

DIAGNÓSTICO DEL TRABAJO DE CUIDADO REMUNERADO EN RESIDENCIAS SENADIS

Estudio de caracterización y representación del cuidado desde las
trabajadoras de trato directo



Departamento
de Estudios

Santiago, 2021

Servicio Nacional de la Discapacidad
Departamento de Estudios
Año 2020

Investigadores responsables:

Magdalena Guerrero H.
Francisco González O.

Investigadores colaboradores:

Gloria Cerón C.
Sebastián Pinto M.
Fernanda Rozas A.

Contenido

1.	Presentación	2
2.	Antecedentes y revisión bibliográfica	3
2.1.	Trabajo de cuidado	3
2.2.	El trabajo de cuidados remunerado	5
3.	Metodología.....	7
3.1.	Objetivos	7
3.2.	Diseño Metodológico.....	7
3.3.	Población del estudio y muestra	7
3.4.	Trabajo de campo	8
3.4.1.	Directorio de cuidadoras y selección de la muestra	8
3.4.2.	Preparación del operativo.....	8
3.4.3.	Aplicación encuesta	9
3.4.4.	Realización entrevistas.....	9
3.4.5.	Cronograma de producción de información	10
4.	Presentación de resultados	11
4.1.	Resultados Encuesta	11
4.1.1.	Caracterización de los encuestados	11
4.1.2.	Condiciones laborales del personal de trato directo	15
4.1.3.	Actividades de asistencia en las residencias	18
4.1.4.	Percepción de sobrecarga de cuidado	20
4.1.5.	Uso del tiempo fuera del trabajo.....	23
4.1.6.	Nivel de satisfacción con la distribución de labores de cuidado en el hogar	24
4.2.	Resultados de entrevistas	26
4.2.1.	Actividad de cuidado en residencias.....	26
4.2.2.	Tipos de cuidado	29
4.2.3.	Percepción de la actividad de cuidado.....	32
4.2.4.	Dimensión relacional de la actividad de cuidado	34
4.2.5.	Estrategias de cuidado en las residencias	35
4.2.6.	Discurso sobre feminización del cuidado.....	39
5.	Conclusiones	42
6.	Recomendaciones	44
7.	Referencias	47
8.	Anexos	48

1. Presentación

El trabajo de cuidado está vinculado de manera importante a la discapacidad y a sus diversas situaciones en las que se manifiesta, especialmente cuando las dificultades para realizar diversas actividades provocan que las personas con discapacidad dependan de la ayuda de otras personas. De esta manera, las personas que cuidan permiten la mantención de las condiciones de vida de personas con discapacidad y dependencia, cumpliendo un rol vital para ellos y ellas, que excede el apoyo en la realización de actividades, alcanzando el ámbito emocional y otras esferas de la vida. Históricamente el trabajo de cuidados, en sus diversas modalidades, ha estado a cargo de mujeres, debido a que este se ha entendido como una actividad asociada al género femenino. La asignación de este trabajo a mujeres por razones de género se ha ido evidenciando desde hace unos años gracias a los avances en los derechos de las mujeres y al diagnóstico sobre la crisis de los cuidados, dando cuenta las disparidades y efectos negativos de la carga de las diferentes esferas de dicha actividad en las mujeres

En relación a eso, el presente documento aborda la situación de las mujeres en una de las modalidades de cuidado de personas con discapacidad actuales: el trabajo de cuidados remunerado. Este trabajo se desarrolla principalmente hacia personas con discapacidad con altos niveles de dependencia, en la mayoría de los casos sin redes familiares que puedan asumir su cuidado, y en centros residenciales con características y organizaciones diversas. Esto hace que dicha actividad se oriente hacia la asistencia en prácticamente todas las esferas de la vida de los residentes, realizada como actividad laboral, donde los y las trabajadoras reciben una remuneración por desempeñarla, lo que hace tenga características distintivas en relación a otras actividades de cuidado (de familiares, por ejemplo).

Mediante la aplicación de una encuesta y realización de entrevistas a mujeres que se desempeñan como cuidadoras en residencias para personas con discapacidad, este informe ahonda en las características del trabajo de trato directo en residencias de personas con discapacidad adultas, como las actividades que realizan como parte del trabajo de cuidado, los aspectos que generan sobrecarga en ellas, como entienden su trabajo, la manera en la que lo llevan a cabo y los significados que otorgan a las situaciones y roles que definen que este sea ejercido principalmente por mujeres.

2. Antecedentes y revisión bibliográfica

Para abordar los diversos campos en los que se despliega el trabajo de cuidado, es importante referirse a la noción de género, ya que este influye, sino define, las áreas de la sociedad en las que hombres y mujeres se desempeñan, con diversos grados de segregación y diferenciación, lo que tradicionalmente se ha expresado mediante la división sexual del trabajo. Asimismo, el concepto de género es central para poder hablar de “feminización” de alguna actividad.

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

Asimismo, toma importancia mencionar el concepto de patriarcado, el que se entiende como como un sistema de relaciones sociales sexo-políticas basadas en diferentes instituciones públicas y privadas y en la solidaridad interclases e intragénero instaurado por los varones, quienes como grupo social y en forma individual y colectiva, oprimen a las mujeres también en forma individual y colectiva y se apropian de su fuerza productiva y reproductiva, de sus cuerpos y sus productos, ya sea con medios pacíficos o mediante el uso de la violencia (Lorde: 2008).

Entonces, ambos conceptos anteriormente descritos argumentan una estructura de sociedad que estimula la participación masculina en la vida pública y desanima a las mujeres a dejar el hogar o a perseguir carreras fuera de las áreas de empleo que son consideradas tradicionalmente femeninas. De esta forma se conjugan para establecer una división sexual del trabajo, que se traducen en un sistema concreto de actividades productivas y reproductivas que se entienden como asociadas a hombres y mujeres, de manera diferenciada.

2.1. Trabajo de cuidado

Las personas necesitan atenciones desde que nacen hasta que mueren, por tanto, cuidar es imprescindible para la vida y para la perpetuidad del grupo social (Herrera, E. en Vaquiro y Stepovich: 2010, P. 2). De acuerdo a Gutiérrez y Frías (2016), se define el cuidado como aquella actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos para conservar, continuar o reparar nuestro “mundo” de modo que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras individualidades (selves) y nuestro entorno que procuramos entretener conjuntamente en una red compleja que sostiene la vida.

Cuando dicha acción está en relación a otra persona, se puede afirmar que el cuidado designa la acción de ayudar a un niño, niña o a una persona dependiente, en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Esto consideraría, por tanto, hacerse cargo del cuidado material, que implica un “trabajo”, del cuidado económico, que implica un “costo económico”, y del cuidado psicológico, que implica un “vínculo afectivo, emotivo, sentimental”. **El cuidado puede ser realizado de manera honoraria o benéfica por parientes, en el contexto familiar, o puede ser realizado de manera remunerada en el marco o no de la familia. La naturaleza de la actividad**

variará según se realice o no dentro de la familia y, también, de acuerdo a sí se trata o no de una tarea remunerada (Batthyány, 2004).

Una de las características del trabajo de cuidado es la de estar basado en lo relacional, ya sea que este se realice dentro o fuera del contexto familiar. En el marco de la familia, su carácter a la vez obligatorio y percibido frecuentemente como desinteresado le otorga una dimensión moral y emocional, debido a que involucra también los vínculos y relaciones que se expresan en el seno familiar al mismo tiempo que, dicho espacio, contribuye a construir las y mantenerlas. **Fuera del entorno familiar, el trabajo de cuidado está marcado por la relación de servicio, de atención y preocupación por los otros. El trabajo se realiza cara a cara entre dos personas y genera lazos de proximidad, en una situación de dependencia, pues una es tributaria de la otra para su bienestar y mantenimiento. De todas formas, lo que unifica la noción de cuidado es que se trata, hasta hoy, de una tarea esencialmente realizada por mujeres, ya sea que se mantenga dentro de la familia o que se exteriorice por la forma de prestación de servicios personales (Batthyány, 2015).**

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

Una de las herramientas que entrega información concreta sobre esta situación son las Encuestas de Uso del Tiempo (EUT), ya que su análisis permite aproximarse empíricamente a la división sexual del trabajo dentro de los hogares, sus cambios y continuidades. Algunos resultados interesantes sobre este ámbito con los siguientes:

- la carga global de trabajo femenina es mayor a la masculina;
- los hombres tienen una menor participación e invierten menos tiempo en las actividades domésticas y de cuidado;
- las mujeres destinan en promedio más del doble de tiempo semanal que los hombres al cuidado de niños y otros miembros del hogar. El mayor tiempo dedicado a estas actividades por las mujeres se incrementa de manera notable en los tramos del ciclo vital asociados a la tenencia de niños y niñas, mientras que, en el caso de los hombres, el tiempo permanece prácticamente constante durante todo su ciclo vital;
- la jornada de trabajo total de las mujeres dedicada a labores remuneradas y no remuneradas es mayor que la de los hombres. La participación laboral remunerada de las mujeres es menor cuando existen niñas y niños en edad preescolar;
- cuando las mujeres trabajan de forma remunerada, aun cuando lo hacen a tiempo completo, la distribución de las tareas domésticas y de cuidado sigue siendo desigual;
- el tiempo de trabajo remunerado en promedio de las mujeres es inferior al de los hombres, debido a la necesidad de atender las responsabilidades domésticas y familiares;
- el trabajo del cuidado de niños, enfermos y adultos mayores aumenta la participación y el tiempo invertido por las mujeres en las actividades domésticas. Además, este se incrementa con la presencia en el hogar de menores en edad preescolar, mientras que el de los hombres tiende a permanecer estable.

Debido a los cambios demográficos que enfrentan las sociedades, cada vez hay más personas con dependencia que requieren cuidados especiales y son aún escasos los servicios públicos y privados disponibles para ellos. Esto hace que las mujeres continúen como las principales responsables del cuidado de adultos mayores, personas con discapacidad y población de NNA.

Además, son las mujeres mediante el trabajo de cuidado las que asumen un rol de asistencia a los sistemas sanitarios en los procesos de salud – enfermedad.

Todo esto ha puesto el foco en la responsabilidad social, y en particular de los estados, en responder a estas realidades, generando que el problema a enfrentar por los países es cómo respetar los derechos de todos y todas otorgando el cuidado necesario y garantizando el respeto de los derechos de las cuidadoras o cuidadores. El cuidado se encuentra, principalmente en manos de las mujeres, sea éste como trabajo no remunerado en sus propios hogares o como una de las principales actividades remuneradas de las mujeres.

En lo que respecta a marcos normativos, el sistema de derecho internacional ha ido generando compromisos que enmarcan las acciones de los Estados en este ámbito. Es así que en el Consenso de Santo Domingo (2013) los gobiernos de los países destacan la centralidad de la igualdad de género en el debate sobre el desarrollo, tomando en cuenta las dimensiones productivas y reproductivas necesarias para el bienestar social y con el énfasis en la transformación de la división sexual del trabajo. Debido a las inequidades en el ámbito reproductivo las mujeres se encuentran en situación de desventaja productiva frente a los hombres, lo que perpetúa las desigualdades estructurales entre hombres y mujeres. Entre los acuerdos adoptados pueden destacarse aquellos relacionados con la igualdad de género y el empoderamiento económico de las mujeres, en particular, el acuerdo 57 “Reconocer el cuidado como un derecho de las personas y, por lo tanto, como una responsabilidad que debe ser compartida por hombres y mujeres de todos los sectores de la sociedad, las familias, las empresas privadas y el Estado, adoptando medidas, políticas y programas de cuidado y de promoción de la corresponsabilidad entre mujeres y hombres en la vida familiar, laboral y social que liberen tiempo para que las mujeres puedan incorporarse al empleo, al estudio y a la política y disfrutar plenamente de su autonomía”. Durante la XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, los países acordaron “Fomentar el desarrollo y el fortalecimiento de políticas y servicios universales de cuidado, basados en el reconocimiento del derecho al cuidado para todas las personas y en la noción de prestación compartida entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil y los hogares, así como entre hombres y mujeres, y fortalecer el diálogo y la coordinación entre todas las partes involucradas” (Batthyány, 2015)

Por su parte, Chile ha intentado dar una definición formal para quienes ejercen el rol de cuidador o cuidadora, y en específico de personas con discapacidad, entendiéndose 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”, esta definición está contenida en el Artículo 6°, inciso cuarto Ley N°20.422, que establece normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de personas con discapacidad. El mismo cuerpo legal, en su Artículo 5°, define a las personas con discapacidad como aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

2.2. El trabajo de cuidados remunerado

En las diversas instituciones y organizaciones que prestan servicios de cuidados a grupos de población de lo requieren (personas con discapacidad, adultos mayores, niños, personas enfermas), el personal que se encarga de la asistencia directa en la mantención de la vida y el bienestar está compuesto principalmente por mujeres (Retamal et al, 2005; Cerquera et al, 2016; Garrido, 2008).

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

En el estudio “Modelos de gestión para residencias para personas adultas con discapacidad”, realizado durante 2018 por el Servicio Nacional de la Discapacidad se caracterizó a 323 trabajadores/as, asistentes de apoyo personal y cuidadores/as que se desempeñan en labores de trabajo directo en 11 residencias, de los cuales al 91,6% como mujeres, al 5,6% como hombres, y un 2,8% no se identificó. De este total, 226 se identificó como cuidador / asistente personal, y de ese total, el 95% son mujeres. En lo que refiere a las jornadas de trabajo como cuidadora remunerada, el 91% de las mujeres indican turnos de trabajo de entre 11 y 15 horas diarias, el 7,6% indica que es de entre 8 a 10 horas, y el 0,9% señala tener una jornada de entre 1 a 7 horas diarias. Sobre la trayectoria laboral que han tenido como cuidadoras, el 41,6 % de las mujeres indican llevar 5 años y más trabajando como cuidadoras remuneradas de personas con discapacidad, el 20,4% indica llevar entre 2 y 5 años, y 38,1% indica llevar menos de un año trabajando como cuidadora. Es importante notar que el que el 61,9% de las cuidadoras lleve más de 2 años trabajando en este rol puede dar cuenta de una trayectoria laboral sostenida en este rubro.

A modo de síntesis, se puede afirmar que la información sobre cuidadoras remuneradas en residencias para personas con discapacidad da cuenta de un rubro de trabajo completamente feminizado, desempeñado por mujeres con formación educacional media y básica principalmente, y en largas jornadas de trabajo. Si bien no se consultó sobre el nivel de remuneraciones por el trabajo de cuidado, la información disponible da cuenta de sueldos bajos, lo que, sumado a la alta carga, la extensa jornada laboral y la baja calificación solicitada, da cuenta de un trabajo en condiciones precarias y poco estables.

3. Metodología

3.1. Objetivos

Objetivo general:

Caracterizar el trabajo de cuidado remunerado en residencias de personas con discapacidad adultas, indagando en el uso del tiempo y sobrecarga, discursos y representaciones de las mujeres que realizan este trabajo, desde una perspectiva de género.

Para el abordaje del objetivo general se han definido lo siguientes objetivos específicos:

1. Realizar una caracterización sociodemográfica de las mujeres que prestan cuidado remunerado en residencias de personas con discapacidad adultas.
2. Realizar una caracterización del trabajo de cuidado en residencias de personas con discapacidad adultas, según tiempo destinado a cada una de las actividades de cuidado de identificadas.
3. Realizar un diagnóstico de la sobrecarga de cuidado remunerado en residencias de personas con discapacidad adultas.
4. Identificar los significados y representaciones otorgadas por las cuidadoras remuneradas de residencias de personas con discapacidad adultas, a la labor que realizan.
5. Identificar el discurso de las cuidadoras remuneradas sobre la feminización y la corresponsabilidad en trabajo de cuidado.

3.2. Diseño Metodológico

Levantamiento de información de carácter mixto, que consideró metodología cuantitativa y cualitativa.

En primer lugar, mediante un cuestionario online autoaplicado al personal que realiza labores de cuidado y asistencia personal a través de trato directo con personas con discapacidad. Esto apunta a la producción de información para caracterizar a este colectivo, identificando también las actividades que realizan como parte del trabajo de cuidado y niveles de sobrecarga asociados a ejercer dicho rol, ahondan en las condiciones del trabajo de cuidados remunerados.

En segundo lugar, realización de entrevistas semi estructurada a trabajadoras remuneradas del cuidado de las residencias, indagando en las representaciones, la percepción y discursos que tienen sobre su propio trabajo y su relación con el concepto de feminización, rol de género y corresponsabilidad. Las entrevistas fueron realizadas de manera remota.

3.3. Población del estudio y muestra

La población definida para el desarrollo del estudio corresponde a los trabajadores de trato directo que se desempeñan en las 17 residencias que tienen convenio de colaboración con

SENADIS¹. Para construir un directorio de esta población se solicitó a cada director de cada residencia y las contrapartes respectivas de los convenios de SENADIS, enviar un listado de todos los trabajadores que realizan trato directo de sus residencias, completando un total de 467 trabajadores que se desempeñan en el cuidado y trato directo de personas con discapacidad en residencias.

En base a esto, se definió la realización 90 encuestas, considerando criterios de conveniencia operativa. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo de salto sistemático con el fin de tener representatividad de todas las residencias participantes del estudio.

Para la etapa de producción de información cualitativa, se propuso inicialmente realizar 10 entrevistas en profundidad a personal de trato directo de las residencias, considerando los siguientes criterios de selección muestral: tipos de residencias, antigüedad en el cargo y edad.

3.4. Trabajo de campo

El trabajo de levantamiento de información se realizó a través de cuatro etapas que se desarrollaron durante los meses de septiembre y noviembre del presente año.

3.4.1. Directorio de cuidadoras y selección de la muestra

En agosto se realizó una invitación formal a cada una de las residencias que forman parte de los convenios con SENADIS, para participar del estudio en cuestión, dirigida a los directores de las residencias, con el fin de que pudieran proporcionar la información requerida sobre el personal de trato directo que forma parte actual de los empleados de la residencia. Con esta información se conformó un directorio de cuidadoras de las residencias lo cual permitió realizar la selección muestral mediante los criterios expuestos anteriormente.

3.4.2. Preparación del operativo

Se capacitó a los profesionales del Servicio a cargo de la aplicación de las encuestas, con el fin de exponer los objetivos de la aplicación de la encuesta, flujos de aplicación, estrategia operativa, seguimiento y plazos. Se conformó un equipo de 9 encuestadores con una carga de 10 encuestas para cada encuestador, a quienes se entregó un listado con los encuestados asignados y una planilla para hacer seguimiento.

El 1 de octubre se convocó a reunión a los directores de residencias y contrapartes correspondientes. Se presentó el estudio, las características del operativo de aplicación de forma remota, solicitándoles la designación de una contraparte específica para el estudio, además de información complementaria de contacto de los residentes para poder acceder a ellos mediante teléfono celular.

¹ Se consideraron las residencias con convenio a enero del año 2020. Como resultado de esta solicitud, se recibieron los directorios del personal de las siguientes residencias: Pequeño Cottolengo Rancagua, Sanatorio Marítimo, Los Ceibos Coanil, Las Camelias Coanil, Los Maitenes Coanil, Las Azaleas Coanil, Los Jazmines Coanil, Hogar Belén de Talca, Hogar San Ricardo, Residencia Protegida Padre Tadeo Rostro Nuevos, CAR San Luis Rostros Nuevos, CAR Estación Central Rostros Nuevos, Casa Caridad Don Orione, Residencia Santa Gabriela de Paine, Residencia Oscar Pereira de Coquimbo.

3.4.3. Aplicación encuesta

Desde el 6 de octubre de 2020 se envió correo electrónico a todo el personal de trato directo seleccionado para responder la encuesta, con una invitación a participar del estudio y link para responder el cuestionario, alojado en la plataforma Google Forms.

La aplicación de la encuesta se realizó mediante la siguiente estrategia operativa:

- Primera etapa: coordinación aplicación encuesta

En esta etapa el encuestador debe llamar por teléfono a la persona seleccionada y corroborar que la persona haya accedido a la información enviada y que tenga las condiciones de conectividad, infraestructura y tiempo para poder responder la encuesta de manera autoaplicada. Si la persona no tiene las condiciones para poder responder la encuesta de manera autoaplicada, se debe coordinar con la persona la posibilidad de que pueda responder la encuesta de manera autoaplicada pero con asistencia del encuestador o fijar una sesión para que el encuestador aplique la encuesta a través de videollamada o por teléfono. Se debe registrar el acuerdo que se tome con el encuestado para hacer seguimiento a la respuesta del mismo.

- Segunda etapa: seguimiento

El encuestador debe hacer seguimiento a cada persona seleccionada para, según los criterios definidos en la primera etapa, lograr la realización y aplicación de la encuesta, ya sea con la asistencia del encuestador o de manera autoaplicada por la persona. Si en el primer llamado se acordó que la persona contestaría por sí sola, el encuestador debe asegurarse de que lo haya hecho, en un tiempo máximo de una semana (esto a través del reporte de resultados que arroja el drive). Si en el tiempo límite, la persona no ha contestado la encuesta por sí sola, el encuestador debe insistir con un nuevo llamado. Aquí, el encuestador debe volver a ofrecer asistencia para responder la encuesta y definir si la persona seleccionada para responder la encuesta es loggable o no, ya sea por rechazo a responder la encuesta o por imposibilidad de poder responder la encuesta, lo cual se puede dar por falta de tiempo u otra dificultad de la persona para participar de la encuesta que no haya podido ser solucionada mediante las alternativas presentadas por el encuestador. Si se da esta situación, debe informar a su supervisor para que la asigne otra persona en reemplazo.

- Tercera etapa: cierre encuesta

El encuestador, ya con su nómina definitiva de encuestador, debe asegurarse de que los cuestionarios tengan toda la información que corresponda según el flujo correspondiente del instrumento, y detectar si hay errores o falta de información. Realizar una validación de la información, y de ser necesario puede hacer un último contacto con la persona encuestada para hacer un chequeo de información faltante o errónea, y hacer el cierre del proceso de levantamiento. Ya con la información revisada y validada hace entrega de las encuestas a su supervisor, informando mediante correo electrónico a departamentoestudios@senadis.cl.

3.4.4. Realización entrevistas

Las entrevistas se realizaron durante las últimas semanas de octubre y primeras semanas de noviembre las cuales se realizaron mediante la plataforma Google Meet, las cuales fueron

grabadas mediante consentimiento de la persona entrevistada. Esto permitió su posterior transcripción para los análisis correspondientes.

3.4.5. Cronograma de producción de información

Actividades	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Envío carta invitación y solicitud de información	20 de agosto				
Recepción de planillas	21 de agosto - 4 de septiembre				
Conformación de directorio de cuidadoras y selección de la muestra		7 - 16 de septiembre			
Diseño encuesta en plataforma Google Forms		21 de septiembre - 1 de octubre			
Envío de encuesta a cuidadoras			6 de octubre		
Seguimiento aplicación de encuestas			12 - 23 de octubre		
Cierre de aplicación de cuestionario			30 de octubre		
Prueba entrevista			9 de octubre		
Realización de entrevistas			21 de octubre - 11 de noviembre		
Cierre levantamiento				13 de noviembre	
Procesamiento bases de datos y análisis encuestas				16 de noviembre - 14 de diciembre	
Transcripción y análisis entrevistas				16 de noviembre - 14 de diciembre	
Resultados producción de información					15 -22 de diciembre

4. Presentación de resultados

4.1. Resultados Encuesta

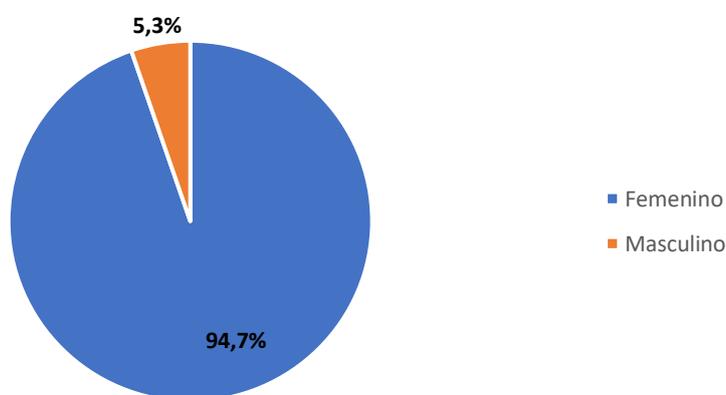
Inicialmente, el total de personas que respondieron la encuesta sumaron 84 trabajadores de residencias. Sin embargo, se identificaron cargos que no correspondían o escapaban a la población definida para el estudio, ya que ejercían cargos con algún nivel mayor de responsabilidad que el personal de trato directo. De acuerdo a lo anterior, el número definitivo con el cual se realizó el análisis de los resultados cuantitativos, corresponde a 76 encuestas válidas.

Asimismo, en el proceso de validación de datos se realizó un análisis de outliers o datos atípicos, donde se detectaron datos anómalos que, bajo el comportamiento del patrón, parecen no ser representativos de la población. Una vez se identificó que estos valores atípicos no se debieron a un error en la construcción de la base de datos, sino a la dificultad de los encuestados para expresar el formato de la respuesta (formato hora), se decidió eliminarlos, disminuyendo la cantidad de respuesta en ciertas preguntas².

4.1.1. Caracterización de los encuestados

La mayoría de las personas encuestadas son mujeres, representando más del 90%. En términos absolutos, del total de 76 personas que contestaron la encuesta, 72 son mujeres.

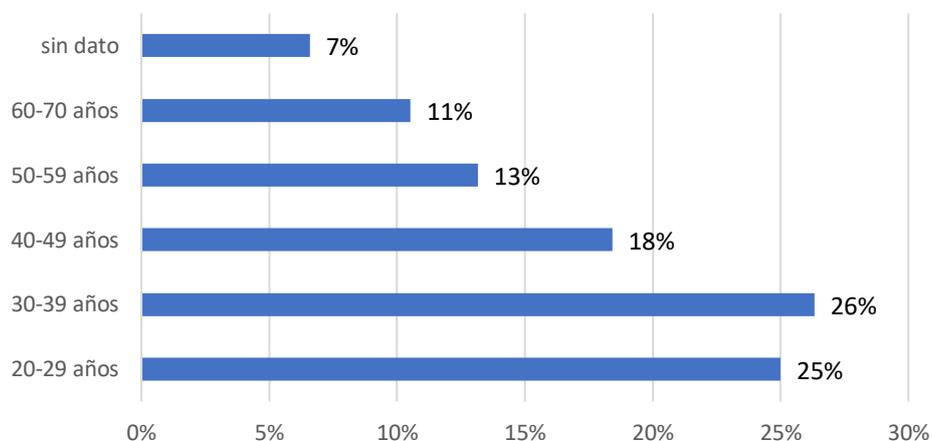
Gráfico 1: Distribución porcentual del personal de trato directo según sexo



La mayoría de las personas que contestaron la encuesta se encuentra en el tramo etario de 30 a 39 años, seguida de aquellos en el tramo etario de 20 a 29 años. Más del 10% de los encuestados son personas mayores de 60 años.

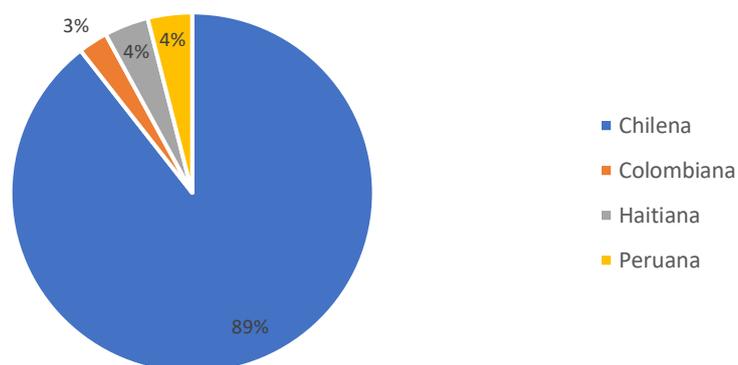
²Las preguntas donde se encontraron datos atípicos corresponden a aquellas de la sección Actividades de asistencia en las residencias, particularmente en respuesta a ¿cuánto tiempo de su jornada dedica a esta tarea? de las siguientes actividades: comer, vestirse, abrocharse los zapatos, desplazarse por la casa/residencia, subir o bajar escaleras, acostarse/levantarse de la cama, bañarse/ ducharse, usar el W.C, cambio de pañales, ir al médico.

Gráfico 2: Distribución porcentual del personal de trato directo según edad



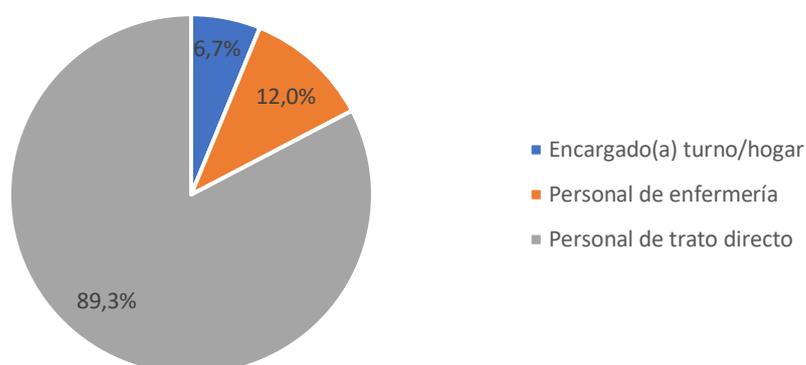
De las 76 personas encuestadas, 68 son de nacionalidad chilena; entre ellas hay también personas de nacionalidad haitiana, peruana y colombiana.

Gráfico 3: Distribución porcentual del personal de trato directo según nacionalidad



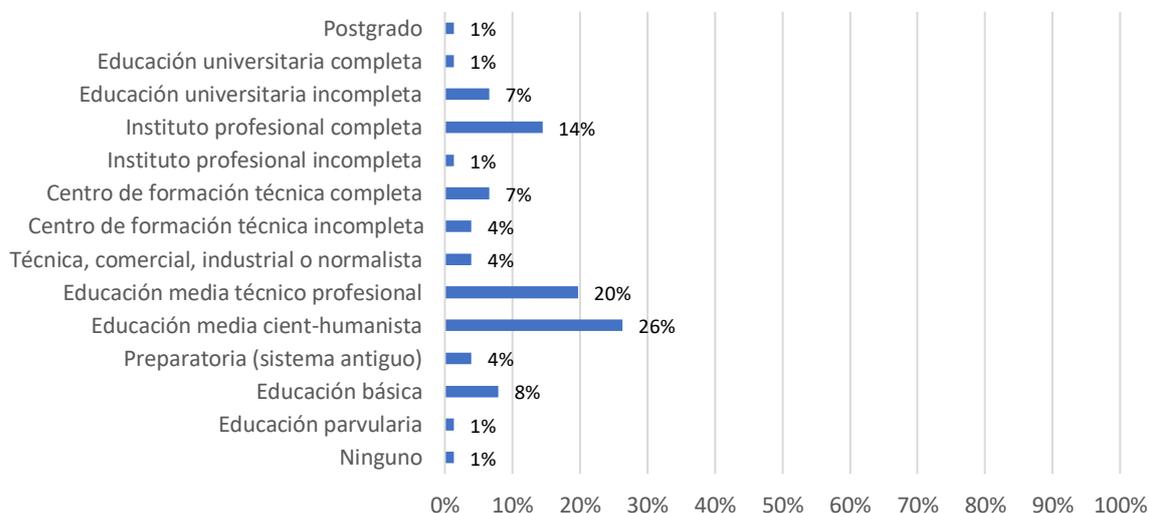
De las 76 personas que respondieron la encuesta, el 89% es personal de trato directo, el 12% es personal de enfermería, donde existen técnicos en enfermería de nivel superior, auxiliares de enfermería y enfermeros(as). El 6,7% del personal corresponde a encargados de turno, donde se encuentran las funciones de coordinadora de casa, encargada de turno y jefe de salud.

Gráfico 4: Distribución porcentual del personal de trato directo según cargo en la residencia



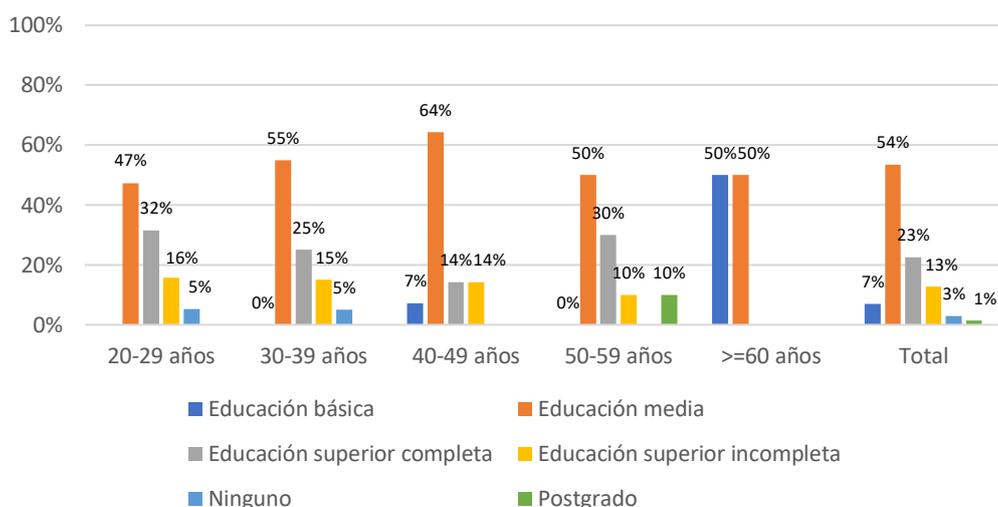
El nivel educacional más alto alcanzado o el que cursan actualmente las personas que contestaron la encuesta es, para la mayoría (54%), el de educación media, ya sea en establecimiento científico humanista o técnico profesional. El 10% de las personas encuestadas alcanzó sólo hasta el nivel de educación básica, parvularia, o no completó ningún nivel educacional. El 35% de los encuestados tiene formación de educación superior ya sea completa o incompleta, en centro de formación técnica, instituto profesional o universidad.

Gráfico 5: Distribución porcentual del personal de trato directo según nivel educacional más alto alcanzado



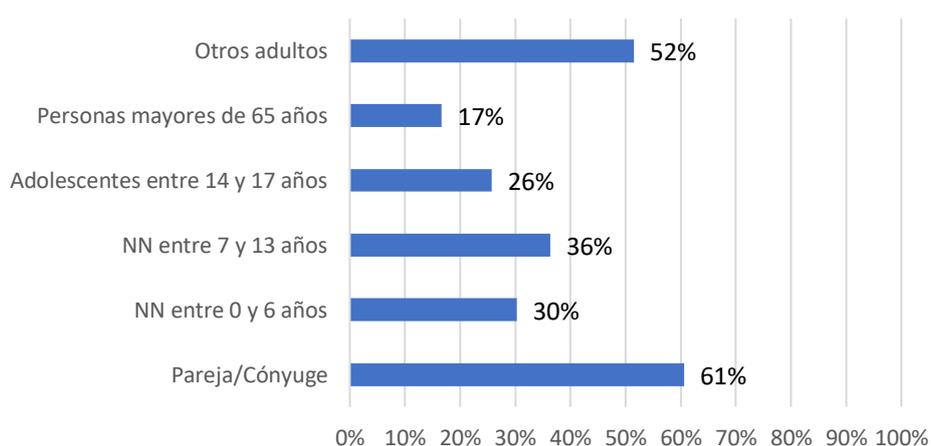
En el gráfico 6 es posible notar que, independientemente del tramo etario, el nivel de educación media es el más alto alcanzado por la mayoría de los encuestados. El porcentaje que completó un nivel de educación superior es mayor en el tramo etario de 20 a 29 años (32%), muy seguido del tramo entre 50 y 59 años (30%). Los mayores de 60 años alcanzan en la misma medida el nivel de educación media como el de educación básica.

Gráfico 6: Distribución porcentual del personal de trato directo por nivel educacional más alto alcanzado según tramo etario



De las 76 personas que contestaron la encuesta, 66 dicen vivir con alguien más en su hogar, ya sea pareja/cónyuge, niños, niñas, adolescentes, personas mayores de 65 años y/u otros adultos. Las diez personas restantes viven solas. La mayoría de las que viven acompañadas lo hace de su pareja/cónyuge (61%) además de otras personas; sólo 5 de ellas reportan vivir únicamente con la pareja/cónyuge. El 30% vive con niños y niñas entre 0 y 6 años además de otras personas; sólo 2 de ellas reportan vivir únicamente con niños y niñas de esa edad. El 17% vive con adultos mayores de 65 años además de otras personas, ninguna reporta vivir únicamente con personas de esa edad, como se observa en el gráfico 7.

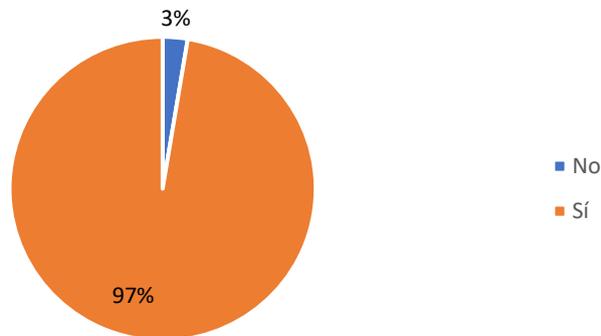
Gráfico 7: Distribución porcentual del personal de trato directo según composición del hogar



4.1.2. Condiciones laborales del personal de trato directo

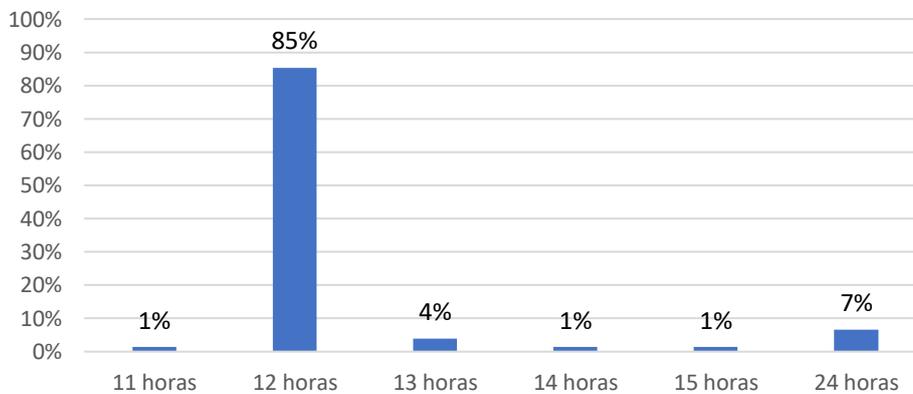
Respecto a las condiciones laborales que las personas encuestadas tienen en las residencias donde desempeñan labores de cuidado, 74 de 76 personas dicen tener un contrato o acuerdo de trabajo escrito, cuyo tipo es de plazo indefinido.

Gráfico 8: Distribución porcentual del personal de trato directo según tiene o no contrato de trabajo



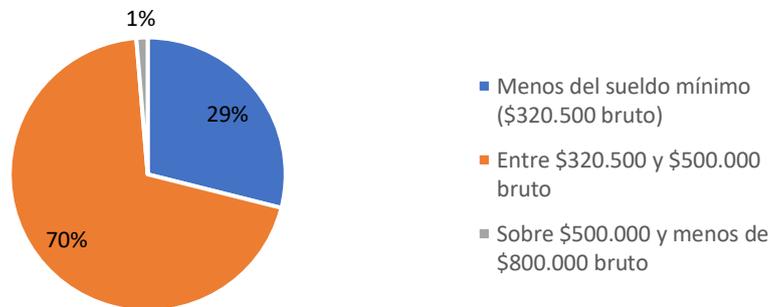
La jornada laboral de los encuestados dura desde las 11 horas hasta las 24 horas, siendo más del 80% aquellas personas con jornada de 12 horas diarias.

Gráfico 9: Distribución porcentual del personal de trato directo según cantidad de horas de duración de la jornada laboral



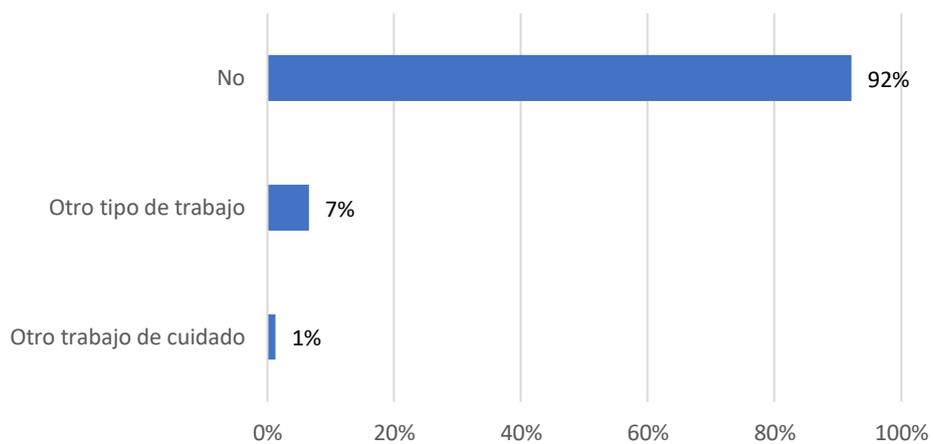
El sueldo que reciben las personas encuestadas está entre los \$320.500 y los \$500.000 bruto para el 70%; mientras que el 29% recibe menos del sueldo mínimo.

Gráfico 10: Distribución porcentual del personal de trato directo según rango de sueldo



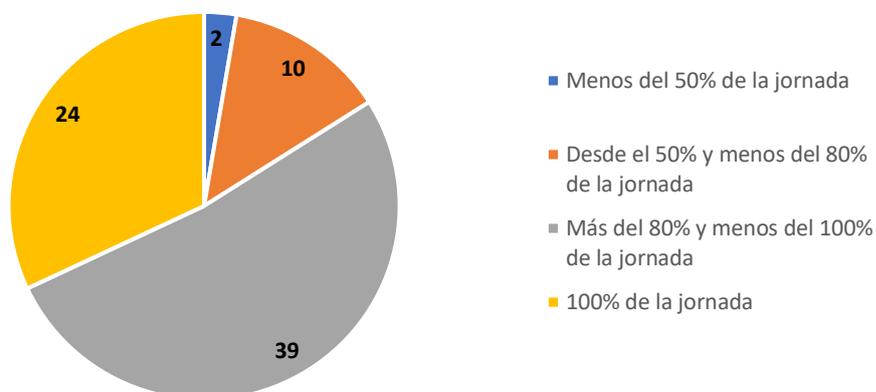
Seis personas declaran realizar otro trabajo remunerado actualmente; y sólo en un caso ese trabajo es relativo al cuidado.

Gráfico 11: Distribución porcentual del personal de trato directo según realización de otro trabajo remunerado



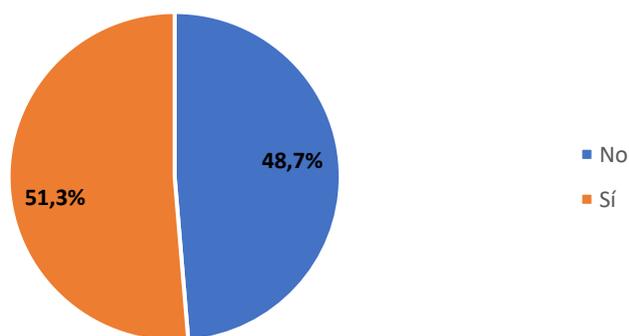
Respecto a la proporción de horas de la jornada laboral que dedican exclusivamente al cuidado de residentes, sólo doce personas reportan dedicarle menos del 80% del tiempo, y 63 personas dedican más del 80% de su jornada laboral sólo al cuidado.

Gráfico 12: Frecuencia del personal de trato directo según porcentaje de la jornada laboral que dedica exclusivamente al cuidado de residentes



Respecto a la participación en algún programa de capacitación laboral, 37 personas dicen no haberlo hecho en el pasado ni tampoco ahora; y 39 declaran haberlo hecho o estar haciéndolo en la actualidad.

Gráfico 13: Distribución porcentual del personal de trato directo según participación en programas de capacitación



4.1.3. Actividades de asistencia en las residencias

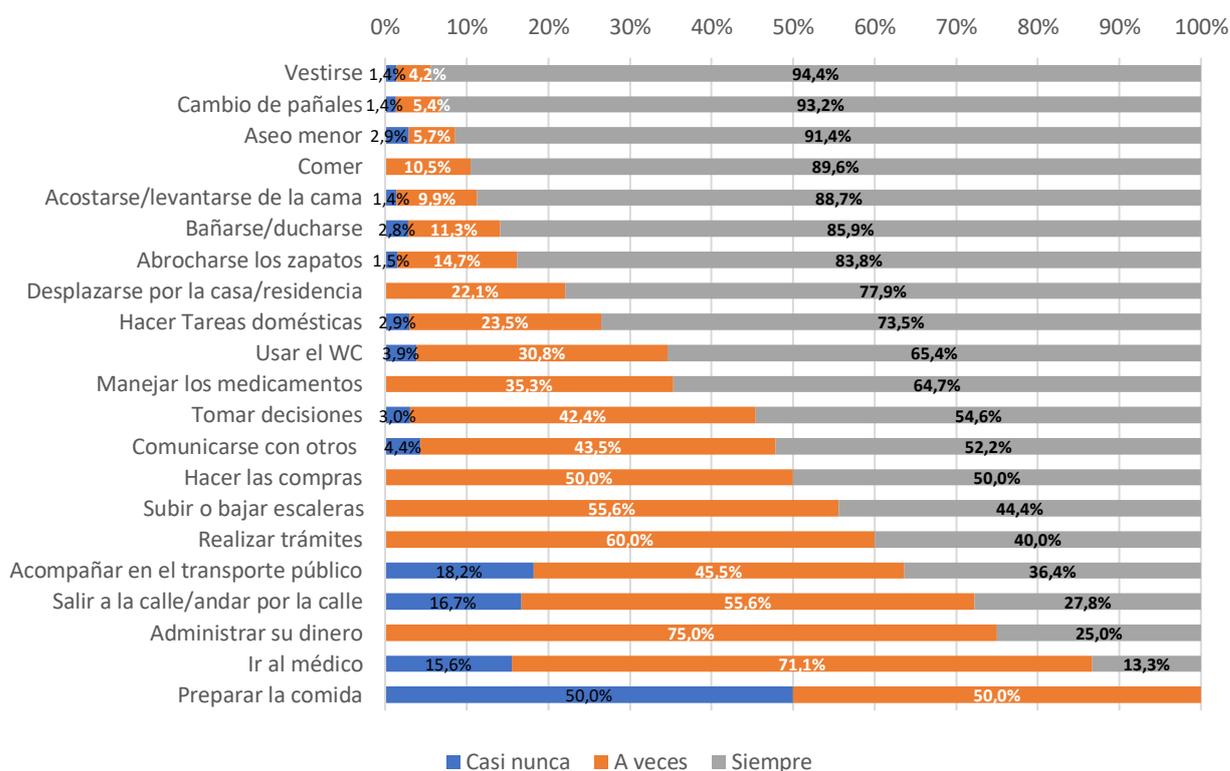
En esta sección se pide a los encuestados indicar en cuál de las actividades propuestas apoyan a los residentes que están a su cargo, y luego con qué frecuencia lo hacen (casi nunca/nunca, a veces, siempre). Las actividades de cuidado que son realizadas por casi la totalidad de personas que contestaron la encuesta son: cambio de pañales, vestir, bañar, acostar/levantar, hacer aseo menor, desplazar por la residencia y abrochar los zapatos. Las actividades que son realizadas por una menor cantidad de personal de trato directo son: realizar trámites, administrar dinero, hacer las compras y preparar la comida.

Gráfico 14: Frecuencia del personal de trato directo que declara realizar la actividad



Respecto a la frecuencia con que realizan cada actividad, esto es, casi nunca, a veces o siempre, el gráfico a continuación muestra el porcentaje de personas que reporta realizarla en cada categoría de periodicidad.

Gráfico 15: Distribución porcentual del personal de trato directo según frecuencia de realización de la actividad



Asimismo, el gráfico a continuación ilustra en orden de mayor a menor, el tiempo promedio dedicado a cada una de las actividades en una jornada habitual. Aquella actividad a la que se dedica más tiempo, es ir al médico, con un tiempo promedio de 3 horas y 21 minutos. A la actividad de cuidado que se dedica menos tiempo, es subir o bajar escaleras, con un tiempo promedio menor a media hora diaria.

Tabla 1: Tiempo promedio dedicado a cada actividad en una jornada laboral habitual

Actividad	Personas que declaran realizar la actividad	Tiempo Promedio que les toma realizar la actividad
	Frecuencia	(Hora:Minuto:Segundo)
Ir al médico	45	3:30:00
Comunicarse con otros	46	2:10:39
Comer	67	2:04:01
Desplazarse por la casa/residencia	68	1:56:25
Vestirse	72	1:49:01
Salir a la calle/andar por la calle	18	1:46:28
Bañarse/ ducharse	71	1:39:04
Cambio de pañales	74	1:35:53
Tomar decisiones	33	1:24:51
Hacer Tareas domésticas	34	1:17:39

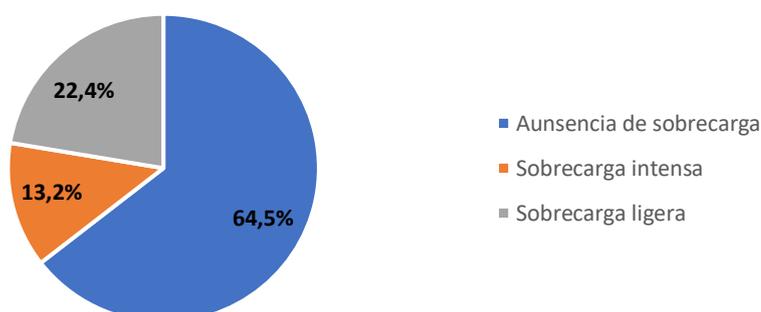
Acostarse/levantarse de la cama	71	1:15:24
Administrar su dinero	4	1:11:15
Manejar los medicamentos	34	1:08:58
Acompañar en el transporte público	11	1:02:44
Realizar trámites	5	1:02:00
Aseo menor	70	1:00:00
Hacer las compras	4	1:00:00
Usar el WC	52	1:00:00
Preparar la comida	2	0:45:00
Abrocharse los zapatos	68	0:30:00
Subir o bajar escaleras	18	0:30:00

4.1.4. Percepción de sobrecarga de cuidado

En esta sección de la encuesta se realiza una serie de preguntas sobre la labor de cuidado de las personas con discapacidad que viven en la residencia. Para responder, los encuestados debían considerar como referencia al grupo de residentes que asisten o cuidan directamente. Las alternativas de respuesta refieren a periodicidad y son las siguientes: nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre.

Respecto a la presencia y nivel de sobrecarga en el personal de trato directo, la mayoría resulta no tener sobrecarga (64,5%), mientras que el 35,5% muestra presencia de sobrecarga. Del total, el 13,2%, correspondiente a diez personas, muestra tener un nivel de sobrecarga intensa, y un 22,4%, correspondiente a 17 personas, un nivel de sobrecarga ligera.

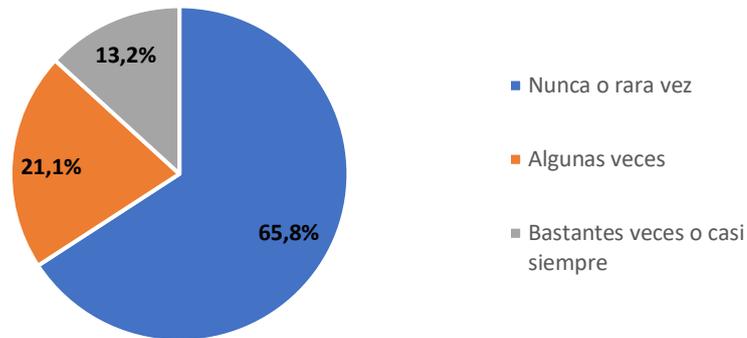
Gráfico 16: Distribución porcentual del personal de trato directo según nivel de sobrecarga



La percepción de sobrecarga general a la que hace referencia el ítem 22 del cuestionario, ¿se siente muy sobrecargado por tener que cuidar a las personas con discapacidad residentes?, es consistente con el nivel de sobrecarga calculado anteriormente, a pesar de que el ítem 22 es autorreportado en términos de frecuencia, y el nivel de sobrecarga es calculado a partir de una operacionalización. Al fusionar la escala de respuestas en tres categorías, i) nunca o rara vez, ii) algunas veces, y iii) bastantes veces o casi siempre, el gráfico muestra que la mayoría de los

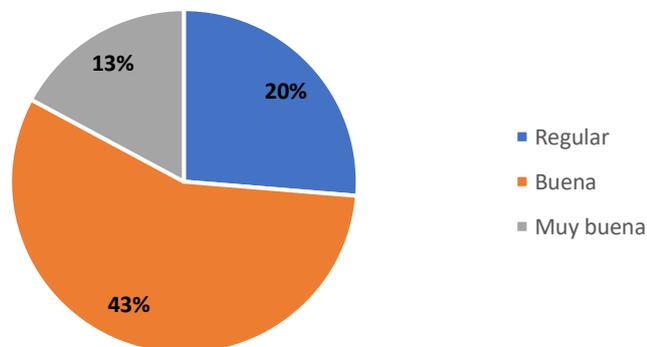
encuestados, cerca del 66%, nunca o rara vez se siente muy sobrecargado; el 21,1% se siente sobrecargado algunas veces; y el 13,2% se siente de tal manera bastantes veces o casi siempre.

Gráfico 17: Distribución porcentual según percepción de sobrecarga general



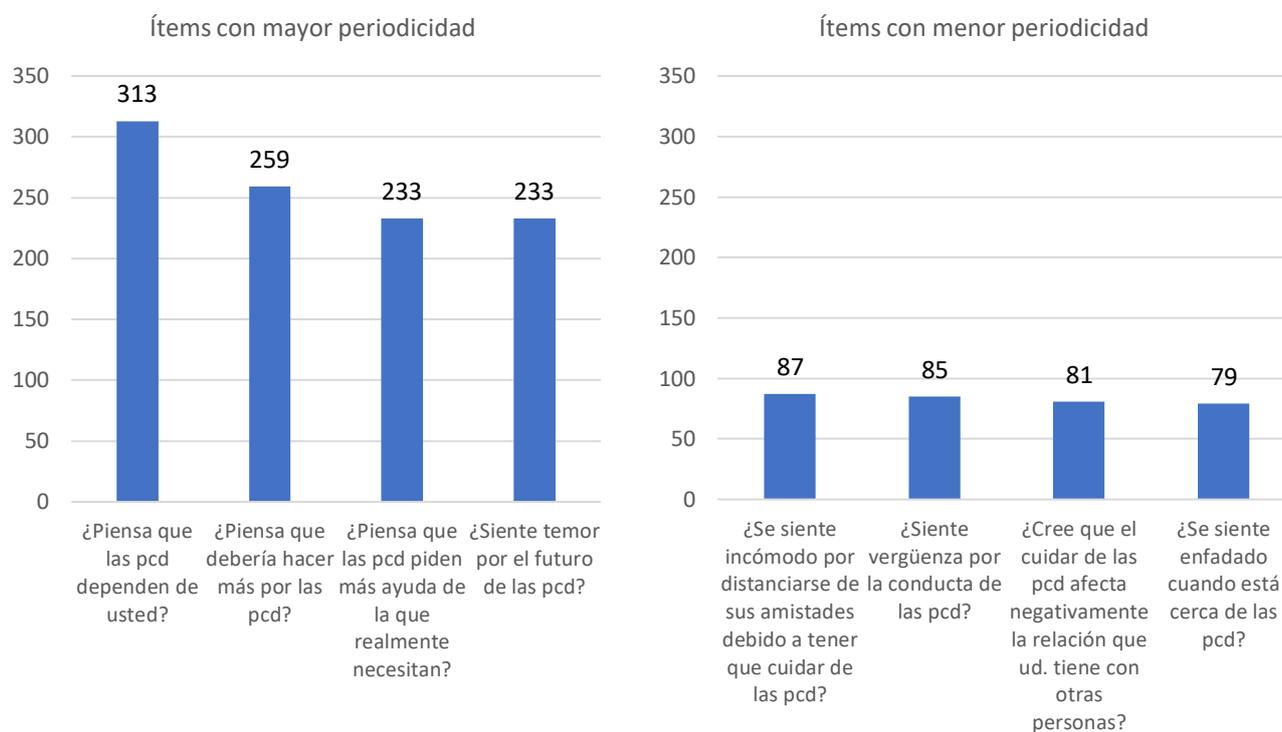
Respecto a la percepción de salud, del total de encuestados, el 43% considera que su salud es buena. Sólo el 13% piensa que es muy buena, y el 20% señala que su salud es regular.

Gráfico 18: Distribución porcentual del personal de trato directo según percepción global de salud



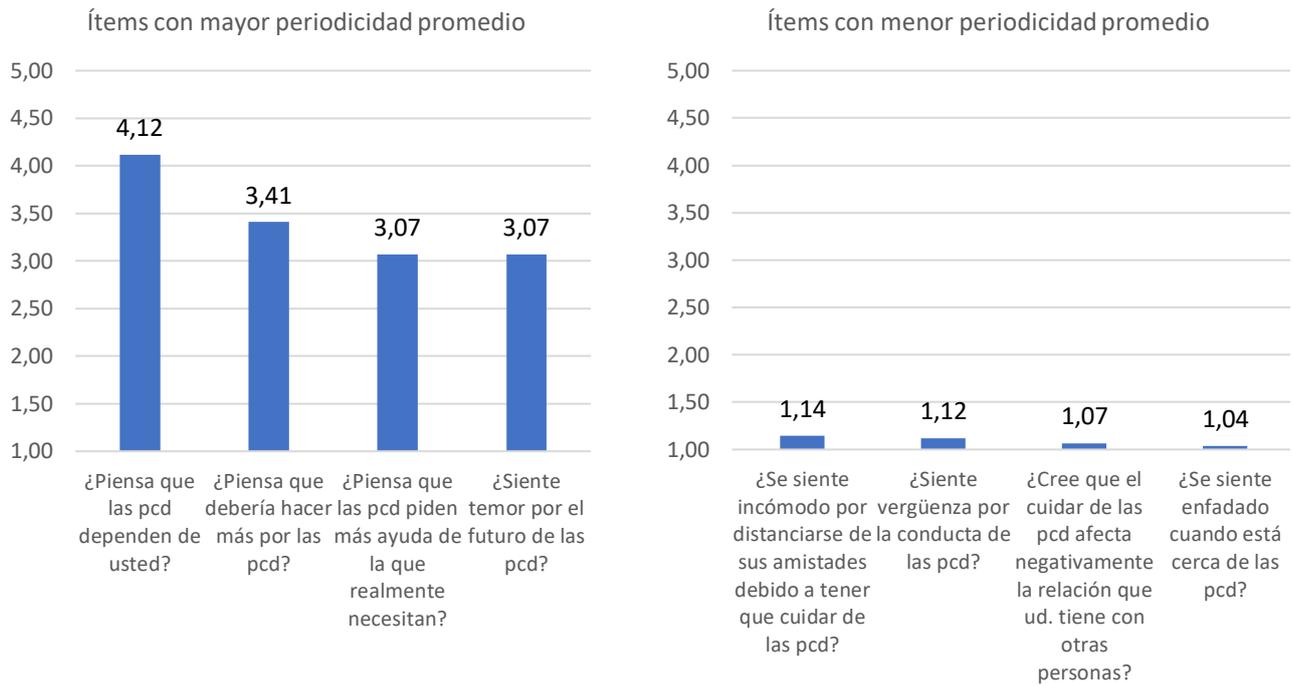
En relación a aquellos ítems del cuestionario de sobrecarga que los encuestados reconocen que ocurren con mayor periodicidad y aquellos que ocurren con menor periodicidad, se muestran en el gráfico siguiente. Esto significa que la suma de frecuencia de las 76 personas que contestaron el cuestionario, basada en las alternativas de respuesta con valores nunca=1, rara vez=2, algunas veces=3, bastantes veces=4, casi siempre=5, es mayor o menor en los ítems que se muestran a continuación.

Gráfico 19: Ítems del cuestionario de sobrecarga con mayor y menor periodicidad



Los cuatro ítems que se encuentran a la izquierda del gráfico 20 son los que suman mayor puntaje, los cuales equivalen a una periodicidad promedio con valores entre 3 y 4, es decir, los encuestados, en promedio, piensan o se sienten de esa manera algunas veces y bastantes veces. En cambio, los ítems que se encuentran a la derecha del gráfico son los que suman menor puntaje, los cuales equivalen a una periodicidad promedio con valores entre 1 y 2, es decir, los encuestados, en promedio, piensan o se sienten de esa manera nunca y rara vez.

Gráfico 20: Ítems del cuestionario de sobrecarga con mayor y menor periodicidad promedio



4.1.5. Uso del tiempo fuera del trabajo

En esta sección, los encuestados respondieron preguntas sobre diversas actividades que actualmente realizan fuera de su trabajo y/o en labores no remuneradas. El gráfico a continuación muestra la cantidad de personas que declara realizar cada una de ellas. La actividad realizada por la mayor cantidad de personas es ver televisión o escuchar radio, seguida de conversar con amigos y familiares, y hacer tareas de trabajo doméstico. Las actividades que son realizadas por la menor cantidad de personas son quehaceres domésticos para otros hogares, trabajo de cuidado de adultos con dependencia y de personas mayores.

Gráfico 21: Frecuencia del personal de trato directo que declara realizar la actividad



La actividad no laboral a la que los encuestados dedican mayor tiempo, es el trabajo de cuidado de niños y niñas, con un tiempo promedio de 10 horas y 48 minutos diarios. La actividad a la que dedican menos tiempo es practicar algún deporte, a lo cual dedican en promedio, 1 hora y 26 minutos diarios.

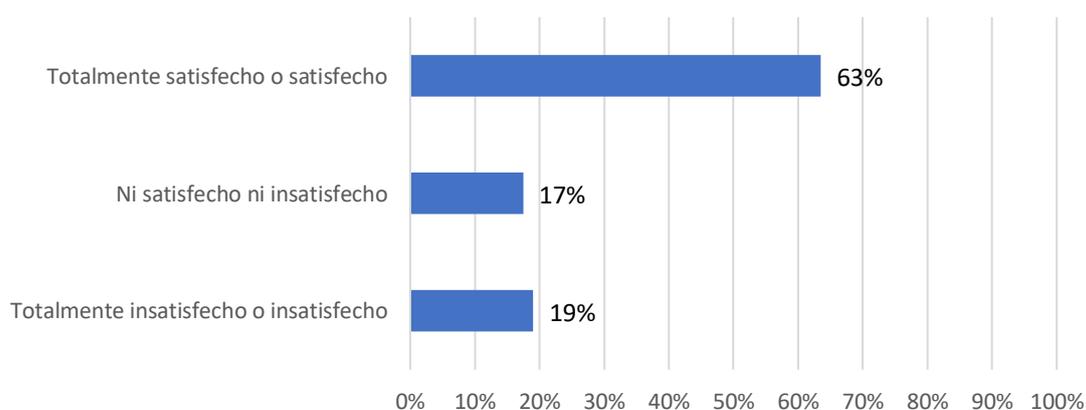
Tabla 2: Tiempo promedio dedicado a cada actividad en una jornada no laboral habitual

Actividad	Personas que declaran realizar la actividad	Tiempo Promedio que les toma realizar la actividad
	Frecuencia	(Hora:Minuto:Segundo)
Trabajo de cuidado de niños	39	11:05:23
Trabajo de cuidado de adultos con dependencia	11	9:24:33
Trabajo de cuidado de personas mayores	11	5:35:27
Tareas de trabajo doméstico	68	4:46:16
Quehaceres domésticos para otros hogares	7	4:04:17
Ver Tv / Escuchar radio	72	2:37:22
Ayudar con tareas escolares	37	2:15:00
Conversar con amigos o familiares	69	2:00:00
Navegar por internet e informarse usando el computador u otro dispositivo	61	1:53:12
Practicar algún deporte	23	1:24:08

4.1.6. Nivel de satisfacción con la distribución de labores de cuidado en el hogar

En relación al nivel de satisfacción que tienen los encuestados con la distribución de labores entre ellos y sus familiares, se realizaron tres preguntas. Particularmente en aquella que dice relación con la forma en que se divide el tiempo de trabajo doméstico en el hogar, respondieron 63 personas, donde el 63% se muestra totalmente satisfecho o satisfecho, y el 19% totalmente insatisfecho o insatisfecho. El 17% dice no estar satisfecho ni insatisfecho.

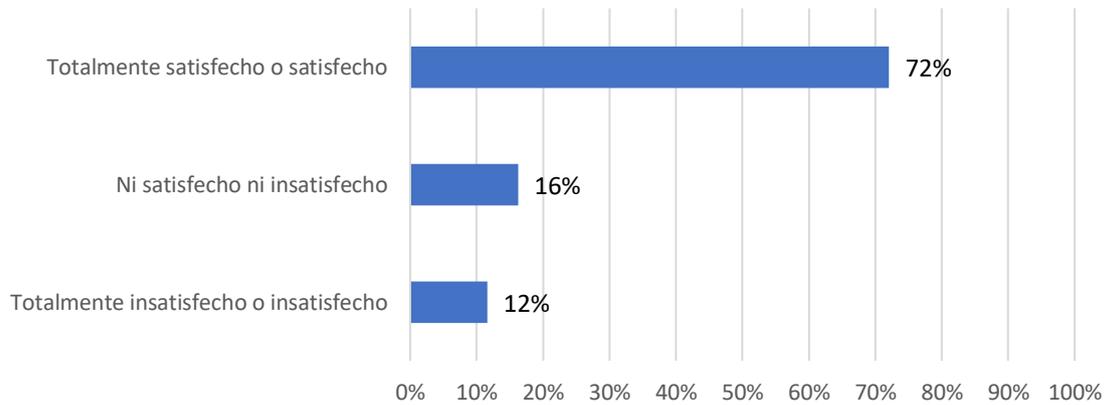
Gráfico 22: Distribución porcentual del personal de trato directo según satisfacción con la forma en que se divide el tiempo de trabajo doméstico



En relación a la satisfacción con la forma en que se divide el tiempo de trabajo de cuidado de niños, niñas y adolescentes, de las 43 personas que responden la pregunta, la mayoría (72%) se

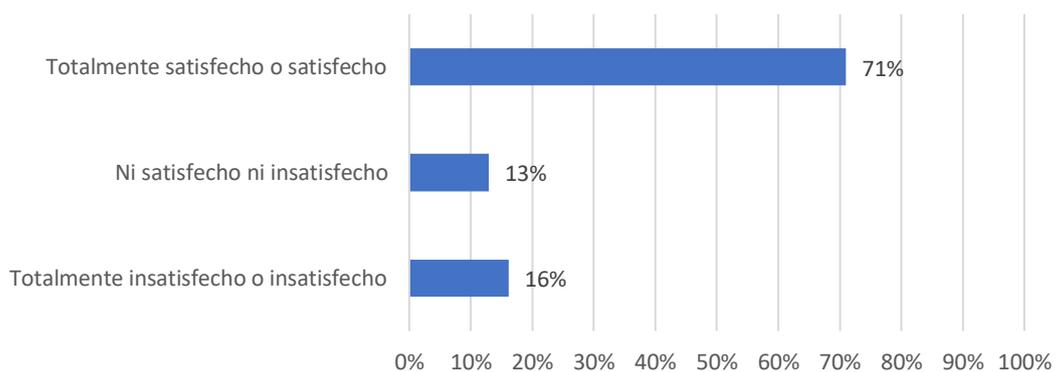
muestra totalmente satisfecho o satisfecho, pero existen aquellos que se muestran totalmente insatisfechos o insatisfechos (12%).

Gráfico 23: Distribución porcentual del personal de trato directo según satisfacción con la forma en que se divide el tiempo de trabajo de cuidado de NNA



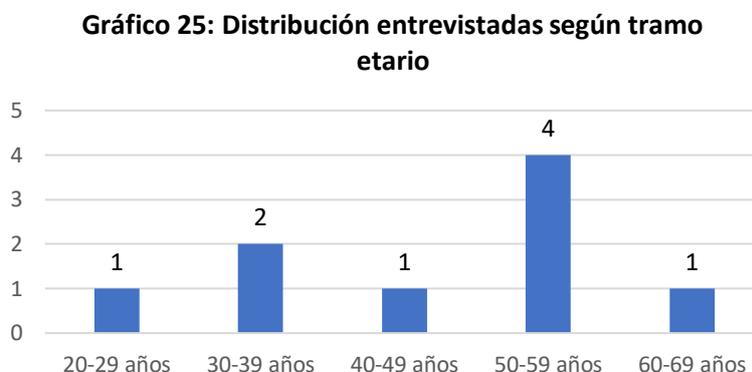
En relación a la satisfacción con la forma en que se divide el tiempo de trabajo de cuidado de adultos con dependencia o personas mayores con dependencia, de las 31 personas que responden la pregunta, el 71% se muestra totalmente satisfecho o satisfecho, y un 16% se encuentra totalmente insatisfecho o insatisfecho.

Gráfico 24: Distribución porcentual del personal de trato directo según satisfacción con la forma en que se divide el tiempo de trabajo de cuidado de adultos con dependencia o personas mayores con dependencia



4.2. Resultados de entrevistas

En total se realizaron 9 entrevistas a mujeres, personal de trato directo de las residencias de personas con discapacidad adultas, las cuales cumplieron con las siguientes características en términos de tramo etario y antigüedad en el cargo:



Se realizaron entrevistas a todos los tramos etarios, concentrándose mayormente en el tramo de 59 a 59 años, y 30 a 39 años.

Se consideró además que las entrevistadas tuvieran diferentes niveles de experiencia y antigüedad en el desempeño del cargo en la residencia en la que trabajan actualmente. Cuatro entrevistas se aplicaron a cuidadoras que llevaban entre 4 a 10 años de antigüedad en el cargo, dos entrevistas a cuidadoras de más de 10 años de antigüedad, y tres entrevistas a cuidadoras que llevaban entre uno y tres años.

A continuación, se presenta los resultados de las entrevistas en profundidad realizados para cada una de las dimensiones indagadas: actividad de cuidado en residencias, tipos de cuidado, percepción de la actividad de cuidado, dimensión relacional de la actividad cuidado, estrategias de cuidado en las residencias, y discurso sobre feminización del cuidado.

4.2.1. Actividad de cuidado en residencias

4.2.1.1. Trayectorias laborales

Las trayectorias laborales de las cuidadoras son variadas. Algunas han llegado por casualidad a desempeñarse como cuidadoras de hogar de personas con discapacidad, muchas sin tener claridad sobre que se trataba y se han mantenido en esa actividad ya por varios años.

En general, las entrevistadas indican que llegaron al trabajo que ejecutan actualmente por el dato de algún conocido de donde trabajaban o tenía cierto nivel de contacto con la residencia (pariente, amigo, estudios, cercanía, etc.). En la mayoría de los casos, las entrevistadas no venían de otros trabajos relacionados a la discapacidad propiamente tal, sino que la trayectoria laboral previa a este trabajo es variada y relacionada a ocupaciones de baja calificación. Si bien algunas manifiestan haberse desempeñado anteriormente en labores de cuidado, ya sea de personas mayores, niños, o trabajo doméstico, manifiestan que las características de este trabajo de cuidado son completamente distintas a los anteriores. En este aspecto, las entrevistadas identifican el trabajo que desempeñan actualmente como un cambio “radical” en relación a sus trabajos anteriores.

“yo toda mi vida he trabajado con niños, con niñas, con problemas de todo tipo, o sea, primera vez de este tipo, pero yo en mi adolescencia empecé a trabajar con niños con problemas de desnutrición, de abandono, entonces empecé a trabajar en un hogar de niños de 0 a 3 años. Estuve trabajando como 15 años, 16 años, trabajando con ellos.”

“o sea he trabajado, hace años ya, pero no en esto. Estuve esos dos años que te dije en Paine. Ahora ya llevo más de un año acá... Y el otro han sido trabajos de distintas cosas, doméstico, estuve más de 5 años en una empresa de madera. Estuve en una también en un vivero así cosas así.”

“yo de cuidar anciano en una residencia, después me fui a trabajar a una conservadora de alimento, después me fui a trabajar a un casino que llegué a ser maestra de cocina. Y así fui a muchos rubros. Hasta que llegué ahí. De ahí no me moví más.”

4.2.1.2. Formación y competencias

Respecto de la formación de las cuidadoras, ninguna cuenta con estudios superiores, o alguna formación técnica superior. Sino que más bien, como ellas plantean, las herramientas para desempeñarse en el cargo, las han aprendido en la experiencia, en el día a día del trabajo con los residentes.

“A mí lo que me enseñaron fue aseo y confort, y todo el trato de personas con discapacidad mental lo aprendí en el hogar.”

Las entrevistadas señalan que este tipo de trabajo de cuidado es muy desafiante principalmente por las dificultades en el cuidado de las personas con discapacidad de las residencias, ninguna considera que antes de haber llegado a trabajar en esto, haya tenido una noción de lo que implicaba desempeñarse en este contexto, ni preparación formal, principalmente por las dificultades de comportamiento de los residentes, especialmente en el ámbito de la salud mental, debido a las complicaciones que presentan por sus condiciones de salud de base expresadas especialmente en el ámbito intelectual, psíquico y psicosocial.

“Y fui el primer día que entré, yo quería salir arrancando la verdad de las cosas porque me abren y me atiende un niño lleno de sangre y una señora lo corre así, me dice ¡pase! Estaba aterrada y decía donde me vine a meter”.

“...al principio uno les tiene miedo, al menos a mí me pasó que les tenía miedo cuando se me acercaban, ni sabía si me iban a pegar, nada de eso. Entonces uno ha ido aprendiendo, va aprendiendo lo que tienen, cómo se comportan”.

Al respecto las cuidadoras señalan que no reciben capacitación formal desde las residencias, principalmente en aspectos que tiene que ver con el trato con los residentes, como enfrentar ciertas situaciones, objetivos a lograr, sino que más bien existe una formación en la experiencia del desempeño del cargo del trato directo en la residencia.

Por otra parte, si bien se señalan espacios formativos en la residencia, estos no son muy destacadas por las entrevistadas, incluso realizando el comentario de que “siempre son las mismas”. O también tenderían a concentrarse en temas muy acotados, y tampoco se implementarían de manera sistemática. Si bien se menciona que se hacen, “claro, el tema de

contención contra los chicos, esas capacitaciones una cosa que ya lo sé que me lo vuelvan a repetir, ya está bien, pero para mí es una capacitación, una capacitación es una cosa más allá."

Si no que más bien ellas van adoptando estrategias a medida que van conociendo más a los residentes, intuición personal, y mucho de conocimiento práctico entre cuidadoras y expectativas personales respecto de los logros que debe conseguir cada residente. Además se manifiesta en general una falta de conocimiento formal en los aspectos donde evidencian mayor dificultad para el cuidado que tiene que ver con los aspectos relacionados al manejo conductual de los residentes, manejo de crisis, y descompensaciones principalmente.

"Yo creo que a uno deberían entregarle las herramientas para poder uno hacerlo mejor. Yo, o sea, no sé, es mi versión, porque cuando uno llega al trabajo, a uno, no sé po, te dicen, por decir en el caso mío necesitamos una persona para esto, esto y esto y tú te metes po, a la boca del lobo, cómo se dice, pero después, cuando ya va a pasando el tiempo, tú te vas dando cuenta qué es lo que tiene uno, pero te vas dando cuenta prácticamente por uno sola."

"porque uno cuando llega deberían a uno decirle, sabe que aquí hay un muchacho con, no sé, esquizofrenia, con síndrome de down, hay una cieguita, hay otro que no se puede mover de la cama porque le pasó esto y esto, una cosa así. Debería ser como más... y haber, a los mejor mas charlas, por decir, más cursos para que uno vaya aprendiendo si... ahora, en estos momentos, si está la enfermera, ella nos ha ido de a poco dando tips para irlos bañando para los que están postrado para ir, no sé, alimentándolos, una cosa así. Debería ser como siempre."

De igual manera se menciona la preparación de las personas que ingresan a trabajar, donde se indica que son las cuidadoras con mayor tiempo de permanencia en las residencias las que deben realizar "inducción" a las cuidadoras nuevas. Una parte importante de esta inducción se basa en la experiencia de la cuidadora a cargo de la inducción, lo que, a su vez, genera que lo que se traspassa a la nueva trabajadora sea en relación al funcionamiento y a cómo tratar a las personas con discapacidad. Las entrevistadas, todas tienen varios años de experiencia como cuidadoras en sus residencias, y al mencionar su inducción se relatan situaciones similares, lo que da cuenta de una continuidad en esta práctica. Sin embargo, estos espacios tampoco se consideran como procesos formales de formación, ya que finalmente lo que se transmite en la inducción corresponde a la experiencia particular de la cuidadora que realiza el ejercicio, y no de una versión institucional.

"yo que llegué hace siete años... yo cuando recién llegué me tocó un niño todo chueco, que era un zig zag, usted catcha el zig zag? ¿Yo en mi interno "cómo mierda lo hago? ¿Cómo lo hago? ¿Lo quiebro? ¿O qué? Pero adelante lo único que le dicen ¿a ti no te han enseñado? Ya aquí está una nueva, explícale tiene que hacer esto y esto, pero adelante no saben nada"

Por lo tanto, ante la pregunta sobre qué temas les gustaría ser capacitadas, se indican contenidos relacionados a la enfermería (inyecciones, toma de presión, etc.), así como también aspectos que tiene que ver como el manejo de situaciones y para el abordaje del perfil de las personas con discapacidad de las residencias, las cuales difieren también de acuerdo a cada residencia. Desde la experiencia, las entrevistadas indican que las capacitaciones deberían centrarse principalmente en las cuidadoras más nuevas porque "una ya sabe todo", sin embargo, todas manifiestan la necesidad de contar con conocimientos "más formales" para su trabajo en el día a día, específicamente para los desafíos más complejos. Al respecto, desde lo declarado por las cuidadoras se deduce que las inducciones de las que más tiempo llevan

trabajando hacia las más nuevas serían una transmisión de conocimientos prácticos y de competencias “emocionales” y de trato hacia los residentes, más que de competencias profesionalizantes.

"siempre por eso le digo yo cuando me tocaban inducir a niñas, por qué generalmente las más antiguas inducimos a las que van llegando, lo que más que les digo que necesitan tener mucho cariño para darle a los niños, a los jóvenes en general "

Lo anterior se relaciona fuertemente con las habilidades y competencias que las entrevistadas consideran que debe tener alguien que realiza trabajo de cuidado de PcD, donde características como paciencia, empatía, tolerancia, comprensión, cariño, carácter entre otras habilidades blandas, son las que se mencionan, sin mayores referencias a conocimientos o habilidades laborales detalladas.

Por último, cabe señalar que el trabajo de cuidado es una ocupación que no solicita altos niveles de formación o calificación previa para postular a las plazas de empleo que ofrece, lo que hace que las barreras de entrada sean pocas. En lo indicado por las cuidadoras, muchas de ellas llegaron a trabajar sin experiencias previas de cuidado formal, sin formación en el ámbito, y como una oportunidad para conseguir un trabajo que necesitan, y esta misma situación es identificada en varias de sus compañeras y compañeros de trabajo.

4.2.2. Tipos de cuidado

El trabajo de cuidados realizado por las entrevistadas se puede distinguir en tres ámbitos, que comprenderían casi la totalidad de las tareas a su responsabilidad: trabajo doméstico, trabajo de asistencia a los residentes en actividades de la vida diaria, y acompañamiento y apoyo emocional. Todas estas actividades se realizan prácticamente de forma simultánea, y son organizadas y distribuidas entre las trabajadoras de trato directo del turno.

4.2.2.1. Trabajo Doméstico

En el caso del trabajo doméstico, este se identifica como un componente central de las responsabilidades de las cuidadoras. En este ámbito, las entrevistadas indican que estas tareas son las primeras que realizan al llegar a sus lugares de trabajo, y abarcan todo el abanico de actividades del mantenimiento de un hogar.

"aseo de los chiquillos, del aseo de la casa, cuando van al colegio de los colegios, de las tareas, de mantener la casa, de mantener los patios, de mantener los jardines, que son los que nos corresponde"

"hacemos aseo limpiamos los baños, les ordenamos, ellos tienen un closet chiquitito, lo ordenamos porque lo tienen siempre desordenados, lo que es sabanas, pijamas ordenaditos, también los colocamos a ordenarles las mudas porque al otro día tienen que levantarse"

"ahí ayudo a, cómo se llama veo a los niños los mudo les doy la comida algunos que comen otros que no, hago el aseo, lavo loza, doblo ropa, todo "

Sin embargo, en general en las residencias el trabajo que tiene que ver como la preparación de las comidas, es realizada por una persona contratada específicamente para esa actividad, y en

las residencias más grandes otras actividades tampoco son realizadas por las trabajadoras de trato directo, como el lavado de ropa, la jardinería, las cuales son realizadas por personas contratadas específicamente para ello.

Asimismo, algunas de las entrevistadas indican que, en los casos que se puede, se intenta enseñar o entregar algunas responsabilidades de tareas domésticas a los residentes, lo que no siempre llega a buen puerto, ya que la exigencia a los residentes no siempre es bien recibida por ellos, sin embargo, sobre todo en las residencias donde hay personas con discapacidad con mayores niveles de autonomía, el trabajo doméstico desarrollado por las cuidadoras junto con todo el grupo de residentes corresponde a parte de la rutina diaria del trabajo con ellos.

“yo les digo ya vamos a hacer aseo, limpiamos ventanas, cambiamos cortinas, que limpiamos el piso, la vemos, limpiaban las paredes siempre de tenerla haciendo algo para que no se aburran tampoco.”

Al mencionar las labores domésticas que realizan, estas tienden a ser relacionadas con la expresión “hacer de todo”, de manera continua durante su turno. Por supuesto estas tareas se van intercalando con otras responsabilidades relacionadas más directamente con las personas con discapacidad.

“[...] hay que bañar hay lavar hay que afeitarse hacer aseo hacer camas hacer todo lavar planchar doblar lavar ropa trapear barrer más encima estar pendiente de los niños”

“[cómo mantener una casa adicional] claro, con once niños ”

Las entrevistadas hacen varias menciones que, por lo anterior, su trabajo excede el de cuidados, al cual tradicionalmente están asociadas.

“trabajo de nosotras dice cuidadora cuando una empieza a buscar cuidadora, pero al final una hace de cuidadora y hace de todo po, por qué una tiene que hacer de todo, por ejemplo, se rompe algo hay que cocerlo”

Sin embargo, también el trabajo doméstico que se realiza se percibe también como un trabajo de cuidado no directo, y se expresa como una forma de entregar bienestar y una mejor calidad de vida a los residentes “dentro de lo que se puede”, “mantenerlos con ropa limpia, con sus camas limpias”.

4.2.2.2. Trabajo de asistencia directa en actividades de la vida diaria

En relación a la asistencia directa a los usuarios, las entrevistadas indican que esto abarca todo tipo de actividades básicas e instrumentales, desde levantarlos, lavarlos, vestirlos, darles de comer, hasta acciones de salud como cateterismo, todo según las condiciones y requerimientos específicos de cada usuario.

“yo cuido a los jóvenes, y le hacemos aseo confort, nos dedicamos a ellos al cien por ciento, les damos su colación, su cena, siempre estamos ahí sobre todo cuando se alteran, cuando hay que hacerle contención emocional y todo el tema”

“le colocamos pijama a los chicos, si hay alguno transpirado los bañamos, y después le damos la colación dejamos un rato que bailen y que jueguen para no mandarlo al tiro a la cama, después de eso esperamos los remedios, y los que se aburren se van acostar y después esperan los remedios y antes de todo eso también, los mudamos cuando algunos se bañan los mudamos, y

alguno no hay necesidad de que se quieran bañar, ahí los mudamos y si les limpiamos su parte interior, ahí les colocamos pijama, bailan un rato”.

Asimismo, se expresa que estas actividades requieren de una constante dedicación y alerta, especialmente en los casos de personas con discapacidad con mayores necesidades de apoyo, lo que además genera una alta demanda que se traduce, por una parte, en dificultades no poder levantarlos a todos en un lapso breve de tiempo, etc; y por otra, en la percepción de que no se puede dejar solos a los residentes debido a sus bajos niveles de autonomía, lo que aumenta la carga de trabajo.

“ellos necesitan de alguien no los pueden dejar solo, de repente dicen muchos no, muchos niños son su autovalentes lo pueden hacer solos, pero ellos no funcionan si no tienen a una persona que los esté dirigiendo”

Otro elemento que las entrevistadas mencionan es la rigidez de los tiempos de la jornada, en tareas como levantar a los residentes, darles la comida, etc. Esto ocurre principalmente en residencias que estructuran más la jornada diaria de los residentes, y por ende, las acciones a desarrollar por las trabajadoras del cuidado. Esto genera la sensación de tener a otros profesionales “encima de la pega” (como nutricionistas, u otros), presionando el trabajo de asistencia. Es en este tópico donde aparecen comentarios críticos respecto a la brecha entre lo planificado por diversos equipos profesionales y lo que realizan y observan las cuidadoras, lo que se refuerza con la percepción de autovalencia de los residentes que tienen algunas de las entrevistadas.

“por ejemplo, me pueden hacer un programa usted va hacer, esto, esto y esto otro, usted tiene que lograr esto, esto y esto otro, y al final con la capacidad que tienen ellos no llegan a eso, por ejemplo allá hay algunos niños que son un poco más autovalentes, pero si no están encima de ellos diciéndoles, lávate bien el pelo ,haz esto haz lo otro, ellos no lo saben hacer siempre hemos trabajado en eso el autovalencia de ellos, el autodeterminación, como que ellos pueden hacer sus cosas, o sea querer algo y hacerlo, pero hay cosas que ellos nunca lo van a poder hacer solos. Ellos van a ser siempre dependientes de otra persona.”

4.2.2.3. Acompañamiento y apoyo emocional

Otro aspecto del cuidado que es desarrollado por las cuidadoras de residencias de personas con discapacidad tiene que ver con el acompañamiento emocional del día a día, conversar con ellos, generar vínculos con ellos, y por otro lado, también generar apoyo y contención emocional, aspecto que se ha visto potenciado durante el periodo de la pandemia, debido al aislamiento principalmente por los residentes que acostumbraban salir y/ recibir visitas.

“Ahora están todos separados. Y eso ha sido como estresante para ellos y estresante para nosotros, porque ellos están más irritables de lo normal porque ellos van a la feria, las visitas están de lunes a domingo a la hora de que la gente quisiera ir a visitarlo entra. Entonces desde que empezó el primer contagio, ellos no reciben ninguna visita. Entonces, están más irritable, te suben y te bajan todo el día, ahí unos que te pegan, porque uno recibe hasta golpes de ellos. Si ellos están enojados... ahí es cuando una tiene que aprender a calmarlos.”

“Hay más conflicto, porque se aburren, entonces pelean. Ellas están acostumbradas a salir a caminar, salíamos a la placita, nos íbamos de picnic a tomar onces, todas estas cosas no las hemos podido hacer por la epidemia. Ahora si uno las ve que están más agresivas, pelean verbalmente, se gritan muchas cosas, yo entiendo que ellas están aburridas, entiendo todas las acciones que

están haciendo últimamente, yo todo eso lo entiendo, pero también nosotros tenemos que ponernos firmes de que no pueden salir, y no tenemos porque pelear y las hacemos ver que ellas están mal, ellas entienden pero es un trabajo constante, porque ellas entienden en el momento y al otro día ya a ellas se les olvido lo que hablamos el día anterior.”

Por otro lado, uno de los aspectos más complejos que son relatados por las cuidadoras es cuando tienen que enfrentarse frente a descompensaciones de los residentes.

“he vivido creo que cuatro descompensaciones así muy, muy, muy graves, de un paciente x, y yo he tenido que hacer contención a eso, o sea el paciente está molesto con mi compañera, quiere agredir a mi compañera, la amenaza de muerte, la hace llorar, mi compañera se bloquea... y yo tengo que estar compañera-paciente, compañera-paciente, me tengo que llevar al paciente a urgencias y luego volver con él, hacer como toda la intervención con el paciente”.

En este aspecto del cuidado, las entrevistadas manifiestan que ellas deben “mantener tranquilos” a los residentes durante toda la jornada, y evitar problemas conductuales entre ellos, como con las cuidadoras.

4.2.3. Percepción de la actividad de cuidado

4.2.3.1. Valoración del trabajo de cuidado

Las entrevistadas se refieren a la valoración que ellas dan y al mismo tiempo que perciben de la actividad de cuidado de manera ambivalente, ya que, por un lado, se reconoce que su trabajo es altamente valorado principalmente fuera del ámbito laboral, ya que familiares, cercanos y amigos reconocen virtudes como la paciencia y la dedicación que requieren el trabajo, e identifican estas cualidades en las cuidadoras; asimismo, las entrevistadas identifican que los residentes son también una fuente de reconocimiento, ya que estos valorarían su trabajo mediante expresiones de cariño, alegría al verlas llegar, entre otras que se indican gratificantes. En el ámbito laboral, son pocas las entrevistadas que indican recibir reconocimiento o expresiones que valoren su trabajo de cuidado por parte de equipos profesionales y/o directivos, sino que la mayoría de las entrevistadas menciona que se sienten cuestionadas, tensionadas o vigiladas.

“por fuera siempre, algunas personas lo van agradecer más que en el trabajo, por qué esos días nos sacamos la cresta”

““el trabajo allá es pesado, para mí eso sí ha sido bien gratificante por qué el cariño que a una le dan los niños, cuando están bien, por qué cuando están descompensado no nos dan cariño”

“está bien que nosotros saquemos caca, pero somos personas, porque a lo mejor nos mirarán así, que somos una simple cuidadora, eso es lo que hace ver, o sea lo que uno ve. Por eso te digo, ella debería, no sé yo en este caso ver lo que hay detrás de esa persona”.

En relación a la valoración material, la opinión es unánime: el trabajo de cuidado es muy mal remunerado. Las entrevistadas coinciden en que la carga de trabajo, las exigencias físicas, la exposición a situaciones de riesgo (episodios de descompensación y violencia de los residentes), y el estrés emocional no se condicen con remuneraciones bajas y que no tienen perspectiva de subir. Si bien frente a la pregunta si se cambiarían de trabajo, se contraponen la estabilidad laboral que ofrece el trabajo actual, el conocimiento que se tiene del trabajo, y como principal argumento, el vínculo que se tiene con las personas con discapacidad que viven en las

residencias. De todas formas, esto no impide que exista una demanda clara por mejoras de sueldos, y comparaciones con otros tipos de trabajo de cuidados (domiciliarios, por ejemplo).

“Mal remunerado honestamente, es que igual uno de repente dice que igual harta la pega. Y sabe que al menos mí me pasa, no sé a mis compañeras, yo me vengo más cansada psicológicamente, que físicamente, porque uno se viene a veces, cuando alguno de ellos se porta mal, es como que tu cierras tus ojos y sientes como los gritos, o que alguno te habla muy fuerte o porque está enojado, porque esto o lo otro.”

“las remuneraciones que uno haya tenido, los pagos, bueno siempre han sido bajos, nunca, yo entré y se veía un sueldo bajo a mí nunca me dijeron que iba a ser un gran sueldo y que después fue diferente, no, yo cuando entré, entré y yo sabía lo que iba a ganar. Sí, a veces he sentido que igual es mucha la responsabilidad que uno tiene con las niñas, porque es mucha, mucha responsabilidad. Trabajar de noche, turnos de noche con ellas, tener la responsabilidad completa, porque yo a veces estoy a cargo, no se si sabes qué significa, dejar a cargo de todo el turno completo, turno de noche, entonces igual, una responsabilidad...”

Por otro lado, algunas entrevistadas manifiestan que el trabajo de cuidado de personas con discapacidad, es algo desconocido por el entorno en general y que genera miedo en la gente, e incluso estigmatización.

“mucha gente ni sabe que existe ese hogar de pacientes psiquiátricos, y que la salud mental es súper fuerte, súper potente, y la gente no la conoce.”

“si tu vai en la calle o que te subas a un taxi, y la gente te pregunta, ¿Dónde va? A mi trabajo, y ¿Dónde trabaja? Típica conversación que se crea... y cuando digo que trabajo con pacientes psiquiátricos, la gente te mira... la gente le da miedo, la gente tiene temor...”

“fuera del trabajo, la gente le da miedo, es como me dicen a mí de repente, estás trabajando? Sí, y yo más o menos explico lo que yo trabajo, y me dicen, ¿y no te da miedo? ¿Y si te pegan? ¿Y si te muerden?, y si esto? una cosa así... No, es mal mirado honestamente, yo encuentro que es mal mirado.”

Finalmente, respecto de la valoración que las propias cuidadoras realizan de su trabajo en general, ellas consideran que realizan un trabajo muy importante y de gran valor especialmente para los residentes.

“Yo creo que es lo más importante que hay si uno cuida a personas. Son seres humanos. Creo que es el valor más grande que hay.”

“ha sido una experiencia enriquecedora para mí todo el rato. Ya llevo cuatro años en la fundación, y llevo mi experiencia a todas partes.”

4.2.3.2. Objetivos y fines de la actividad de cuidado

Respecto de los objetivos o fines del cuidado que las trabajadoras de trato directo realizan con las personas con discapacidad en las residencias, ellas refieren en mayor medida a que el objetivo de ellas es “darles un mejor pasar”. En general, las entrevistadas manifiestan como ellas van observando el deterioro de las personas residentes, por lo que su rol principalmente corresponde a que las personas puedan vivir mejor “el tiempo que les queda”. Esta apreciación

se evidencia principalmente en las cuidadoras de personas con discapacidad con niveles muy severos de dependencia.

Por otra parte, hay entrevistadas también que señalan que parte de su rol también considera el que las personas con discapacidad puedan adoptar rutinas de higiene y de autocuidado principalmente para que puedan desenvolverse fuera de la residencia, tanto en el ámbito laboral, como si es que algún día pudieran irse de la residencia.

“Darles un mejor pasar, mientras el tiempo que estén aquí. Es como eso más que nada porque muchos tienen enfermedades de base y graves que les dicen, no sé, van a durar hasta los 40 años, y tienen 60 años y todavía están vivos. Entonces, es como darle un mejor pasar mientras estén aquí en la tierra.”

“Hay un montón de cosas que uno puede tratar de ir manejando para que ellas tengan una mejor vida o sea el hecho de que ellas tengan hábitos de lavarse los dientes y tengan, a veces me creen loca, pero yo ya digo, no importa, yo les hice un mural donde dibuje un cepillo y le puse, yo mismo lo cocí po, le puse todos los cepillos con sus nombres, ellas... de primera, o sea, me dijo, un montón de que no... ¿cuándo se les va a ocurrir? Increíblemente, increíblemente, ellas ya vienen y miran que cepillo les corresponde, lo sacan, entiende, hay cosas tan mínimas, tan mínimas, que uno puede lograr hacer con ellas. Independiente de que las niñas, como le decía yo siento que ellas como que van bajando. No es que nosotros a lo largo del tiempo creamos que ellas vayan, vayan a leer, vayan a salir solas, vayan a ser totalmente, no.”

En este aspecto, varias de las entrevistadas identifican prácticas que no consideran buenas o apropiadas, y que serían perjudiciales para llevar a cabo de buena manera la labor de cuidado requerida. Aquí es donde se hace referencia a “otras cuidadoras”, que no pertenecen a sus círculos de trabajo (otras casas, turnos, o espacios de la residencia), que aglutinan estas prácticas, como, por ejemplo, no favorecer su bienestar, no cuidarlos con cariño (a pesar de dar a entender que sí), que “trabaja por trabajar”.

4.2.4. Dimensión relacional de la actividad de cuidado

4.2.4.1. Relación con los residentes

El vínculo que las entrevistadas entablan con las personas que cuidan se expresa de manera transversal en todos los temas tratados durante la entrevista: la dedicación y la vocación emanada desde la empatía y el cariño por los residentes guía o debe guiar todas las acciones realizadas con y por ellos.

“ Hay que tener vocación porque imagínese yo trabajaba de secretaria y fue un cambio tan brusco para mí y llevo entre 8 a 9 años a lo mejor era una vocación que tenía escondida, y no sabía.”

“los niños en si son como de piel, uno les toma cariño. Si yo siempre digo a las tías que van a trabajar, cuando van, tienen que llevar mucho amor para dar ”

Las entrevistadas se refieren a los usuarios constantemente como “los niños”, al mismo tiempo que reconocen que principalmente son adultos (asimismo como se menciona como “guagüitas” a niños de 7 y 8 años), lo que define la visión que tienen de los usuarios, y desde qué posición establecen finalmente su relación con ellos y ellas, en varios aspectos.

Asimismo, para identificar la manera en que entregan cuidado a los residentes este es descrito desde un rol maternal o similar, de igual manera que el parámetro del buen cuidado son los ellas entregan a sus propios hijos. Esto hace también que al describir sus actividades como parte de su trabajo el cariño sea un elemento mencionado transversalmente por las entrevistadas, que intermedia en la relación con las personas cuidadas.

"Cómo ellos me ven a mí, de repente como su mamá, como su mamá, o la tía"

"yo estuve diez años en una casa donde había puros menores de edad, y yo estaba cargo de seis niños, yo llegaba en la mañana y les hacía todo, yo los quería demasiado "

"Para mí? Cómo si fueran mis hijos"

"Me quiere mucho me dicen llegó la mami, [...] llegó la abuela me dice la madrina me dicen de todo en serio, Y ellos nos esperan, porque siempre llevamos panoramas, para que distraigan y no quieran pelear"

4.2.5. Estrategias de cuidado en las residencias

4.2.5.1. Necesidades de apoyo para un adecuado ejercicio del cuidado

Las cuidadoras fueron señalando en las entrevistas diversas dificultades que se presentan principalmente en la organización del cuidado en la residencia, donde ellas manifiestan les va afectando su desempeño, o les va generando mayor carga y estrés. En general, indica la necesidad de mayor presencia de las jefaturas para tomar decisiones complejas en el manejo con los residentes, potenciar una mayor coordinación entre turnos, y en general se manifiesta una necesidad de ser escuchadas y valorar la experiencia y conocimiento que tienen con los residentes. Finalmente, señalan *"somos nosotras las que pasamos todo el día con ellos"* por lo tanto ellas son las que viven en el día a día las consecuencias de decisiones que se toman en la administración de la residencia, ya sea por presencia activa o ausencia de medidas.

"Entonces yo me voy con mi día de descanso, vuelvo y mis niñas todas con pañales. Todas, entonces, ¿lo primero que pregunto yo qué pasó aquí? ¿Qué paso? Entonces, yo a las niñas les empiezo a preguntar ¿y? ¿porque estamos con pañales? andamos con regla que pasa, entonces no, no estaban todas con pañales. Entonces, me dirijo al equipo técnico, a los profesionales y les pregunto qué pasa con mi grupo están todas con pañales, estamos retrocediendo..."

"por ejemplo, nosotras tenemos que tomar decisiones, porque nosotras trabajamos 24 horas con el paciente, ¿cierto?, perdón, 12 horas, y el otro turno 12 horas más, pero uno tiene, tiene, tiene que tener la capacidad de tener al paciente tranquilo, doce horas, ¿cierto?, entonces si este paciente exige algo, o quiere algo, una jefatura o la persona que está a cargo de la casa lo autoriza a este paciente a hacer algo que a nosotros nos costó 6 horas mantenerlo. Ese paciente lo hace, y luego lo hace con el otro turno, y luego con el otro turno... Después se nos dice a nosotras por qué autorizaron, por qué hicieron esto otro, o sea somos las culpables, pero ellos en el minuto para poder salvar o zafar del tema, ellos dicen que sí, pero ellos no tienen la atención directa con el paciente..."

Al respecto, las entrevistadas valoran cuando se apoyan y logran complementarse con sus compañeras de turno, aspecto que se ha visto dificultado durante la pandemia debido a la incorporación de nuevas personas al trato directo, principalmente debido a las licencias, así como por los cambios en las modalidades de turnos, que en general han implicado en estar mayor tiempo fuera de la residencia. Pero, por otro lado, al mismo tiempo valoran el apoyo de

profesionales tales como los terapeutas ocupacionales, las enfermeras, apoyo psicosocial, sin embargo, igualmente señalan que no es suficiente.

“Igual requiere como apoyo, más apoyo, más apoyo personal. Porque el fin de semana, estamos las Educadoras y las Teo, y está...la directora ahí, pero uno siempre requiere más apoyo en el sentido de que se puede descompensar alguna niña, y como te dije anteriormente, lo trabajamos como equipo, o sea, si hay una que está con mucha dificultad, también hay protocolos que se pueden seguir.... El apoyo psicosocial no hay los fines de semana, porque esos horarios son de lunes a viernes, entonces el fin de semana, es cuando más se necesita apoyo.”

Otro aspecto que se destaca es la percepción de baja preocupación por el bienestar de las cuidadoras, sobre todo en episodios de violencia física o descompensaciones de los residentes, siendo este un espacio donde surgen cuestionamientos hacia las cuidadoras.

“[La administración debe] estar preocupada de ellas por ejemplo no sé por si una tía se cae, o tiene un accidente, es “que a lo mejor que estaba haciendo era tía, es que por algo le pasó, Por qué es pajarona. o sea, no pueden ser así porque una está ahí no va a querer que le pase un accidente, por nada”. Que nos empiecen a cuestionar la situación que pasó a la tía.”

“Por ser si un niño nos golpea nosotros tratar de afirmarlo no más, que no nos golpee. Por eso siempre tienen que haber dos tías o tres. Pero siempre hay dos tías, aunque a veces trabajamos una sola, y cuando se descontrola un niño es terrible.”

Esto hace que se perciba que las administraciones “no se pongan en el lugar del trabajador”, exigiendo de sobremanera en el trabajo para abordar las demandas que emanan de los usuarios, sumado a la constante vigilancia que sienten sobre ellas, y a la poca preocupación por el stress y la salud mental, asimilando el funcionamiento al de una empresa (el que, en base a lo mencionado, se puede entender como un contraejemplo de lo que debería realizarse en las residencias)

“pero en mi trabajo no, no valoran lo que una hace es como una empresa no más, nosotras tenemos que tener todo listo y listo. No se fijan en otras cosas en los sentimientos en el estrés que tiene una nada”

Finalmente, en general, manifiestan la necesidad de tener espacios donde ellas puedan expresar sus opiniones respecto al trabajo con los residentes, compartir entre compañeras y definir objetivos comunes, y sentirse involucradas en los procesos de intervención con los residentes.

4.2.5.2. Manejo de la sobrecarga

Todas las entrevistadas manifiestan que a pesar de que el cuidado que ellas realizan es “un trabajo”, en general manifiestan verlo como un segundo hogar del cual se tienen que preocupar, por lo que sería un poco más difusa esa división trabajo-casa, que se evidenciaría principalmente en mantener esa preocupación por los residentes fuera incluso de su trabajo. Sin embargo, por otra parte, todas manifiestan también la capacidad de desconectarse, aspecto que es principalmente posible por la estructura de turnos, y además por la necesidad de ocuparse de sus cosas personales, su familia u otras actividades.

“tú te vinculas mucho con ellos. Entonces a veces pasa de que uno, no sé, hay uno de ellos, que lo está pasando mal, tú a ti la mente como que te afecta”.

“De primera me la llevaba llorando po, de primera fue terrible para mí, los primeros años que entré, yo, porque me traía todo a la casa. Entonces más encima con mis hijos, entonces igual, no podía disimular. Era una cosa impresionante, agotador...”

“o sea uno se puede decir que trabaja en esto, pero uno como que no separa el trabajo de la casa. Uno llega contando a la casa, hablando de ellos o no sé... yo estoy en un WhatsApp y uno escucha todos los audios de turno como estuvieron, o cuando uno no está y se va al hospital uno los llama... como decía yo creo que no se puede hacer esa separación. Siempre lo hablamos con mis compañeras y a todas nos pasa lo mismo. Pero sí por lo menos en mi caso, uno se desconecta. A mí me gusta porque yo me río... me gusta a pesar que llego acá también tengo hijos”.

Uno de los principales factores protectores de la sobrecarga y el estrés del desempeño en este tipo de trabajo, correspondería a no tener grandes cargas de cuidado en sus familias, la mayoría de las entrevistadas que señaló tener ya hijos grandes y/o apoyo de parte de sus familias en el cuidado del hogar les permitiría poder irse a trabajar tranquilas.

“Eso a mí me ayuda y a lo mejor también, tengo la capacidad de poder estar como más descargada por decirlo, y para asumir ciertas situaciones que pasan en el hogar, o ser más light, afrontar más tranquila ciertas situaciones, porque mi casa me lo permite, me da la tranquilidad de poder ir a mi trabajo tranquila.”

“que yo después que llego acá a mi casa yo me desconecto total, empiezo a llamar a mis hijos a mis nietos, entonces yo me desconecto, tengo la capacidad de desconectarme y al otro día vuelvo a lo mismo...entonces es cansador mentalmente, si es cansador porque son niñas con diferentes caracteres, entonces tenemos que comprender a todas las niñas con sus diferentes caracteres, a veces andan descompensadas otras andan bien, que están peleando, entonces tenemos que saber sobrellevar lo que implica el trabajo, fuerza de a dónde sacamos no sé, pero las tenemos...”

Esta impresión es confirmada por cuidadoras, que, con mayor experiencia y labores de cuidado demandantes en su hogar, al indicar que este es un trabajo con repercusiones a nivel familiar o de parejas, especialmente para aquellas que llevan menos tiempo, a las que aconsejan procurar dejar la carga emocional del cuidado fuera del espacio de su hogar y familia.

“yo lo veo con mis compañeras que tiene niños chicos, lo veo por ellas por qué igual el desgaste o sea en lo emocional en lo que económico para todo lo que ellas tienen que dejar porque ellos tienen que dejar sus niños chicos, yo siempre les decía a las chiquillas, este trabajo no es para una familia establecida o sea con marido con hijo”

Las entrevistadas coinciden en que este es un trabajo con varios factores estresores que afectan el bienestar emocional. Uno de estos son los episodios relacionados a crisis de salud y fallecimientos de residentes, que generan una sensación de estrés y duelo en las cuidadoras, además del resto del equipo de las residencias. Esto además se agudiza por el vínculo emocional que las cuidadoras construyen con los residentes, lo cual desemboca en sentimientos de tristeza y duelo, que no serían abordados por las administraciones para el bienestar de las cuidadoras.

“pero a mí la dificultad es cuando yo he visto a chicos morirse, eso me ha afectado mucho, yo creo que ante cualquier cosa para mí eso es un gran punto. No poder hacer nada más allá porque a veces, no sé si la palabra se escapa de las manos, pero ya no se puede hacer más”

“Pero sí he visto cuando he tenido que hacer apoyo o reanimación, y se lo han ido de las manos entonces, decir no sé cómo hay psicólogos y todo el tema, vamos a poner psicólogo para que las

vea, pero nada po [...] Y a veces igual yo escuchado compañeras [decir], si yo hubiese podido verlo, este cabro no hubiese estado muerto"

De igual forma, la experiencia de la desvinculación de cuidadoras y residentes, cuando es por motivos de rotación repercute fuertemente en la salud mental de las cuidadoras.

"yo estuve con depresión un año, bueno yo la tengo, pero como que eso me afectó más, estuve un año con licencia me afectó mucho el cambio y es estresante porque eran muchas cosas que me molestaban y yo llegaba a mi casa y me molestaba en mi casa también po y me hizo muy mal... No sé llegué a un límite que no daba más, ahora estoy tomando remedios, tomo remedios y quise volver al trabajo por qué tampoco me hace bien estar en la casa"

En el caso de algunas cuidadoras que llevan más tiempo, la suma de estas experiencias hace que lidien con el trabajo mediante estrategias de despersonalización, que se traducen en procurar un alejamiento o cercanía controlada con los usuarios que asisten y cuidan. En estos casos, el discurso reconoce que un inicio en el que se era más sensible y temerosa de las situaciones descritas ("tener el corazón blandito", "ser pollita"), y luego de algún episodio emocionalmente fuerte (muerte de un "niño al que quería mucho", etc.), se asume una distancia con el trabajo como forma de autoprotección ("Si vienes con el corazón muy blandito tienes que hacerlo áspero", "es mi pega y después me voy"). Sin embargo, estas estrategias de despersonalización están en constante conflicto con la vinculación constante que se genera al reconocer a los usuarios como "niños", tratarlos como hijos y establecer un vínculo que, en palabras de las cuidadoras, requiere cariño.

No se hizo mayor referencia a algún apoyo en esta materia desde las residencias, en algunos casos las entrevistadas señalaron la disponibilidad de acceso al psicólogo de la residencia, sin embargo, ninguna de las que lo planteó habría utilizado alguna vez ese recurso o considerar que este no es una estrategia efectiva por el poco personal que hay. En general, más bien dan cuenta de que cada una con sus propios recursos personales han ido aprendiendo a manejar el desgaste emocional y físico que demanda el cuidado de personas con discapacidad, aspecto además que ha generado mayores dificultades durante la pandemia, ya sea por las demandas de los mismos residentes, como por adecuaciones organizacionales entre turnos y como la manifestación de algunos conflictos entre compañeras, lo cual habría generado mayor desgaste.

"hemos tenido que nosotras mismas ver el cuidado que nosotras hemos tenido, solas, me entiende? Pero psicológicamente, emocionalmente, en ese sentido."

"Entonces desde que empezó el primer contagio, ellos no reciben ninguna visita. Entonces, están más irritable, te suben y te bajan todo el día, ahí unos que te pegan, porque uno recibe hasta golpes de ellos. Si ellos están enojados... ahí es cuando una tiene que aprender a calmarlos."

"Es como un tema más de conflictos a nivel de, como de casa, de hogar, pero no de poder asistir o estar con los pacientes."

"Bueno, en estos momentos por la pandemia y todo está un poquito ordenado de que nos vienen a buscar, nos llevan... entonces, pero nos tuvimos que adecuar a las condiciones que estaban, me entiende entonces igual, Igual ha sido muy complejo este año, en todo sentido, porque las niñas, la gente que trabajas, se tuvo que adecuar al lugar."

Asimismo, sugieren que las residencias puedan realizar alguna acción de bienestar o autocuidado para las cuidadoras.

4.2.6. Discurso sobre feminización del cuidado

4.2.6.1. Rol de cuidadoras desde una perspectiva de género

El rol de cuidadoras, las entrevistadas lo asocian principalmente a un rol materno, se asocia al cuidar a un hijo, un sobrino o un nieto, actividades “naturalmente” realizadas por mujeres, tal como se señala *“particularmente por el tema de que, eh, de que somos mamás, que tenemos como el instinto de querer proteger al otro, de querer estar ahí, eh, porque nuestras labores también son de mujeres po”*.

Además, se asocian algunas habilidades vinculadas principalmente a las mujeres, las cuales permitirían desarrollar un trabajo como este, tales como *“Yo creo que por la misma confianza que nos pueden entregar las mismas niñas, porque independiente que las niñas tengan sus problemas, ellas igual a uno nos buscan como la parte materna, pienso yo. Yo creo que es por la confianza que uno les entrega a los chicos. Yo creo que por ahí va la cosa y que ellos ven reflejado esa parte y a lo mejor puede entregarle más seguridad, no sé, pienso yo que por ese lado podría ser.”*

Por otra parte, además de las habilidades propias de vinculación con los residentes asociados a habilidades del género, se plantea que las actividades de cuidado, ya sea de trabajo doméstico, como del cuidado directo con los residentes, son actividades que realizan las mujeres, las mamás, y no podrían ser bien desempeñadas por un hombre.

“la mayoría de las mujeres hace todas las labores de la casa, y como que se nos marca en ese círculo de que somos capaces de llenar, de complementar, todo lo que sea la casa, no solamente que nos vamos a enfrentar a cuidar a un enfermo mental, sino que poder hacer aseo, poder bañarlo, darle la comida, limpiar los platos, ayudarlo a vestir, hacer todo, uno tendería a pensar que un hombre no es capaz de hacerlo.”

“Yo creo que la mujer tenemos un don tanto como mamá para... Porque si lo realizara, un hombre, no... No sé los hombres es como más duro. Nosotros las mujeres somos como más sensibles por el hecho de ser mamá. Creo yo. El hombre es como más... No sé yo creo que un hombre no se atrevería ni siquiera a bañar una niña con discapacidad. A lo mejor a un niño sí, pero una niña no. Entonces nosotros tenemos la habilidad que sea del sexo que sea, lo vamos a bañar igual. Yo creo que eso, más que nada porque siempre somos las mujeres la que tenemos el rol de ayudar al hombre o a la mujer. Pero la diferencia en el hombre no es la misma.”

Así como cuando se les consultó sobre la posibilidad de que un hombre se desempeñara en este tipo de trabajo de cuidado, se señala *“sí es solamente para el cuidado de un residente, yo pienso que sí, que sí lo puede hacer, que sí, porque no se él es hombre, puede no se a lo mejor tener solamente a cargo los hombres como para ayudar a bañarse, a vestirlo, una cosa así. Pero lo que es tema de labor de casa, ahí yo pienso que no. O sea, como que siento que un hombre no le gustaría lavar...”*

Así como también se evidencia en las entrevistadas que señalaron haber tenido compañeros de trabajo hombres señalan, estos tendrían la particularidad de ser “gay” y que ellos se desempeñarían muy bien en su trabajo “a la par con nosotras”, pero también señalan por otra parte que las mismas residentes han manifestado incomodidad por que un hombre pueda cambiarlas o bañarlas, o ellos mismos.

“Pero yo tengo que decir que, en mi caso en el hogar de trabajo, no sé, en este momento hay 5 hombres. Pero son todos gay, pero son hombres. Yo siempre les digo ¿y por qué? ¿Qué le gusta

la enfermería? Que... Pero son hombres, y no les da asco, hacen lo mismo que hacemos nosotras."

"cuando yo llegué había un hombre, y el igual hacía lo mismo que nosotras, pero así había usuarias que tienen más como noción que no les gustaba. No sé, que eran más pudorosas, "tía báñeme usted [...]"

En esta misma línea, las entrevistadas mencionan las tareas en las que actualmente hay hombres desempeñándose en trabajos en las residencias, pero no en colaboración en labores de cuidado (choferes, jardineros, arreglos varios, etc.)

Por otra parte, algunas cuidadoras asumen su rol desde la interdependencia de asumir el rol de cuidado, ya sea porque tiene algún familiar con alguna discapacidad por lo tanto asumirían su labor con un mayor compromiso, como también por el hecho de asumir que, así como ellos necesitan de cuidado ahora, ellas también podrían estar en una situación donde se requiere cuidado.

"Y uno también piensa, al menos a mí me pasa que yo pienso que también de repente yo podría pasar por lo mismo, porque hay varios que, por accidente, por enfermedades, están en las condiciones que están. Entonces, ¿cómo se dice? Uno nunca sabe cuándo le puede tocar a uno. Entonces no tengo como mayores problemas, en cuidarlos y mudar, y que, si vomitaron limpiar eso no, o sea no hay problema por ese lado."

"yo tengo un nieto con discapacidad entonces yo sé lo que es discapacidad, entonces desde ese punto también sé lo que necesitan los discapacitados, hay discapacitados que son autovalentes y otros que no lo son, el mío no lo es, entonces sé todo el sacrificio que se le da por ejemplo a una mamá, pero a nosotros como trabajadoras, yo lo hago de verdad de corazón porque me toca me llega, porque yo tengo un nieto así, entonces como que me entrego más".

4.2.6.2. Corresponsabilidad y división sexual del trabajo de cuidado

En general, en las entrevistas cuando se consulta sobre la posibilidad de poder incorporar a hombres al trabajo de cuidado de personas con discapacidad, en primera instancia se recibe como una "buena idea", y se asocia el aporte del hombre principalmente a labores que tienen que ver actividades que requieren de mayor fuerza tales como la manipulación de adultos postrados, o la necesidad de protección de "las niñas cuando quedan solas", el apoyo para conflictos y descompensaciones de los residentes, o en tareas que requieren un rol de autoridad (se menciona como parámetro el rol de padre), replicando roles tradicionales de la división sexual del trabajo.

"sería una súper buena idea poder incluir hombres al trabajo, porque, porque así también nosotras como asistentes...también necesitamos un hombre que nos pueda ayudar en un eventual problema grave que puedan tener... nosotras como mujeres podemos hacer la contención, pero si es algo muy gravísimo algo, con un hombre sería como más, podría ayudar en esa situación, igual nosotras nos estamos capacitando para manejarlos, pero sería más tranquilidad para nosotras en realidad."

"yo igual conozco personas hombres que trabajan muy bien, muy bien, muy bien con niñas, como... hay que... si yo creo que igual podría ser que hubiera hombres... y harían un buen trabajo sí. Yo conozco hombres que han trabajado y que trabajan con niñas y excelente, excelente."

"sería lo ideal que hubiera un hombre. Yo creo que, claro como para que ayude en ese aspecto, porque igual es complicado cuando hay que hay que trasladar por ser el caso de uno de ellos que

llegó ahora hace poco, él estaba en silla de ruedas, pero ahora él es se defeca, ya no se puede parar a bañarse ni nada de eso. Entonces ahí tienes que por ser nosotros lo hacemos de que lo hacemos dos mujeres, dos tías, el que lo tomamos, lo subimos a la cama, lo tomamos y lo ponemos en la silla de ruedas, ahí sería ideal que hubiera un hombre cosa que ese hombre haga la fuerza que a lo mejor nosotros no tenemos”.

En este ámbito, el discurso sobre la participación de hombres en el cuidado se construye desde la afirmación inicial de que los hombres no tienen aptitudes para realizar este tipo de trabajo, para luego, reconocer que eventualmente podrían realizar las mismas tareas de cuidado, y finalmente, identificar cuáles son las tareas en las cuales la asistencia de un hombre sería útil.

*“por el hecho de que las mujeres somos más mamás en todo sentido entonces una va estar más preocupada de los niños en todo en todo, con todo les va a dar más cariño les va a dar los requerimientos que ellos tengan uno se va esforzar por hacer todo lo que tiene que hacer, **hay tantas cosas que los hombres no lo hace hay cosa que hacemos nosotras no más, las mujeres**”*

“yo creo que podría hacerlo por qué... de repente igual... nosotros decimos en el sentido que podría trabajar un hombre por casa para el asunto que a veces hay que hacer las cosas con los chiquillos por qué de repente se aburren y les da esa locura... que dejan las media escoba que teníamos que salir arrancando, ahora los tienen más controlados con los remedios y las cuestiones, antes pero antes dejaban la media escoba esos chiquillos, en esos tiempos como hace tres años atrás que decíamos que debería haber un hombre por casa[...]”

Por otro lado, las cuidadoras señalan en su mayoría realizar labores de cuidado y trabajo doméstico en sus hogares, principalmente cuando tenían o actualmente tienen hijos menores. Esta sería una de las actividades de cuidado, que mayor dificultad generarían para la compatibilidad con el trabajo.

“la angustia que ellas, que algunas sienten porque no pudieron llevar a su hijo al médico porque tuvieron que ir a turno, o sus hijos estaban enfermos y tuvieron que llegar a turno, pero, lamentablemente es como la ley de la vida para las personas que somos mujeres porque siempre vamos a ser mamás, siempre va a estar el tema mamá primero que todo, y yo las veo a ellas de repente, tener que compatibilizar el trabajo con su casa.”

“muchas veces, por ser si tenía turno de noche, y era Año Nuevo y a las siete de la tarde estábamos celebrando el año nuevo nosotros antes irme a trabajar. Pero para que a ellos no les faltara nada, o sea el sentido de que tuviera una Navidad, una rica comida, entonces ahí yo me iba a tranquila a trabajar y se quedaban en la casa solitos y ellos estaban más grandes.”

“Es que yo aparte de eso, acá yo hago, realizo trabajo en reparación de calzado. Entonces también cuando tengo que hacer una reparación de calzado, llego y hago lo que tengo que hacer acá en la casa aparte de los aseos domésticos y esperar a mi esposo que llegue para atenderlo y tomar un once juntos.”

5. Conclusiones

De los resultados del estudio es posible concluir que el trabajo de cuidado remunerado en residencias de personas con discapacidad adultas es realizado en su mayoría por mujeres, concentradas en los tramos etarios de 20 a 39 años principalmente. Se evidencia una incipiente inclusión de mujeres migrantes al trabajo de cuidado remunerado en residencias, representando solo un 11% de las trabajadoras encuestadas. La mayoría de las trabajadoras de trato directo han alcanzado solo la educación media, en algunos casos incluso no han podido completarla, así como también existe un grupo que está cursando estudios superiores, y una proporción menor tiene estudios superiores completos. En lo laboral, se identifica un empleo formal con contratos de trabajo de tipo indefinido, principalmente con jornadas de 12 horas, y con una remuneración de 320.500 bruto, correspondiente al sueldo mínimo a la fecha de aplicación de la encuesta. Por otro lado, se evidencia que el trabajo que se desempeña es de baja calificación, con pocas barreras de entrada, y una vez dentro de la residencia no existe un apoyo formal en términos de formación y profesionalización de la actividad de cuidado en residencias. Tal como muestran los resultados de la encuesta la mitad de las cuidadoras ha participado en los últimos dos años de algún curso de capacitación, estos corresponden principalmente a cursos tipo talleres donde se entregan algunos conocimientos que complementan la actividad de cuidado, tales como primeros auxilios, uso de EPP en contexto de pandemia, entre otros. Sin embargo, en las entrevistas se da cuenta que no existen capacitaciones o formación específica para el trato directo con residentes ni para el desarrollo de las competencias que ello implica, manteniendo la percepción de baja calificación.

Al respecto es posible evidenciar que el trabajo de cuidado de personas con discapacidad en residencias conlleva la realización de trabajo doméstico, acompañamiento y apoyo emocional, además de la asistencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Si bien son las labores de cuidado las que ocupan la mayor parte de la jornada de trabajo de las cuidadoras, es importante considerar actividades que se desarrollan de manera permanente y simultánea a otras, como la supervisión, el “estar atento” a los residentes.

A partir de los discursos de las entrevistadas se desprende una necesidad de apoyo de parte de las cuidadoras que les permita mejorar su desempeño en el trato directo, traducida en capacitación adecuada para el trabajo y en ser consideradas como un elemento importante en la organización residencial, superando el rol secundario en el que se perciben.

Respecto de la sobrecarga del cuidado, si bien un 35,6% de la población encuestada presentó algún nivel de sobrecarga, no se puede afirmar una prevalencia importante de dicha variable en las cuidadoras. De todas formas, en las entrevistas es posible corroborar la existencia de factores estresores que afectan a quienes los relatan, como las crisis de salud de residentes, fallecimientos, las relaciones entre compañeras/os del hogar, el ambiente organizacional, y la compatibilidad del cuidado de hijos con el trabajo en la residencia. La formalidad del trabajo, y el que este trabajo de cuidado se desarrolle mediante una estructura de turnos, permite que las cuidadoras puedan desconectarse de la actividad de cuidado, lo cual es un factor protector de la sobrecarga, como también el sentirse apoyadas por otros miembros de su hogar en el cuidado del mismo y de su familia, lo cual se corrobora en los altos niveles de satisfacción en la distribución de labores de cuidado en el hogar.

A pesar de lo anterior, las cuidadoras entrevistadas expusieron algunos rasgos que pueden asociarse a agotamiento emocional más que a sobrecarga. En relación a esto, se hace un reconocimiento a diversos elementos organizacionales y laborales que generan agotamiento y sobrecarga para ellas, mencionando que este es un trabajo muy demandante para personas que

además realizan trabajo doméstico y/o de cuidado en sus hogares, especialmente para las mujeres que son madres y tienen pareja, mientras que la sobrecarga y agotamiento disminuiría fuertemente en los casos de mujeres con hijos mayores y/o solteras.

Al respecto es importante considerar para futuras investigaciones, que es posible que la Escala Zarit en este sentido no incorpore todas las dimensiones relevantes que pueden generar estrés como altos niveles de sobrecarga en el contexto del cuidado residencial.

El aspecto relacional de la labor de cuidado, el vínculo emocional entre las cuidadoras y las PcD es un componente importante en la manera en que caracterizan y entienden el trabajo que realizan. El vínculo emocional cumple varias funciones.

Como se mencionó anteriormente, la formación o calificaciones de las personas que postulan a un trabajo de cuidado no constituyen una barrera de entrada al cargo, sino más bien la posibilidad de trabajar está abierta a quienes quieran tomarla (como lo expresaron las entrevistadas). Por lo tanto, una de las maneras en que las entrevistadas indican distinguir un buen trabajo es desde la preocupación y cuidado que nace desde la vinculación con las personas cuidadas. De esta manera, el vínculo con las personas con discapacidad, expresada en cariño y preocupación por su bienestar, se vuelve una credencial de calidad para el trabajo que realiza como trabajadora, y utilizando dicho recurso catalogan a sus colegas, y validan (o critican) la disposición y el trabajo por quienes se integran al equipo de cuidadoras. Asimismo, la caracterización de otras trabajadoras como “malas cuidadoras”, “que trabajan por trabajar” aglutina los rasgos que no son valorados en el trabajo de cuidado, y al mismo tiempo refuerza la vinculación emocional con las personas cuidadas como uno de los elementos centrales de la labor.

La vinculación emocional con los residentes se expone como un mecanismo de contención frente a condiciones laborales muy estresantes y desgastantes tanto física como emocionalmente: Desde el discurso de las cuidadoras, responder a las personas con discapacidad y trabajar para ellos desde el cariño es un argumento para tolerar la sobrecarga y las exigencias, riesgos, dificultades y conflictos laborales.

En el ámbito organizacional, las críticas hacia las administraciones y condiciones de trabajo son variadas y relativamente transversales. Se destaca la sensación de tensión de cuidadoras con equipos profesionales que exigen y vigilan sin considerar las opiniones y experiencias de las cuidadoras en el día a día con los residentes, lo que genera una sensación de poca valoración en el trabajo, y de ser el último estamento de importancia en las residencias. Las cuidadoras reconocen avances en el trato hacia los residentes y la consideración de su ciclo de vida adulta, en el respeto a su autonomía y sus decisiones (lo que además se evidencia en los discursos de las cuidadoras), pero esto ha tenido como externalidad la gestión del día a día se define por los equipos profesionales en base a dicho enfoque, dejándoles poco margen de acción.

Junto con ser un elemento característico y de importancia en la caracterización del trabajo de cuidado, la vinculación emocional se vuelve también un componente en la relación laboral, ya que el no poder dejar de cuidar a una población con altos grados de dependencia, a quienes se aprecia y se procura su bienestar, es un obstáculo a mayores niveles de organización de las cuidadoras para bregar por mejores condiciones laborales, como lo hacen, por ejemplo, los trabajadores de salud. La vinculación como elemento deseado para el trabajo de cuidado está en tensión con el proceso contrario: la despersonalización. Esto porque el discurso del cariño a los residentes se opone a la afirmación de que esto es “solo un trabajo” del cual se desligan una vez que termina la jornada. En este eje, la despersonalización (entendida como actitudes de alejamiento o de limitación del vínculo emocional con los residentes) se alza como una

estrategia de afrontamiento que desarrollan las cuidadoras ante experiencias emocionales desgastantes (fallecimientos, reubicaciones, etc.). Por lo tanto, la dimensión emocional del trabajo de cuidado, la cual el trabajador no puede evadir, oscila en esta tensión entre ambos polos.

El carácter feminizado del trabajo de cuidados de personas con discapacidad en residencias se expresa en los discursos de las cuidadoras tanto sus opiniones e ideario como en los aspectos prácticos de su quehacer. Es así como su discurso se estructura inicialmente asegurando que el trabajo de cuidado es ejercido por mujeres debido a características propias del género femenino, principalmente asociadas al ejercicio de la maternidad y a la socialización de las mujeres en el cuidado, aunque la reflexión las lleva a cuestionar dicha afirmación, asegurando que no hay razón por la cual los el trabajo de cuidado no pueda ser ejercida por hombres, pero haciendo hincapié en que son habituales las sospechas sobre los hombres por su género. Esto finalmente desemboca en que la presencia de hombres en el ámbito del trabajo de cuidados debe estar en ciertas tareas específicas, que presentan sobrecargan el trabajo mismo de las cuidadoras, aquellas actividades que requieran fuerza física, control de violencia o ejercicio de autoridad, tareas que ratifican la división sexual del trabajo en relación al cuidado. Adicionalmente a esto, al mencionar a hombres que actualmente realizan el mismo trabajo de cuidado las entrevistadas se destaca su homosexualidad, reforzando el rol de género que distingue en el trabajo de cuidado como femenino. Lo mencionado se conformaría como las expresiones prácticas de la visión sobre feminización y roles de género en las cuidadoras.

Sin embargo, esta visión sobre los roles de género no está solo presente en las cuidadoras, sino que también existen remanentes estructurales, ajenos al control de las cuidadoras, que mantienen la feminización de la labor de cuidado. Por una parte, instituciones que derechamente prohíben la contratación de hombres como cuidadores, y cuya participación es limitada a labores específicas, y también por parte de las y los residentes, quienes expresan (o han expresado) incomodidad frente a recibir asistencia por parte de cuidadores hombres. De esta manera, se puede afirmar que la concepción del trabajo de cuidado como algo feminizado no está solo en los discursos de las cuidadoras, sino que excede hacia el mundo de la atención residencial.

6. Recomendaciones

La información expuesta propone varios desafíos para el abordaje del trabajo de cuidado como un elemento de importancia en las intervenciones y programas ofrecidos para las personas con discapacidad en centros residenciales. Considerando que en esta oferta programática y de servicios a las personas con discapacidad intervienen diversos actores, a continuación, se presentan sugerencias para dos de ellos: las residencias y el Estado.

Para las residencias se sugiere:

- Uno de los focos problemáticos identificados es la percepción de bajo reconocimiento de las cuidadoras dentro de la organización residencial, como el último eslabón de la cadena. En este aspecto, se propone integrar a cuidadoras/es y asistentes de trato directo como un actor más dentro de los planes de intervención y de trabajo con los residentes, avanzando desde el soporte en las actividades básicas de apoyo hacia sumarlas a un rol técnico-práctico en la intervención. Esto junto con aprovechar la experiencia acumulada por este personal, tanto en la planificación como en la rutina diaria, permitiría sumar un elemento de reconocimiento y valoración hacia el trabajo mismo, y agregarle un carácter más técnico.

- Lo anterior también permitiría estructurar y formalizar aún más el trabajo que se espera de las cuidadoras (que debe hacer, cómo debe hacerlo, más allá de solo “cuidar con cariño”), estableciendo parámetros más apropiados y estrategias de formación acordes a un trabajo de carácter técnico, y disminuyendo los parámetros más emocionales o de competencias asociadas al rol de género. Para esto, se sugiere que las residencias seleccionen oferta de capacitación que esté alineada a un enfoque de trabajo con adultos, y que permita la formación de este personal en conocimientos y prácticas que superen las actividades cotidianas
- De igual forma, considerando que el trabajo con los residentes debe considerarlos como adultos con diversos niveles de autonomía y la importancia del rol de cuidadoras en lo cotidiano, cobra relevancia establecer un trabajo técnico para formalizar la transición hacia la adultez del residente, de manera de que las cuidadoras vayan dejando de lado la visión infantilizadora hacia las personas con discapacidad y las diversas consecuencias de esta situación.
- Generar espacios efectivos para que los y las trabajadoras del cuidado puedan llevar acciones de autocuidado y de diálogo, que aborden inquietudes, situaciones de sobrecarga y factores estresores organizacionales que pueden provocar dificultades para realizar la labor de cuidado. Esto debería implicar la realización de evaluaciones periódicas e intervenciones en los casos que sea necesario.

Por otro lado, en el rango de acción del Servicio Nacional de la Discapacidad y del Estado, se sugiere lo siguiente:

- Como un elemento a considerar dentro del trabajo del programa de residencias, se vuelve imperativo desarrollar orientaciones técnicas o lineamientos que apunten hacia dar un carácter más técnico a la labor de las trabajadoras del cuidado, de manera que este sea aporte al fomento de la autonomía y al trabajo técnico llevado a cabo por los equipos de las residencias. Esto necesariamente conlleva definir el rol y que es lo que se espera de estas trabajadoras y generar lineamientos claros y alineados tanto con marcos normativos, con los enfoques de derechos, de discapacidad y con la realidad estructural de las residencias. Para esto, se sugieren que el programa de residencias:
- Teniendo en cuenta que las intervenciones y orientaciones técnicas en programas residenciales han apuntado principalmente hacia el trabajo con los residentes, para que las cuidadoras también puedan cumplir el rol de facilitadoras en este ámbito se hace necesario avanzar hacia el desarrollo de protocolos que no refieran sólo a actividades básicas de la vida diaria, situaciones de emergencia u otras dimensiones relacionadas a la subsistencia de los residentes, sino también orientar en ámbitos diversos en los que las cuidadoras y las residencias podrían no tener parámetros de implementación práctica: atención en crisis, abordaje de comportamiento conductual, fomento de autonomía, derechos, derechos sexuales y reproductivo, privacidad, habitaciones, planes de intervención centrados en la persona, autonomía financiera, entre otros.
- Uno de los elementos mencionados por las trabajadoras del cuidado fue que el sentido de su labor se relaciona a dar un “buen pasar” a los residentes. Sin embargo, esto indica un grado de indefinición o poca claridad, ya que “buen pasar” no puede entender en un sentido único. Por lo tanto, es necesario transmitir cuál es el proyecto institucional y el fin del programa (o definirlo si fuera necesario), procurando que esto permee el trabajo técnico con los residentes, y converse con la misión y visión de las residencias y con los objetivos que decida cada residente. En relación a esto, se sugiere estructurar la conceptualización de la labor del cuidado dentro del marco CIF, especialmente en sus aspectos operativos, entendiéndose como un factor ambiental que debe cumplir con determinados estándares.

- En relación a lo anterior, el trabajo y definiciones técnicas sobre el propósito del programa de residencias debe procurar que emerja una oferta de capacitación y formación para las trabajadoras del cuidado, que esté alineada a dicho propósito. Por ejemplo, que refuerce los aspectos técnicos de atención a adultos con discapacidad, fomento de la autonomía, entre otros, que esté a disposición de las residencias y su personal. Esta acción, a su vez, permitirá transmitir parámetros de evaluación acordes a un trabajo de carácter técnico, y disminuir la presencia de parámetros más emocionales o de competencias asociadas al rol del género femenino.
- Considerando que una parte de la población con discapacidad que reside en centros residenciales viene siendo intervenida en base a los lineamientos y exigencias de otras instituciones (como SENAME) se sugiere la realización de un trabajo intersectorial y de vinculación con dichas contrapartes, para así, al momento de pasar a ser responsabilidad de SENADIS, dar continuidad al trabajo avanzado con los residentes.
- Esto último sugiere, además, el poder desarrollar una línea de formación técnica para el trabajador de trato directo con adultos con discapacidad, que converse con el trabajo desarrollado en residencias del SENAME, pero que a la vez sean específicas para la labor de cuidado con adultos con discapacidad. Esto implicaría el desarrollo y validación de un perfil técnico que permita formalizar y encauzar el desarrollo de labor de cuidado de adultos con discapacidad en residencias que estén acordes a los estándares requeridos para el trabajo personalizado con los residentes, la promoción de derechos humanos acordes al ciclo vital, y mejoramiento de la calidad de vida.

7. Referencias

Batthyány, K. (2015). Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales.

Díaz Jiménez, R. M. Feminización de la dependencia: reflexiones sobre el sistema para la autonomía y la atención a personas en situación de dependencia Feminisation of dependence: reflections on autonomy and assistance to dependent people.

Vaqui Rodríguez, S., & Stiepovich Bertoni, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, 16(2), 17-24.

Lamas, Marta; 2002. Cuerpo: Diferencia sexual y género.

Lorde, Audre (2003) en el artículo "Patriarcado", de Marta Fontenla, publicado en Gamba, Susana (coord.): Diccionario de estudios de género y feminismos. Buenos Aires: Biblos, 2008.

Retamal-Matus, H., Aguilar, L., Aguilar, M., González, R., & Valenzano, S. (2015). Factores que influyen en la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores en dos instituciones de la ciudad de Punta Arenas, Chile. *Psicogeriatría*, 5(3).

Cerquera Córdoba, A. M., Matajira Camacho, Y., & Pabón Poches, D. K. (2016). Caracterización de una muestra de cuidadores formales de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor en Bucaramanga. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(47), 4-19.

Garrido Duran, F. (2008). *Estudio exploratorio acerca de la prevalencia del síndrome de Burnout en cuidadores formales de adulto mayor en una institución privada de la ciudad de Villa Alemana, Región Valparaíso* (Doctoral dissertation, Universidad Andrés Bello).

8. Anexos

8.1. Cuestionario para trabajadores de trato directo, asistentes de apoyo personal y cuidadores en residencias para personas con discapacidad

El Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), mediante su departamento de estudios, está realizando un levantamiento de información sobre las características del trabajo de cuidado remunerado en las residencias que atienden a adultos con discapacidad y tienen convenios con SENADIS, el cual se realizará durante los meses de septiembre y octubre del presente año. Este estudio busca identificar y caracterizar el trabajo de cuidado remunerado en residencias de personas con discapacidad adultas, indagando en su uso del tiempo y sobrecarga percibida.

Su cooperación en este estudio consistirá en responder una encuesta, que consultará sobre las acciones que usted realiza como parte de su trabajo y su percepción sobre la carga que este le genera. En esta encuesta no hay respuestas correctas o incorrectas, sino que todo lo que indique en el cuestionario será relevante para los fines de la investigación.

Asimismo, su participación es anónima, y no reviste ningún riesgo para usted. La información producida será tratada de manera confidencial, por lo que las respuestas no quedarán asociadas a ninguna persona.

En caso de tener alguna consulta sobre el estudio u otra etapa de investigación, usted podrá contactarse con Magdalena Guerrero o Francisco González, profesionales del depto. de estudios de SENADIS, al correo departamentoestudios@senadis.cl, quienes podrán responder sus preguntas relativas al estudio.

Agradecemos desde ya su buena disposición y colaboración.

Sección I. Caracterización del trabajo en la residencia.

1.1. En su trabajo en la residencia, ¿tiene contrato o acuerdo de trabajo escrito?	1. Sí → <i>siga en 1.2</i> 2. No → <i>salte a 1.3</i>
1.2. En su trabajo en la residencia, ¿qué tipo de contrato o acuerdo de trabajo tiene?	1. Plazo indefinido 2. Plazo fijo
1.3. ¿Ha participado o participa actualmente en algún programa de capacitación laboral, formación laboral, o cualificación técnica? (considere los últimos 24 meses como periodo de referencia)	1. Sí: ¿Cuál? Especifique (máximo 3): _____ 2. No _____
1.4a. ¿Cuántas horas dura su jornada diaria de trabajo habitual en la residencia?	_____ : _____

<p>1.4b. Dentro de su jornada diaria de trabajo habitual, ¿Cuántas horas dedica solo a cuidado o asistencia a residentes? (considere actividades básicas e instrumentales)(anote número de horas diarias estimadas)</p>	<p>_____ : _____</p>
<p>1.5. Indique en qué tramo está su sueldo promedio estimado en los últimos 12 meses de trabajo (si lleva menos de 12 meses trabajando en la residencia, refiérase al promedio correspondiente al tiempo que lleva trabajando en la residencia)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos del sueldo mínimo (320.500 bruto) 2. Entre 320.500 y 500.000 bruto 3. Sobre 500.000 y menos de 800.000 bruto 4. Sobre 800.000 bruto
<p>1.6. ¿Realiza actualmente algún otro trabajo remunerado, además de su labor como cuidador/asistente personal? (espere respuesta y marque una alternativa)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí. <ol style="list-style-type: none"> a. Otro trabajo de cuidado b. Otro tipo de trabajo 2. No
<p>1.7. Antes de su trabajo actual, ¿Había trabajado como cuidador/asistente personal? (espere respuesta y marque una alternativa)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí, remunerada 2. Si, no remunerada 3. No

1.8. ¿Me podría indicar en cuál de las siguientes actividades usted apoya a los residentes que están a su cargo? espere respuesta y marque (respuesta múltiple). Si señala "sí" pregunte ¿con qué frecuencia realiza estas tareas? (lea alternativas y marque una sola para cada tarea)

	a. Presta asistencia a los residentes a su cargo para		b. ¿Con qué frecuencia apoya estas tareas?			c. ¿Cuánto tiempo de su jornada dedica a cada una de estas tareas?
	Si	No	Siempre	A veces	Casi nunca/ Nunca	Indique las horas y minutos de un día habitual de trabajo en la residencia
a) Comer	1	2	1	2	3	___ : ___
b) Vestirse	1	2	1	2	3	___ : ___
c) Aseo menor (lavado de cara, dientes)	1	2	1	2	3	___ : ___
d) Abrocharse los zapatos	1	2	1	2	3	___ : ___
e) Desplazarse por la casa/residencia	1	2	1	2	3	___ : ___
f) Subir o bajar escaleras	1	2	1	2	3	___ : ___
g) Acostarse/levantarse de la cama	1	2	1	2	3	___ : ___
h) Bañarse/ ducharse	1	2	1	2	3	___ : ___
i) UsareIWC	1	2	1	2	3	___ : ___

j) Cambio de pañales	1	2		1	2	3	____ : ____
k) Hacer las compras	1	2		1	2	3	____ : ____
l) Preparar la comida	1	2		1	2	3	____ : ____
m) Hacer Tareas domésticas	1	2		1	2	3	____ : ____
n) Manejar los medicamentos	1	2		1	2	3	____ : ____
o) Comunicarse con otros (Usar el teléfono, ser entendido, darse a entender)	1	2		1	2	3	____ : ____
p) Salir a la calle/andar por la calle	1	2		1	2	3	____ : ____
q) Acompañar en el transporte público	1	2		1	2	3	____ : ____
r) Administrar su dinero	1	2		1	2	3	____ : ____
s) Realizar trámites	1	2		1	2	3	____ : ____
t) Ir al médico	1	2		1	2	3	____ : ____
u) Tomar decisiones	1	2		1	2	3	____ : ____

Sección II. Sobrecarga del cuidador

A continuación, se hacen una serie de preguntas sobre la labor de cuidado que realiza a las personas con discapacidad que viven en esta residencia. Para responder cada una de las afirmaciones considere como referencia al grupo de residentes que ud.asiste/cuida directamente. Por favor, responda todas las preguntas indicando alguna de las cinco alternativas disponibles.

1. Cuestionario sobrecarga del cuidador

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que las personas con discapacidad residentes piden más ayuda de la que realmente necesitan?	1	2	3	4	5
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a las personas con discapacidad residentes no tiene suficiente tiempo para usted?	1	2	3	4	5
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de las personas con discapacidad residentes con otras responsabilidades (familiares, laborales, personales)?	1	2	3	4	5
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de las personas con discapacidad residentes?	1	2	3	4	5
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de las personas con discapacidad residentes?	1	2	3	4	5
6. ¿Cree que el cuidar de las personas con discapacidad residentes afecta negativamente la relación que ud. tiene con otras personas (amigos, familia, compañeros de trabajo, otros)?	1	2	3	4	5
7. ¿Siente temor por el futuro de las personas con discapacidad residentes?	1	2	3	4	5
8. ¿Piensa que las personas con discapacidad residentes dependen de usted?	1	2	3	4	5
9. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a las personas con discapacidad residentes?	1	2	3	4	5
10. ¿Se siente tenso cuando está cerca de las personas con discapacidad residentes?	1	2	3	4	5
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de las personas con discapacidad residentes?	1	2	3	4	5
12. Siente que su vida social o sus relaciones sociales se han visto afectadas negativamente por tener que cuidar de las personas con discapacidad residentes?	1	2	3	4	5
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de las personas con discapacidad residentes?	1	2	3	4	5
14. ¿Piensa que las personas con discapacidad residentes le consideran a usted la única persona que le puede cuidar?	1	2	3	4	5
15. ¿Piensa que no se tiene suficientes recursos económicos para los gastos de cuidado de las personas con discapacidad residentes?	1	2	3	4	5

16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a las personas con discapacidad residentes por mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó el trabajo de cuidado de las personas con discapacidad residentes?	1	2	3	4	5
18. ¿Desearía poder dejar el trabajo de cuidado de las personas con discapacidad residentes a otras personas?	1	2	3	4	5
19. ¿Se siente indeciso o inseguro sobre qué hacer con las personas con discapacidad residentes?	1	2	3	4	5
20. ¿Piensa que debería hacer más por las personas con discapacidad residentes?	1	2	3	4	5
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a las personas con discapacidad residentes?	1	2	3	4	5
22. En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar a las personas con discapacidad residentes?	1	2	3	4	5

2. En general, usted diría que su salud es: <i>(lea alternativas y marque una sola)</i>	1. Muy Buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Muy mala
--	--

Sección III: Uso del tiempo.

En esta sección se hacen preguntas sobre diversas actividades que usted actualmente puede realizar fuera de su trabajo y/o en labores no remuneradas. Por favor, indique si las realiza o no, y si las realiza indique el tiempo que usted estima que dedica a dicha actividad en un día habitual de una semana.

1. En un día de semana habitual, ¿realiza usted las siguientes tareas después del trabajo y cuánto tiempo dedicó a ellas?	Si	No	Cuánto tiempo dedicó a esta tarea en un día habitual
a. Tareas de trabajo doméstico (cocinar, lavar, limpiar la casa, comprar del hogar, administración del hogar)			___ : ___
b. Trabajo de cuidado de niños (acciones para cuidar a niños, niñas y adolescentes de hasta 17 años)			___ : ___
c. Trabajo de cuidado de adultos con dependencia (acciones para cuidar a adultos de entre 18 y 64 años que necesitan mucha ayuda para realizar actividades o que no pueden hacerlas por sí mismos)			___ : ___
d. Trabajo de cuidado de personas mayores (acciones para cuidar a adultos mayores de 65 años)			___ : ___
e. Quehaceres domésticos para otros hogares (ayuda a otro hogar con tareas domésticas)			___ : ___

g. Ayudar con tareas escolares			___ : ___
h. Practicar algún deporte			___ : ___
i. Conversar con amigos o familiares			___ : ___
j. Ver Tv / Escuchar radio			___ : ___
k. Navegar por internet e informarse usando el computador			___ : ___

¿Qué tan satisfecho está con la forma en que se divide entre usted y su familia el tiempo de ...?:	Totalmente insatisfecho	insatisfecho	ni satisfecho ni insatisfecho	satisfecho	Totalmente satisfecho
El trabajo doméstico, como lavar, cocinar, etc	1	2	3	4	5

¿Qué tan satisfecho está con la forma en que se divide entre usted y su familia el tiempo de ...?:	Totalmente insatisfecho	insatisfecho	ni satisfecho ni insatisfecho	satisfecho	Totalmente satisfecho	No aplica
El trabajo de cuidado de NNA	1	2	3	4	5	99
El trabajo de cuidado de adultos con dependencia o personas mayores con dependencia	1	2	3	4	5	99

Sección IV. Caracterización del Entrevistado

1.1. ¿Cuál es su nacionalidad?	1. Chilena 2. Otra: _____
1.2. ¿Cuál es el nivel más alto alcanzado o nivel educacional actual alcanzado por usted? Indique tipo de estudio (mostrar tarjeta n°1)	1. Ninguno 2. Educación parvularia 3. Educación básica 4. Preparatoria (sistema antiguo) 5. Educación media científica humanística 6. Educación media técnico profesional 7. Humanidades (sistema antiguo) 8. Técnica, comercial, industrial o normalista (sistema antiguo) 9. Centro de formación técnica incompleta 10. Centro de formación técnica completa 11. Instituto profesional incompleta 12. Instituto profesional completa

	13. Educación universitaria incompleta 14. Educación universitaria completa 15. Postgrado 16. Educación especial-diferencial
<p>1.3 Además de usted ¿Quién más compone su hogar? Seleccione todas las alternativas que corresponda.</p> <p><i>Un hogar está constituido por una o más personas que, unidas o no por vínculo de parentesco, residen en una misma vivienda o parte de ella y se benefician de un mismo presupuesto de alimentación.</i></p>	1. Pareja /Cónyuge 2. Niñas y Niños de entre 0 y 6 años 3. Niñas y Niños de entre 7 y 13 años 4. Adolescentes de entre 14 y 17 años 5. Personas Mayores de 65 años 6. Otros adultos.

Validación de datos del entrevistado

Nombre de la residencia	
Nombre del entrevistado	
Confirme su correo electrónico	
RUT	

8.2. Pauta semi estructurada entrevistas en profundidad

Preguntas de contextualización

¿Me puede describir el trabajo que realiza en la residencia? ¿Cuáles son los servicios de cuidado que ofrece la residencia en la que trabaja? ¿Cómo se organiza el trabajo de cuidado en la residencia (casas, hogares, turnos, etc).

¿Me podría describir cuales son las necesidades de cuidado que requieren las personas con discapacidad que cuida? ¿Cuál es el nivel de autonomía de las personas con discapacidad que cuida?

Objetivos	Dimensiones	Indicadores	Preguntas directrices	Preguntas de entrevista
Identificar los significados y representaciones otorgadas por las cuidadoras remuneradas de residencias de personas adultas con discapacidad, a la labor que realizan.	Material/Trabajo	Trayectoria laboral Competencias laborales	<p>¿Hay una trayectoria laboral de cuidado remunerado?</p> <p>¿Cómo y por qué se decide ejercer ese trabajo?</p> <p>¿Cómo se va “profesionalizando”?</p> <p>¿Cuáles son las competencias, conocimientos, habilidades necesarias para llevar a cabo este trabajo?</p>	<p>¿Cómo llegaste a trabajar acá?</p> <p>¿Cuánto tiempo llevas cuidando?</p> <p>¿Cómo llegaste tú a ser cuidadora en esta residencia?</p> <p>¿Habías trabajado antes en cuidados de PcD?</p> <p>¿Cómo es un día tipo de trabajo tuyo cuidando a los residentes?</p> <p>¿Qué habilidades considera que usted tiene para realizar el trabajo de cuidado?</p> <p>¿Te has capacitado en cuidados especializados para esta situación de salud?</p> <p>¿Qué cosas le gustaría aprender o en que le gustaría capacitarse para realizar de mejor forma su trabajo?</p>
	Económico	Valorización del trabajo de cuidado	<p>¿Se ve como un trabajo de baja calificación?</p> <p>¿Cómo se percibe el trabajo de cuidados remunerado?</p>	<p>¿Cómo crees que se valora el trabajo de cuidado a PcD? (su familia, cercanos)</p> <p>¿Cómo valoras tu trabajo de cuidado a PcD?</p>

				<p>¿Consideras que es un trabajo mal remunerado?</p> <p>¿Considerarías cambiarte de trabajo?</p>
	Relacional	<p>Percepción del tipo de vínculo cuidador - persona residente</p> <p>Sobrecarga del cuidado - factores protectores</p>	<p>¿Cuál es la carga valórica/relacional que tiene este trabajo?</p>	<p>¿Me podría describir como es el vínculo que tiene con los/las residentes?</p> <p>¿Cómo cree que la ven los/las residentes que cuida? ¿Cómo los ve usted?</p> <p>¿Qué sensaciones/emociones experimentas mientras cuidas en tu trabajo? Satisfacción, responsabilidad, agotamiento, estrés, etc.</p> <p>¿Qué dificultades o desafíos tiene la relación que tiene entre usted y los residentes que cuida?</p> <p>¿Qué estrategias de autocuidado aplica en momentos de estrés o dificultades en la labor de cuidado que realiza?</p> <p>¿Qué tipo de apoyo emocional o psicosocial recibe de la residencia para enfrentar momentos difíciles?</p> <p>¿Qué apoyo requiere o le gustaría recibir para afrontar los desafíos que requiere el cuidado de personas con discapacidad?</p>

				<p>Las residencias no pueden dejar de realizar sus funciones en este periodo, incluso deben asumir mayor riesgo al continuar sus labores de manera presencial, y existe un riesgo adicional para las personas con discapacidad que viven en las residencias...</p> <p>¿Cómo has sobrellevado el trabajo de cuidado en contexto de pandemia? ¿Cuáles han sido las principales dificultades, o miedos en esta situación?</p>
<p>Identificar el discurso de las cuidadoras remuneradas sobre la feminización y la corresponsabilidad en trabajo de cuidado.</p>	<p>Como se entiende la labor de cuidado</p>	<p>Objetivo del cuidado</p> <p>Características de cuidado (como se desarrolla)</p>	<p>¿Cómo podría definir el objetivo del trabajo de cuidado de personas con discapacidad?</p> <p>¿Cuáles serían las principales características de este trabajo?</p>	<p>¿Me podría definir el principal objetivo, fin o propósito que le otorgas al trabajo de cuidado que realizas con las personas con discapacidad que cuidas?</p> <p>¿Qué hace a este tipo de trabajo diferente de otros? ¿En qué se diferencia el trabajo de cuidado de personas con discapacidad de cuidar a otros como NNA o mayores?</p> <p>¿Cómo distingues cuando se está realizando un buen trabajo de cuidado de uno que no se está realizando bien?</p> <p>¿Qué condiciones personales tuyas, de la personas que cuidas o condiciones del entorno consideras</p>

				que se deben dar para realizar un buen trabajo de cuidado?
	Quien realiza la labor de cuidado	Feminización del cuidado Corresponsabilidad del cuidado	<p>¿Cómo se percibe la feminización del cuidado?</p> <p>¿Se logran separar las dos esferas (hogar/laboral) cuando se cuida?</p> <p>¿Cómo organiza el cuidado en el hogar alguien que cuida como trabajo remunerado?</p> <p>¿Hay alguna consideración/situación en que disminuya el peso del cuidado en el hogar por su trabajo (mayor colaboración, por ejemplo)?</p>	<p>En la mayoría de las residencias son principalmente mujeres las que ejercen este trabajo ¿Por qué crees que ocurre esto?</p> <p>¿Es este un trabajo para mujeres (lo hacen mejor que los hombres)? ¿Consideras que los hombres también deberían dedicarse a labores de cuidado?</p> <p>¿Realizas tareas o labores de cuidado fuera de tu trabajo? ¿En tu casa tienes a alguien a tu cuidado? (otra PcD, hijos, familia). ¿Cómo organizas tus labores de cuidado en tu hogar?</p> <p>¿Qué diferencias sientes entre tus labores de cuidado en tu casa vs en tu trabajo?</p> <p>¿Cómo compatibilizas la carga laboral con las responsabilidades en tu hogar/familia? ¿Consideras que este tipo de trabajo tiene un impacto negativo en tus relaciones con la familia, amigos, vida social en general?</p>

8.3. Carta invitación a participar en estudio

Santiago, 10 de agosto de 2020

Estimados/as
Directores/as de Residencias
PRESENTE

Junto con saludar, me dirijo a ustedes para informarles que el Servicio Nacional de la Discapacidad se encuentra realizando un Estudio sobre **Cuidado Remunerado en Residencias para Personas con Discapacidad**, el cual tiene como objetivo principal *“caracterizar el trabajo de cuidado remunerado en residencias de personas con discapacidad adultas, indagando en el uso del tiempo y sobrecarga, discursos y representaciones de las mujeres que realizan este trabajo, desde una perspectiva de género”*. Para la realización de este estudio, se realizará una encuesta online a una muestra de cuidadores/as seleccionados/as de las residencias que, actualmente, mantienen convenio con SENADIS, y se realizarán 10 entrevistas a cuidadores/as vía remota que se seleccionarán de la misma muestra. Para poder cumplir con esto, les solicitamos que nos puedan hacer llegar la información de cuidadores/as, asistentes de trato directo, o educadores/as de trato directo, según corresponda a cada residencia, utilizando el formato que se expone en la planilla adjunta a esta carta. Con esta información, se les hará llegar directamente a los correos de cuidadores/as la información necesaria para participar de este estudio, inicialmente respondiendo una encuesta, y, en caso de selección, participar en entrevista. No obstante lo anterior, solicitamos a ustedes favorecer la participación de su personal, generando las condiciones necesarias para que puedan responder la encuesta y participar de la entrevista cuando corresponda.

En caso de requerir mayores antecedentes, orientaciones o información sobre el proceso, pueden comunicarse con el Departamento de Estudios de nuestro Servicio, al correo departamentoestudios@senadis.cl. Asimismo, les solicitamos enviar a dicho correo la planilla con información de cuidadores/as ya mencionada.

Agradecemos de antemano su disposición y gestión para participar de este estudio, para lo cual los/as mantendremos informados/as de los avances del proceso de selección de la muestra y levantamiento de información cuando corresponda.

Sin otro particular, se despide atentamente.

José Francisco Subercaseaux Irrázaval

Director Nacional (s)

Servicio Nacional de la Discapacidad