *Revista de Psicología, Uiversidad de Chile*.
- León Lozano, & Nazate Mogollón. (2016). *Prevalencia del Síndrome de burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos*. Bogotá: Universidad de ciencias aplicadas y ambientales. Facultad de ciencias de la salud. Programa de medicina humana.
- López, M., & Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía.
- Mababu Mukir, R. (2012). El constructo de Trabajo Emocional y su relación con el Síndrome de Desgaste Profesional. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy. Volumen 12, n° 2.*, 219-244.
- Manso Pinto, J. F. (2006). Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory - Version Human Services Survey - en Chile. *Revista Interamericana de Psicología*, 115-118.
- Martín, A., Vásquez, J., & Herrera, S. (2002). CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general. *Papeles Médicos*, 11(1):24-35.

- Martínez Pérez, A. (2010). El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Revista Vivat Academia, número 112.*, 42-80.
- Marx, K. (1951). *Libro DOT*. Obtenido de Libro DOT: <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/CAPTOM1.pdf>
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Environmental Health Perspectives*, 37-43.
- Maslach, C., & Leiter, M. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*.
- Melita Rodríguez , A., Cruz Pedreros, M., & Merino, J. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la Octava Región, Chile. *Ciencia y enfermería*, 75-85.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia . (s.f.). *Chile cuida*. Obtenido de Chile cuida: <https://www.chilecuida.gob.cl/yo-cuido/>
- MINSAL. (2009). *Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Gobierno de Chile.
- Monje Álvarez, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica*. Neiva.
- Muñoz, D., Rodríguez, J., & Niebles, W. (2016). El autocuidado del Síndrome de Burnout. Una reflexión teórica. *Revista Saber, Ciencia y Libertad. Volumen 11. N°2*.
- Muñoz, J. B. (2002). Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile. *PSIQUIATRIA.COM*.

- OMS . (2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/q5/es/
- OMS. (Abril de 2019). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. Obtenido de CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
- Orcasita, L., & Uribe, A. (2010). La Importancia del Apoyo Social en el Bienestar de los Adolescentes. *Psychologia: avances de la disciplina*. Vol. 4. N.º 2.
- Pedrosa, I., García, E., Suárez, J., & Pérez, B. (2012). Adaptación Española de una Escala de Apoyo Social Percibido para Deportistas. *Psicothema*, 470.
- Pérez Bilbao, J., & Martín Daza, F. (1995). El apoyo social. *Guía de buenas prácticas*. NTP n°439. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. .
- Quaas, C. (2006). Diagnóstico de Burnout y técnicas de frontamiento al estrés en profesores universitarios de la Quinta Región de Chile. *psicoperspectivas*, 65-75.
- Real Academia Española. (10 de julio de 2020). *Diccionario de la Lengua Española*. Obtenido de RAE: <https://dle.rae.es/psicofisiolog%C3%ADa>
- Revilla ahumada, Luna del Castillo, Bailon Muñoz, & Medina Moruno. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Revista Medicina de familia Andalucía*. Vol. 16, n°1, 10-18.
- Rodríguez Ramirez, J., Guevara Araiza, A., & Viramontes Anaya, E. (2017). Síndrome de burnout en docentes. *Revista de Investigación Educativa*

de la REDIECH. Volumen 8, número 14. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=521653267015>

Rodríguez, M., Rodríguez, R., Riveros, A., Rodríguez, M., & Pinzón, J. (2011). *Síndrome de Burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en Diciembre de 2010*. Universidad del Rosario.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2013). *Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes*. Madrid: IMC Editorial.

Verdugo, J., Ponce de Leon, B., Guardado, R., Meda, R., Uribe, I., & Guzmán, J. (2013). Estilos de Afrontamiento al Estrés y Bienestar Subjetivo en Adolescentes y Jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud (Vol. 11 no.1)*.

Vilató, L., Alfonso, L., & Pérez, I. (2015). Adherencia terapéutica de apoyo social percibido en personas que viven con VIH/SIDA. *Revista cubana de salud pública. Vol. 41, n°4, 620-630*.

Villar, R. (2015). *Síndrome de Burnout en trabajadores sociales. Apoyo social y cansancio emocional*. . Universidad de La Rioja.

Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica, 23-29*.



Capítulo VII

Anexos



Estructura consentimiento informado

Consentimiento informado

Yo _____ Rut _____ manifiesto que he decidido participar voluntariamente del Proyecto de Tesis “Te cuido en la distancia” y autorizo a que la información obtenida sea utilizada de forma anónima por las estudiantes y su profesor guía para fines del presente proyecto.

Firma

Estructura Grupo Focal

Grupo Focal	
Duración	Actividad
--	Inicio de la reunión
10 min	<p>Presentación como equipo de Tesis y Proyecto Te cuido en la Distancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicación del Proyecto - Explicación de modalidad online - Creación de un espacio seguro.
20 min	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de presentación: Nombre, persona que cuida, cómo llegó a cuidar y objeto que la represente.
20 min	<p>Definición de modalidad de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Totalidad de sesiones - Días y horarios de las sesiones - Promesa de retroalimentación - Opción 1: juntarnos todas las semanas, o semana por medio y enviar los instrumentos vía whatsapp y que nos hagan llegar por el mismo medio sus respuestas. - Opción 2: mantener una sesión cada semana. Decidir si la aplicación de instrumentos será en las sesiones grupales o de forma individual.
--	Dudas, consultas, comentarios

Estructura instrumento MBI

Cuestionario Maslach Burnout Inventory

Coloque en cada casilla el valor de 0 a 6 según sea su percepción:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año

2 = Una vez al mes

3 = Pocas veces al mes

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

1	Me siento emocionalmente agotada por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada me siento vacía	
3	Cuando me levanto en la mañana y me tengo que enfrentar nuevamente a los cuidados, me siento fatigada	
4	Siento que puedo entender fácilmente a quien cuido	
5	Siento que estoy tratando a quien cuido como si fuera un objeto	
6	Siento que realizar los trabajos de cuidado todo el día me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de quien cuido	
8	Siento que el trabajo de cuidar me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de quien cuido	
10	Siento que me he hecho más dura con las personas	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía mientras realizo los cuidados	
13	Me siento frustrada cuando realizo los cuidados	
14	Siento que estoy demasiado tiempo realizando los cuidados	
15	Siento que realmente no me importa lo que le ocurra a quien cuido	

16	Siento que realizar este trabajo directamente con las personas me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con la persona que cuido	
18	Me siento entusiasmada después de haber trabajado íntimamente con la persona que cuido	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas con este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que mientras realizo los cuidados los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que la persona que cuido me culpa de alguno de sus problemas	

Tabla de puntuaciones	
Categoría	Respuestas
Cansancio emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.
Despersonalización	5, 10, 11, 15 y 22.
Realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Tabla interpretativa de datos:

	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	< 18	19 – 26	> 27
Despersonalización	< 5	6 – 9	> 10
Percepción personal	< 33	34 – 39	> 40

Estructura instrumento MOS

Cuestionario de Apoyo Social MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo que usted dispone

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar todo lo que se le ocurra)

Escriba el número de amigos íntimos y/o familiares cercanos:

--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda, ¿con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

¿Dispone de alguien...?		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2	Que le ayude cuando tenga que estar en cama	1	2	3	4	5
3	Con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4	Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5	Que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6	Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7	Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5

8	Que le informe y ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9	En quien confiar o con quien hablar de sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10	Que le abrace	1	2	3	4	5
11	Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12	Que le prepare comida si usted no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13	Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14	Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15	Que le ayude en sus tareas domésticas si Ud. está enferma	1	2	3	4	5
16	Con quien compartir sus temores y problemas íntimos	1	2	3	4	5
17	Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18	Con quien divertirse	1	2	3	4	5
19	Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20	A quien amar y hacerle sentir querido/a	1	2	3	4	5

Tabla de puntuaciones	
Categoría	Respuestas
Apoyo emocional	3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.
Apoyo material	2, 5, 12 y 15.
Relaciones sociales de ocio y distracción	7, 11, 14 y 18.
Apoyo afectivo	6, 10 y 20.

Interpretación de resultados

	Máximo	Medio	Mínimo
Índice global de Apoyo Social	94	57	19
Apoyo emocional	40	24	8
Apoyo material	20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción	20	12	4
Apoyo afectivo	15	9	3

Estructura Entrevista individual

Entrevista Individual	
Datos pendientes	Respecto a los datos necesarios para la caracterización sociodemográfica.
Con relación al grupo	<ol style="list-style-type: none">1. ¿Cómo ha influido el grupo en su labor como cuidadora?2. ¿Cómo ha influido el grupo en relación con la situación de pandemia que se vive actualmente?3. ¿Qué aspectos positivos rescata de este grupo?4. ¿Qué aspectos mejoraría del grupo?5. ¿Cómo proyecta usted este grupo en el futuro?
Con relación a su labor	¿Cómo evaluaría su trabajo como cuidadora? Considerar aspectos positivos y aspectos en los que requiere más apoyo.

Estructura Talleres grupales

Taller n°1	
Duración	Actividad
--	Bienvenida
20 min	Dinámica Música challenge: <ul style="list-style-type: none">- adivinar fragmento de canción.- Se debe decir el nombre o cantar una parte.- Para cantar o hablar debe mover la tela de cualquier color, solicitada con anticipación.
20 min	Técnicas de masaje corporal. Masaje Champi <ul style="list-style-type: none">- Realizar masaje guiado por una de las investigadoras, utilizando una crema corporal solicitada con anticipación.
--	Cierre: <ul style="list-style-type: none">- Compartir cómo se sintieron.- Foto grupal.- Recordar sesión siguiente.

Taller n°2	
Duración	Actividad
--	Bienvenida
20 min	<p>Dinámica de relajación: Reconociendo emociones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relajación guiada por una de las investigadoras. - Se relacionan partes del cuerpo con la expresión de emociones.
20 min	<p>Cierre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compartir cómo se sintieron. - Foto grupal. - Recordar sesión siguiente.

Taller n°3	
Duración	Actividad
--	Bienvenida
20 min	<p>Dinámica: Adivina el personaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se dará una pista por cada personaje. - Las participantes deben ir haciendo una pregunta cada una, las investigadoras solo pueden responder "sí" o "no".
20 min	<p>Pregunta para compartir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué significa para ti cuidar?
10 min	<p>Cierre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foto grupal. - Explicación del proceso de investigación (distanciamiento temporal hasta la retroalimentación focal, manteniendo comunicación vía whatsapp)