



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

**Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en  
mujeres profesionales de la salud durante la  
contingencia sanitaria por COVID-19: el caso de  
trabajadoras sociales del Sistema Nacional de Salud  
en México**

**T E S I S**

QUE PRESENTA:

**LIZBETH TENORIO OSIO**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

**ASESORA DE TESIS:**

**MTRA. NORMA CRUZ MALDONADO**



**CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX, FEBRERO, 2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos**

*En agradecimiento al Proyecto PAPIIT IN305021 “Efectos psicosociales y experiencias de intervención de trabajadoras/es sociales en el sector salud frente el COVID-19” por haberme permitido formar parte del equipo de investigación y gozar del beneficio de la beca económica para desarrollar este proyecto de investigación para obtener el título de licenciada en Trabajo Social.*

*A mi asesora de tesis, la Mtra. Norma Cruz Maldonado, porque sin usted, su experiencia, retroalimentación y guía no habría conseguido culminar con éxito este proyecto de titulación. Cada paso y tropiezo me enseñaron a siempre seguir adelante y buscar mejorar como persona y profesional.*

*A mi jurado revisor que, sin las contribuciones y comentarios de cada una de ellas no habría conseguido enriquecer la investigación. Gracias por cada expresión de reconocimiento a mí y a este proyecto de titulación que alentó mi formación como trabajadora social.*

*Gracias a las trabajadoras sociales del Sistema Nacional de Salud en México que respondieron el cuestionario e hicieron posible la investigación de campo; sin su colaboración definitivamente no se habría conseguido.*

*Todo el trabajo realizado fue posible gracias al apoyo absoluto de mi padre, madre, hermana y hermano, así como amigas y amigos que fueron un soporte emocional durante el proceso, agradezco por tenerlos en mi vida y saberlos incondicionales, sobre todo por confiar en mí y hacerlo posible.*

*Finalmente, gracias a la Escuela Nacional de Trabajo Social por ser la sede de todo el conocimiento adquirido a través de los años; a los docentes que transmiten sus conocimientos y experiencias para formarnos como grandes profesionales y gracias a mí por ser paciente, dedicada y resiliente para llegar a esta primera meta de muchas más.*

# ÍNDICE GENERAL

Índice de tablas .....	1
Índice de figuras .....	1
Resumen .....	3
Introducción.....	5
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>7</b>
<b>ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Antecedentes.....</b>	<b>7</b>
<b>1.2 Justificación .....</b>	<b>12</b>
<b>1.3 Preguntas de investigación.....</b>	<b>15</b>
<b>1.4 Objetivo general .....</b>	<b>15</b>
<b>1.5 Objetivos específicos .....</b>	<b>15</b>
<b>1.6 Hipótesis .....</b>	<b>16</b>
<b>1.7 Metodología .....</b>	<b>16</b>
1.7.1 Tipo de estudio.....	16
1.7.2 Definición operacional de las variables .....	16
1.7.3 Técnica e instrumento utilizados .....	18
1.7.4 Sujetos de estudio.....	20
1.7.5 Análisis de la información.....	21
1.7.6 Consideraciones éticas .....	21
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>22</b>
<b>CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 COVID-19: De la emergencia sanitaria a los efectos en la salud mental de la población mexicana .....</b>	<b>22</b>
2.1.1 ¿Qué se sabe del COVID-19? .....	22
2.1.2 Crónica de una pandemia anunciada por COVID-19.....	23
2.1.3 Afectaciones psicosociales en la población causadas por la pandemia ...	32
2.1.4 Personal de salud: afectaciones psicosociales y síndrome de Burnout ....	36
<b>2.2. El trabajo de cuidados en contexto de pandemia .....</b>	<b>43</b>
2.2.1 Construcción histórica del trabajo de cuidados.....	43
2.2.2 Mujeres del sector salud: trabajo de cuidados no remunerado frente a la pandemia.....	50
2.2.3 Organización familiar y arreglos familiares frente a la pandemia .....	56
<b>2.3. Referentes teóricos .....</b>	<b>60</b>
2.3.1 Desde el síndrome de burnout.....	60

2.3.2 Desde la teoría feminista del cuidado .....	64
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>72</b>
<b>DEL ACOMPAÑAMIENTO AL CUIDADO: efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales adscritas a instancias de salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19</b> .....	<b>72</b>
3.1 Datos generales .....	72
3.2 Condiciones laborales .....	73
3.3 Intervención durante la pandemia.....	78
3.4 Medidas de prevención .....	87
3.5 Las familias de las trabajadoras sociales .....	89
3.6 Familiares que enfermaron de COVID-19.....	101
3.7 Salud mental (efectos psicosociales) .....	109
<b>Reflexiones finales</b> .....	<b>122</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>126</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>142</b>

## Índice de tablas

Tabla 1.	Tipo de contratación .....	74
Tabla 2.	Puesto laboral y salario.....	76
Tabla 3.	Número de personas con las que vive.....	89
Tabla 4.	Quiénes son las personas con las que vive .....	91
Tabla 5.	Número de personas a cuidar.....	94
Tabla 6.	Principales tareas de cuidado y del hogar antes y durante la pandemia .....	99
Tabla 7.	Familiares que enfermaron de COVID-19.....	102
Tabla 8.	Reconocimiento al trabajo de cuidados .....	103
Tabla 9.	Dificultad para cubrir los cuidados y tareas del hogar ante una jornada laboral .....	104
Tabla 10.	Usted recibió cuidados .....	106
Tabla 11.	Repercusiones en la salud mental.....	109

## Índice de figuras

Figura 1.	Datos generales.....	72
Figura 2.	Instancia de salud y nivel de atención .....	74
Figura 3.	Período que estuvieron en área COVID-19 .....	80
Figura 3.	Periodo que estuvieron en área COVID-19.....	80
Figura 4.	Actividades de intervención social .....	81
Figura 5.	Jornada laboral .....	82
Figura 6.	Carga laboral y periodo .....	83
Figura 7.	Nivel de carga laboral .....	84
Figura 8.	Recibieron Equipo de Protección Personal .....	85
Figura 9.	Medidas con las que siguieron laborando .....	86
Figura 10.	Medidas higiénicas y preventivas en el hogar .....	88
Figura 11.	Tiene hijos (as) .....	91
Figura 12.	Personas dependientes .....	92
Figura 13.	Parentesco de las personas a las que cuida .....	95
Figura 14.	Principales necesidades que se cubrieron .....	98
Figura 15.	¿Cómo se organizó para el trabajo de cuidados y del hogar?.....	108

Figura 16.	Sintió agotamiento .....	110
Figura 17.	Nivel de estrés .....	111
Figura 18.	Complicaciones para descansar .....	112
Figura 19.	Manifestaciones corporales .....	113
Figura 20.	Afectaciones que se presentaron durante la intervención .....	114
Figura 21.	Experiencia significativa en la intervención .....	116
Figura 22.	Qué hizo para afrontar las afectaciones .....	118
Figura 23.	Apoyo psicológico por parte de la institución .....	119
Figura 24.	Principal sentimiento que deja la intervención con pacientes COVID-19 y el trabajo simultáneo de cuidados .....	120

## Resumen

El presente estudio tiene como objetivo generar una aproximación al trabajo de cuidados que llevaron a cabo mujeres que se desempeñaron como trabajadoras sociales adscritas a instituciones de salud que atendieron pacientes COVID, con el fin de discutir y visualizar desde una visión feminista las organizaciones familiares y los efectos psicosociales que se desencadenaron a partir de las intervenciones con pacientes con COVID-19 y sus familiares durante la contingencia sanitaria, así como el trabajo de cuidados y doméstico que desplegaron de manera paralela.

La pandemia por COVID-19 fue un acontecimiento que puso en tensión a todos los servicios de salud, pues el estrés en este escenario fue proclive a la presencia de agotamiento físico, mental y emocional derivados de una presión social, una autoexigencia y los recursos limitados con los que se contó para cumplir con su labor. Las mujeres han sido las mayores afectadas, una de las razones es por cumplir con un trabajo no remunerado, los cuales, ante la pandemia, reflejaron un aumento en tiempo y actividades por realizar, dejándolas “pobres de tiempo” para efectuar ambos escenarios y para sí mismas, convirtiéndose en candidatas perfectas para presentar afectaciones psicosociales y *burnout*<sup>1</sup>.

Dicha investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo con alcance exploratorio, mediante la aplicación de una encuesta realizada a través de Formularios de Google, dirigido a trabajadoras sociales del Sistema Nacional de Salud que hayan atendido a pacientes con COVID-19 y a sus familiares. La encuesta se difundió a través de redes sociales, obteniendo una muestra total de 65 mujeres.

Los resultados fueron procesados a través de una base de datos en Excel, posteriormente se diseñaron las tablas de frecuencia y porcentajes, esto por variables para proceder al análisis. Se encontraron datos que apuntaron a la presencia de efectos psicosociales como: el nivel de atención en que intervinieron (primero, segundo y tercer nivel), la jornada laboral (completa y más horas), el tipo de contratación (base, eventual, confianza), la carga laboral, los niveles de estrés y

---

<sup>1</sup> El síndrome de burnout o síndrome del quemado hace referencia a un estado de agotamiento físico, mental y emocional como resultado de un estrés constante en el entorno laboral (Se hará mayor referencia a éste en el apartado 2.3).



agotamiento, así como la falta de apoyo social para cubrir los cuidados de sus familiares dependientes, situaciones que las posicionaron como vulnerables a afectaciones físicas, mentales y emocionales. Se identificó que algunas trabajadoras sociales no asumen la presencia de afectaciones como ansiedad, depresión, estrés y agotamiento, además el bienestar integral de las profesionales se desatendió para realizar las diversas actividades dejándolas sin tiempo para sí mismas.

**Palabras clave:** Trabajo Social, efectos psicosociales, cuidado, dependencia, pandemia, mujeres

## **Introducción**

La pandemia por COVID-19 fue un acontecimiento de gran impacto para la sociedad, la economía, las relaciones personales, entre otros aspectos. Llegó para modificar todo lo que se conocía, modificó hábitos, relaciones, formas de convivencias, fortaleció lazos o quizás soltó algunos otros, puso al descubierto el trabajo de cuidados que las mujeres realizan en los hogares, pese a la falta de reconocimiento. De igual forma, retó a los sistemas de salud que, cabe decir que ni México ni el mundo estaba preparado para una emergencia sanitaria como la que se vivió, los hospitales estuvieron a punto de colapsar al igual que el personal de salud que se vio implicado, debido al sobreesfuerzo por salvar vidas y más importante salvar la vida propia. Estableciendo un escenario altamente partidario de afectaciones físicas, mentales y emocionales.

Por ello, el trabajo a continuación aborda las afectaciones psicosociales que presentaron las trabajadoras sociales del área de la salud a partir de sus intervenciones en el contexto de sus condiciones laborales demandantes por la contingencia sanitaria, esto en conjunto con el trabajo de cuidados y del hogar que realizaron simultáneamente como atribución histórica a su género.

El interés sobre el tema, parte del acontecimiento de dicha pandemia y todo lo que trajo consigo, es decir, a las consecuencias físicas y mentales a las que estuvieron expuestas las y los profesionales de la salud, tratando de hacer énfasis en que más allá del profesionalismo, todas y todos tienen una vida personal que repercute en lo que se hace día con día, por lo que la relevancia del apoyo social se volvió un dilema ante la necesidad de contar con éste y con el miedo inminente de no querer hacerlo por el temor de contagiarse o contagiar a los suyos; indagando también en los arreglos a los que llegaron las profesionales para lograr estar presente tanto en lo laboral como en el hogar.

Esta investigación pone atención en la implicación que tienen las mujeres al tratar de cubrir una doble o hasta triple presencia con relación a lo laboral y el trabajo de cuidados, esto, desde una visión feminista que subraya cómo su trabajo no

remunerado ha sido desvalorizado y poco reconocido a través de los años.

En esta investigación, el primer capítulo presenta la estrategia metodológica implementada para aproximarnos al trabajo de cuidados realizado por las trabajadoras sociales del Sistema Nacional de Salud, así como los efectos psicosociales desencadenados a partir de sus intervenciones. El capítulo dos corresponde al marco contextual de la problemática de estudio, se centraliza en el acontecimiento de la pandemia por COVID-19, las afectaciones psicosociales en la población y en el personal de salud, así como el síndrome de burnout en los profesionales. De igual forma, engloba el tema de trabajo de cuidados en el que se realiza un reencuentro histórico del porqué se adjudicó este rol a las mujeres, cómo vivieron la doble presencia las profesionales ante la contingencia sanitaria y la importancia de los arreglos familiares. Por último, se encuentran los referentes teóricos, uno desde el síndrome de burnout y el segundo desde la visión feminista del cuidado.

En la tercera sección, se presentan los resultados del trabajo de campo, éstos permitieron reconocer los diversos factores de riesgo psicosocial al que estuvieron expuestas las trabajadoras sociales, derivado de sus condiciones laborales, donde al menos el 80% de las profesionales presentaron niveles de estrés y agotamiento, deteriorando el rendimiento o autoexigiéndose para el cumplimiento del trabajo de cuidados y del trabajo profesional. Para terminar, se encuentran las reflexiones finales que dan cierre a la investigación, encontrando un grado de descuido a la salud mental en las profesiones durante sus intervenciones.

# CAPÍTULO I

## ESTRATEGIA METODOLÓGICA

### 1.1 Antecedentes

En México y el mundo, es relevante comentar que poco más de la mitad de la población son mujeres y que culturalmente se tiene una presencia limitada de ellas en la esfera pública. Al menos el 80% de la población femenina tiene a su cargo personas dependientes que requieren de su atención y cuidados, donde continuamente son estereotipadas como madres y principalmente se les naturaliza como cuidadoras. Poniendo énfasis en que, el cuidado es un concepto derivado de la maternidad o que se considera como una característica innata por el simple hecho de ser mujeres, cumpliendo así con un trabajo que no es remunerado ni valorado; mientras que históricamente al hombre se le ha asignado el rol de proveedor económico, ya que las labores del hogar se perciben como actividades feminizadas que no deben ser realizadas por ellos (Cain, 2018).

Estas cuestiones son propias de un sistema conservador que perduraron generación tras generación y que se ha encargado social y culturalmente de etiquetar a los hombres y a las mujeres con roles que ambos deben ocupar y cumplir ante la familia y la sociedad, roles como la realización de tareas domésticas, el trabajo de cuidados, la sustentación económica, el trabajo pesado, etc., por cuestiones simbólicas que interiorizan las sociedades, es decir, que adoptaron este sistema desde tiempos remotos, que se ha transmitido y aprendido a través de patrones constantes que enaltecen la figura masculina y opacan a la femenina (Martínez y Díaz, 2021, p. 2).

Sin embargo, este contexto ha sido cambiante según la época y el lugar, en la actualidad las mujeres mantienen una lucha por romper con este orden de género, tratando de incorporar una equidad que visibiliza las problemáticas que se desprenden por una constante desigualdad. Así pues, a lo largo de la historia, las mujeres se han enfrentado a una desventaja social ante la figura masculina por

pensar que “son más débiles físicamente que los hombres” o que “las mujeres tienen un rol en la familia que no puede ser sustituido por los hombres”.

De este modo, la actividad de los cuidados se construyó progresivamente sobre la observación de prácticas cotidianas que desempeñaban las mujeres. En este sentido, Garrido (2004) comparte que, “el trabajo de cuidados o las actividades de cuidado tienen como fin la satisfacción de las necesidades de otra persona que no pueda satisfacer por sí misma sus necesidades” (p. 85). Es así como los trabajos de cuidado y del hogar se han interiorizado como prácticas comunes de las mujeres y desde luego recaen principalmente en ellas.

La pandemia por COVID-19 devastó a México y al mundo con un nuevo brote de coronavirus, que trajo consigo millones de decesos a nivel mundial. Este suceso fue oficialmente reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como pandemia el 11 de marzo del 2020, puso a prueba a los diferentes gobiernos y al personal de salud que principalmente estuvieron al frente de la emergencia sanitaria. Fue un acontecimiento en el que se restringieron costumbres y actividades cotidianas, en el que se establecieron medidas higiénicas que combatían la propagación del virus, una de estas medidas sanitarias que se implementaron fue el confinamiento con el lema de “quédate en casa”, impulsada por el Gobierno Mexicano, donde actividades económicas y no prioritarias se paralizaron de forma presencial y se retomaron a distancia. Ante este suceso, las cuestiones de cuidado que llevan las mujeres recayeron con mayor peso, quienes ya de por sí desafiaban sus tiempos dedicados a las tareas del hogar.

Se señala que previo a la crisis sanitaria, las mujeres dedicaban un tercio de su tiempo al trabajo doméstico y de cuidados. Durante la pandemia, el 63% de las personas señala haber aumentado el tiempo que dedica a cuidar, pues tan solo el 22% de las mujeres aumentó más de ocho horas su carga diaria de cuidados a comparación de los hombres (13%) (Osorio, Arteaga, Galaz, Piper, 2021, párr. 12). El cierre de escuelas y guarderías incidía de forma específica en las mujeres como una consecuencia negativa, pues significaba una carga de trabajo extra. Estas tareas de cuidado y domésticas a menudo agobian y saturan a las mujeres

limitándolas en el campo laboral, un escenario en el que ante la emergencia sanitaria ha provocado que ellas sufran de forma diferente y con más intensidad la pandemia (Instituto Belisario Domínguez, 2021).

En este sentido, el impacto de este acontecimiento en la salud mental es altamente preocupante a causa del confinamiento obligatorio, sin embargo, se presenta más fuertemente en el personal de salud; quienes desde antes de la pandemia vivían una constante exposición a afectaciones mentales y que con la contingencia sanitaria también se intensificaron. Pues el estrés en el ámbito sanitario representó un escenario proclive a la presencia de agotamiento físico y emocional dada la naturaleza de sus actividades, como: la presión social, las expectativas de los pacientes, la autoexigencia y los recursos disponibles para cumplir con sus objetivos (Koppmann, Cantillano, Alessandri, 2021, p. 2).

Asimismo, la resistencia del personal de salud ante la emergencia sanitaria exigía un alto grado de presencia ya que puede decirse que fue un reto con el que se lidiaba todos los días, donde existieron factores que pusieron en riesgo el querer continuar con la atención de pacientes con COVID-19; sobresale que el 7% del personal de salud recibió agresiones en la vía pública, el 40% se llegó a ausentar por estrés y el 35% renunció durante la pandemia (Juárez, 2020, p. 3).

Ante este contexto, los profesionales de enfermería y el resto de los profesionales que tuvieron contacto directo con pacientes contagiados en el sector salud, fueron de los más afectados por la carga laboral, el riesgo de infección y la toma de decisiones, donde el número de casos y las demandas psicoemocionales representaron uno de los retos más evidentes para la presencia de efectos psicosociales; manifestándose a través de estrés, estado de ánimo o motivación baja, mayor fatiga, depresión y ansiedad (Juárez, 2020).

Cabe destacar que, dentro de la población más afectada están las mujeres, quienes sufren mayores niveles de ansiedad. En un estudio de la Universidad de Granada,

España señala que el 21% presenta ansiedad severa o muy severa<sup>2</sup> frente al 4% de los hombres (Danet, 2021, p. 4). Estos datos cobran sentido, pues tan solo en México el 70% de la población que trabaja en el sector sanitario es personal femenino, siendo protagónicas ante la contingencia sanitaria. Ello supone uno de los desafíos más grandes que enfrentaron en sus vidas; en un entorno en el que era un constante riesgo en la salud, sumando a esto la falta de recursos personales y materiales para la protección personal, que ha repercutido en problemas físicos y psicológicos, poniendo a prueba la capacidad de resiliencia que experimentaron las y los profesionales del área de la salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021, p. 30).

Aunque los desórdenes de la ansiedad, depresión y el estrés postraumático, han sido los más estudiados hasta ahora, el síndrome de burnout cobra mayor relevancia ante el escenario de la pandemia, pues este síndrome o desgaste emocional es un efecto psicológico negativo generado por las condiciones de trabajo. En el 2019, la OMS incluyó este término en la lista de Clasificación Internacional de Enfermedades, pero no se incluyó como una condición médica, sino como un fenómeno ocupacional dentro de los problemas asociados con el empleo o el desempleo, no propiamente como enfermedad o trastorno de la salud (Juárez, 2020, p. 4).

El síndrome de burnout, aunque no es una enfermedad como tal, es conocido por las afectaciones de la salud mental provocadas por las condiciones y entorno laboral. Ha tenido mayor presencia en los profesionales de la salud bajo el contexto de la emergencia sanitaria, donde algunos de sus principales factores estresantes vinculados al síndrome, son: la falta de equipo de protección personal, el miedo al

---

<sup>2</sup> Ansiedad severa hace referencia a un estado de preocupación de intensidad variada de acuerdo con la situación que se viva; la persona se centra en detalles específicos sin poder pensar en nada más y la conducta se centra en aliviar la ansiedad.

La ansiedad muy severa se trata de una ansiedad generalizada, que se caracteriza por una preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se pueden prolongar por más de seis meses. A la persona le resulta difícil tomar el control de este estado y suele manifestar: inquietud, fatiga, problemas para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (Salud Navarra, s.f).

contagio por COVID-19 y el miedo a contagiar a sus familiares, así como un estrés crónico laboral (Juárez, 2020, p. 6).

En algunos estudios recientes se encontró mayor nivel de burnout en profesionales con mayor carga laboral, menor edad, que trabajan en primera línea de atención<sup>3</sup> y que presentan más preocupaciones emocionales. Entre el personal de primera línea, los factores condicionantes de mayor nivel en la escala fueron: jornada laboral prolongada, mayor número de pacientes con COVID-19 atendidos, menor apoyo de iguales y responsables (Danet, 2021, p. 6).

Como lo señala Danet (2021, p. 7) en su estudio del impacto psicológico por la COVID-19 en el personal de salud, realizado desde la Universidad de Granada España, entre las afectaciones mentales más destacadas se encuentra:

- Depresión: entre 25% y un 31% del total de profesionales sanitarios mostraron síntomas de depresión, asegurando sentirse bajos de ánimo. Afectando en mayor medida a las mujeres.
- Alteración del sueño: se observó entre el 8% y el 55% de las muestras totales. El personal de primera línea mostró mayor alteración del sueño. Las mujeres tuvieron problemas severos y muy severos de insomnio<sup>4</sup> con un 25% frente al 4% de los hombres.
- Síndrome de burnout: el conjunto de personal sanitario reportó niveles altos de agotamiento emocional<sup>5</sup> y despersonalización<sup>6</sup>.

Aunado al contexto de la contingencia sanitaria que enfrentaron los profesionales de la salud, la OPS (2021) en un informe realizado en la región de América, señala que aproximadamente más de 6,000 trabajadoras y trabajadores murieron debido a

---

<sup>3</sup> La primera línea de atención constituye el principal elemento de los equipos de salud donde suelen ser el primer recurso humano en tener contacto con los pacientes y las comunidades. Durante la pandemia, el liderazgo del personal ha sido fundamental para los procesos de atención y respuesta a los usuarios (OPS, 2021).

<sup>4</sup> Para dicho estudio se utilizó la *escala de insomnio de Atenas (AIS)*, se trata de un instrumento diseñado para cuantificar la dificultad del sueño (Dosil et al., 2021, retomado por Danet, 2021).

<sup>5</sup> Es la disminución de energía, sentimiento de desgaste emocional y físico, asociados a una sensación de frustración y fracaso (Barreto y Salazar, 2021).

<sup>6</sup> Ha sido definida como una alteración del “yo” en el que el individuo se siente a sí mismo como extraño y distante, mero observador de sus procesos mentales y corporales (Cruzado, Núñez y Rojas, 2013).



las complicaciones provocadas por el SARS-CoV-2. Cabe resaltar que el 72% de estas defunciones fueron de género femenino (p. 30). Estos datos, toman relevancia cuando se deja ver que una proporción alta del personal de salud, son principalmente mujeres que ostentan responsabilidades de cuidados. Lo que da pie a las dos dimensiones, tanto el aspecto laboral como el trabajo de cuidados y doméstico, así como las implicaciones que conlleva desarrollar ambas actividades de manera paralela, donde algunas veces supone sacrificios para decidir entre lo laboral o el trabajo de cuidados y del hogar para conservar ambos sin ser juzgadas.

Aumentando así, la carga laboral del trabajo de cuidados, del hogar y el profesional, en el que la organización interna familiar también supone un estrés para las mujeres al no saber a quién recurrir para el cuidado de sus personas dependientes. Cabe decir que, durante la pandemia, las prácticas compartidas de cuidado o las redes de apoyo se limitaron, pues en estadísticas realizadas a cinco países de Europa, las mujeres referían que no cuentan con ayuda externa para los cuidados y un 10% de ellas aseguró recibir menos ayuda que antes de la pandemia (Instituto Belisario Domínguez, 2021, p. 9). Asumiendo de esta manera los cambios en la vida social derivados de la emergencia sanitaria y las afectaciones en la salud mental de las personas.

## **1.2 Justificación**

La pandemia por COVID-19 que golpeó al país y al mundo, trajo consigo nuevas medidas de cuidados y modificaciones en las relaciones sociales para evitar la propagación de este virus. Las y los profesionales que se encuentran en el sector salud, se enfrentaron a un nuevo reto y estrategias para la intervención con pacientes con COVID-19 evitando poner en riesgo su salud y la de sus familiares, generando una carga laboral ante un escenario con alta demanda de atención y disminución del personal de las instancias de salud; además del estrés constante ante el riesgo de contagio de SARS-CoV-2.

Es importante mencionar que de acuerdo con la OMS (s.f, retomado por el Instituto Belisario Domínguez, 2021, p. 8) el 70% del personal del sector salud en América Latina son mujeres, donde predominantemente se encuentran las áreas de

Enfermería y Trabajo Social caracterizadas por contar con un importante número de población femenina. Pues tan solo en Trabajo Social de la UNAM, en el ciclo escolar 2020-2021 el total de aspirantes a ingresar a esta licenciatura fue de 4,452. La oferta de lugares disponibles para esta carrera fue de 991, por lo que de cada cuatro estudiantes que demandaron la carrera, ingresó uno. Del total de alumnos de primer ingreso, 77% son mujeres y 23% hombres (UNAM, 2021).

Sumando a esto, en la vida personal de las y los profesionales de Trabajo Social aparte de su labor en el sector salud, hay una población considerable que cumple con trabajos de cuidados de personas dependientes (niñas, niños, adolescentes, personas mayores de edad, personas con discapacidad o con alguna otra condición de salud) que requieren la atención y cuidados de otras personas, cuidados que históricamente se han realizado por las mujeres y ante la pandemia éstos se intensificaron.

Es por eso que, la vivencia de las y los profesionales en Trabajo Social se vuelve relevante por la confrontación del trabajo profesional y del trabajo de cuidados y del hogar ante la pandemia, en el que los tiempos dedicados a las tareas del hogar aumentaron significativamente con las nuevas medidas higiénicas para evitar contagios y con las clases en línea de niños, niñas y adolescentes, entre otras. Pero que también la demanda de trabajo en el sector salud y el tiempo dedicado al trabajo aumentó de manera paralela. Esto llevó a las y los profesionales del área de la salud que cumplían con tareas de cuidado, buscar nuevas formas para dar respuesta a las necesidades de las personas dependientes, de manera sincrónica al desarrollo de su actividad profesional y ante el riesgo de contagio de SARS-CoV-2. Como resultado, se establecieron prácticas compartidas de cuidado u organizaciones familiares para distribuir las tareas del hogar y poder atender lo laboral.

La mayoría de las ocasiones, mujeres del núcleo familiar extendido suelen apoyar en el trabajo de cuidados: tías, primas, abuelas, cuñadas, incluso vecinas o amigas de confianza, conllevan la responsabilidad. Sin embargo, la contingencia sanitaria, acortó aspectos donde nadie quería ponerse en riesgo de ser contagiado y el

“quedarse en casa” era mucho mejor. Dejando sin apoyo para la distribución del trabajo de cuidados.

Dicho interés de estudio marca la importancia de retomar una visión feminista ante el trabajo de cuidados y la organización familiar que implementaron las y los profesionales del área de la salud, donde su cumplimiento simultáneo de ambos trabajos ha repercutido en la salud mental debido al estrés y agotamiento físico, mental y emocional que ponen en riesgo la salud y resistencia de las y los profesionales.

Así pues, la relevancia de la investigación es rescatar que el trabajo remunerado y no remunerado supone que las y los profesionales de Trabajo Social a lo largo de las intervenciones con pacientes COVID-19 han experimentado efectos psicosociales<sup>7</sup>, estrechamente ligados con el estrés laboral<sup>8</sup>. Sumando la tensión generada por la demanda de cuidado a las personas dependientes y del hogar que, se presenta más por la feminización del personal entre algunas disciplinas. Ello pudo contribuir a las afectaciones psicosociales de las y los trabajadores sociales en el marco de la pandemia por COVID-19, manifestándose en forma de agotamiento causado por la tensión constante de ambos trabajos -remunerado y no remunerado- relacionada con la carga laboral, con el riesgo de contagio y el deficiente equipo de protección sanitario; aunado a la saturación de tareas por realizar en casa y las actividades de cuidado de personas dependientes. Es así que, la finalidad es hacer notar que el trabajo de cuidados cuesta y no precisamente dinero, así como resaltar la organización interna para las prácticas compartidas de cuidado para dar reconocimiento del esfuerzo que llevan las mujeres y visibilizar las tensiones que el riesgo de contagio en su contexto laboral implicó en su dinámica laboral.

---

<sup>7</sup> Son aquellos que pueden provocar trastornos de ansiedad, orgánicos del ciclo sueño-vigilia y de estrés grave y de adaptación, derivado de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo, el tipo de jornada laboral y la exposición a acontecimientos traumáticos severos o a actos de violencia laboral. Comprende condiciones peligrosas e inseguras en el ambiente laboral y a cargas de trabajo que exceden la capacidad del trabajador, entre otras condiciones laborales. (NOM-035-STPS-2018)

<sup>8</sup> Es una respuesta física, emocional y dañina que se produce cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades de los trabajadores. Una exposición prolongada puede contribuir a una variedad de enfermedades y trastornos mentales (Patlán, 2019).

### **1.3 Preguntas de investigación**

- ¿Qué efectos psicosociales presentaron las trabajadoras sociales como resultado de su proceso de intervención con pacientes con COVID-19 y sus familiares?
- ¿Qué trabajo de cuidados realizaron las trabajadoras sociales de manera paralela a su actividad remunerada en instancias de salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19?
- ¿Cómo fue la organización familiar que desplegaron las trabajadoras sociales para el cuidado de personas dependientes ante las diversas demandas que ocasionó el confinamiento por COVID-19?
- ¿Qué acciones implementaron en sus hogares las trabajadoras sociales para disminuir el riesgo de contagio por COVID-19 a sus familiares, en particular a las personas consideradas dependientes?

### **1.4 Objetivo general**

- Generar una aproximación al trabajo de cuidados que realizaron las trabajadoras sociales del área de la salud con personas dependientes con el fin de discutir y visualizar desde una visión feminista las organizaciones familiares y las complicaciones psicosociales que se desencadenaron a partir de las intervenciones con pacientes con COVID-19 y sus familiares durante la contingencia sanitaria.

### **1.5 Objetivos específicos**

- Distinguir los efectos psicosociales que presentaron las trabajadoras sociales del sector salud como resultado de su proceso de intervención con pacientes COVID-19 y sus familiares.
- Identificar el trabajo de cuidados que realizaron las trabajadoras sociales de manera paralela a su actividad remunerada en las instancias de salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19.

- Describir los arreglos familiares que se desplegaron en los hogares de las trabajadoras sociales para el cuidado de personas dependientes ante las diversas demandas que ocasionó el confinamiento por COVID-19.
- Conocer las acciones que se implementaron en los hogares de las trabajadoras sociales para disminuir el riesgo de contagio por COVID-19 a sus familiares, en particular a las personas consideradas dependientes.

## 1.6 Hipótesis

- Las trabajadoras sociales manifestaron diversos efectos psicosociales derivados de la intervención con pacientes COVID-19 y el trabajo de cuidados realizados simultáneamente.

## 1.7 Metodología

### 1.7.1 Tipo de estudio

Para cumplir con los objetivos de la investigación, se optó por la realización de un estudio con enfoque cuantitativo con alcance exploratorio ya que se adecua de mejor forma a los objetivos establecidos, bajo una perspectiva novedosa en el que fue necesario indagar en las vivencias de las trabajadoras sociales que estuvieron en instancias de salud y que atendieron a pacientes COVID-19. La investigación es de corte transversal con duración de 12 meses.

### 1.7.2 Definición operacional de las variables

Variables	Definición	Posibles preguntas	Indicadores
Efectos psicosociales	Son aquellos que pueden provocar trastornos de ansiedad, orgánicos del ciclo sueño-vigilia y de estrés grave y de adaptación, derivado de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo, el tipo de jornada laboral y la exposición a acontecimientos traumáticos severos o actos de violencia laboral. Comprende condiciones peligrosas e inseguras en el ambiente laboral y cargas de trabajo que exceden la capacidad del trabajador, entre otras condiciones	<p>*¿Cuáles fueron las actividades que realizó en su intervención con pacientes COVID-19?</p> <p>*¿En algún momento sintió una carga laboral excesiva?</p> <p>*¿Considera que la cantidad de casos COVID-19 le generaban carga laboral?</p> <p>*En una escala del 1 al 10 ¿Cómo intensifica la carga laboral que experimentó?</p>	<p>Estrés</p> <p>Estrés laboral</p> <p>Carga laboral</p> <p>Efectos psicológicos, físicos y emocionales.</p>

	laborales. (NOM-035-STPS-2018)	<p>*¿Siente que su intervención con pacientes COVID-19, le ha dejado repercusiones en su salud mental?</p> <p>*¿Podría señalar cuáles fueron las afectaciones que usted siente que se presentaron durante su intervención?</p> <p>*Del 1 al 10, ¿cómo sintió que fue su nivel de estrés en el sector salud durante la pandemia?</p> <p>*¿Durante el proceso usted se sintió agotado? ¿De qué manera? (física, mental, emocional, las tres)</p> <p>*¿Presentó complicaciones para conciliar un descaso?</p> <p>*¿Cuál es el principal sentimiento que le dejó las intervenciones con pacientes COVID-19 y el trabajo simultáneo de cuidados?</p>	
Intervención	<p>Dependiendo del contexto en el cual se emplee, la palabra intervención presentará diversos significados. En su uso más general y amplio, intervención implica la acción y efecto de intervenir algo, una situación, una oficina, un estado, entre otros. Normalmente este sentido se emplea para dar cuenta de la interposición de una autoridad en algún área o que demanda por fuerza mayor un orden, que se ha perdido por alguna situación extraordinaria. (Ucha, 2011)</p>		
Trabajo de cuidados	<p>La provisión del cuidado se basa en labores gratuitas, precarias e invisibilizadas, donde los arreglos para cubrir las necesidades de cuidado son injustos e insatisfactorios. Se trata de un problema público y de desigualdad de género, pues los roles tradicionales de género han naturalizado que sea responsabilidad primordial de las mujeres. (Observatorio Género y COVID-19 en México, 2020)</p>	<p>*¿Tiene personas a las que cotidianamente brinda cuidados (hijas, hijos, personas mayores, personas con discapacidad, personas con alguna condición de salud)?</p> <p>*¿Qué actividades de cuidado realiza dentro del hogar?</p> <p>*Antes de la pandemia, ¿cuántas tareas del hogar realizaba cotidianamente?</p> <p>*Durante la pandemia ¿aumentó el número de tareas del hogar?</p> <p>*En promedio ¿cuánto tiempo le invirtió al trabajo de cuidados antes y durante la pandemia?</p> <p>*¿Usted tiene a alguien que le apoye con los trabajos de cuidado? ¿Quién?</p> <p>*¿Cuántas mujeres viven en su hogar?</p>	<p>Tiempo invertido del trabajo de cuidados</p> <p>Actividades de trabajo de cuidados que realizaron</p> <p>Cómo se organizaron</p> <p>Cantidad de Tareas del hogar por cumplir</p> <p>Cantidad de Mujeres como principales cuidadoras</p>
Género	<p>El género es el conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, que se construyen en cada cultura y momento histórico con base en la diferencia sexual. (Universidad de Chile, 2017)</p>		
Organización familiar	<p>La Organización familiar se refiere al grupo de individuos que forman parte de la misma institución unida por lazos afectivos. Ésta ejerce, ampliamente, influencia a nivel del desarrollado vital de todos sus miembros. (Knoow, 2015)</p> <p>La organización de la familia supone, básicamente, la disposición y puesta en práctica de dos recursos fundamentales:</p>	<p>*¿Cuántas personas requerían de sus cuidados?</p> <p>*¿Cuál es el parentesco con las personas que requerían cuidados?</p> <p>*Entre qué edades se encuentran estas personas que requieren cuidados?</p>	<p>Estrategias de reparto del cuidado cuando la mujer trabaja.</p> <p>Cuáles eran las demandas o necesidades que tenían que cubrir</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas y límites.</li> <li>• Reparto de roles y responsabilidades (Fundación fad juvenil, 2021)</li> </ul>	<p>*¿Cuáles eran las necesidades que debían ser atendidas por usted?</p> <p>*¿En algún momento tuvo dificultad para cubrir los cuidados de estas personas debido a su trabajo?</p>	<p>Qué necesitaban esas personas para ser cuidadas</p>
Cuidados	<p>Conjunto de tareas que producen bienes y servicios que sirven para regenerar cotidiana y generacionalmente el bienestar físico y emocional de las personas, y que se producen normalmente en circuitos de intimidad y en el marco de los hogares. (Ayuntamiento de Barcelona, s.f)</p>	<p>*¿Hubo alguien que le apoyara con los cuidados de estas personas mientras usted trabajaba?</p> <p>*En caso de que no ¿cómo se organizaba para cubrir la demanda de cuidados?</p>	
Personas dependientes	<p>Una persona dependiente es aquella que, de forma permanente y a causa de la edad, una discapacidad o enfermedad, no puede realizar las tareas básicas diarias o carece de la autonomía necesaria para la toma de decisiones porque hay una limitación física, psíquica o intelectual. (Atenzia, 2020)</p>	<p>*¿Alguien le apoyó con las tareas del hogar?</p>	<p>Características de las personas dependientes de las trabajadoras sociales</p>
Riesgo de contagio	<p>La transmisión del coronavirus se puede producir más fácilmente en los casos identificados con las "tres C":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lugares Congestionados, con muchas personas en contacto cercano</li> <li>• Situaciones de Contacto cercano, en particular cuando las personas conversan muy próximas entre sí</li> <li>• Espacios Confinados y cerrados con ventilación deficientes, como el transporte público o gimnasios.</li> </ul> <p>(Redacción médica, 2022)</p>	<p>*¿Cuáles fueron las medidas higiénicas que implementó para evitar el contagio del virus?</p> <p>*¿Qué medidas preventivas aplicó para evitar la propagación del virus?</p> <p>*¿En casa hubo alguna medida en específico para evitar poner en riesgo a sus familiares después de sus jornadas?</p>	<p>Medidas higiénicas de prevención del Contagio</p>

### 1.7.3 Técnica e instrumento utilizados

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la técnica de encuesta digital, teniendo como instrumento un cuestionario que se diseñó a través de Formularios de Google, dirigido a trabajadoras sociales del área de la salud que atendieron a pacientes y familiares con COVID-19, la difusión de éste se realizó con ayuda de las redes sociales como Facebook y WhatsApp.

El cuestionario se compone de seis apartados, los cuales son:

1. Perfil sociodemográfico y condiciones laborales: preguntando edad, sexo, estado civil, grado académico, entidad federativa, instancia de salud a la que pertenece, nivel de atención, tipo de contratación, puesto laboral y salario aproximado, teniendo un total de 10 preguntas.
2. Familia: se indaga con relación a cuántas personas conforman su hogar, si tienen hijos/as y cuántos/as y con quién vive, teniendo un total de cuatro preguntas.
3. Personas dependientes: se pregunta si tiene personas que requieran cuidado, quiénes son esas personas, cuántas personas son, cuál es el parentesco y edad de esas personas, asimismo, se pregunta si alguna persona con las que vive enfermó de COVID-19, de ser así quién fue, quién cuidó de las personas que enfermaron por COVID-19 y cuáles fueron las principales necesidades a cubrir, teniendo un total de nueve preguntas.
4. Trabajo de cuidados y del hogar: Este apartado fue extenso ya que se preguntó sobre las tareas de cuidado y del hogar que realizaban antes de la pandemia, las horas invertidas en las tareas y cuáles eran esas principales tareas; se preguntó lo mismo, pero en contexto durante la pandemia. Asimismo, si alguien le ha reconocido su trabajo, quiénes le reconocieron, cómo fue, cómo se sintió, si presentó dificultad para cubrir los cuidados ante su jornada laboral, si hubo alguien que le ayudara, quién o quiénes, si esas personas que le ayudaron recibían apoyo económico; se preguntó lo mismo en cuanto a las tareas del hogar. Se preguntó si ellas recibieron cuidados, de qué tipo y por parte de quién. Se indagó en sí los cónyuges ayudaron con las tareas de cuidado y del hogar, qué fue lo que realizaban y si lo hacían antes de la pandemia y finalmente si no tuvieron apoyo cómo fue que se organizaron. En total se realizaron 27 preguntas en este apartado.



5. Riesgo de contagio: Se preguntó si estuvieron en área COVID-19, en qué mes y año, cuáles fueron sus actividades, su tipo de jornada laboral, si sus instituciones les otorgaron equipo de protección personal, de no haber sido así, qué hicieron, las medidas con las que siguieron laborando y las que implementaron en sus hogares después de sus jornadas, se preguntó si en casa hubo medidas específicas para evitar riesgos de contagio y cuáles habían sido. Se tuvo un total de 11 preguntas.
6. Efectos psicosociales e intervención: último apartado enfocado en sus afectaciones, preguntándoles si consideraban que sus intervenciones les han dejado repercusiones en su salud mental, cuáles fueron esas afectaciones físicas, mentales y/o emocionales, si tuvieron alguna experiencia significativa, si sintieron carga laboral, en qué mes y año sintieron la carga, si consideraban que fue debido a la cantidad de casos por COVID-19 que atendieron, también cómo evaluaban su carga laboral, si se sintieron agotadas durante sus intervenciones, si se sintieron estresadas y cómo evaluaban su nivel de estrés, si presentaron dificultad para descansar, si han identificado manifestaciones corporales y cuáles, qué hicieron para afrontar las afectaciones, si asistió a terapia y cuál ha sido el principal sentimiento que les deja sus intervenciones y el trabajo simultáneo de cuidado y del hogar. En total fueron 17 preguntas para este apartado.

#### 1.7.4 Sujetas de estudio

Con relación a la selección de la población se llevó a cabo por medio de una muestra no probabilística, puesto que la investigación se enfocó en trabajadoras sociales del Sistema Nacional de Salud en México, con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: trabajadoras sociales del Sistema Nacional de Salud en México que hayan intervenido en hospitales COVID-19 durante la contingencia sanitaria (abril 2020 a junio de 2022).

Criterios de exclusión: otras áreas del personal del Sistema Nacional de Salud o personas externas al sector salud.

La encuesta fue respondida por un total de 65 trabajadoras sociales, en los meses de junio y julio del 2022.

#### 1.7.5 Análisis de la información

Derivado de la aplicación de esta encuesta digital, se obtuvo una base de datos en Excel para el procesamiento de información y la realización de tablas y gráficas, para proceder a la presentación de resultados.

Estadísticamente hablando, los resultados se presentan en frecuencias, porcentajes y promedios, según el nivel de medición de las variables (nominal).

#### 1.7.6 Consideraciones éticas

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014) una investigación sin riesgo, es aquella en la que se “emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”. El presente estudio se inscribe en este tipo de investigaciones, y considerando que es un estudio exploratorio, en el instrumento no se solicitaron datos confidenciales (nombre, dirección, CURP, teléfonos, etc.), por lo que no se consideró pertinente el uso del consentimiento informado.

No obstante, al final del cuestionario, además de agradecer la participación de las trabajadoras sociales, se colocó una leyenda en el que se indica que la información proporcionada sería únicamente para fines académicos. Con la finalidad de socializar los hallazgos de esta investigación, se hará llegar una copia digital de la tesis a las participantes del trabajo de campo, vía correo electrónico.

## CAPÍTULO II

### CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

#### 2.1 COVID-19: De la emergencia sanitaria a los efectos en la salud mental de la población mexicana

##### 2.1.1 ¿Qué se sabe del COVID-19?

Mojica y Morales (2020) señalan que el origen de este nuevo coronavirus fue debido a una *zoonosis*<sup>9</sup>. De los diferentes géneros de coronavirus, circulan ampliamente en los mamíferos y por tanto en los humanos. De este modo, se detectó que la mayor variedad de coronavirus se encontraba presente en murciélagos, por lo que se determinó que fueron los principales depósitos de estos virus, identificando más de 500 coronavirus en murciélagos de China; el factor de riesgo implicaba una estrecha interacción entre las poblaciones humanas y la vida animal silvestre o en su defecto el consumo de éstos bajo estándares de higiene escasos, aumentando el riesgo (p. 3).

Además, se ha determinado que la tasa de reproducción de SARS-CoV-2 ha sido de las más elevadas con relación a otras enfermedades de su tipo, pues la tasa de letalidad de COVID-19 es un 2% más alta que la de la gripe común e incluso que la de la influenza H1N1 (Instituto Belisario Domínguez, 2020, p. 3). También se detectó que el virus se presentaba principalmente en personas de entre 47 y 60 años, donde se destaca un porcentaje ligeramente mayor de hombres que de mujeres.

La transmisión básicamente sucedía con la exposición de una persona sana a objetos contaminados o individuos infectados pudiendo ser éstos: *sintomáticos*<sup>10</sup>,

---

<sup>9</sup> La zoonosis son enfermedades infecciosas transmisibles naturalmente desde animales vertebrados a seres humanos. La estrecha interacción entre humanos y animales, así como el aumento de la actividad comercial y la movilización de personas, animales, sus productos y subproductos han propiciado una mayor diseminación de las zoonosis (OPS, s.f)

<sup>10</sup> La OMS la define como aquella que ocurre cuando un individuo sano es infectado por un individuo que analíticamente es positivo al SARS-CoV-2 y se han desarrollado los síntomas y signos de la enfermedad (Mojica y Morales, 2020).

*presintomáticos*<sup>11</sup> e incluso *asintomáticos*<sup>12</sup>. Transmitido principalmente por dos mecanismos: por un lado, las personas contagiadas propagan el virus con personas sanas a través de gotitas respiratorias que son expulsadas al hablar, toser, estornudar o respirar y contienen el virus. Por otro lado, el resto de estas secreciones se quedan inertes en objetos o superficies que ponen en riesgo la probabilidad de su ingreso a las vías respiratorias de la persona sana. Se resaltó también que la enfermedad podía ser más agravante y ponía en mayor vulnerabilidad al paciente si se presentaba una comorbilidad<sup>13</sup>, encontrando enfermedades como hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, consumo de tabaco, enfisema pulmonar y obesidad, siendo éstas, un factor que complicaría la vida de los y las que se infectaban del virus (Mojica y Morales, 2020).

### 2.1.2 Crónica de una pandemia anunciada por COVID-19

En diciembre de 2019, se reportaron una serie de casos de pacientes hospitalizados con una enfermedad desconocida, la sintomatología fue clasificada como una neumonía atípica<sup>14</sup> e insuficiencia respiratoria<sup>15</sup> causada por un nuevo coronavirus que se presentó en Wuhan, provincia de Hubei en China. Este virus poco a poco comenzó a expandirse a diferentes países; se considera que el primer caso fuera del área geográfica de China se presentó en Tailandia el 13 de enero del 2020. Como resultado de la rapidez de su propagación, el 30 de enero del 2020, la OMS declaró este nuevo coronavirus como una emergencia de salud pública y de significativa preocupación a nivel internacional. El 11 de febrero del 2020, esta nueva

---

<sup>11</sup> La transmisión presintomática ocurre cuando una persona ya infectada es capaz de contagiar a otras personas aun cuando ésta no haya presentado hasta ese momento signos o síntomas de la infección (Mojica y Morales, 2020).

<sup>12</sup> La transmisión asintomática, se refiere a la ocurrida cuando una persona sana es contagiada por alguien que analíticamente resulta positivo, pero que en ningún momento del curso de la infección manifiesta signos o síntomas (Mojica y Morales, 2020).

<sup>13</sup> También conocida como “morbilidad asociada” es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después de otro (National Institute on Drug Abuse, s.f).

<sup>14</sup> Fue usado en pacientes que no cumplían los criterios de las neumonías bacterianas o virales comunes; ha sido adecuadamente utilizado en México para designar a la neumonía asociada con el SARS-CoV-2 (Martínez, Frías y Cano, 2022).

<sup>15</sup> La Insuficiencia respiratoria no es una enfermedad en sí misma, sino la consecuencia final común de gran variedad de procesos específicos, no solo de origen respiratorio sino también cardiológico, neurológico, tóxicos y traumáticos (Estrella, Tornero y León, 2006).

enfermedad sería nombrada por este organismo internacional como COVID-19, que responde a la forma corta del nombre “*coronavirus disease 2019*”, teniendo como agente causal el denominado SARS-CoV-2 (*síndrome respiratorio agudo severo coronavirus tipo 2*), un mes después sería declarada como pandemia (Mojica y Morales, 2020, p. 2).

La enfermedad avanzó exponencialmente afectando a los países de Asia, Medio Oriente y Europa, al cabo de dos meses los niveles de contagio en China fueron superados por países como España e Italia, y a tan solo cinco meses de la aparición de este nuevo virus, Estados Unidos se convirtió en el epicentro de esta nueva pandemia, debido a que mantuvo durante algunas semanas un pico considerable de contagios que no resultaba comparable con otros países; llegando a superar un millón 557 mil casos acumulados en el mes de mayo del 2020 (Instituto Belisario Domínguez, 2020, p. 5).

En México, Medel, Rodríguez, Jiménez y Rojas (2020) indican que el primer caso confirmado de COVID-19 se detectó el 28 de febrero del 2020, se trataba de un hombre de 35 años que había viajado a Italia, quien fue atendido en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) en la Ciudad de México. De acuerdo con los primeros informes, el paciente no se encontraba grave ya que no presentaba neumonía (p.16). Por otro lado, según Gutiérrez (2021), Jefa del Departamento de Trabajo Social en el INER, la fecha del primer caso de COVID-19 se presentó el 27 de febrero del 2020 tratándose del mismo hombre de 35 años; comenta también que un factor de riesgo que se determinó, fueron los antecedentes de viajes, ya que se presentaron más pacientes con ese factor de riesgo y algunos síntomas, pero ninguno había sido positivo en COVID-19. Al respecto, es interesante comentar que la información que se estaba difundiendo, fue variada y poco precisa, pues el impacto del desconocimiento de la enfermedad enfrentó una dificultad en la realización de diagnósticos oportunos para brindar información a la población.

Ante el suceso ineludible de la llegada del virus del COVID-19, el 23 de marzo del 2020 la Secretaría de Salud Federal impulsó la Jornada Nacional de Salud “Susana

Distancia”, estrategia que fomentaba medidas higiénicas y preventivas que ayudarían a frenar la propagación del virus, entre éstas se encontraba no saludar de beso ni de mano, el lavado constante de manos, el uso del cubrebocas, el distanciamiento y aislamiento social; aunque estaba dirigida a toda la población, realizó énfasis en los niños, niñas y adolescentes, así como en las personas mayores con la intención de captar la atención y aprendieran de forma didáctica todo lo relacionado con las medidas de distanciamiento y prevención del contagio (Medel, Rodríguez, Jiménez y Rojas, 2020, p. 16).

Asimismo, la Secretaría de Salud (2020) a través del Consejo de Salubridad General (CSG) encabezado por el presidente Andrés Manuel López Obrador, declaran el 31 de marzo del 2020, la situación que acontece, como emergencia sanitaria nacional a causa del nuevo virus generado por SARS-CoV-2. Lo cual involucró medidas más drásticas para frenar los contagios, dentro de la cuales se encontró el cierre de comercios considerados no esenciales, como: plazas comerciales, parques, museos, baños de vapor, gimnasios, cines, teatros, zoológicos, bares, escuelas, guarderías, algunos otros empleos, etc., que se vieron impulsados y a la vez afectados por el lema “quédate en casa” (Medel, Rodríguez, Jiménez y Rojas, 2020, p. 19).

Del mismo modo, la Secretaría de Salud y el Gobierno Federal, difundieron a través de la plataforma digital oficial y conferencias el avance de la pandemia en fases, situando la aparición de este virus como la primera. El 24 de marzo del 2020 se dio el inicio de la segunda fase debido a que los contagios se presentaban cada vez con más frecuencia. Para el mes de abril se habían reportado 10,544 contagios por el SARS-CoV-2; el número promedio de casos diarios reportados para ese mes fue de 1,389 en todo el país, sin embargo, bastaron pocos días más para que se incrementara casi cuatro veces el número de casos confirmados en México, ya que para el 21 de mayo la cifra de confirmados era de 59,567 contagios. No obstante, los fallecimientos también empezaron a suceder, presentándose los dos primeros decesos el 18 de marzo del 2020, uno en la Ciudad de México y el otro en Sinaloa. El 21 de abril del 2020, se inicia la tercera fase en la que ya habían fallecido un total

de 712 personas y para el 22 de mayo se tenía un reporte de 6,510 defunciones; en promedio durante este lapso, el número de muertes diarias fue de 188 (Instituto Belisario Domínguez, 2020).

Al inicio de la Jornada Nacional de Sana Distancia, se tenía estimado que culminaría el 30 de abril, con la intención de retomar las distintas actividades cotidianas de forma presencial. Pero ante el incremento de casos reportados y el número de muertes, dicho retorno no sucedió; y lo que se estimaba que terminaría en un mes o dos, terminó convirtiéndose en dos años críticos de pandemia y “olas” de contagio por COVID-19.

Cabe señalar que estos dos años de incertidumbre, se vieron afectados por las curvas epidémicas que tuvieron altos números de muertes y contagios en distintos periodos; en la semana 24 del año 2020 se estaba presentando la primera ola de casos, pero no fue hasta la semana 29 que se vio un primer “pico” en las defunciones con un total de 26,768. La segunda ola de contagios y defunciones fue la más significativa en los dos años más fuertes de la pandemia, ya que desde la semana 51 y 52 del 2020 volvían a subir los casos, siendo hasta la semana tres del 2021 que se vivió el pico más alto con un total de 46,497 fallecimientos. La tercera ola se presentó en la semana 33 del 2021, con un total de 28,230 fallecimientos. Sin embargo, se vio una disminución en los casos y muertes ya que para la semana 52 se reportaron 17,354 muertes. A lo que respecta al año 2022, se observó nuevamente un alza en los casos y fallecimientos en la semana cuatro con un total de 30,591 (Gobierno de México, s.f).

Del mismo modo, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT, 2022) refleja datos relevantes de las entidades federativas que se vieron más afectadas por casos de fallecimientos hasta el mes de mayo del 2022, las cuales fueron: el Estado de México con 47,288, Ciudad de México con 42,826, Jalisco con 19,660, Puebla y Veracruz con 16,463, Nuevo León con 15,014, Guanajuato con 14,885 y Baja California con 12,289. Por el contrario, los estados con menos números fueron Durango con 3,640, Aguascalientes con 3,516, Nayarit con 3,201, Tlaxcala con 3,092, Baja California Sur con 2,685, Chiapas con 2,413 y Campeche con 2,244.

Los efectos que ha dejado la pandemia son altamente significativos; ante la situación de cerrar comercios y diversos centros de ingresos económicos, se vieron afectadas la dimensión social y económica (entre otras) del país debido a la poca actividad remunerada que la pandemia había ocasionado, ya que se generalizaron los desempleos y las familias mexicanas se vieron al borde de poco o nulo ingreso económico. En este sentido, la pobreza no era un tema nuevo en México, pero lo cierto fue que la pandemia dejó notar los grandes problemas sociales, donde muchas familias no tenían ni para equipos de protección, haciéndolos más vulnerables a contagiarse y en su defecto morir a causa del virus. Sin contar por otro lado, la deficiencia en el sistema educativo, que también tuvo que pausar actividades presenciales, dejando a muchos y muchas “desconectados” para continuar con sus estudios (Fuentes, 2022).

En lo que refiere al Sistema Nacional de Salud, fue el órgano público más afectado ya que fueron las instancias de salubridad las que recibieron el impacto de la necesidad de atención a los enfermos de COVID-19. El personal sanitario que labora en las distintas instituciones públicas y privadas, evidentemente no estaban bajo el mandato nacional de quedarse en casa, al contrario, dentro de esta emergencia se requería más personal que cubriera la demanda de pacientes por lo que se recurrió a nuevas contrataciones.

De manera general, el Sistema Nacional de Salud en México cuenta con dependencias públicas como: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), así como también la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y el programa IMSS-Bienestar que conforman el sector público. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del 2020, existen 92.5 millones de personas que tienen acceso a servicios médicos en donde el IMSS y el INSABI cubren un 90% de esta población; en estas instituciones se concentran la mayor parte de la infraestructura hospitalaria y de personal médico (Olivera y García, 2020).



Del mismo modo Olivera y García (2020) hacen un cálculo sobre el número tanto de camas hospitalarias y de cuidados intensivos, así como de médicos generales, especialistas y enfermeras/os, a lo que retoman que la Secretaría de Salud cuenta con un total de 40,783 camas y 240,059 profesionales de la salud; el IMSS tiene un total de 35,566 camas y 165,434 profesionales de la salud; el ISSSTE cuenta con 7,026 camas y 44,046 profesionales de la salud; el IMSS Bienestar tiene 2,788 camas y 15,944 profesionales de la salud; los servicios estatales cuentan con un total de 2,329 camas y 11,244 profesionales de la salud; La SEDENA cuenta con 2,432 camas y 4,312 profesionales de la salud; PEMEX cuenta con 1,031 camas y 5,662 profesionales de la salud; la SEMAR cuenta con 803 camas y 2,948 profesionales de la salud. Sumando en total, entre otras instituciones Universitarias y municipales, 93,592 camas y 491,445 profesionales de la salud. Además, comentan que, en términos de cobertura, se enfrentaron grandes desafíos para atender a los pacientes que ingresaban por COVID-19 y probablemente las dificultades se explican con la insuficiencia de recursos.

Por otro lado, es importante señalar que el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) fue de los primeros centros destinados a la atención de los nuevos pacientes COVID-19, al ser relevante que el virus se trataba de un Síndrome Respiratorio Agudo Severo de tipo 2, por lo que el INER recibió al primer caso de coronavirus. La propagación excesiva orilló a todo el Sistema Nacional de Salud a realizar una reconversión hospitalaria<sup>16</sup>; la primera respuesta fue por parte de hospitales de Alta Especialidad con Unidades de Cuidados Intensivos que contaban con equipo médico y personal capacitado para atender a los pacientes que ingresarán por COVID-19. Entre los hospitales de alta especialidad que fueron reconvertidos se encuentran: el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, el Hospital General de México, Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca,

---

<sup>16</sup> La reconversión hospitalaria implica que las unidades médicas modifiquen su funcionamiento regular a través de generar cambios en la prestación habitual de los servicios, es decir que, adecuan servicios para disponer de un mayor número de recursos y materiales para la atención de pacientes con COVID-19 (Secretaría de Salud, 2020).

Hospital General Dr. Manuel Gea González (se estimó como un hospital híbrido<sup>17</sup>), el Hospital Infantil de México y el Hospital Juárez de México. En este sentido, algunos hospitales tuvieron que posponer hospitalizaciones no urgentes, mientras se disponían para ser receptores de los enfermos graves. No obstante, la liberación de camas fue lenta debido a que la estancia de muchos pacientes que requerían intubación<sup>18</sup> podía extenderse hasta un mes (Sánchez et al., 2020; Mendoza y Suárez, 2020).

Según datos de la Facultad de Medicina, UNAM (2020) para brindar la atención oportuna a los pacientes infectados fue necesario convertir 117 instalaciones militares en hospitales COVID-19, se lanzó la Red de Manejo Clínico de la Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en caso de sospecha de COVID-19, con la implementación de 610 hospitales y 11 mil 363 camas. De igual forma, se instaló una Unidad Temporal en el centro Citibanamex en colaboración de la UNAM. Se implementaron hospitales para dar rehabilitación para los que estuvieron contagiados y presentan secuelas, entre estos se encuentran el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).

Por su parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social (2022), aseguró tener 183 hospitales híbridos y dos hospitales exclusivos de COVID-19, con un total de 9,088 camas para pacientes con la enfermedad. De igual forma, contó con infraestructura hospitalaria, personal capacitado y estrategias para brindar atención a los pacientes COVID-19, así como para la atención de los demás servicios de otros padecimientos bajo medidas estrictas de seguridad. Aun y con todas las estrategias implementadas para la atención de pacientes COVID-19 y la cantidad de camas que se habilitaron; frente a los picos de contagios fueron insuficientes.

---

<sup>17</sup> Los hospitales híbridos son denominados así porque mantienen su modelo de atención original combinado con secciones de su unidad dedicadas a COVID-19 (Secretaría de Salud, 2022)

<sup>18</sup> La intubación es una técnica médica que se utiliza para la administración de oxígeno a alta concentración para mantener una insuflación pulmonar adecuada (SAMUR-Protección Civil, 2018).

De este modo, el personal sanitario se vio expuesto a contratiempos con los insumos médicos para la atención de la gran cantidad de pacientes, por lo que, dentro de las acciones a seguir para atender la demanda, destacó la mencionada reconversión hospitalaria que permitía adaptar espacios para brindar atención oportuna. Se sumaron estrategias de atención como el filtro sanitario al ingresar a los establecimientos y se colocó un área denominada “Triage respiratorio” en el que se identificaba, priorizaba y asignaban los recursos para la atención de los pacientes con síntomas respiratorios críticos, donde el personal a cargo de este apartado tenía que estar debidamente protegido y contar con una amplia experiencia en el cuidado de pacientes críticamente enfermos (Consejo de Salubridad General [CSG], 2020).

Dentro de los consultorios, la limpieza era reiterativa basada en los lineamientos específicos de prevención de infecciones. En cuanto a la atención en la hospitalización se suspendieron otros servicios médicos para la atención exclusiva de COVID-19, donde frecuentemente se tenían que liberar camas de pacientes que no se encontraban graves, para dar acceso a los que ingresaban con problemas respiratorios. En general la preparación ante diversos escenarios y modificaciones para atender a los pacientes implicaba una predicción de posibles saturaciones y escasez de recursos, lo cual sucedió y debía ser afrontado por el personal de salud (Secretaría de Salud, 2020).

Sin embargo, hay que señalar que también hubo disminución del personal sanitario ya que muchos se apegaron al acuerdo presidencial emitido el 27 de marzo del 2020 en que personas con obesidad, enfermedades crónicas degenerativas o discapacidad, podían resguardarse en sus domicilios ya que se consideraba que eran personas con condiciones vulnerables a contagiarse por COVID-19. Pues tan solo el ISSSTE, reportó que en septiembre del 2020 el 14.7% de su personal se encontraba resguardado por presentar factores de riesgo, como la edad mayor a 60 y/o comorbilidades (ISSSTE, 2020).

En otros datos significativos, México ha sido de los países de América que mayor muerte en personal sanitario ha presentado, esto en un periodo de enero del 2020

a junio del 2021, con un registro de 4,084 muertes de personal sanitario, seguido de Estados Unidos con 1,691 muertes (México Social, 2021).

Para diciembre del 2020, se inicia con la primera etapa de inmunidad<sup>19</sup> para los profesionales de la salud, gracias al pronto desarrollo de una vacuna contra este virus. Se inició la aplicación a personal sanitario, ya que era la población que tenía más riesgo de contagiarse; se inició en la Ciudad de México, Estado de México y Querétaro logrando un total 2,900 vacunaciones a trabajadores y trabajadoras de la salud. Lo importante era proteger en primer momento, a los encargados de atender a pacientes, ya que, si aumentaban las muertes en personal sanitario, colapsaría más el Sistema de Salud. Retomando también que las primeras vacunas no significarían el fin de la pandemia por lo que las medidas de prevención debían continuar para el resto de la población que no contaba con dosis de inmunidad (Secretaría de Salud, 2020).

Finalmente, sabemos que llegaron a existir deficiencias en el sector salud y que los planes estratégicos no fueron implementados rápidamente, que hubo deficiencia de ventiladores, tanques de oxígeno, de camas, de equipo de protección, de personal y es por eso que la pandemia impuso nuevos retos sanitarios para prevención que debían afrontarse de la mejor forma posible. Sin embargo, el mayor reto se lo llevó el personal de salud con decisiones tan importantes y significativas en su profesión con el hecho de determinar la prioridad de atención con el límite de recursos a los que ingresaban por COVID-19 y reevaluar periódicamente la provisión de cuidados críticos, así como determinar la continuación o suspensión del cuidado de acuerdo con la gravedad de la enfermedad y la aparición de nuevas complicaciones, ya que el personal de salud estaba bajo la responsabilidad y principio de salvar la mayor cantidad de vidas posibles, así como aumentar la esperanza de vida (Mendoza y Suárez, 2020; CSG,2020).

---

<sup>19</sup> La primera etapa de inmunidad corresponde a la aplicación de la vacuna contra el COVID-19 a personal sanitario, con la finalidad de controlar la evolución del virus y detener la propagación a partir de la generación de anticuerpos en nuestro sistema inmunológico (Hidalgo, 2022).

### 2.1.3 Afectaciones psicosociales en la población causadas por la pandemia

Antes de la pandemia, una población considerable presentaba al menos síntomas de ansiedad y depresión como trastornos que, son más comunes y poco tratados. Sin embargo, las afectaciones mentales van más allá de sentirse tristes o nerviosos; es una cuestión que impide el pleno desarrollo de las actividades cotidianas, que afecta física, mental y emocionalmente.

Con la llegada de la pandemia, las afectaciones no solo fueron físicas en relación con los contagios y fallecimientos, sino que tuvo consecuencias ampliamente significativas en la salud mental, pues el inminente riesgo de contagio se apoderó de toda la población llenándose de miedo, ansiedad y pánico. Para muchos, el escaso contacto social, el aislamiento que impedía realizar actividades cotidianas fuera del hogar, fue un golpe tremendo para la población, ya que como lo menciona la Confederación Salud Mental España (2021) “Los cambios en los hábitos, los problemas laborales... empiezan a “pasar factura” a la salud mental de la población” (p. 4). Ciertamente el aislamiento por la pandemia llegó a cambiar diversas prácticas de la vida diaria para mantener alejada a la población del contagio por el virus de COVID-19; de forma externa se prevenía la salud física ante el contagio, pero al interior de los hogares la salud mental cobraba mayor relevancia.

En un inicio, el surgimiento del COVID-19 causó una sensación de alarma y estrés en la población mundial al saber que este nuevo virus se expandía poco a poco por todo el mundo. Más tarde, estos niveles se incrementaron en la medida que el número de contagios y casos sospechosos se hacían más presentes, y la preocupación de poder infectarse reforzaban el miedo, ya que por un lado la información que se tenía del virus aún era escasa. Huarcaya (2020) menciona que después de la declaración de emergencia sanitaria en China, un estudio reveló un incremento en la ansiedad y depresión y una disminución en las emociones positivas como la felicidad y satisfacción (p. 2). A principios de la pandemia, se descubrió que 13% de 1210 personas encuestadas, presentaron síntomas depresivos leves, 12,2% síntomas moderados y el 4,3% síntomas graves. También se descubrió que, ante una pérdida, la incapacidad de poder despedirse generó

sentimientos de ira, tristeza y resentimiento; a esto se discute la importancia de que el personal médico esté capacitado para comunicar las malas noticias evitando un impacto negativo en las familias. No obstante, se ha documentado que no reciben entrenamiento formal para este tipo de situaciones (Huarcaya, 2020).

En otro estudio chino, Huarcaya (2020) señala que, el 35% de 52,730 participantes experimentaron estrés, con niveles más altos en las mujeres. Además de encontrarse que las personas entre 18 y 30 años tuvieron los niveles más altos, lo cual supone la autora que, podría deberse a que este grupo usa las redes sociales como principal fuente de información, lo cual los pone en estado vulnerable al estrés y al pánico. De igual forma rescata que en las mujeres y en los estudiantes estuvieron asociados en los niveles más altos de estrés y en el caso de las mujeres, presentaron mayores síntomas como hiperactividad<sup>20</sup>, recuerdos angustiosos recurrentes<sup>21</sup>, alteraciones cognitivas<sup>22</sup> y alteraciones en el estado de ánimo<sup>23</sup> (p. 3).

De acuerdo con la Confederación Salud Mental España (2021) las mujeres eran y son propensas a que su salud mental agudizara durante la pandemia debido a factores de riesgo como: desigualdades en el ámbito laboral, carga de responsabilidades familiares, de cuidado y tareas domésticas, que han tenido que compaginar con el trabajo. Sumando que la violencia contra las mujeres es un factor que existe y existió durante la contingencia sanitaria, lo que implicaba una afectación mayor para muchas el tener que convivir con su agresor las 24 horas del día (p. 6).

---

<sup>20</sup> Es un trastorno del comportamiento caracterizado por alteraciones o retraso en el desarrollo de las funciones vinculadas a la maduración del Sistema Nervioso Central. Es más frecuente en la infancia, pero es un proceso crónico que puede influir en la vida adulta (Francia, Migues y Peñalver, 2018).

<sup>21</sup> Más conocido como estrés postraumático que se caracteriza por no poder terminar de olvidar el suceso traumático y se siente invadido por recuerdos angustiosos y recurrentes que son experimentados como intrusivos, involuntarios e indeseados (López, s.f)

<sup>22</sup> Como el nombre lo indica, son alteraciones de las funciones cognitivas en la persona que lo padece, estas pueden ser: la memoria, lenguaje, atención, conducta, aprendizaje y orientación (Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios, s.f).

<sup>23</sup> La alteración en el estado de ánimo sucede cuando la persona pierde el control sobre su ánimo y experimenta malestar general; se dividen en bipolar y depresivos (Baena et al.,2005).

Entre otros aspectos que interfirieron en la salud mental durante la pandemia se encontró según Andrades et al. (2020) que ser mujer parece un condicionante de riesgo para la ansiedad y estrés, así como el tener hijos predice mayores niveles de estrés. Por otro lado, se ha encontrado que, en países del continente americano, por ejemplo, en Estados Unidos, las tasas de ansiedad y depresión alcanzaron hasta el 37% y el 30% a finales del 2020. En el caso de Brasil, más de 4 de cada 10 habitantes, han tenido problemas de ansiedad y 6 de cada 10 han presentado depresión. También, se ha documentado que, en México se presentaron síntomas de estrés postraumático clínicamente significativos en casi un tercio de la población (ONU, 2021).

Del mismo modo, el confinamiento obligatorio desencadenó en la población, problemas del sueño como una consecuencia del estrés provocado ante el acontecimiento de la pandemia. Medina et al. (2020) comenta que las personas que experimentan mayores niveles de ansiedad y preocupación tienden a presentar menos calidad de sueño y más síntomas de insomnio. Asimismo, rescata que, en un estudio llevado a cabo en Estados Unidos, ha revelado que las preocupaciones por COVID-19 asociadas con el insomnio pueden desencadenar ideas suicidas en algunas personas.

Desde luego, la pandemia generó repercusiones en la calidad de los descansos, sin embargo, un estudio realizado por la Facultad de Medicina UNAM, interesados en conocer qué sucedía con el sueño de las personas durante la cuarentena, se detectó una alta prevalencia de hábitos disfuncionales<sup>24</sup> relacionados al sueño durante el confinamiento. Santillán (2020) señala que el doctor Ulises Jiménez de esta Facultad, ha destacado que las personas solían acostarse y levantarse más tarde de lo habitual, alterando los ciclos alimenticios; hubo un incremento en el uso de tiempo de aparatos electrónicos, de ingestión de alimentos y bebidas alcohólicas en las recámaras, lo cual asegura que repercutió en el sueño; quienes consumían

---

<sup>24</sup> Un hábito es el resultado de una acción que repetimos frecuentemente de forma automática y representan el 40% de nuestra conducta. Los hábitos disfuncionales o no sanos aparecen cuando se presencia un cambio en el estado físico, mental o emocional que modifica la conducta (Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas [UPCCA], s.f).

sustancias tóxicas aumentaron el uso de éstas, además de que también se aumentó el consumo de medicamentos para combatir el insomnio.

En México, las repercusiones en la salud mental fueron igual de impactantes que en algunas otras partes del mundo. Las afectaciones mentales partían con las noticias diarias con relación al número de contagios en México y el mundo, a la posibilidad de ser contagiados, a la cuarentena que se debía seguir, a la letalidad del nuevo virus, a la idea de perder algún ser querido y al número de muertes diarias. Del mismo modo, el cambio en las rutinas desestabilizó las condiciones emocionales ya que se adoptaron trabajos y estudios a distancia; la movilidad se vio paralizada en los meses de abril y mayo del 2020 obligando a la población a quedarse en casa, el miedo al contagio y la posibilidad de experimentar violencia doméstica<sup>25</sup> incrementaba las afectaciones mentales. La socialización y convivencia se quebrantaron afectando la forma en que se relacionaban las personas, incluso dentro de los hogares. Situaciones que se acumulaban ante la incertidumbre del aislamiento, lo que indudablemente llevó a alteraciones emocionales (Teruel, Gaitán, Leyva y Pérez, 2021).

Asimismo, se realizó un estudio sobre la depresión durante la pandemia en México, a lo que se logra rescatar que, en el primer mes de confinamiento, es decir el mes de abril del 2020, fue cuando se tuvo mayor prevalencia de niveles de depresión con un 27.3% de un total de 771 encuestados y para el mes de octubre, estos niveles mostraron una reducción con un total de 19% de 1,553 encuestados. Además, este estudio marca un punto importante, pues revela que la depresión afecta de manera desproporcionada a ciertas poblaciones; por un lado, las mujeres reportan casi el doble de los niveles de depresión que los hombres y por el otro, se considera que el nivel socioeconómico, es también un determinante para mayor “sufrimiento” psíquico de las poblaciones (Teruel, Gaitán, Leyva y Pérez, 2021).

---

<sup>25</sup> La violencia doméstica se refiere a agresiones físicas, psíquicas, sexuales o de otra índole, llevadas a cabo reiteradamente por parte de un familiar (habitualmente la pareja), causando daño y vulnerando la libertad de otra persona (habitualmente la esposa) (Echeburúa, de Corral, Amor; Sarasua, y Zubizarreta, 1997).



En otra investigación, Rodríguez, Medrano y Hernández (2021) aplicaron una encuesta a 1667 personas de forma aleatoria en el que el rango de edad se mantuvo de 18 a 80 años, se obtuvo mayor población femenina con un 81.6% y 18.4% de población masculina. De las patologías más constantes se encontró depresión con 36.3% y ansiedad con 37.7%, seguido de insomnio con 11.9%. También se presentaron algunas otras tendencias como Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) con 4.2%, trastorno de personalidad con 4.1%, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con un 2.3%, adicciones con 2.4%, trastorno psicótico con 1.3% y deterioro cognitivo con 1.9%. Además, retoma que la población encuestada se percibe como altamente resiliente, lo cual quiere decir que tienen una capacidad flexible para asumir las situaciones, siendo más constante en las mujeres (p. 3).

El tema de la salud mental tenía poca relevancia antes de la pandemia, pero en el periodo de la emergencia sanitaria al percibir un incremento considerable de las afectaciones mentales en la población, se hace notar la deficiencia de atención que se le da a estos temas. Así pues, en este contexto la población no solo experimentó consecuencias negativas físicas, mentales y emocionales, sino que también se presentaron retos personales como el poder de la resiliencia ante un escenario complejo y lleno de incertidumbre; aunque ciertamente para muchos la resiliencia no era una opción.

#### 2.1.4 Personal de salud: afectaciones psicosociales y síndrome de Burnout

Se sabe que la pandemia desencadenó serias afectaciones y sobra decir que el personal de salud fueron los protagonistas frente a este suceso, por lo que fue el sector mayormente afectado durante esta emergencia sanitaria. Desde antes de la contingencia el sector salud estaba expuesto todos los días a estrés debido a la naturaleza de su labor, sin embargo, con la llegada de la pandemia todo el sector se intensificó y trajo consigo diversas y mayores afectaciones que generaron exigencias físicas y mentales bajo una constante presión laboral.

En primera instancia es relevante retomar que las afectaciones o riesgos psicosociales no son un problema individual y que además surgen a partir del

entorno laboral desencadenando respuestas fisiológicas, emocionales y cognitivas. En este sentido Reyes (2018, retomado por Tello, 2021) determina características nocivas del entorno laboral que afectan a las y los trabajadores, las cuales son: exceso de exigencias psicológicas, como el trabajo bajo presión, falta de apoyo y liderazgo, faltas de respeto, tratos injustos, salarios bajos y una “doble presencia” que involucra el trabajo doméstico y familiar que desempeñan principalmente las mujeres, y que supone exigencias cotidianas que deben asumirse simultáneamente con el trabajo remunerado (p. 34-35).

De esta manera, el personal de salud ante el contexto laboral que enfrentaron, estuvieron expuestos a una serie de demandas que su entorno les exigía y les generaba estrés. Así como lo señala López et al. (2021) “los profesionales de la salud se encuentran en una presión constante, llevándolos a sentir frustración, temor, insomnio, entre otras emociones negativas” (p. 5); repercutiendo en su vida laboral y personal, donde al tratarse de un sector que atiende pacientes, no solo había afectaciones en el profesional, sino que también en esos pacientes que requerían de su atención.

Usualmente cuando se habla de estrés se entiende como algo común por lo que todos y todas han pasado en la vida, sin embargo, tener estrés no es cualquier cosa, ya que puede generar consecuencias y muchas veces estas repercusiones pueden ser graves porque deterioran la salud tanto física y mental, donde regularmente es considerada un desajuste entre la carga laboral y la capacidad o los recursos con los que se cuenta. Es así como, el personal de salud se vio expuesto a un alto riesgo de padecer efectos psicosociales que afectaron su bienestar integral.

Asimismo, López et al. (2021) señala que en el sector salud, el bienestar mental requiere de especial atención debido a los diferentes factores que limitan y deterioran el desarrollo personal y profesional, como: los horarios de trabajo, la atención a pacientes que entran en crisis, sentimientos provocados por la muerte y quejas con relación al servicio, siendo factores que actúan negativamente en el personal. Tal como sucedió a principios de la pandemia en México, cuando a los profesionales de la salud se les atacaba, porque se creía que eran los principales

propagadores del virus o que no estaban haciendo lo suficiente para salvar las vidas. Situación que no solo se presentó en México, por ejemplo, Huarcaya (2020) señaló que entre el 20% y el 49% de los profesionales de la salud en Perú, experimentaron estigma social relacionado con su trabajo y el temor de la comunidad y familiares de ser contagiados por ellos (p. 5).

Cabe mencionar que, la situación dentro de los hospitales frente a la pandemia fue un escenario altamente estresante y saturado que ponía en constante riesgo físico y mental a todo el personal. Pues tan solo Adam (2021) reporta que en el Hospital Belisario Domínguez se vivieron jornadas laborales en las que se presenciaban hasta 90 muertes por COVID-19.

Por otra parte, se estimó que, en la segunda ola de contagios, presentada en el mes de enero del 2021, las enfermeras, de primer nivel de atención, estaban más expuestas, no habían descansado, no habían tenido pruebas para descartar contagios en ellas y cada vez eran menos en cada jornada para atender pacientes. Del mismo modo, una enfermera entrevistada del Hospital Belisario Domínguez refiere que la mayoría tienen lesiones en la cara de usar tanto el cubrebocas, se encuentran cansadas física y psicológicamente, sienten muy pesada una jornada y salen cansadas, con dolor de pies, espalda y cabeza (Adam, 2021).

De igual forma, en un estudio de la Universidad de Granada, España, señaló que las principales afectaciones se encuentran en el personal de primera línea de atención a pacientes COVID-19 detectando desde síntomas leves a graves de estrés, pero no tan diferenciado del estrés que presentan las áreas de Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias. Éstas pueden deberse a las condiciones laborales, es decir que, durante la pandemia no tuvieran equipo de protección para evitar riesgo de contagio, la falta de reorganización de espacios, que hayan tenido horarios más prolongados, cargas laborales, sumando que este personal es el primero en establecer contacto con los pacientes sin saber de principio el estado de gravedad, generando mayor estrés (Danet, 2020, p. 2-4).

Por su parte Huarcaya (2020) defiende que el personal de primera línea de diagnóstico, tratamiento y atención de pacientes con COVID-19 fueron las y los que se asociaron significativamente con un riesgo mayor de síntomas depresivos, ansiosos, problemas del sueño, reacción al estrés, incluso irritabilidad y despersonalización (p. 5).

Un análisis sobre el COVID-19 y el estrés en el personal de salud, realizado por Sánchez (2022) de la Facultad de Psicología, UNAM; basado en 25 estudios publicados mayormente en el año 2020, concluye a partir de los resultados más significativos que, el personal de salud de mayor edad o experiencia presentaron menos estrés. Sin embargo, en el personal que cuidaba directamente a pacientes con COVID-19, la edad avanzada se convertía en un factor de riesgos mentales. Asimismo, destaca que hay riesgos personales que influyen en la probabilidad de presentar estrés, tales como: aumento en el tiempo de la cuarentena, personal que tiene menores de edad en casa que requieren sus cuidados, algún familiar que se haya infectado, disminución de ingreso familiar, que se tenga presencia de alguna comorbilidad que los ponga en mayor riesgo a sí mismos o a familiares. Por otro lado, en cuanto a riesgos psicológicos que vulneran la presencia de estrés, se determinan los antecedentes de salud mental como la presencia de algún trastorno y el abuso de sustancias que ponen en peligro la salud física y mental.

Así pues, en general los entornos laborales y muchos otros escenarios son causantes de estrés, pero la situación del personal de salud ha cargado con la mayor preocupación al tener que controlar la carga hospitalaria, sumando a esto que la exposición constante al contagio, representó uno de los retos más fuertes en el tema de riesgos psicosociales, lo cual se convirtió en un tema de gran inquietud para este sector ya que se volvía vulnerable. También se ha determinado que las reacciones a la atención de pacientes han generado mayor estrés, estado de ánimo bajo, desmotivación, fatiga, ansiedad y depresión, así como la falta de certeza ante la duración de la pandemia (Juárez, 2020).

Se ha notificado que “México ocupa el primer lugar a nivel mundial en estrés laboral con un 75% seguido de China con un 73% y Estados Unidos 59%” (López et al.,

2021, p. 5). Lo cierto es que es altamente propenso a afectaciones mentales que impidan el pleno desarrollo de la vida diaria; una de las consecuencias que afectan sobre el personal de salud y que ha cobrado mayor relevancia en los últimos años es el síndrome de burnout, un síndrome causado por los factores de riesgo psicosocial como una representación de desgaste emocional o efecto psicológico negativo.

Este síndrome surge a partir de las condiciones de trabajo y se incluyó según la OMS (2019, citado por Juárez, 2020), en la clasificación de enfermedades como un fenómeno ocupacional dentro de los problemas asociados con el empleo o el desempleo. Pero, aunque no es una enfermedad como tal, se ha determinado que sus efectos si comprenden trastornos de la salud mental.

Ante esto, Matamoros (1997, párr. 6-8) resalta características importantes para dar reconocimiento a este síndrome, las cuales son:

- Agotamiento emocional: el personal manifiesta actitudes, sentimientos y pensamientos que pueden volverse crónicos, ya que la energía que implica la adaptación se debilita y los profesionales deben manejar ese estrés mediante una “armadura” de despreocupación que puede impedir que se involucren con los pacientes.
- Despersonalización: los profesionales van desarrollando lentamente una imagen pobre de los pacientes y llegan a tratarlas mal o las hacen sentir que caen mal.
- Reducción personal del talento: lo que se traduce como errores en la atención a los pacientes y una disminución de la satisfacción profesional.

Además añade que algunas manifestaciones pueden variar en las distintas personas, entre estas se encuentra: la inconformidad en lo laboral, actitudes negativas hacia el trabajo, pérdida de interés, desilusión, frustración, indiferencia, interacción irrespetuosa, ausencia, y presentación de algunas molestias corporales como dolor de cabeza, calambres musculares, dolor de espalda, dolor de cuello y hombros, manos y pies fríos, presión alta, asma, estreñimientos, diarrea, insomnio,

fatiga, respiración rápida, problemas sexuales, ansiedad, depresión, entre muchas otras afectaciones que se pueden llegar a confundir con un simple cansancio (párr. 13).

Mayormente este síndrome, está caracterizado por agotamiento emocional, que se manifiesta en falta de energía para desempeñarse ampliamente en el entorno laboral. A lo que resulta oportuno considerar que, la motivación profesional y la seguridad en lo que se realiza pueden ser factores que disminuyan la probabilidad de presentar burnout. Sin embargo, también hay que recalcar que existe mucha población y profesionales que presentan antecedentes negativos de salud mental que pueden acelerar su aparición (Huarcaya, 2020).

En un estudio realizado a 376 profesionales de primera línea por la Universidad de Granada, España, se encontró que el 37% de los participantes registró niveles altos de agotamiento emocional y un 22% presentó niveles moderados; un 25% presentaron despersonalización y un 15% tuvo nivel bajo de realización personal. También se declara que el personal experimentó irritabilidad con un 59%, alteración de la alimentación con un 56%, problemas de sueño con un 55% y tensión muscular con un 48%. Es decir que la mayoría del personal que participó presenta problemas desencadenados a partir de su labor profesional, con más de una de estas afectaciones (Danet, 2020).

Por otro lado, el mismo estudio señala que hay diferencias en cuanto al sexo ya que sobresale que las mujeres sufrieron mayor nivel de ansiedad con un 21% de ansiedad severa o muy severa, frente al 4% de los hombres. En cuanto a los niveles de estrés el 78% ha presentado esta afectación con prevalencia en el personal femenino y en las personas con antecedentes de salud mental. De igual forma señala que el personal de enfermería sufrió más estrés a comparación del personal médico (p. 5-7).

En el caso de México, un estudio realizado a 5,983 trabajadores y trabajadoras de la salud, presentaron durante la pandemia problemas psicológicos como; insomnio (52%), depresión (37.7%) y desorden de estrés postraumático (37.5%). En

principales factores de riesgo se encontró: falta de tiempo para descansar, el duelo por amigos o seres queridos fallecidos y la percepción propia de la situación de la pandemia; siendo más recurrentes en el personal de primera línea y más aún en las mujeres (Palacios y Paz, 2021).

Con base a lo anterior, Palacios y Paz (2021) refieren que la presencia de dichas afectaciones incrementó debido a la situación de la emergencia sanitaria, lo cual ponía en un estado vulnerable al personal de salud de presentar síndrome de burnout, en primer lugar, debido a su carga de trabajo y en segundo se sumaba el desconocimiento y evolución del virus. De igual forma, se logró identificar algunos estresores a partir del estudio realizado; se encontraron afirmaciones como: “tener tanto trabajo que no todo puede estar bien hecho”, “sentirse responsable de los resultados de los pacientes”, “sentirse indeciso de qué decir a pacientes y familiares acerca de las condiciones y tratamiento”, “no tener oportunidad de compartir experiencias y sentimientos con colegas”, “permitir que sentimientos y emociones interfieran con el cuidado de los pacientes”, “no estar lo suficientemente preparados para enfrentar las demandas de los pacientes”, entre otras. Un último punto que rescatar de las autoras es que, en el estado de Chihuahua (México), 983 integrantes del personal de salud presentaron en un 11.5% síndrome de burnout y un 25.7% depresión, donde la prevalencia se encontró en el personal de primera línea y sobre todo en enfermeras jóvenes con más de 9 horas de trabajo y menos de 6 horas de sueño; siendo datos de tan solo un estado del país (p. 3-4).

Recapitulando, en diversos estudios se tiene mayor impacto de afectaciones psicosociales en las mujeres y también se ha dado a saber que es la población que ha sufrido más la pandemia; principalmente en las mujeres que trabajan remuneradamente. Asimismo, es oportuno señalar que, en las instituciones de salud, aproximadamente 70% del personal es femenino y son mujeres que además de trabajar cumplen con tareas en el hogar, como en la limpieza y mantenimiento de este, pero también son mujeres que en su mayoría cumplen con un trabajo de cuidados, ya sea de niños, niñas, adolescentes, personas mayores, personas con discapacidad o alguna condición de salud que requieran la atención de ellas. En

este sentido, las afectaciones mentales, físicas y emocionales de las mujeres del sector salud estuvieron asociadas con las triples o cuádruples jornadas dentro y fuera del hogar, repercutiendo en su bienestar integral y a la vez las hacía más propensas a presentar burnout, incluso en los hogares.

Es así como la vivencia y experiencia de las y los profesionales de la salud ante la pandemia por COVID-19, va más allá de solo ser los protagonistas y darles reconocimiento por su labor ante este contexto; implicó un desgaste físico y emocional de los profesionales para enfrentarse ante la crisis sanitaria en cuanto a saturación de hospitales, falta de espacios y camas, así como materiales médicos que se demandaban ampliamente y también se escaseaban para la atención de los pacientes, anteponiendo la estabilidad mental para el cumplimiento de su labor, sumando a su vivencia que, fuera de los hospitales la “nueva normalidad” seguía influyendo en su desgaste físico, emocional y cognitivo.

## **2.2. El trabajo de cuidados en contexto de pandemia**

### 2.2.1 Construcción histórica del trabajo de cuidados

A lo largo de la historia de la humanidad, la imagen femenina se ha encontrado en un rol de subordinación y en una desigualdad de condiciones, reconociéndolas únicamente como esposas y amas de casa mientras que al hombre se le marcó como la imagen “suprema”, siendo la figura principal dentro de las sociedades.

En este sentido, el trabajo llevado a cabo por las mujeres, principalmente los realizados en el hogar, también se han visto invisibilizados y desvalorizados, hasta la actualidad. Se ha instituido a través de los tiempos que las mujeres sean las responsables de estas tareas, normalizando el cargo de una responsabilidad no asalariada ante los trabajos de cuidado y del hogar. De este modo, el trabajo de cuidados es una situación que existe históricamente, sin embargo, cobró mayor



relevancia con el pensamiento revolucionario de las mujeres que impulsaron la primera ola feminista<sup>26</sup>.

Retomar el inicio del trabajo de cuidados, parte desde las sociedades preindustriales, en las que cuidar de los hijos era algo que las familias de escasos recursos debían hacer porque no podían pagar para que alguien más cuidara de su descendencia. En estas sociedades era muy común que las mujeres abandonaran el hogar, dejando a sus hijos de edad temprana, para trabajar como sirvientes domésticas en otras casas, donde familias de mayores ingresos, dejaban el cuidado de sus hijos en las empleadas domésticas (Carrasco, Borderías y Torns, 2019). Dicho de otra manera, el cuidado de los hijos era un privilegio que las mujeres burguesas no realizaban, mientras que para las mujeres de las clases bajas era un deber y en algunos casos, dejaban el cuidado de sus hijos e hijas con otras mujeres de la familia, pero sin retribución monetaria.

El tema de los cuidados en sí comenzó a gestarse durante la transición al capitalismo liberal, sucesos en la historia que nos permiten ver las transformaciones en las sociedades y en las luchas por la liberación de las mujeres. Cabe mencionar que antes de la industrialización, era común que los hombres participaran más en la elaboración de alimentos, por ejemplo: en cortar leña, en la caza, en amasar para elaborar pan, e incluso tanto hombres y mujeres hilaban para la fabricación de sus prendas de vestir. Lo que hoy conocemos como trabajo doméstico y de cuidados, antes era una cuestión de poca importancia en las familias y ni siquiera algo cotidiano. También era común que los hijos se incorporaran a temprana edad a las labores que realizaba el papá, y las hijas a las labores que realizaba la mamá, introduciendo implícitamente para ellas, el trabajo de cuidados y doméstico como parte de la cotidianeidad (Carrasco, Borderías y Torns, 2019).

---

<sup>26</sup> Primera ola del movimiento feminista surge en el siglo XVIII al inicio de la revolución francesa y la ilustración. Esta inició ante la falta de representación de la mujer en los principios que sostenía la revolución (libertad, igualdad y fraternidad) fue entonces que el colectivo femenino empezó a luchar por sus derechos de igualdad, focalizando el acceso al derecho de la libertad, de la educación y a los derechos políticos; tomando consciencia de la opresión de la sociedad sobre la mujer (Thomen, 2021).

Sin embargo, con la entrada de la industrialización en Europa Occidental del siglo XVIII, un periodo de grandes transformaciones, la industria pasa a ser la principal actividad económica, que pone hincapié en la visibilización de las condiciones laborales y las desigualdades en cuanto a los salarios. Como señala De Miguel (2011) “el capitalismo alteró las relaciones entre los sexos. El nuevo sistema económico incorporó masivamente a las mujeres proletarias al trabajo industrial con mano de obra más barata y sumisa de los varones” (p. 13). La nueva forma de producción demandaba mano de obra tanto de hombres y mujeres, siendo así como algunas de ellas se fueron incorporando al mercado laboral; pero a la vez, este sistema marcaba las desigualdades con la separación de actividades que serían exclusivas de los hombres y de las mujeres. A partir de este contexto, se construye una nueva idea de la domesticidad, situando a las mujeres como las principales responsables del hogar y del cuidado, naturalizando estas actividades como exclusivas de ellas y de la maternidad.

La división sexual del trabajo que se estaba gestando, tuvo bases en discursos políticos, sociales, económicos y culturales que reafirmaban la supuesta inferioridad de la mujer para realizar diversas tareas. Básicamente el discurso, parte de las cualidades físicas y biológicas con lo que se construyó todo un sistema que desacreditaba la capacidad de las mujeres como trabajadoras óptimas. Incluso repercutió más en la economía política en cuanto a la gran desigualdad de los salarios, ya que el de los hombres debían ser suficientes para mantenerse a sí mismos y a sus familias. El ingreso familiar implicaba que el salario del hombre debía ser mayor al de la mujer, esto gracias al sistema patriarcal<sup>27</sup> en que las mujeres eran dependientes de los hombres por *naturaleza* y, por tanto, se les otorgaba un salario insignificante pese a que la fuerza de trabajo y horario laboral fuera el mismo; dificultando su transformación en trabajadoras fuera del hogar (Medina, 2014).

---

<sup>27</sup> El patriarcado como sistema social, se fundamentó sobre dos pilares: el poder como dominación y la jerarquía social, lo que dio lugar a una estructura social en forma de T invertida, en la que los hombres formaban la columna, sobre la base constituida por mujeres (Millán, 2021).

De igual forma, Medina (2014) retoma un punto importante en el entendimiento de la transformación de la imagen femenina ante la sociedad, que se construye social, política y culturalmente para establecer las labores únicas de cada género; ella comenta que:

Se institucionalizó la idea de la vulnerabilidad física de las mujeres, la creencia de que su condición física, diferente a la de los hombres, implicaba un mayor grado de debilidad. [...] La creencia de que todo lo que producían las mujeres era inferior, una idea que acabó por definir como “femeninos” cierto tipo de trabajos. Es decir, a partir de las capacidades que les eran atribuidas socialmente a las mujeres, se les demandaba para unas ocupaciones concretas. Si un hombre ocupaba uno de estos puestos, era considerado menos masculino y caía en vergüenza (p. 8).

Durante el proceso de industrialización, las altas tasas de actividad femenina incapacitaron a las mujeres para atender el cuidado de su prole. Por ello, la importancia del trabajo femenino, principalmente en las fábricas textiles, llevó a algunos empresarios a finales del siglo XIX, a facilitar el cuidado que llevaban las mujeres trabajadoras, presentando las primeras guarderías en las que, con tal de retener la mano de obra, permitían en ocasiones que los hijos estuvieran en las fábricas junto a sus mamás. Se desconoce el dato, pero la interrogante que surge es: ¿quién o quiénes eran las o los responsables de estas guarderías en cuanto a cómo se realizaba la atención o los cuidados de sus hijos e hijas de las empleadas durante las jornadas laborales? ¿eran más mujeres? ¿mismas mujeres que trabajaban en la fábrica y en realidad no había un encargado en la atención de los hijos e hijas de estas empleadas? Del mismo modo, la prolongación de las jornadas obstaculizó que las mujeres asumieran el trabajo doméstico y de cuidados sin redes de apoyo, debido a que, desde el movimiento obrero en el siglo XVIII, desencadenado a partir de la revolución industrial, lo doméstico era considerado como tareas exclusivas de las mujeres. Consecuentemente, muchas de las industrias expulsaron del mercado laboral a mujeres casadas y con hijos como solución a la doble jornada. A partir de esto, las mujeres que permanecían al cuidado del hogar y de su prole, se comenzaron a visualizar como un signo de

estatus, pero a la vez se reforzaba la figura femenina dependiente de un proveedor hombre (Carrasco, Borderías y Torns, 2019).

Aun así, la mano de obra femenina seguía siendo demandada, ya que como lo señala Medina (2014) “los empresarios preferían contratar a mujeres y niños antes que hombres, para ahorrar costes en la fuerza de trabajo” (p. 11). Lo que evidentemente resultaba injusto para la población femenina ya que los salarios eran sumamente desiguales y además debían cumplir con la responsabilidad de las tareas del hogar y del cuidado, desarrollando dobles o triples tareas dentro y fuera del hogar; como lo distinguen algunas autoras, cumpliendo una “doble presencia” en el protagonismo de los cuidados y la demanda laboral.

No obstante, la realización de los trabajos desde el hogar permitió poner a la luz algunas razones económicas por las que dicho trabajo ha permanecido invisible: primero, es importante señalar que el trabajo no es precisamente lo que se invisibiliza, sino la relación que sostiene con el sistema capitalista. Segundo, que el trabajo de cuidados implica la preservación de la vida humana. En este sentido, el trabajo familiar doméstico, realizado por las mujeres, es un trabajo totalmente indispensable para el capitalismo, ya que de eso depende la supervivencia de la mano de obra varonil y por tanto la producción; situación que sin el cuidado y atención de ellas sería casi imposible. Estas actividades exclusivamente domésticas, en las primeras décadas del siglo XX, formaron parte de una población considerada inactiva o improductiva, lo que contribuyó a la invisibilización de los trabajos del hogar (Carrasco, Borderías y Torns, 2019).

Con el énfasis en la separación de lo doméstico y el trabajo asalariado, se marcaron mayormente las diferencias entre hombres y mujeres, aumentando las desigualdades y feminizando los trabajos de cuidados y domésticos que un hombre no debía realizar para evitar una imagen vulnerable ante la sociedad. Pero, cuando se habla en sí de cuidados, Moliner (2005, retomado por Martín, 2008) refiere que éste “implica una gran cantidad de trabajo, un trabajo eventual que puede o no ser realizado, pero que participa directamente en el mantenimiento o la preservación de la vida del otro, asistiendo sus necesidades básicas y promoviendo su autonomía”

(p. 9). De igual forma, la realización de los cuidados involucra dimensiones físicas y emocionales, pero también económicas; sin dejar de lado el tiempo que se dedica al cuidar y el tiempo que se invierte al cuidado.

Estas labores protagonizadas por las mujeres cobran relevancia cuando la definición antes expuesta no cumple con lo dicho, es decir, cuando el trabajo “exclusivo” de las mujeres presenta un fallo o no se cubren adecuadamente las necesidades, y es reconocido, pero como un trabajo que no cumple las expectativas. Es así como se consolida que el ámbito doméstico y todas sus implicaciones, requieren jornadas completas para su adecuado cumplimiento hacia la familia (Martín, 2008).

Por otro lado, el trabajo doméstico y de cuidados alguna vez se creyó que sería por siempre, sin embargo, en los años 80's, con la entrada de la cuarta ola del feminismo<sup>28</sup>, en el que el movimiento cobra mayor fuerza y se da un cambio de escenario donde las mujeres acceden al ámbito público, principalmente al trabajo remunerado, sin dejar de lado el protagonismo que tenían como principales proveedoras de los cuidados. Lo que nuevamente ponía sobre la mesa más cantidad de trabajo para ellas y manifestaba la duda en cuanto a la capacidad de sobrellevar la doble presencia. La crisis de cuidados se relaciona con cambios estructurales, tanto demográficos, sociales, políticos y económicos, pero también con los cambios en las formas familiares y en los roles e identidades de género (Carrasquer, 2020).

Esta crisis de cuidados, por un lado, funcionó para poner en manifiesto la importancia de los cuidados que llevan a cabo las mujeres. Por otro lado, Ezquer

---

<sup>28</sup> La cuarta ola del feminismo da pie en la década de los 80 en el que el movimiento tiene más presencia en internet, mostrándose con mayor fuerza, reclamando la lucha por la igualdad, los derechos civiles, el derecho al aborto, la oposición a la violencia machista y a los estereotipos, la defensa de la libertad sexual, de igual forma entra con fuerza el colectivo LGBTQ+ y la denuncia al sexismo en los medios de comunicación. El movimiento se describe bajo la palabra sororidad, entendiendo la relación entre hermandad y solidaridad que debe haber entre las mujeres (Thomen, 2021).

(2012, p. 4) agrupa en tres categorías, los principales factores de esta crisis, en las que resaltan:

1. Transformaciones socio-demográficas: destaca el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida, los cuales han desembocado una creciente demanda de cuidados.
2. Transformaciones socio-laborales: se ha manifestado una importante disminución de la disponibilidad de las mujeres para cuidar en el hogar.
3. Transformaciones político-económicas: asumiendo una expansión de las políticas neoliberales para cubrir el vacío generado por el aumento de la necesidad de cuidado y el descenso de personas disponibles para llevarlo a cabo.

Y es que, en las últimas décadas, a partir de que se empezó a suscitar esta crisis, se ha notado una participación más amplia de las mujeres en el mercado laboral, hablando también de aquellas que buscan independizarse, rompiendo con la idea de un proveedor que históricamente sería quien mantendría económicamente de ellas. A la vez, con este crecimiento económico femenino, se ha percatado un crecimiento paralelo de la población longeva, lo cual implica que por las edades avanzadas requieren de mayor atención y cuidados.

Sin embargo, aquí también surge la reflexión de si estas personas mayores son cuidadas o cuidadoras, sobre todo en el caso de las mujeres mayores, quienes son las que suelen cuidar de los nietos a causa de la ausencia del padre o la madre que salen a trabajar y no pueden destinar mayor tiempo a hacerse responsables de los cuidados de sus hijos. Señalando que, las mujeres mayores que hacen estos cuidados no solo atienden los cuidados de los nietos, sino que hay responsabilidad moral, social y constructiva de cubrir los deberes del hogar, sin recibir necesariamente una retribución ya que, también son receptoras de cuidados.

Finalmente, el largo proceso que han llevado las mujeres aun es una lucha constante por la igualdad de condiciones, puesto que, aunque haya mayor presencia femenina en los trabajos y sean las mayores productoras económicas,

aún sigue latente la ausencia de derechos laborales y sociales, así como también siguen siendo víctimas de una segregación del mercado laboral, con salarios medios y una discriminación constante de las mujeres embarazadas y de las que ya son madres (Ezquerro, 2012). Es así como, hasta la fecha, la lucha por la igualdad de condiciones ha dado pasos importantes en la historia, pero hay muchos otros ámbitos que siguen en construcción y por ende siguen repercutiendo en las mujeres.

### 2.2.2 Mujeres del sector salud: trabajo de cuidados no remunerado frente a la pandemia

Con base a lo revisado anteriormente, a través de la historia las mujeres son las que han cumplido y llevado una responsabilidad sobre el trabajo de cuidados no remunerado, así como las labores domésticas de manera inequitativa en comparación con los hombres. En este sentido, la carga que implica la realización de las actividades de cuidado y de mantenimiento del hogar se intensifican cuando la mujer responsable de cuidar ejerce laboralmente y se ve en la necesidad de dejar a sus personas dependientes al cuidado de alguien más, o en su defecto, considerando las edades de sus personas a cuidar, los deja solos y solas. Aun así, el trabajo no remunerado no cambia ni se detiene, al contrario, aumenta y sigue exigiendo atención después de una jornada laboral.

En este sentido, gracias a la incorporación económica de las mujeres en el ámbito público y a la división sexual del trabajo, hay profesiones socialmente pensadas como femeninas, donde generalmente suelen ser profesiones mal pagadas e invisibilizadas a comparación de las que se consideran profesiones para hombres. En este caso, la Enfermería y el Trabajo Social son dos profesiones altamente feminizadas y gran cantidad de éstas trabajan en el sector sanitario, donde la mayoría son madres y en varios casos, son jefas de familia. Destacando que, el rol de cuidadoras se entrelaza con estas profesiones en el aspecto laboral del sector salud, en mayor o menor medida (Amilpas, 2020).

La pandemia por COVID-19 intensificó estas labores dentro del hogar para todas las mujeres. Asimismo, ha provocado una presión en los servicios sanitarios,

llevando a las y los profesionales de la salud a serias afectaciones físicas y emocionales; principalmente a las mujeres, quienes se ha documentado que han vivido la pandemia de manera más significativa, ya que involucra el cumplimiento de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, ampliando y profundizando las afectaciones físicas y mentales, generando una carga excesiva con la doble presencia derivada de la incorporación a lo laboral (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2020).

Del mismo modo, se ha reconocido que el personal de primera línea de atención ha tenido un impacto significativo en su salud como resultado de la pandemia por COVID-19, donde un 70% de estos, son mujeres. Las repercusiones se presentaron en lo laboral, ya que el estrés, la ansiedad y el miedo constante a ser contagiadas se acrecentaba a medida que se otorgaban cuidados a pacientes con COVID-19. Tan solo para el mes de abril del 2020 se atendían en promedio 1,389 casos a nivel nacional y ante el pico más alto reportado en enero del 2021 se atendieron 438,166 casos confirmados (Instituto Belisario Domínguez, 2020; El economista 2021). Del mismo modo, estas mujeres que brindaron cuidados a pacientes infectados generaban en su salud efectos negativos en conjunto con la doble presencia, donde se suma a sus responsabilidades los cuidados en el hogar, no solo en las medidas de prevención para erradicar el virus dentro de los hogares, sino del cuidado cotidiano de las personas dependientes para la preservación de sus vidas.

Las medidas preventivas impactaron en las rutinas de todas y todos ya que, se ha reportado que ante el confinamiento, en 37 países de América Latina, según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura ([UNESCO], 2020, retomado por la CEPAL, 2020) "las escuelas han cerrado, lo que implica que al menos 113 millones de niñas, niños y adolescentes se encuentren mayor tiempo en sus casas para prevenir la expansión del virus" (p. 1); lo que sin duda sobrecarga el tiempo de las familias y particularmente el de las mujeres que dedican el triple del tiempo al trabajo doméstico y de cuidados a partir de la pandemia.



En el caso de México, la suspensión de clases hizo que 25.5 millones de personas en edad de ser cuidadas por una persona adulta, se queden en sus hogares durante el confinamiento. Pues, en al menos un cuarto de los hogares, hay una persona menor de 6 años que requiere cuidados (ONU Mujeres y Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). Sin contar a personas mayores, personas con discapacidad o con alguna condición de salud que también requieren atención.

Ahora bien, con el acontecimiento de la pandemia y la intensificación de los cuidados hospitalarios y consecuentemente de los hogares, el trabajo de cuidados cobró mayor impacto, pues la pandemia ha marcado la centralidad y la importancia que tuvo y tiene este trabajo para sumar a la esperanza de vida. De esta manera, las mujeres han cubierto diariamente una demanda de cuidados en los hogares, pero en el caso de las mujeres del área de la salud en primera línea de atención, su función no solo se queda en casa, sino que se reproduce en su ámbito laboral de manera más demandante ante la contingencia sanitaria.

Es así como, las mujeres de primera línea de atención se han visto mayormente afectadas, puesto que, a muchas les suspendieron sus empleos o en su defecto, se vieron orilladas a renunciar por el pánico de ser contagiadas debido a la naturaleza de su labor y su entorno. En segundo punto, las tareas del hogar y responsabilidades de cuidado, derivadas del confinamiento y la suspensión de actividades escolares, ha desencadenado en las mujeres una sobrecarga excesiva y repercusiones en su bienestar físico y psicológico. Sumando que, efectivamente se encontraban expuestas constantemente a ser contagiadas y a contagiar a los integrantes de su hogar; lo que en conjunto presentaba efectos devastadores en la salud de las profesionales (ONU Mujeres y OPS, 2020).

La sobrecarga de la doble presencia que se acrecentó durante la pandemia ha demostrado la permanencia de las desigualdades económicas y de género existentes, debido a la injusta distribución de las responsabilidades que sigue recayendo en las mujeres y especialmente en los hogares. El peso de esto, no solo limita carencias, ya sea en el ámbito laboral o en el cuidado en el hogar, sino que las consecuencias están dejando “pobres de tiempo” a las mujeres que se

desarrollan profesionalmente, como sucedió con las mujeres del área de salud, que se quedaban sin tiempo para el cuidado en los hogares y en su defecto, aumentaba el tiempo invertido en lo laboral ante la pandemia, generando a la vez, más estrés y burnout (ONU Mujeres y CEPAL, 2020).

No obstante, el incremento de trabajo remunerado produjo un agotamiento extraordinario en ellas, ya que, al llegar a sus hogares, muchas veces no lograban descansar por los pendientes que aún debían cubrir. En este sentido, el tiempo para los cuidados en el hogar se vieron afectados y modificados, además de que las diferencias entre los cuidadores y las cuidadoras son significativas. La OPS (2020) ha señalado que, la contribución de los hombres al trabajo de cuidados, en promedio es de 4 horas 50 minutos semanales, mientras que las mujeres en promedio dedican 10 horas o más. De igual forma, señala que no toda la familia participa en los cuidados, por lo que la brecha de género con relación al tiempo en el cuidado sigue siendo desigual, reafirmando la distribución dispar de las responsabilidades.

Por su parte el Instituto Nacional de Estadística y Geografía ([INEGI] 2019), han realizado una Encuesta Nacional sobre el Uso del tiempo (ENUT), en el que se ha encontrado de una muestra de 71,404 personas de 12 años y más, que el 49.4% se dedica exclusivamente al trabajo doméstico no remunerado y un 47.9% trabaja para el mercado. Destacando que las mujeres llevan un mayor porcentaje en las tareas que tienen que ver con el hogar y poca participación en el mercado, comparado con los hombres, donde la función es al revés, es decir, se observa mayor participación en el mercado que en las tareas del hogar. En cuanto a las horas invertidas, se determina que las mujeres invierten 39.7 horas a la semana comparado con los hombres, quienes invierten tan solo 15.2 horas a la semana. Y en el caso del trabajo en el mercado, los hombres invierten aproximadamente 47.7 horas a la semana y las mujeres 37.9 horas. En otras palabras, las mujeres no están tan alejadas del tiempo que invierten los hombres en el mercado, pero los hombres si se observan más distantes de lo relacionado con el hogar. El INEGI concluye que, a nivel nacional, las mujeres trabajan en promedio 6.2 horas más que los hombres según el tiempo total del trabajo (p. 9-13).

Asimismo, es relevante rescatar que de manera paralela a la crisis en el sector salud, se estaba generando una nueva crisis de los cuidados. Retomando que, esto se ha presentado principalmente porque las mujeres, quienes son las mayores proveedoras de cuidados, se han incorporado cada vez más al mercado laboral, dejando “ausentes” o a cargo de alguien más a sus personas dependientes, razón por la que es puesta en duda la disponibilidad y capacidad para cumplir con el “rol de cuidadoras”, debido a que la presencia varonil para el cumplimiento del trabajo de cuidados aún es escasa. En suma, es el resultado de cambios poblacionales que implican un incremento constante en la necesidad de cuidados (OPS, 2020).

La crisis entonces se gesta por diversas razones; las que rescata la OPS (2020), son: por un lado, que los movimientos feministas han impulsado la emancipación económica de las mujeres, logrando que muchas de ellas se sumen como responsables económicas de sus hogares. Además, menciona que la crisis tiene mayor impacto negativo en los grupos de menores ingresos. Por otro lado, está estrechamente relacionado con el sistema económico capitalista, ya que supone que los problemas en el cuidado no son accidentales, sino que son consecuencia de éste, pues señala que el sistema ha reducido los salarios reales, elevando la cantidad de horas de trabajo remuneradas que sean necesarias para el mantenimiento y sustento familiar. Lo que supone más tiempo de trabajo por menos salario y menos tiempo para cuidar del hogar y sus integrantes.

La cuestión del aumento de horas es de los puntos claves del porqué se presentó una crisis de cuidados frente la pandemia, pues la atención del sector salud, requería que mujeres cuidadoras, incrementaran sus horarios de atención debido a la demanda de pacientes, donde las consecuencias recayeron en los hogares ante la deficiencia de los cuidados a las personas dependientes de las mujeres del sector salud. La sobrecarga, el estrés y la incertidumbre generada ante el escenario contingente, inevitablemente las llevó a un agotamiento físico y mental, donde el confinamiento acentuaba los malestares al llegar a los hogares.

De igual forma, la realidad del distanciamiento físico, el trabajo desde los hogares, las clases en línea, el trabajo doméstico y de cuidados, el desempleo, entre otros

aspectos, evidenció un aumento de violencia doméstica. La pandemia también ha visibilizado de forma rigurosa las desigualdades, ya que, ante los enfermos de COVID-19 en los hogares, las mujeres fueron las principales responsables del acompañamiento, tratamiento y cuidados de los contagiados, lo que aumenta para ellas padecimientos como ansiedad, depresión y estrés. Es así como, se espera un cambio significativo en el reconocimiento de los cuidados, ya que se corroboró que han sido sustanciales ante la emergencia sanitaria. Sin embargo, esta situación no mejorará con el fin de la pandemia, puesto que es una situación estructural (Amilpas, 2020).

Por otro lado, pese al incremento de la imagen masculina en los cuidados, se estima que solo brindan cuidados a sus hijos e hijas, con la intención de reforzar lazos familiares, sin embargo, cuando se trata de cubrir cuidados a personas mayores, con discapacidad o con alguna condición de salud, son las mujeres quienes siguen siendo las principales proveedoras de estos. Pero ¿qué pasa cuando la mujer enferma y la imagen masculina está ausente? ¿quién cuida de ellas? y ¿quién cubre el cuidado de los y las dependientes del personal femenino de salud? Ciertamente, se ha reconocido que quien cubre los cuidados por lo general son más mujeres, ya sea hijas que pueden satisfacer necesidades básicas de atención o mujeres mayores de la familia extendida o externas que cuiden de ellas y de los miembros del hogar que lo requieran.

En resumen, la construcción naturalizada de la mujer cuidadora, llega a restringir la participación económica y quienes han sido incorporadas laboralmente, usualmente conllevan dobles o triples jornadas, dobles responsabilidades que requieren mayor apreciación pública de un trabajo que cuesta y demanda tiempo, mismo que para muchas es un faltante para el cumplimiento de estos. Asimismo, ante la pandemia por COVID-19, la realidad de las mujeres del sector salud, desencadenó serias afectaciones que posiblemente han sido minimizadas y poco reconocidas, lo cual afecta profesional y personalmente hablando.

### 2.2.3 Organización familiar y arreglos familiares frente a la pandemia

Las cargas laborales que presentaron las mujeres del sector salud frente a la pandemia, la incertidumbre ante la situación y la responsabilidad de la doble presencia supuso y aún supone, una sobreexplotación y desgaste físico y mental ante el cumplimiento de ambas funciones. La incorporación de las mujeres en el ámbito laboral figura ciertas modificaciones en las dinámicas familiares, sobre todo hablando de los roles, ya que una vez que las mujeres se incorporan al ámbito laboral, no solo siguen asumiendo el rol de cuidadoras, sino que se convierten también en proveedoras económicas del hogar (Álvarez y Gómez, 2010).

Del mismo modo, Álvarez y Gómez (2010) retoman que la responsabilidad tanto en lo laboral como en lo familiar, tienen afectaciones una sobre otra; por un lado, el tiempo se vuelve un recurso demasiado escaso, ya que si se dedica más tiempo al cumplimiento de lo laboral, limita la posibilidad de cumplir con las exigencias del hogar y viceversa. A la vez, el incumplimiento de uno u otro aspecto, puede repercutir negativamente en el bienestar de la persona en cuanto invierte energías que sobrepasan su capacidad. En otras palabras, el cumplimiento efectivo de ambos escenarios requiere tiempo y energía para cubrir en cantidad y calidad el aspecto laboral y del hogar; la falta de alguno de estos supone conflictos en cuanto a los tiempos dedicados a cada uno, teniendo implicaciones psicosociales negativas como: cambios en el estado de ánimo y cansancio corporal, principalmente en las mujeres.

Ante el escenario de la pandemia, los profesionales de la salud vivieron una alta demanda de tiempo y energía en los centros de atención a pacientes con COVID-19, lo cual llegó a afectar sus dinámicas familiares por el hecho de invertir menos tiempo en las actividades del hogar y del cuidado. No solo se modificó la dinámica en cuanto a los tiempos de cuidado, sino que el miedo constante de poder contagiar a los miembros del hogar después de una jornada se hacía cada vez más presente, teniendo como consecuencia el contacto limitado entre los integrantes del hogar.

No obstante, el confinamiento también tuvo un gran impacto en las familias, pues la convivencia diaria en los espacios domésticos y a la vez, espacios reducidos, no han tenido efectos positivos en la cohesión familiar. Pues la convivencia obligada y la presencia de todos los miembros de la familia gran parte del día en un mismo espacio, alteró el “lugar donde la mujer realiza sus actividades” generando “más trabajo de lo mismo”. Ante esto, Valle, Obregón y Torres (2021) retoman hacer visible que las mujeres tanto si trabajan fuera del hogar, como si no, se siguen encargando del trabajo de cuidados y del hogar. También retoma que, bajo el sustento de los estereotipos de género, se considera que la mujer, al ser ama de casa, es la encargada de la organización familiar. A lo que surgen las interrogantes de ¿cómo fue la organización familiar? ¿hay más o menos actividades? y ¿quiénes las realizan?

Más aún, ante la pandemia, la interrogante sería ¿cómo se organizaron las mujeres que trabajan en el área de la salud, para sobrellevar el trabajo doméstico y de cuidados, de manera paralela al despliegue de su trabajo profesional? Sin duda, es una cuestión que asume riesgos en la salud al tratar de resolver ambos escenarios sin la colaboración de otras personas. No obstante, no es un hallazgo mencionar que el personal sanitario presentó una *carga insólita* en su ambiente laboral frente a la emergencia sanitaria, limitando el tiempo que invierten las mujeres para el cumplimiento de las actividades del hogar, desatando mayor estrés e inquietud. A esto, Valle, Obregón y Torres (2021) comentan que en algunas ocasiones las mujeres dejan de lado su carrera para responder a los cuidados familiares, además mencionan que las sociedades se ven afectadas cuando hijas e hijos son cuidados por un tercero y no por la madre como referente de la crianza. También cabe reconocer que, ante la pandemia, muchas profesionales de la salud dejaron sus cargos laborales para evitar ponerse en riesgo y cuidar a los integrantes de su familia.

Para aquellas mujeres que siguieron laborando ante el escenario emergente, implicó desde luego, mayor carga en lo laboral y en el hogar, asumiendo regularmente las responsabilidades bajo la *autoexplotación*, generando mayores

afectaciones físicas, emocionales y con mayor probabilidad de presentar síndrome de burnout.

Por ello, los arreglos familiares tienen y tuvieron mayor importancia ante la pandemia, ya que es importante reconocer que la mujer no siempre *puede con todo* y que es indispensable conseguir arreglos familiares, no solo entre la pareja sino con la familia extendida, así como preservar redes de apoyo, ya que pueden contrarrestar afectaciones físicas y mentales ante la carga de cuidados del hogar y, por ende, mitigar el estrés entre ambos escenarios. Poniendo énfasis en que, a falta de redes de apoyo, las personas son más propensas a caer en aspectos negativos de la salud.

Por lo general, se ha documentado que los arreglos familiares, las prácticas compartidas del cuidado o la organización familiar, sigue recayendo en mujeres de la familia o en algunos casos mujeres externas a ésta, reconociendo comúnmente que pueden ser mamás, cuñadas, vecinas, amigas, abuelas e incluso niñas que desde los 10 años o antes, empiezan a realizar los trabajos del hogar y del cuidado de hermanos y hermanas menores; buscando entre mujeres la forma de organizarse y apoyarse de manera colectiva para *poder salir a trabajar* y al mismo tiempo no descuidar *sus responsabilidades* en el hogar (Sciortino, 2017).

Sciortino (2017) menciona que “las familias nucleares se encuentran entrelazadas en sus prácticas cotidianas y se apoyan en instancias clave para la subsistencia y reproducción del grupo familiar”. Es decir que, la misma familia busca arreglarse internamente para el trabajo doméstico y de cuidados sin involucrar a terceros. Sin embargo, también retoma que las ocasiones en que los esposos se hacen cargo del cuidado, son reconocidas como instancias inesperadas y no cotidianas; principalmente “colaboran” cuando la mujer presenta dificultad para realizarlo, por ejemplo, ante una enfermedad (p. 8-9).

Es por lo que, para las profesionales de la salud resultó de suma importancia contar con el apoyo familiar, ya que evidentemente el escenario laboral fue altamente absorbente. Ahora bien, ¿qué pasa con las mujeres que no tuvieron el apoyo de

alguien más ante la pandemia? ¿cómo se organizaron ante la situación? Esto con motivo de que, el Instituto Belisario Domínguez (2021) documenta que, las prácticas compartidas de cuidado se limitaron, pues en estadísticas realizadas a cinco países de Europa, las mujeres referían que no cuentan con ayuda externa para los cuidados y un 10% de ellas aseguró menos ayuda que antes de la emergencia sanitaria (p. 9). Posiblemente, la falta de apoyo ante los cuidados en contingencia se debe a que, ante una enfermedad de la que se sabía que era contagiosa y letal, nadie quería ponerse en riesgo de contagiarse. Así pues, cumplir con la doble presencia, involucró un sobreesfuerzo al no contar con apoyo para el cumplimiento de estos. También sucede que muchas veces en los hogares, se tiene la presencia del esposo, pero éste no colabora con los deberes del hogar y si hay niñas, usualmente son las que conllevan la responsabilidad, cayendo nuevamente en el orden social marcado de que las mujeres son las responsables del hogar, así sean menores.

Desde otro punto de vista ante la pandemia por COVID-19, se estima también que muchos hombres participaron más en lo relacionado con el hogar, pues al estar gran parte del día en estos espacios, implicaba nuevas formas de sobrellevar el tiempo, a comparación de antes de la pandemia. En este sentido, Farré y González (2020) comentan que, ante el confinamiento, las tareas se repartieron más que antes, ya que los hombres se encargaron más de las compras, de la ropa y de la limpieza del hogar.

Finalmente, Levine (1999, retomado por la OPS, 2020) reconoce que cuando el cuidado es asumido por la familia, en la mayoría de los casos hay ausencia de intercambio monetario ante la responsabilidad de los cuidados. Del mismo modo, la mayoría de los cuidadores familiares consideran su rol como “natural” o como una parte frustrante y pesada, pero inevitable de la vida familiar. Puede incluso que no se reconozcan como cuidadores, sino simplemente como esposos, esposas, hermanos, hermanas, acompañantes, entre otros (p. 17). Es así como, las labores del cuidado y del hogar, se llegan a interiorizar tanto que no importa si se recibe una remuneración por realizarlos y se asumen simplemente como algo que se debe



realizar, cosa que resulta muy estresante para aquellas y aquellos que cargan con dicha obligación. Además de que depende también de la persona responsable, buscar la red de apoyo u organizarse para que cubran su trabajo doméstico y de cuidados, mientras sale a trabajar -de manera remunerada- con la finalidad de sustentar su hogar y a sus miembros.

## **2.3. Referentes teóricos**

### 2.3.1 Desde el síndrome de burnout

Diversos autores han retomado la relevancia del tema de lo que hoy se conoce como síndrome de burnout; un estado mental que afecta seriamente a los profesionales. Sin embargo, algunos estudios (Carlin y Garcés, 2010; Juárez et al., 2014) ponen el foco en que ya no solo son los profesionales de la salud quienes se ven más vulnerables a presentar el síndrome, debido a la naturaleza de su labor al mantener relación directa con las personas, sino que este se puede presentar en cualquier persona que se vea expuesta a una sobrecarga que rebase sus posibilidades de adaptabilidad, sobreesfuerzo y cognitivas, principalmente del aspecto laboral. Sin embargo, ante la pandemia se ha considerado que el burnout ha llegado a los hogares como resultado de una rutina y encierro, así como el distanciamiento social, que limitaron las posibilidades de manejar el estrés.

Es preciso retomar que el primer autor en utilizar el término de burnout fue un médico psiquiatra llamado Herbert Freudenberger en 1974. Observó que al lapso de 3 años aproximadamente, gran cantidad de personas sufrían una progresiva pérdida de energía, desmotivación y falta de interés en los trabajos, provocándoles agotamiento físico y mental en conjunto con síntomas de ansiedad y depresión. De igual forma, notó que las personas se volvían insensibles, escasamente comprensivas e incluso agresivas. Freudenberger describió este patrón de conducta bajo el nombre de burnout que en traducción corresponde a “estar quemado” o “consumido”, haciendo referencia a aquellas personas que no conseguían sus resultados esperados pese a los esfuerzos desplegados (Carlin y Garcés, 2010).

Más tarde, Christina Maslach, psicóloga, daría a conocer este término públicamente, lo cual pondría de manifiesto una condición mental que se estaba presentando con mayor frecuencia en trabajadores que ofrecían servicios humanos, es decir, con los trabajadores donde su labor es directamente con personas. Determinaba que después de años de dedicación terminan “quemándose” manifestando cansancio emocional o la sensación de “no poder más” (Álvarez y Fernández, 1991).

Maslach y Jackson (1981, retomado por Álvarez y Fernández, 1991) consolidan una definición para el burnout, destacan que es una respuesta inapropiada, desencadenado de un estrés crónico, en donde los rasgos principales son: agotamiento físico y mental, actitud fría, despersonalización y un sentimiento impropio a las tareas que ha de realizar. También ha sido comúnmente reconocido como una interacción negativa entre el espacio laboral, el equipo con el que se trabaja y propiamente la interacción con la población “usuarios”.

Asimismo, Mingote (1998, retomado por Carlin y Garcés, 2010) reafirma que el burnout “se asocia al trabajo directo con personas, tras un tiempo prolongado de alta implicación emocional con el cliente, con alta demanda de exigencias adaptativas y bajas posibilidades de ejercer un control eficaz sobre situaciones complejas” (p. 2). En este sentido, se hace referencia a los profesionales de la salud, quienes fueron los protagonistas ante la contingencia sanitaria, caracterizados por laborar directamente con personas contagiadas por el virus SARS-CoV-2, quienes constantemente se encontraron expuestas a una labor que exige acciones ante escenarios complejos que, a largo plazo pueden comenzar a presentar este síndrome como resultado de un estrés constante, agotando su capacidad de reacción.

Se ha estudiado el burnout desde dos perspectivas: la primera corresponde a la clínica, en el que se entiende como un estado al cual llega la persona, producto del estrés laboral que ya padece. Y la segunda es una perspectiva psicosocial, que lo considera un proceso que se desarrolla por la interacción que se produce entre las características del entorno laboral y las personales. La diferencia de ambas perspectivas radica principalmente en que la primera está relacionada al estado

personal y la segunda analiza al burnout como un proceso dinámico, producto de una interacción con diversos factores (Gil-Monte y Peiró 1997, retomado por Vicente de Vera, 2017).

Es importante señalar que, el síndrome de burnout no es una disfunción psicológica que surge repentinamente, sino que es un proceso continuo y acumulativo en el que, con el paso del tiempo, el adaptarse a demandas laborales que exigen un sobreesfuerzo, provoca que la persona se vuelva más propensa a reaccionar agresivamente, irritante, esquiva y tratará de culpar a los demás de sus frustraciones e ineficiencia en el trabajo.

Ante el patrón de conductas que se desencadenan en el espacio laboral para llegar a presentar burnout, Álvarez y Fernández (1991, p. 2-3) explican un proceso transicional que ayuda a comprender cómo se llega a considerar que alguien puede sufrir este fenómeno ocupacional, explicándolo en las siguientes fases:

- Fase 1: Las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos, dándose una situación de estrés.
- Fase 2: Corresponde a un exceso o sobreesfuerzo en la que la persona daría una respuesta emocional a ese desajuste, apareciendo signos de ansiedad, fatiga, entre otros síntomas, que exigen a la persona una adaptación psicológica.
- Fase 3: Corresponde al enfrentamiento defensivo que va a producir un cambio de actitudes y de conductas con el fin de defenderse de las tensiones experimentales.
- Fase 4: Corresponde a la etapa final en la que propiamente aparecería el burnout, que sería la respuesta a una situación laboral intolerable.

Por otro lado, Sebastián (2002, retomado por Villavicencio 2019, p. 55-56) propone otra serie de fases que se pueden presentar en menor o mayor medida con un incremento progresivo de severidad. Las cuales son:

- Fase de entusiasmo: Comprende el inicio de la etapa laboral, donde las expectativas son idealizadas, provocando una “sobre identificación” con los clientes. Es la etapa donde se rompen las expectativas con la realidad.
- Fase de estancamiento: Se empieza a ser consciente de que una excesiva implicación en el trabajo supone un abandono de las necesidades personales y puede haber un descenso de otras actividades interesantes y placenteras. Además, el trabajador no siempre se siente reconocido en lo que hace, lo que reafirma el descenso en otras actividades.
- Fase de frustración: Constituye el punto central del burnout. Se caracteriza por el cuestionamiento del valor del trabajo mismo, provocando frustración, descenso de la motivación hacia los usuarios e incluso actitudes negativas hacia éstos.
- Fase de apatía: Finalmente se entra en un mecanismo de defensa en la que aparece una gradual indiferencia y falta de interés frente al daño emocional ocasionado por la constante frustración profesional. Se define un sentimiento de vacío caracterizado por un distanciamiento emocional, desprecio, cinismo hacia las personas, principalmente hacia los usuarios.

Las fases antes retomadas, comprenden casi el mismo proceso, dando visión a que esta problemática, se da con los años de dedicación profesionalmente, donde ciertamente hay una interacción de factores que desequilibran el bienestar del profesional llevándolos a reacciones que después son incontrolables.

Diversas características que retoman los autores sobre el síndrome de burnout permiten orientar y comprender que ante el escenario emergente y demandante de la contingencia sanitaria por COVID-19, los profesionales del área de la salud se vieron altamente afectados por este fenómeno ocupacional perjudicando su rendimiento laboral a lo largo del tiempo en que transcurrió la pandemia. Además, es relevante mencionar que también sucedió en otros aspectos, pues al estar gran parte del tiempo y de la población en resguardo domiciliario, se vieron de igual forma

afectados por este síndrome, ante las cotidianidades del hogar que sobrecargaron “de lo mismo” a la población, principalmente a las mujeres.

García, Aguilar y García (2021) señalan que, a partir de un estudio que retoman, realizado por Graue et al. (2007) “entre el 17% y el 76% del personal médico cuenta con cifras muy elevadas de agotamiento emocional, siendo las mujeres quienes presentan con más frecuencia el síndrome de burnout” (p. 4). Comentan que es debido a que la mujer vive constante presión en el hogar principalmente por el cónyuge. Sin embargo, bajo el contexto de pandemia no solo ha sido por parte del cónyuge, sino que la presión en el hogar fue tan significativa que la demanda de los miembros, principalmente menores que estudian, requerían supervisión en las tareas y clases a distancia, no omitiendo el cuidado a algunos integrantes de la familia y las labores propias del hogar que se incrementaron, como hemos revisado anteriormente.

Así pues, lo relevante de lo mencionado, no supone insignificancia en las afectaciones que presentaron las mujeres, pues tan solo el ámbito laboral fue un escenario de alta tensión que repercutió en su salud física, mental y emocional de las y los profesionales sanitarios que no tuvieron “la oportunidad” de manejar las repercusiones. En consecuencia, el sobreesfuerzo y la carga generaron fatiga, cansancio, estrés y agotamiento que pudieron agravar los niveles de ansiedad y depresión. A esto, García, Aguilar y García (2022), comparten que la depresión y el burnout pueden presentarse en forma de fatiga, irritabilidad y nivel cognitivo bajo, propiciando un ambiente laboral tenso, con menor calidad de atención a usuarios, volviéndolos incluso vulnerables a cometer errores. Asimismo, señalan que la fatiga puede ser considerada el primer paso para presentar el síndrome de burnout.

### 2.3.2 Desde la teoría feminista del cuidado

El movimiento feminista, ha sido de los sucesos más largos a través de la historia en el que las mujeres preservan una lucha constante en contra de los sistemas de opresión, buscando estrategias que las liberen social, política, económica y culturalmente. Además, existe una amplia variedad de autoras que defienden la

visión feminista, poniendo en manifiesto la desigualdad de condiciones a nivel estructural que sufren las mujeres comparado con los varones. Hablar de feminismo también involucra la importancia de ser conscientes de la amplitud del término, donde es visto por una complejidad de mujeres de distintas clases sociales y países.

A través de los años, las mujeres han sido invisibilizadas y explotadas en las actividades realizadas en el hogar, como la limpieza, el cuidado de los integrantes de la familia, el lavado de ropa, lo que concierne a la alimentación como la compra y preparación de éstos, entre otras muchas cosas que la mujer se encarga, solo por ser “propia del hogar”, pero sin retribución monetaria. Este tipo de actividades, disminuyen la posibilidad de que se puedan incorporar al mercado laboral contribuyendo a la desvalorización e invisibilidad de lo que realizan.

El trabajo de cuidados es focalizado desde la visión económica feminista, la cual se centra en reconocer, identificar, analizar y proponer una modificación a la desigualdad de género para lograr la equidad socioeconómica. El objetivo principal desde este punto de vista no es la reproducción del capital sino la reproducción de la vida. Este supuesto, reconoce los términos que forman parte del análisis como lo son: economía de los cuidados, la división sexual del trabajo y la organización social del cuidado (Rodríguez, 2015).

Asimismo, en el reencuentro analítico que plantea Rodríguez (2015) es que, la economía del cuidado fue reconocida tempranamente con el marxismo, corriente del pensamiento que puso en manifiesto, para otros pensadores, la necesidad de visibilizar el rol del trabajo doméstico no remunerado en el proceso de acumulación de capital y la implicancia de la explotación que sufrían las mujeres por parte del capitalismo y de sus cónyuges. Por otro lado, la economía feminista pretende visibilizar el rol sistémico del trabajo de cuidados en la dinámica económica de la sociedad capital y también dar cuenta de las implicaciones que tiene la vida económica de las mujeres en el cómo se organiza el cuidado y resaltar que este trabajo llevado al interior de los hogares, principalmente por mujeres, tiene una

función esencial en las economías capitalistas; básicamente es la reproducción de la fuerza de trabajo (párr. 9-12).

La economía feminista, como se mencionó anteriormente, pone a la luz la importancia de los trabajos de cuidado y domésticos que parten del análisis del marxismo con los términos de producción y reproducción. Carrasco (2017) retoma en primera instancia que la economía está basada en la reproducción, dando a entender que los sistemas económicos, para poder conservarse, necesitan producir sus propias condiciones de reproducción. Por lo que la autora rescata la visión de Marx con la idea de plusvalía y la acumulación de capital, especificando la necesidad de reproducir la fuerza de trabajo, para poder reproducir el proceso laboral del día a día. Sin embargo, los procesos de reproducción integraban una lógica de desigualdad y explotación, donde esta última, permitiría continuar con el proceso de acumulación de capital.

Siguiendo a la misma autora, subraya también un principio de la economía de la reproducción, la cual establece que, si no se dan las condiciones de reproducción, la sociedad no tiene asegurada su continuidad. Dando paso a la consolidación de una visión patriarcal de lo denominado económico (aquel que genera capital en el mercado) donde se margina e invisibiliza el trabajo realizado por las mujeres en los hogares por no generar capital directamente, pero que es necesario para el mantenimiento de la vida, la reproducción social y la acumulación de capital. Algo importante que retoma la autora y que es muy cierto, es el hecho de que la falta de reconocimiento de estos trabajos realizados por las mujeres es latente hoy en día, pese a la lucha por hacerlos visibles y a los años de historia que ponen en pie el análisis del trabajo de cuidados y doméstico.

Asimismo, los términos de producción y reproducción suponen conflictos en su entendimiento, ya que se habla de procesos de producción y reproducción de mercancías y a la vez de producción y reproducción de la fuerza de trabajo que involucra la reproducción biológica, propia de la mujer, para la conservación de la fuerza de trabajo. Además, la visión que se tiene sobre el trabajo realizado por las mujeres es entendido como un servicio para los hombres, como una actividad

realizada por “amor” o el supuesto deseo de la mujer por *ser una esposa perfecta*. Afirmaciones que se han construido a través de los tiempos, ya que los cuidados son algo inherente a la vida y que dan respuesta a diversas necesidades humanas básicas, necesidades que comúnmente pasan desapercibidas porque se encuentran naturalizadas socialmente, como si fuera una “mano invisible” que nadie quiere ver, pero que existen (Carrasco, 2017).

Como último punto de análisis de Carrasco (2017) es que, los cuidados se pueden entender como un plus afectivo brindado a personas dependientes y que representan un enorme desgaste femenino. No obstante, el trabajo de cuidados es completamente necesario; no se trata de si se quieren o no llevar a cabo, es simplemente una condición humana y rechazar el cuidado, podría significar el rechazo a la vida misma. A su vez, rescata dos dimensiones del cuidado; por un lado, es un derecho de cada persona y el otro es una responsabilidad colectiva. Aquí, asegura que no es un asunto de mujeres, sino que debe existir una distribución equitativa de estas actividades en conjunto con los hombres. Finalmente, sostiene que sólo el trabajo que realizan las mujeres permite que el sistema social y económico puedan seguir funcionando, produciendo y reproduciendo como hasta ahora.

De igual forma, estos trabajos realizados por las mujeres son de gran importancia para el análisis feminista ya que pone en manifiesto la distribución desigual de las tareas propias del hogar, en las que el hombre se involucra poco o nada para la atención de estas. Se destaca que estos trabajos se han establecido como actividades “a la par”, es decir que, son como una sola; difícilmente se podrá hablar por separado de cuidados o trabajo doméstico, puesto que se ha establecido que no se puede cubrir una, sin la otra. Además, la importancia de creer que las mujeres son las que cubran estas actividades es porque se considera que son quienes garantizan la reproducción biológica y social.

Al respecto Campillo (2000), refiere que la reproducción social no solo involucra brindar alimentación a los miembros, sino que conlleva elementos para la socialización como la transmisión de valores, identidades y roles, desarrollo de



capacidades y habilidades para el desarrollo, normas de comportamiento, entre otras. Añade a su discurso que, la mujer se encuentra en una encrucijada entre la calle y la casa, ya que en el primero, los espacios para ellas son restringidos y discriminatorios. En el segundo caso, el trabajo es arduo y no reconocido, pero va acompañado de legitimidad social. Destaca también el aspecto económico, en el que señala que se mueve en dos ámbitos, el primero es propio de la producción, dónde reciben salarios, es la economía de los bienes y lo que se conoce en sí, como economía y el segundo es el de los cuidados, una economía que permanece invisible y que se considera improductiva (p. 3). Sin embargo, lo cierto es que este trabajo siempre ha permanecido bajo lo oculto ya que para el capital no es conveniente ponerlo sobre la mesa, pues el valor de uso que genera este trabajo para los miembros del hogar hace que las mujeres permanezcan en sus hogares para el cuidado de los hombres, hombres que para el capitalismo son su fuerza de producción y reproducción del capital, es decir, su fuerza de trabajo. mientras que las mujeres quedan excluidas de este ámbito.

De igual forma, Campillo (2000, p. 7) menciona que en los hogares también existe un trabajo de producción, solo que no es remunerado. Es un trabajo doméstico que incluye los cuidados de niñas, niños, adolescentes, personas mayores, con discapacidad o con alguna condición de salud, sumando a esto, la limpieza del hogar. Asegura que la casa es el principal espacio de producción y consumo, y que también en ocasiones suele ser suplido por los miembros del hogar como niñas, niños y otras mujeres, pero es realizado sin transacción monetaria. En suma, enfatiza tres características de la economía del cuidado que están estrechamente ligadas, las cuales son:

1. Invisibilidad: relacionado con la apreciación de las actividades del hogar expresadas como naturales. La ideología patriarcal logró legitimar los roles de las mujeres.
2. No contabilidad: no producen directamente riqueza, así que no se registra como un proceso económico.

3. No remuneración: relacionado a la creación de identidades de género basadas en la actual división del trabajo donde el hombre es el productor y la mujer la reproductora y consumidora.

En otros aspectos, autoras como Esteban y Otxoa (2010) señalan que el trabajo de cuidados es cada vez más difundido y representa una parte importante del movimiento feminista, ya que ha sido un trabajo discriminado social y económicamente, pero que también resulta problemático y confuso puesto que usualmente se define como algo por encima del tiempo y del espacio, además del uso de expresiones incorrectas como “cuidados familiares” (no deja clara la mayor implicación de la mujer), “cuidados profanos” (induce a una separación y jerarquía de lo que hacen los profesionales y expertos), “cuidados informales” (distingue entre saberes) o “cuidados domésticos” (implica una separación entre lo doméstico/privado separado de lo público) (p. 3).

Concretamente Esteban y Otxoa (2010) hacen hincapié que los cuidados son la atención a la dependencia donde se ven implicados aspectos como la reciprocidad y el afecto. En el primer caso, implica dar, recibir y devolver, sin embargo, el problema con éste es que, dentro del sistema capitalista, una consecuencia es que las mujeres no reciban nada a cambio por este trabajo. También señalan algo importante al decir que, las mujeres se “donan a sí mismas” y como no reciben en la misma proporción, sufren un proceso de alienación. En cuanto al aspecto afectivo, al involucrar sentimientos hacia las personas dependientes, se lleva a pensar que el mejor cuidado es aquel en que los sentimientos están presentes.

En este sentido, Rodríguez (2015) también hace mención que la construcción de la percepción social de que las mujeres tienen mayor capacidad que los hombres para los cuidados, está basada en la condición biológica de las mujeres. Se considera que esa capacidad exclusiva de ellas las dota de facultades superiores para lo relacionado a los cuidados. No obstante, lejos de ser una capacidad natural es más bien una construcción social sustentada en las relaciones de género.

Sin lugar a duda, la maternidad juega un papel importante para la determinación de las tareas a realizar, sin embargo, esa división sexual de los trabajos sigue siendo una construcción social que se marcó desde la industrialización, ya que la visión feminista no tendría que dar por hecho que, *por ser mujer y madre debe nacer sabiendo limpiar, lavar, cuidar, etc.* De igual forma, se considera que las mujeres ocupan un lugar en la sociedad como consecuencia de su biología, ya que suponen que serán, antes que nada, madres (Lamas, 1986).

Esta división sexual del trabajo de cuidados y doméstico resulta injusta para las mujeres al ser quienes cargan con el cumplimiento de estas tareas, en responsabilidades donde deberían verse implicados ambos sexos, pues no solo es una cuestión de la mujer, por todo lo que conlleva, sino que finalmente se busca el involucramiento de ambos por igual. Las razones principales de esta distinción, es meramente biológica, razón suficiente que ha determinado a las mujeres como idóneas para los cuidados ya que en sus posibilidades está parir y amamantar y en los hombres no, por eso se suelen ver menos implicados en las responsabilidades del hogar (Rodríguez, 2015). Gracias a esto, muchas mujeres no pueden contar con sus parejas para la responsabilidad de los cuidados y por eso la organización familiar recae en más mujeres de la familia, ya sea nuclear o extensa e incluso vecinas y amigas, pero siempre sobresale la mujer como cuidadora y es un estereotipo que debe deconstruirse.

Del mismo modo, Julve (2006) a partir de su estudio de dependencia y cuidado, vale la pena retomar puntos que se acercan al porqué las mujeres se han visto mayormente afectadas psicológicamente y por tanto más propensas a presentar el síndrome de burnout. Apunta a que, usualmente se genera una carga de cuidados, los cuales llegan a presentar consecuencias en la salud física y mental de las mujeres que, por normativa, asumen estas tareas. Añade que, “llegan a experimentar cansancio, mala salud mental y desgaste físico. Además de presentar problemas emocionales como frustración, impotencia, desánimo y ansiedad” (p.16).

De igual forma, señala que con el tiempo suelen aparecer problemas familiares que pueden traducirse en culpabilidad, pues sienten el cuidado como una carga que quita tiempo para las relaciones familiares, personales, sociales e incluso con ellas mismas. También, muchas mujeres que se dedican a lo laboral y a cubrir los cuidados, tienen dificultades para conciliar ambos escenarios; los resultados de su estudio muestran que “el 30% de las mujeres que trabajan tienen la percepción de estar incumpliendo ambas tareas” (p. 16). Desencadenando estrés, especialmente si se vive con una carga constante de trabajo de cuidados y de lo laboral.

No es para menos pensar que las afectaciones que se presentaron son severas, pues sumando a lo que nos comparte la autora, el contexto de la pandemia y el ambiente laboral que se vivió, son parte de los factores dinámicos que aceleran la aparición de este síndrome. Finalmente, para cerrar con lo que comparte Julve (2006) es que, “no todas desean cuidar y no todas están preparadas para eso, pero ninguna se niega y no puede hacerlo” (p. 17). Es fuerte pensar que, se estableció con bastante solidez el hecho de que la mujer debe ser madre y cuidadora, cuando ahora, es una realidad que no todas quieren cubrir ese “rol” porque no están preparadas o simplemente no quieren y, por el contrario, en el caso de las que ya son madres, no pueden negarse a realizar el trabajo de cuidados, gracias a los años de historia que han adjudicado roles que deben cumplir los géneros.

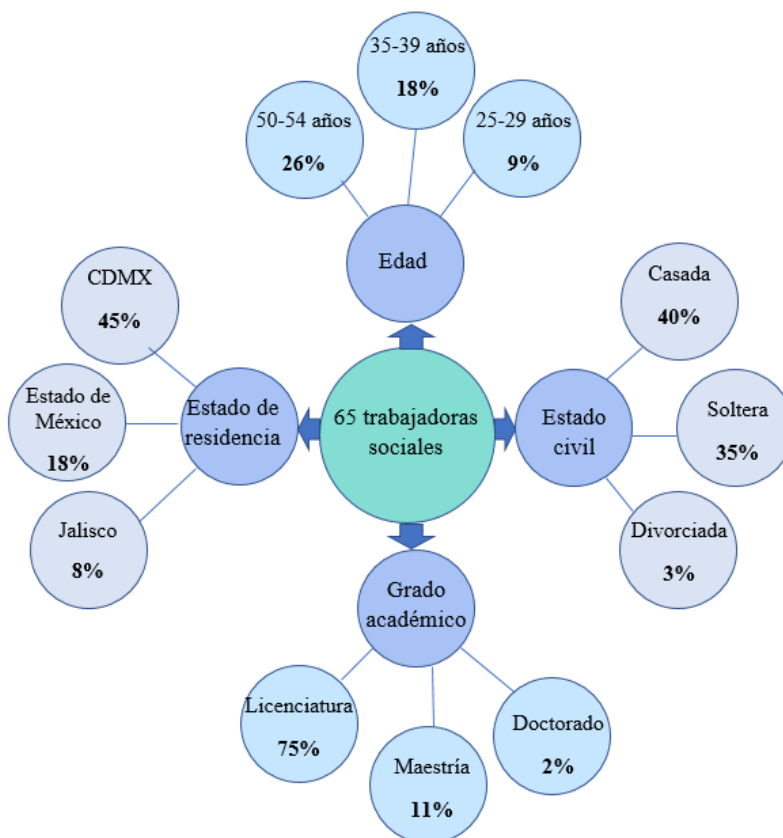
## CAPÍTULO III

### DEL ACOMPAÑAMIENTO AL CUIDADO: efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales adscritas a instancias de salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19

Se aplicó un cuestionario a través de un formulario digital de Google, en los meses de junio y julio del 2022; tiempo en el que la liga del instrumento circuló por la red social Facebook para obtener respuesta de trabajadoras y trabajadores sociales adscritas a instancias de salud que atendieron a pacientes con COVID-19 y a sus familiares. Este instrumento fue respondido por un total de 65 trabajadoras sociales incorporadas a diferentes dependencias del Sistema Nacional de Salud.

#### 3.1 Datos generales

Figura 1. Datos generales



Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta "Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19", 2022

González y Pérez (2012) aseguran que las mujeres llevan más años soportando mayor carga laboral que los hombres, desencadenando más desgaste en el quehacer profesional, lo cual nos acerca más a la seguridad de todos los posibles riesgos psicosociales a las que se encontraron expuestas las encuestadas.

El rango de edad de las trabajadoras sociales fue de los 25 a los 64 años. Se observa que el mayor número de ellas se encuentran entre los 50 y 54 años al representar el 26%, seguido de los 35 a 39 años con 18%. Por el lado contrario, se tiene una minoría de jóvenes que van de los 25 a los 29 años con 9% y de edades más adultas que van de los 55 a 64 con 3% de la muestra total.

Respecto a su estado civil, el mayor porcentaje se encuentra casada (40%), 35% está soltera y el 17% vive en unión libre. En la minoría se observan a mujeres divorciadas, viudas o separadas, al representar en conjunto 8%.

El nivel de estudios alcanzado es licenciatura (75%), seguido de un 11% con el grado de maestría y 9% en nivel técnico. En la minoría se encuentra el grado de especialidad con un 3% y el doctorado con 2%.

El 45% de las trabajadoras sociales que respondieron la encuesta vive en la Ciudad de México, seguido del Estado de México (18%) y Jalisco (8%), en menor número respondieron trabajadoras sociales que se encuentran en Guanajuato (6%), Baja California (6%), Chihuahua (2%), Coahuila (2%), Michoacán (2%), Sonora (2%), Tamaulipas (2%) y Veracruz (2%) (Ver figura 1).

### 3.2 Condiciones laborales

Figura 2. Instancia de salud y nivel de atención



Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

El 42% de las trabajadoras sociales se encontró laborando en Hospitales Regionales de Alta Especialidad, que son considerados como instancias de salud de tercer nivel de atención, 40% se encontró en Hospitales Generales de segundo nivel de atención y el 18% estuvo incorporada a Centros de Salud correspondientes a primer nivel de atención (Ver figura 2).

Tabla 1. Tipo de contratación

TIPO DE CONTRATACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
<b>Base</b>	48	74%
<b>Honorarios</b>	7	11%
<b>Eventual</b>	7	11%
<b>Confianza</b>	3	5%
<b>TOTAL</b>	65	100%

Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

En cuanto al tipo de contratación que poseen las profesionales de Trabajo Social en las áreas de salud, 74% tiene contratación de base, seguido de honorarios (11%), eventual (11%) y en menor frecuencia tienen contratación de confianza (5%) (Ver tabla 1). Es importante retomar que, en el caso de las profesionales que están por contratación de base, cuentan con la "seguridad" de su contratación a largo plazo, salario estable y seguridad social. En el caso de quienes no están bajo esta modalidad, cuentan con una contratación por un período específico.

Ante lo dicho, es importante recalcar que el tipo de contratación formó parte clave ante la pandemia por COVID-19, debido a la necesidad de contrataciones eventuales por demanda de servicios de salud en segundo y tercer nivel de atención, así como del resultado de suplir a profesionales que, al ser de edad avanzada, tener alguna discapacidad o enfermedad degenerativa o presentar comorbilidades que los colocaba como población vulnerable ante el COVID-19, tuvieron que ausentarse. Por lo que, ante la urgencia de tener más personal, se privilegió la contratación por honorarios, eventualidad o confianza, siendo quienes refirieron *haber trabajado más horas durante una jornada*, a diferencia de las trabajadoras sociales de base. Ante este escenario, cabe la posibilidad de que después del periodo de pandemia, algunas hayan perdido sus empleos por haber culminado la "eventualidad" o algunas otras hayan sido contratadas de base.

En el caso de las trabajadoras sociales basificadas, su contratación se mantuvo sin modificaciones, salvo aquellas que comentaron haber tenido cambios de turnos derivado de la organización institucional que se requirió para hacer frente a la demanda de servicios de salud. Cabe señalar que, se otorgó un bono a las profesionales de la salud que atendieron a pacientes con COVID-19, de hasta un 20% de sobresueldo como un reconocimiento de carácter económico, lo cual benefició a las profesionales ante la emergencia sanitaria.

Lo cierto es que, los distintos escenarios que vivieron las profesionales tuvieron que ver con su tipo de contratación. La diversidad de los casos de contratación que se vivieron en un mismo espacio laboral inquietó principalmente a las que son sustento de sus hogares y más aún si tienen personas dependientes.



Tabla 2. Puesto laboral y salario

Puesto	Salario							Total	Porcentaje
	Menos de 5,999	6,000 a 10,999	11,000 a 15,999	16,000 a 20,999	21,000 a 25,999	26,000 a 30,999			
Administrativo	1	1	0	0	0	0	2	3%	
Área operativa/ médica	8	12	10	12	2	1	45	69%	
Coordinadora	0	1	1	0	2	0	4	6%	
Supervisora	0	2	1	2	2	0	7	11%	
Subjefa de departamento	1	1	0	0	0	0	2	3%	
Jefa de departamento	0	2	2	0	0	1	5	8%	
Total	10	19	14	14	6	2	65		
Porcentaje	15%	29%	22%	22%	9%	3%		100%	

Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

El puesto laboral que ocupan las encuestadas, 69% se encuentra en área operativa, 11% son supervisoras, 8% son jefas del departamento, 6% son coordinadoras, 3% son administrativas y otro 3% son subjefas del departamento.

Esta condición laboral se refleja en el salario, el 29% de las trabajadoras sociales percibe un ingreso que se encuentra en un rango de \$6,000.00 a \$10,999.00, seguido de aquellas que perciben entre \$11,000.00 a \$15,999.00 y \$16,000.00 a \$20,999.00, con 22% respectivamente. Un menor porcentaje (3%) percibe un salario de entre \$26,000.00 a \$30,999.00. El rango predominante del salario de las trabajadoras sociales encuestadas se encuentra entre \$11,000.00 a \$20,999.00 pesos mensuales (Ver tabla 2).

Hay que señalar que en su mayoría los salarios son acordes al nivel de la institución y el puesto que desempeña la trabajadora social:

- Las trabajadoras sociales de primer nivel ganan entre \$11,000.00 a \$15,999.00, en el caso de las encuestadas son pocas las que llegan a este rango, el salario se ubica entre los \$6,000.00 a \$10,999.00 en Estados como la Ciudad de México, México y Baja California.
- Las trabajadoras sociales de segundo nivel que ganan menos de \$10,999.00 pesos provienen de Estados como Chihuahua, Chiapas, Ciudad de México, México y Baja California, incluso en algunos estados el salario es menor (Baja California, Chihuahua, Chiapas, México y Ciudad de México). Mientras que las trabajadoras sociales que ganan por arriba de \$16,000.00 se encuentran laborando en Estados como Ciudad de México y Guanajuato. Sobresale el caso de una trabajadora social que funge como jefa de departamento que gana entre \$26,000.00 y \$30,999.00 mensuales. El rango de los salarios que perciben las trabajadoras sociales del segundo nivel se encuentra entre \$6,000.00 a \$15,999.00.
- En el caso del tercer nivel de atención, tres trabajadoras sociales señalaron ganar menos de \$5,999.00 (Estados de Veracruz, Yucatán y Ciudad de México). Llama la atención que dos trabajadoras sociales adscritas a un instituto nacional de salud, en el que desempeñan la misma función, pero percibe ingresos altamente diferenciados, una de ellas declaró percibir menos \$5,999.00, mientras que otra señaló recibir un salario entre \$26,000.00 a \$30,999.00. Se identificó que entre los elementos que contribuyen a esta diferencia se encuentra el nivel de escolaridad, en este ejemplo, una de ellas posee nivel técnico y otro nivel licenciatura. Este es un caso destacable ya que, de la muestra total, fue la única encuestada en área operativa que señala tal salario, incluso por arriba de quienes tienen niveles académicos de maestría y doctorado donde los salarios no pasan de los \$25,999.00. El rango de salario de las trabajadoras sociales de tercer nivel se ubica entre \$16,000.00 y \$20,999.00.

Los salarios más elevados varían según el puesto, el tipo de instancia de salud, el Estado y el nivel escolar. Por ejemplo, las Jefas del Departamento de Trabajo Social suelen tener un salario mayor en comparación con otros nombramientos al interior

de este departamento: -trabajadora social médica, operativa, supervisora o coordinadora de trabajo social-, sin embargo, los salarios elevados en esta encuesta, hablado del rango de \$26,000.00 a \$30,999.00, una es jefa de Trabajo Social, en un Hospital General de Guanajuato y la otra es trabajadora social operativa en tercer nivel de la Ciudad de México.

En el caso de las demás trabajadoras sociales que también son jefas de departamento, dos reflejan un salario aproximado de \$11,000.00 a \$15,999.00, pero la diferencia en estos casos es que una interviene en tercer nivel en el Estado de Tamaulipas y la otra en segundo nivel en el Estado de Coahuila. Otras dos jefas de departamento señalan un salario de \$6,000.00 a \$10,999.00, la diferencia se presenta en el nivel de la institución, una interviene en primer nivel del Estado de México y la otra en tercer nivel de la Ciudad de México. También se destaca que entre las profesionales que ganan menos de \$5,999.00, son de primer nivel de atención y de los estados del sur como Veracruz, Chiapas y Yucatán.

No obstante, se considera que la Ciudad de México es una de las ciudades que oferta mejores puestos y salarios, cuando ya hemos revisado que no siempre sucede así, pues todo se centraliza en un *mismo punto* y las oportunidades escasean. Del mismo modo, otra cuestión significativa es que como revisábamos en el marco contextual, Trabajo Social es de las profesiones altamente feminizadas y que consecuentemente sea minimizada y poco reconocida, además de caracterizarse por salarios bajos comparado con otras profesiones, sobre todo las que se consideran profesiones altamente masculinizadas. Influyendo además esta idea de desigualdad de géneros en entidades federativas como Chiapas, Yucatán, Veracruz y Michoacán como algunos de los estados conservadores en que la mujer tiene poca presencia laboral y donde precisamente se destacan los salarios más bajos.

### 3.3 Intervención durante la pandemia

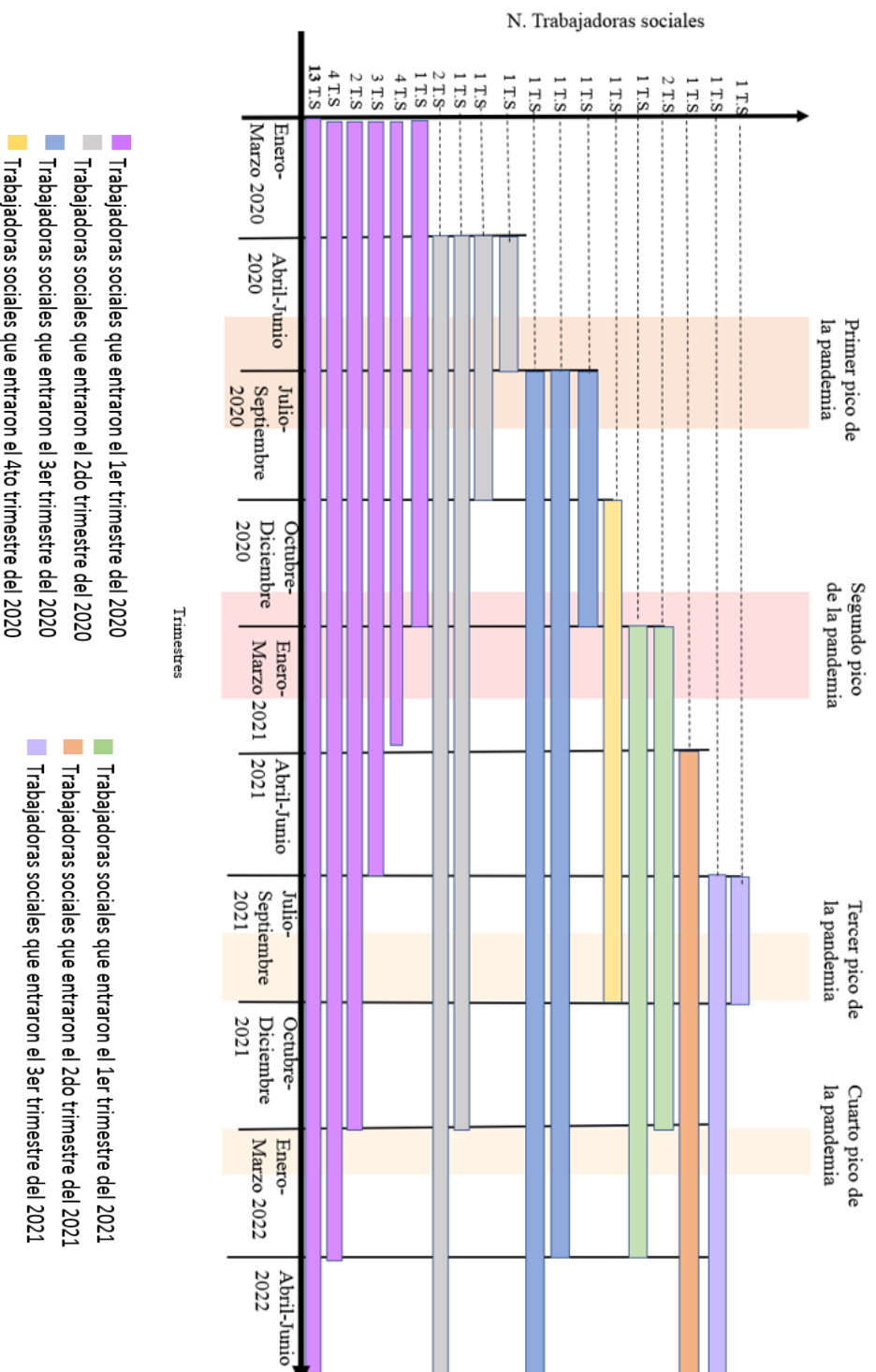
El surgimiento del COVID-19 causó miedo y estrés en la población mundial al saber que el número de contagios y casos sospechosos cada vez eran más presentes.

Las instancias de salud y el personal sanitario recibieron el impacto de los nuevos casos por COVID-19 que, debían ser atendidos oportunamente con ayuda de estrategias para la atención (reconversión hospitalaria, filtro sanitario, triage). Sumando que, la mayoría de las profesionales estuvieron al frente de los picos de contagio más significativos, lo cual implicó una saturación y escases de recursos que provocó una serie de afectaciones físicas, mentales y emocionales ante sus intervenciones de las profesionales.

Se encontró que 72% de las encuestadas estuvieron en área COVID-19 atendiendo a pacientes, mientras que el 28% restante estuvo solo en la atención de familiares. La figura 3 representa los periodos en que las trabajadoras sociales se encontraron en esta área, sobresale que 13 trabajadoras sociales estuvieron desde marzo del 2020 hasta junio del 2022 viviendo las llamadas olas más críticas de la pandemia, situación que las colocó en constante riesgo de agotamiento tanto físico, mental y emocional a las profesionales (Norma Oficial Mexicana 035 [NOM-035], 2018).

A pesar de que algunas trabajadoras sociales han estado por períodos más cortos en sus instancias de salud, se identificó que algunos de esos periodos comprendieron los picos más significativos de esta contingencia sanitaria, por ejemplo, periodos de marzo a julio del 2020, viviendo la primera ola y otras que entraron de septiembre del 2020 a febrero del 2021, viviendo la segunda ola y la más significativa ocurrida en enero del 2021. Asimismo, se observa que el tercer trimestre del 2021 fue el último periodo en que se presentaron nuevas contrataciones, lo cual no quiere decir que se haya erradicado la pandemia, pero sí hubo una disminución considerable de contagios y por tanto la demanda de personal de salud también se redujo.

Figura 3. Periodo que estuvieron en área COVID-19



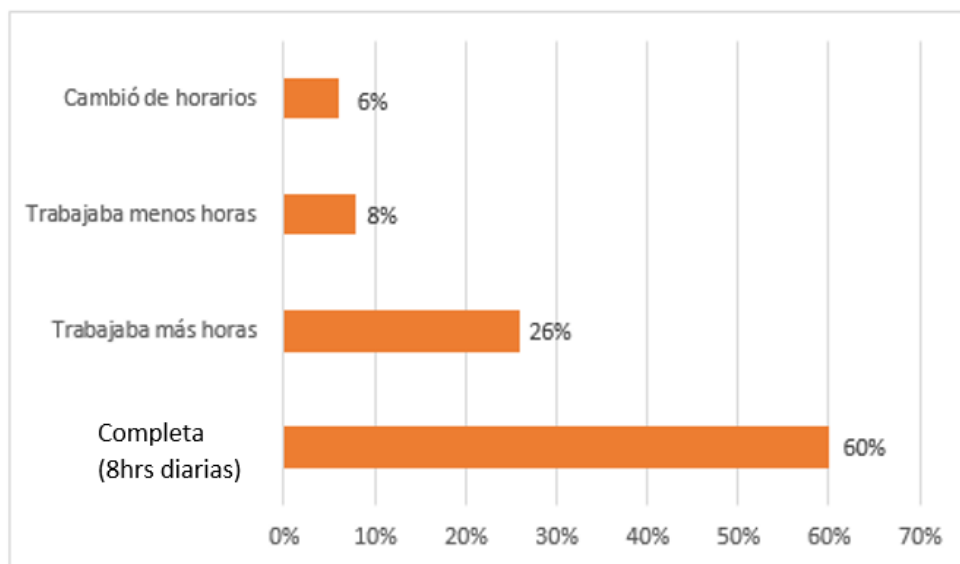
Nota: 42 trabajadoras sociales señalaron su periodo de intervención en área COVID-19, 18 corresponden a las que no estuvieron en área COVID-19 y las 5 faltantes no especificaron su periodo. Teniendo así el total de las 65 encuestadas.

Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta "Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19", 2022



los ingresos y egresos (16%), acompañamiento ante la pérdida (16%) -proceso que implicó la entrega y reconocimiento del cuerpo-, así como la entrega de actas de defunción; trámites administrativos (13%) para incapacidades y altas (Ver figura 4). Cabe destacar que algunas trabajadoras sociales señalaron actividades diferentes a las que se tienen en su perfil profesional en el área de la salud, como la colocación de oxígeno a pacientes o la toma de muestras COVID-19; así como su participación en los filtros sanitarios (entregar cubrebocas y gel antibacterial). Esta situación llevó a generar una especie de “frustración profesional” como resultado de realizar actividades fuera de su perfil profesional, siendo éste un agente estresante que puede coadyuvar a propiciar síndrome de burnout.

Figura 5. Jornada laboral



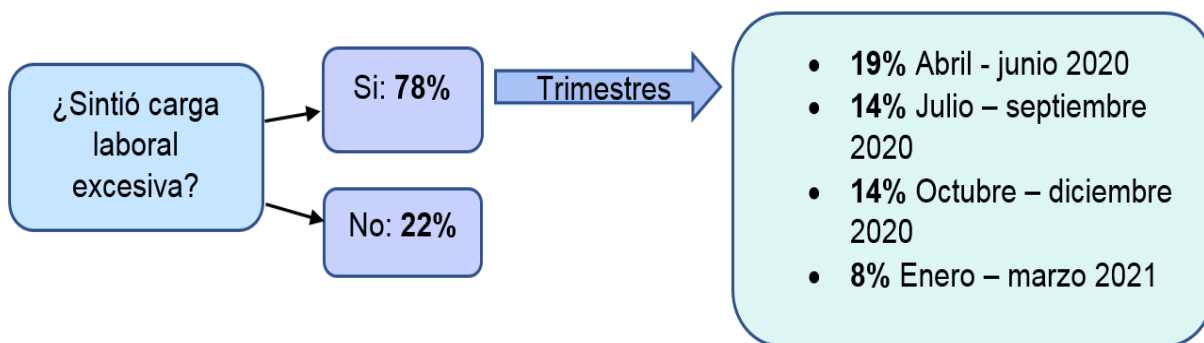
Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

Según la NOM-035-STPS-2018, los factores de riesgo psicosocial generalmente son aquellos que provocan trastornos de ansiedad, insomnio y estrés, derivados de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo, el tipo de jornada y acontecimientos traumáticos. Comprenden condiciones peligrosas e inseguras del ambiente laboral, así como las cargas laborales que exceden la capacidad de los profesionales. Durante la contingencia sanitaria, derivado de la falta de personal de

salud y de las medidas que las instituciones implementaron para la mitigación del SARS-CoV-2, la jornada laboral presentó modificaciones, el 60% refiere que su jornada fue completa, no hubo modificaciones en su turno. No obstante, el 26% asegura haber trabajado más horas, lo cual es un factor de riesgo que las vuelve más propensas a afectaciones físicas, mentales y emocionales, ya que se exigía más tiempo laboral y por tanto más esfuerzo de sus capacidades (Ver figura 5). Poniendo en riesgo incluso su desempeño profesional, pues al estar insertas en un escenario altamente estresante, las manifestaciones que presentaban las profesionales podían conducir las a cometer errores como llenado incorrecto de información o trato poco profesional en la atención de los usuarios y consecuentemente percibir una disminución de la satisfacción profesional.

La información que nos brinda la NOM-035, permite comprender el ambiente laboral que vivieron las profesionales de la salud ante la pandemia, donde estuvieron expuestas al peligro de ser contagiadas, además de presentar cargas laborales en sus jornadas, llevándolas a un estado físico, mental y emocional exhausto.

Figura 6. Carga laboral y periodo



30

Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta "Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19", 2022

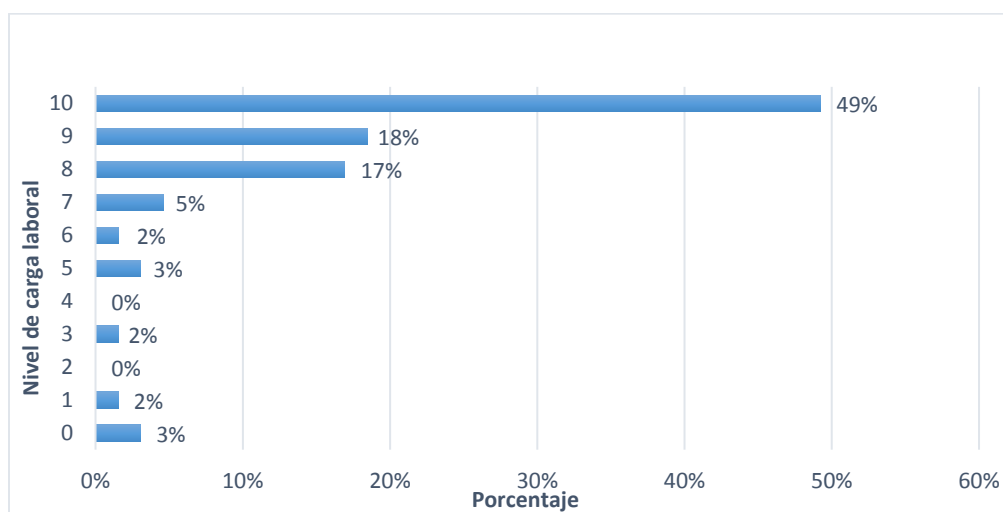
<sup>30</sup> Hay que indicar que, muchas de las profesionales señalan más de un trimestre en el que sintieron mayor carga laboral. Hay quienes dicen haber sentido carga laboral durante todo el tiempo que estuvieron atendiendo pacientes con COVID-19, es decir, quienes estuvieron desde marzo del 2020, hasta diciembre del 2021, o quienes siguieron hasta junio del 2022 y les ha tocado llevar una carga laboral durante toda la pandemia.



Asimismo, otro factor al que estuvieron expuestas las trabajadoras sociales, es la carga laboral, en la que el 78% de las encuestadas afirman haber sentido una carga laboral excesiva en la atención de pacientes con COVID-19 y sus familiares (Figura 6).

Los periodos en que las trabajadoras sociales sintieron mayor carga laboral se encuentra en el trimestre de abril a junio del 2020 (19%), un periodo que comprende los principios de la pandemia y donde se empezaba a notar un alza en los casos y defunciones por COVID-19, 14% refirió el trimestre de julio a septiembre del 2020, 14% de octubre a diciembre del 2020, periodos en los que el aumento de casos y defunciones volvían a subir y el 8% apunta mayor carga laboral en el trimestre de enero a marzo del 2021. Cabe resaltar, que estos dos últimos trimestres mencionados, fueron los de mayor impacto en la trayectoria de la pandemia ya que, se vivió un exceso de mortalidad y de hospitalizaciones a nivel nacional (Ver capítulo 2.1.2). Las instancias de salud se saturaron, no había espacios para ingresar todos los casos que llegaban por COVID-19, lo que implicaba mayor carga y sobre esfuerzo físico y mental para el personal sanitario con los ingresos y egresos que se presentaron en los hospitales. Razones que poco a poco les fueron generando mayor desgaste y agotamiento.

Figura 7. Nivel de carga laboral

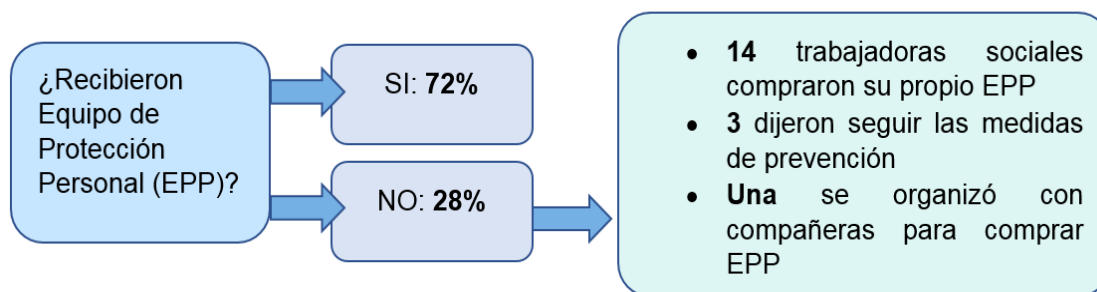


Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta "Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19", 2022

En una escala del 0 al 10, las profesionales calificaron su carga laboral durante sus intervenciones, sobresale que, 49% presentó un nivel 10, siendo éste el nivel más alto, 35% evaluó su carga laboral en 8 a 9 (Ver figura 7).

De acuerdo con Álvarez y Fernández (1991), la carga laboral comprendería el inicio para llegar a presentar burnout, donde las demandas exceden los recursos materiales y humanos, dando como respuesta el estrés. Así mismo, supone una alta implicación en lo laboral y se empieza a generar un abandono de las necesidades personales. Además, resalta que el profesional al no sentirse reconocido presenta un descenso en sus actividades, situación que se manifestó en Trabajo Social, pues la falta de reconocimiento a los aportes de esta profesión en la atención de pacientes y familiares fue un reclamo constante en este gremio.

Figura 8. Recibieron Equipo de Protección Personal



Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

A 72% de las trabajadoras sociales les proporcionaron Equipo de Protección Personal (EPP) por parte de su institución de adscripción, mientras que al 28% no (Ver figura 8), por lo que 14 de éstas tuvieron que recurrir principalmente a la adquisición del equipo por cuenta propia, tres mencionan haberse protegido mediante las medidas de prevención, sin embargo, éstas implicaban el uso obligatorio del cubrebocas, lo cual se tuvo que adquirir por recursos propios. Inclusive para las que recibieron EPP por parte de sus instituciones, los suministros por cuenta propia también estuvieron presentes, ya que algunas indicaron haber comprado cubrebocas KN95, caretas y guantes, pues las otorgadas por las

instancias de salud eran insuficientes y de mala calidad. Cabe mencionar, que hubo profesionales que compartieron que, dentro de sus instancias de salud, se consideró que para Trabajo Social no era necesario otorgarles EPP, ya que no eran personal médico o enfermería. Sin embargo, al haber sido personal sanitario, presentaban riesgo de ser contagiadas y por tanto era indispensable estar protegidas. Esta situación aumentaba la percepción del riesgo y el temor de ser contagiada; y con ello contagiar a sus familiares después de una jornada laboral, inminentemente este contexto laboral es una condición de riesgo psicosocial para las profesionales.

Figura 9. Medidas con las que siguieron laborando



Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

Las medidas que se implementaron en las instituciones para continuar con la atención de pacientes con COVID-19 y a familiares de usuarios, llevó a que las trabajadoras sociales efectuaran al mismo tiempo diversas medidas para disminuir el riesgo de contagio de SARS-CoV-2: el 31% continuó su intervención con el uso del Equipo de Protección Personal, que incluía desde luego el uso del cubrebocas, careta, gafas y otras más específicas para las que estuvieron en área COVID-19, como: batas desechables, gorros, cubre zapatos y guantes. El 21% siguió bajo el lavado constante de manos, 14% implementó la sana distancia, 11% usó gel antibacterial y 6% realizó la sanitización de superficies (Ver figura 9).

Por otro lado, en menor porcentaje señalan otras medidas como: colocación de acrílicos como barrera de protección, lugares aislados para COVID-19, no saludar de beso ni de mano, no consumir alimentos en áreas de trabajo, realización de triage, filtro sanitario, cambio de ropa, estornudo de etiqueta; por último y no menos importante, una trabajadora social señaló haber continuado con la intervención bajo medidas nulas, quien además no recibió equipo de protección personal.

### 3.4 Medidas de prevención

Figura 10. Medidas higiénicas y preventivas en el hogar



Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

Las medidas que implementaron las trabajadoras sociales en sus casas para evitar poner en riesgo a sus familiares después de una jornada laboral estuvieron sujetas a las establecidas en todo México, además de diversificar y realizar de manera paralela más de 10 medidas preventivas (Ver figura 10). Se destaca que el lavado de manos fue implementado por todas, seguido de la sanitización con algún spray antes de entrar a casa, cambio de ropa al llegar a sus casas y el baño inmediato; comentaban que debían quitarse el uniforme y bañarse antes de estar en contacto con sus familiares, sin embargo, en la mayoría de los casos no era un contacto como tal, pues también evitaban el saludo de beso o de mano. Incluso 37 encuestadas dicen haber implementado la sana distancia en sus hogares.

De igual forma, utilizaban el gel antibacterial, evitaron salir a lugares públicos o reuniones familiares, se sanitizaban pisos y superficies, además usaban tapetes sanitizantes. Aunque representan un porcentaje menor, es significativo mencionar que 16 encuestadas sintieron la necesidad de alejarse temporalmente de sus

hogares para no poner en riesgo a sus familiares.

Ante esto, las medidas que se establecieron a partir del surgimiento de esta pandemia llegaron a modificar fuertemente las relaciones sociales y familiares, pues las nuevas normas de convivencia implicaban estar alejados pese a que estuvieran bajo el mismo techo. Y para otras, se tuvieron que tomar medidas más drásticas para no poner en riesgo a sus familiares. Como es el caso de las que tuvieron que dejar sus hogares temporalmente, donde al menos 13 de ellas tenían hijos/as.

De igual forma el 77% de las encuestadas afirmó haber implementado medidas específicas en sus casas. Destaca que el 21% manifestó la desinfección de superficies, trastes, pertenencias, zapatos, la despensa, además de usar el spray de alcohol para sí mismas antes de entrar al hogar. Mientras que el 9% refleja medidas particulares que realizaron para cuidarse del virus, *como lavar ropa por separado, evitar los abrazos, salidas innecesarias, alimentación saludable, consumo de vitaminas y comer en desechable.*

Ante estas últimas medidas podemos rescatar que frente al desconocimiento del virus del SARS-CoV-2 y el miedo de que pudiera *estar por todos lados*, generaba evitar contacto con objetos que presentaran mayor riesgo de contagio.

### 3.5 Las familias de las trabajadoras sociales

Tabla 3. Número de personas con las que vive

CON CUÁNTAS PERSONAS VIVE	Frecuencia	Porcentaje
0 personas	5	8%
1 personas	17	26%
2 personas	13	20%
3 personas	18	28%
4 personas	6	9%
5 personas	1	2%
6 personas	4	6%
9 personas	1	2%
TOTAL	65	100%

Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta "Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19", 2022

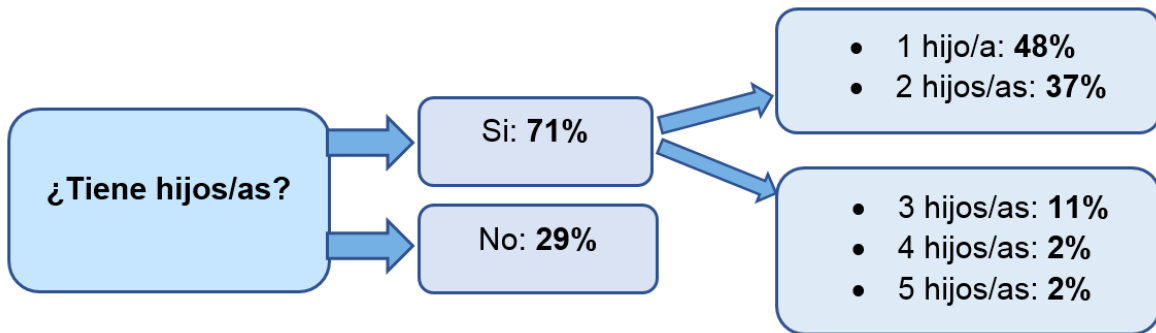
28% de las encuestadas vive con tres personas, 26% vive con una persona, 20%

con dos personas, 9% comparte la vivienda con cuatro personas y 8% viven solas (Ver tabla 3). Las familias de las trabajadoras sociales es el reflejo de la situación nacional que acontece en las familias mexicanas, cada vez con mayor frecuencia existen estructuras familiares que son más pequeñas, es común encontrar entre la generación de jóvenes o adultos jóvenes el no desear tener hijos, y quienes deciden tener hijos/as desean tener un menor número de éstos. En datos del INEGI (2021) se contó con un registro total de nacimientos de 1,169,571 para el año 2020 presentándose una disminución de 22.1% respecto a registros de 2019. Asimismo, la disminución de los registros se conjuntó con el periodo de pandemia por COVID-19 ya que se observó menor demanda de servicios de registros debido al confinamiento.

La reducción de la tasa de natalidad se debe a que la sociedad ha cambiado a través de los tiempos y con ella la familia, actualmente éstas se caracterizan por ser más pequeñas y con otros intereses, han revolucionado los roles tradicionales, pues ahora la mujer se incorpora cada vez más al ámbito laboral, ya lo señalaba Álvarez y Gómez (2010) que una vez que las mujeres se incorporan al ámbito laboral, no solo siguen asumiendo el rol de cuidadoras, sino que se convierten también en proveedoras económicas del hogar. Además, las familias ahora pueden integrar parejas homosexuales, madres y padres *solteros*, o ser reconstruidas, situación donde antes la estructura familiar era distinta.

Por otro lado, un menor porcentaje señala vivir con más de cinco personas, resaltando que en el caso de la que vive con nueve integrantes, es debido a que se suma familia extendida como nietos. El número de los integrantes en las familias de las trabajadoras sociales está entre una a tres personas.

Figura 11. Tiene hijos (as)



Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

El 71% de las encuestadas tiene hijos e hijas. Entre el número de hijos que tienen, 48% responde tener un hijo(a), 37% dice tener dos hijos, 11% tiene tres hijos; mientras que 4% dice tener cuatro o cinco hijos/as (Ver figura 11). Aquí se puede reafirmar la estructura familiar que cada vez es más pequeña, destacando que el mayor porcentaje se encuentra con las profesionales que solo tienen un hijo, donde al menos ocho de ellas son madres *solteras*.

Tabla 4. Quiénes son las personas con las que vive

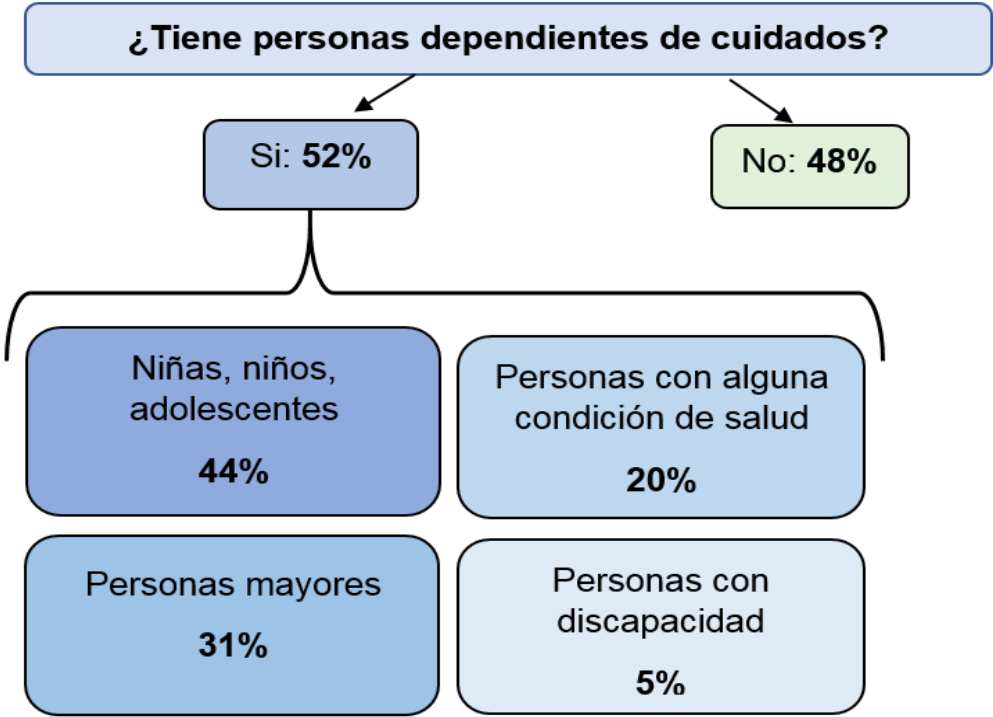
PERSONAS CON LAS QUE VIVE	Frecuencia	Porcentaje
Pareja e hijos (as)	22	34%
Con hijos (as)	8	12%
Con pareja	7	11%
Sola	5	8%
Pareja, hijos (as) y otros	5	8%
Papá, mamá e hijas (os)	4	6%
Papá y mamá	2	3%
Hermanas (os)	2	3%
Pareja, hijos, mamá, papá, hermanos(as)	2	3%
Hijos y hermanos (as)	2	3%
Mamá	1	2%
Papá, mamá y hermanas (os)	1	2%
Papá y hermanos (as)	1	2%
Mamá y hermanos (as)	1	2%
Mamá, hermanos, tío	1	2%
Pareja, mamá y sobrina	1	2%
TOTAL	65	100%

Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022



Se identificó que el 34% de las encuestadas viven con pareja e hijos/as, el 12% vive sola con sus hijos/as, 11% reside con su pareja, mientras que 8% habita sola. Con menor frecuencia se aprecia que algunas trabajadoras sociales aún viven con su familia nuclear de origen (papá, mamá y hermanos), principalmente son mujeres jóvenes; en otros casos cohabitan ambos progenitores y sus hijos (as); también hay quienes forman parte de familias extendidas -papá, mamá, hijos (as), pareja, hermanos u otros casos donde viven con sobrinas, tíos y/o nietos (Ver tabla 4).

Figura 12. Personas dependientes



Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

Trabajo Social es una profesión feminizada, un porcentaje importante de las personas que ejercen esta profesión es mujer; tan solo la Escuela Nacional de Trabajo Social (UNAM), reporta que en el ciclo escolar 2020-2021 el total de aspirantes a ingresar era de 4,452. La matrícula se conformó por 3,321 alumnas y alumnos, de los cuales 76% corresponde a mujeres (Casas, 2020).

En este sentido, y tal como lo referíamos en el apartado de la contextualización del problema, el trabajo de cuidados ha sido históricamente asignado a las mujeres, y en el contexto de pandemia éste se incrementó de manera considerable. Por ello, uno de los cuestionamientos que este trabajo de investigación busca, es responder quién cuidó de los dependientes de las profesionales de la salud, en el caso particular de las trabajadoras sociales. Al respecto, 52% de ellas confirman tener personas dependientes. Ante esto, retomemos que Atenzia (2020), señala que las personas dependientes son aquellas que de forma permanente y o temporal -a causa de la edad, discapacidad o enfermedad-, no pueden realizar tareas básicas o que carecen de autonomía para realizarlas ya que, existe una limitación física, psíquica o intelectual. De igual forma, hay niños y niñas menores de seis años que aún están limitadas para la realización de distintas actividades de la vida diaria, por ejemplo: preparar alimentos para sí mismas (os) por tanto, son personas que necesitan cuidados y supervisión de una persona adulta. Esto se corrobora cuando el 44% de las encuestadas refieren tener como personas dependientes a niños, niñas y adolescentes, un 31% tiene a su cuidado personas mayores, 20% a personas con alguna condición de salud y en un 5% personas con discapacidad (Ver figura 12).

Cabe resaltar que algunas trabajadoras sociales mencionaron tener a más de una persona a su cargo, y éstas requieren de diferentes cuidados. Por ejemplo, hay quienes cuidan de niños, niñas o adolescentes, y a la vez a personas mayores o personas con una condición de salud o discapacidad que requieren la atención, lo cual demanda más tiempo y esfuerzo de la persona que brinda cuidados, en este caso, de las trabajadoras sociales.

Por otro lado, las trabajadoras sociales que señalaron no tener personas dependientes de cuidados suman un total de 31 (48%), al menos 19 de ellas señalaron tener hijos/as. Entre las posibles respuestas es que estas trabajadoras sociales tienen edad de entre 31 a 61 años, lo cual, podría explicar que tengan hijos mayores e independientes, sin embargo, siete de ellas viven con pareja e hijos/as y cinco viven solo con hijos/as. Frecuentemente se normaliza que las mujeres realicen cuidados *de manera natural* sin que necesariamente la persona que los recibe

*dependa* de éstos o cayendo en la idea de que se realizan *con amor* bajo la feminización de la responsabilidad que las obliga a no solo ocuparse de su labor profesional sino de todo lo que implica el hogar y sus integrantes.

Asimismo, retomemos que la pandemia manifestó la importancia de los cuidados que realizan mayormente las mujeres, por ello, de todas las profesionales que dijeron no tener personas dependientes, 22 respondieron que sí tuvieron familiares que enfermaron por COVID-19, donde 13 de ellas dijeron haber sido las únicas que cuidaron de sus familiares, solo que no se reconocen como “dependientes”.

En el ámbito laboral 15 profesionales formaron parte del área COVID-19 en sus instituciones, donde estuvieron atendiendo a pacientes con SARS-CoV-2, una población que requirió cuidados constantes para preservar vidas y de las que fueron participes las trabajadoras sociales, ¿No es eso tener personas dependientes? ¿o se asume el rol de cuidadoras por naturaleza?

Tabla 5. Número de personas a cuidar

CANTIDAD DE PERSONAS A CUIDAR	Frecuencia	Porcentaje
1 persona	15	44%
2 personas	12	35%
3 personas	5	15%
4 personas	2	6%
TOTAL	34	100%

Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

La tabla 5 muestra que efectivamente hay quienes cuidan a más de una persona, el 44% señala cuidar a una, mientras que el 56% restante cuida de más de dos personas.

En este caso, el 6% puede ser de gran significancia, pues son las encuestadas que cuidaron de tres a cuatro personas, sumando que tenían la responsabilidad de cubrir estos cuidados y la de su jornada laboral, convirtiéndose en factores importantes para la presencia de efectos psicosociales en ellas. Recordando que, los factores de riesgo psicosocial según la NOM-035-STPS-2018, apunta que las principales características son relacionadas a las condiciones laborales, como el ambiente al interior, *exigencia de capacidades*, carga mental, falta de autonomía sobre el

trabajo, mala organización, roles indefinidos, conflictos en la relación familia-trabajo, que afectan a las personas a nivel físico y psicológico.

Asimismo, debemos subrayar la “doble jornada” a la que se ven sometidas las trabajadoras sociales en su rol familiar (hija/madre/esposa), al sumar la carga laboral que vivieron en los hospitales durante la pandemia y en sus hogares, demandaba estar *trabajando las 24 horas del día*, sin dejar tiempo para sí mismas y para la convivencia con los integrantes del hogar, o en su defecto, las dejaba sin tiempo para su descanso del ámbito hogar-laboral, considerando ésta como un factor de riesgo psicosocial.

Figura 13. Parentesco de las personas a las que cuida



Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

El parentesco de las trabajadoras sociales encuestadas con sus personas dependientes es: 49% son sus hijos/as, 31% es su padre y/o madre, 7% es su pareja, 4% abuelas y 8% nietos, hermana, sobrinas/os o tío/as (Ver figura 13).

En cuanto a las edades de estas personas dependientes de cuidado se encontró que, el 21% son niños, niñas de cinco a nueve años, 16% son adolescentes en un rango de 10 a 14 años; 11% se encuentra en edades entre 70 y 74 años.

De igual forma, destaca que por lo menos un 7% de las trabajadoras sociales cuidan de niños o niñas menores de cuatro años, infancias que demandan mayor atención y cuidado al ser totalmente dependientes de un adulto, y que en esta edad existe la necesidad de estructurar un apego seguro y el vínculo madre-hijo/a.

Hay quienes señalan cuidar a personas mayores de 80 años. Llama la atención que algunas trabajadoras sociales cuidan de personas de entre 20 y 30 años, pero no señalan que sea por condición de salud, sino que son hijos/as que aún viven con ellas. Siendo a la vez un estereotipo y una condición social que, como hemos revisado, se considera a la mujer a lo largo de la historia como una figura propia del hogar y del cuidado de sus miembros, por eso algunas interiorizan que la madre debe cuidar *siempre* a sus hijos/as pese a que estén en edad de ser independientes; se llega a decir que *siempre* se van a “preocupar por ellos”.

De manera general, las trabajadoras sociales tienen como dependientes a sus hijos e hijas que requieren de sus cuidados, sin embargo, se observa que también hay una alta demanda de personas mayores que los necesitan. Esta última situación cada vez será más frecuente como resultado de la transición demográfica y la transición epidemiológica por la que transita nuestro país, ya que según el Instituto Nacional de las Mujeres (2015) refiere que hay más personas mayores de 60 años que menores de cuatro años y se espera que en los próximos años el incremento del número de personas mayores genere un impacto en la organización familiar y en el trabajo de cuidados, en especial para las mujeres al ser quienes realizan mayormente este trabajo; resalta el caso de una trabajadora social que cuida a su mamá, papá y tío, todos ellos personas mayores de 65 años.

El trabajo de cuidados es complejo, no todas tienen las mismas demandas por parte de sus dependientes ni todos los dependientes cohabitan en el mismo domicilio con las trabajadoras sociales, por ejemplo, algunas de las personas mayores que requieren cuidados, no viven precisamente con la persona que los cuida. Hay trabajadoras sociales que viven con pareja e hijos/as, pero mencionan cuidar a su

padre o madre que viven en otro domicilio, lo cual ante la pandemia también se les dificultaba, porque ellas eran quienes les proveían lo indispensable para que no tuvieran que salir a las compras, por ser población considerada vulnerable; así que no solo implicaba poner atención de lo que hacía falta en sus casas, sino también de la casa de sus personas mayores lo cual conllevaba un esfuerzo mayor al tener que cubrir ésta, su casa y su jornada laboral, impactando sobre todo en las mujeres quienes históricamente son las principales responsables de cubrir los cuidados.

Cabe resaltar que esa saturación de deberes, dentro y fuera del hogar se convierten en agentes estresantes, además si el estrés es constante, lo cual durante la pandemia fue muy probable, se convierten en candidatas perfectas para presentar síndrome de burnout; no solo en el entorno laboral, sino también en el hogar y recordemos que, de las características del burnout que planteó Matamoros (1997), aparte del agotamiento, se encuentra la despersonalización, situación que en caso de presentarse puede generar tensiones entre los integrantes del hogar e incluso hacer una ruptura temporal en las relaciones familiares.

Figura 14. Principales necesidades que se cubrieron



Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

Las principales necesidades que cubrieron las profesionales para la atención de las personas dependientes fueron: 15% realizaron la compra de alimentos, 13% la elaboración de éstos, 10% brindó alimentos preparados y un 7% dio de comer a sus personas dependientes. De igual forma, el 11% ayudó en la medicación, 8% apoyó en asistencia médica y otro 8% ayudó en citas médicas. 8% indica de forma general la atención a estas personas (Ver figura 14). También desplegaron apoyo para la realización de las actividades básicas de la vida diaria hacia las personas dependientes, por ejemplo, el apoyo en la movilidad, apoyo en bañarse, en las necesidades fisiológicas, en vestirse y también el brindar alimentos preparados, donde forzosamente se necesita de la asistencia de alguien más. Cabe mencionar que, la mayoría de las encuestadas realizó más de una de estas actividades de

cuidado para sus personas dependientes.

Son actividades altamente demandantes de tiempo y esfuerzo que ponen en límite las capacidades de las trabajadoras sociales que cuidaron y estuvieron laborando durante la pandemia. Considerando así, nuevamente un factor de riesgo para que la profesional eleve sus niveles de estrés.

Tabla 6. Principales tareas de cuidado y del hogar antes y durante la pandemia

Tareas de cuidado y del hogar ANTES de la pandemia	Tareas de cuidado y del hogar DURANTE la pandemia
29% Limpieza	25% Limpieza
21% Preparación de alimentos	8% Preparación de alimentos
16% Lavar	10% Lavar
7% Compra de alimentos	11% Compra de alimentos
5% Tareas escolares	8% Tareas escolares
1% Aseo personal	1% Aseo personal
2% Llevar a consultas medicas	3% Acompañamiento en citas médicas
3% Cuidado de menores	5% Cuidados
1% Compra de medicamentos	1% Compra de medicamentos
3% Cuidar mascotas	19% Desinfección
3% Planchar	2% Cambio de ropa
2% Pagar servicios	8% Preparación de alimentos
1% Cuidado del jardín	2% Dar baños
1% Estudiar	2% Revisión de temperatura
1% Servir alimentos	1% Apoyo en medicación
1% Llevar a los niños a la escuela	1% Recoger a los nietos de la guardería
1% Cuidado de adultos	1% Medir el oxígeno
1% Acomodar despensa	1% Lavado de manos
1% Reparaciones del hogar	
1% Autocuidado	

Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta "Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19"

Antes de la pandemia las trabajadoras sociales dedicaban su tiempo a la realización de tareas domésticas como: limpieza (29%), preparación de alimento, (21%), lavar (16%), comprar alimentos (7%), entre otras. Sin embargo, se identifica que ante el acontecimiento de la pandemia se incrementó la realización de éstas y se sumaron algunas otras. Por ejemplo, el 25% indica la limpieza, destacando el aumento de ésta con su constante realización, considerando que se "hacía lo mismo, pero más



veces durante el día”; la desinfección (19%) también tuvo un aumento como medida fundamental para la prevención del COVID-19, 11% menciona las compras, en este punto cabe mencionar, que muchas familias implementaron la desinfección en los productos que entraban a casa como medida de prevención del virus, también algunas implementaron las compras en línea para evitar salir (Ver tabla 6).

Otras tareas que tuvieron mayor presencia ante la pandemia, fue el acompañamiento a citas médicas, la compra de medicamentos, apoyo en medicación, cuidados, aseo personal, el lavado de manos, cambios de ropa, dar baños y revisión de temperatura. De las tareas “nuevas” se encontró la medición de oxígeno, que se realizó a familiares que hayan enfermado por COVID-19. Además del aumento de las tareas escolares debido a que los hijos/as se quedaban en casa y algunos señalan “pasar a recoger a los nietos a la guardería” como una tarea que aumentó. Este último punto llama la atención, ya que con las medidas preventivas que se implementaron por la pandemia, muchos establecimientos quedaron cerrados, entre ellos, las guarderías.

Ante la comparación, se observa cómo antes de la pandemia las encuestadas solo se inclinaban más o había más reconocimiento por las tareas del hogar y ante el suceso de la pandemia se asociaron más las tareas de cuidado, esto evidentemente por las personas que enfermaron de COVID-19 y necesitaron el cuidado de alguien más y también se reconocieron más los cuidados en cuanto a medidas preventivas para evitar que el virus entrara en los hogares.

De manera cotidiana se suele pensar que las tareas de cuidado y del hogar son las mismas o son sinónimo, sin embargo, la primera corresponde al mantenimiento del hogar y la segunda se refiere a cuidados directos a los integrantes de la familia. Usualmente suelen confundirse, pues como se revisó teóricamente, ambas son realizadas al interior del hogar, además de considerarse actividades altamente feminizadas y poco reconocidas que van “a la par”, donde difícilmente se puede hablar de cuidados, sin suponer que implícitamente se realizan también las tareas del hogar.

Según datos de la Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo, INEGI (2019) las mujeres invierten 39.7 horas a la semana comparado con los hombres quienes

invierten tan solo 15.2 horas a la semana. Cabe señalar que estos datos son de mujeres que solo se *dedican al hogar*, es decir que, no tienen participación laboral, sin embargo, esa falta de incorporación al mercado es producto de su trabajo no remunerado que las limita en la posibilidad de trabajar y/o estudiar. En el caso de las trabajadoras sociales, hay que considerar que están insertas en el mercado laboral cumpliendo jornadas remuneradas, pero también subrayar que, cumplen “otra jornada” en el hogar que es, hasta de más horas que el que se realiza fuera de éste, prácticamente como si se realizaran dos jornadas tan solo en el hogar.

No obstante, ante la situación por contingencia sanitaria, el tiempo invertido proliferó en ambos aspectos, tanto que el tiempo se “volvía escaso”, pues tan solo, con los datos recabados de las trabajadoras sociales, al referir que invertían hasta 12 horas diarias, a la semana correspondería a un aproximado de 80 horas invertidas en el trabajo de cuidados y del hogar. Comparado con los datos del INEGI del 2019 y considerando el suceso de la pandemia en 2020 y 2021, las horas para el trabajo de cuidado y del hogar para estas fechas se duplicaron.

Es oportuno retomar los señalamientos de Álvarez y Gómez (2010) que la responsabilidad tanto en el hogar como el laboral, conllevan afectaciones una sobre otra ya que, si se dedica más tiempo al cumplimiento de lo laboral, limita la posibilidad de cumplir con las exigencias del hogar y viceversa. Así pues, el tiempo que demandaron ambos escenarios durante la pandemia puso “entre la espada y la pared” -como coloquialmente se diría- a las profesionales, pues el incumplimiento de alguno de los dos repercute negativamente en el bienestar. También lo señala Julve (2006) que al menos el 30% de las mujeres que trabajan, tienen la percepción de estar incumpliendo ambas tareas. Desencadenando implicaciones psicosociales como cambios del estado de ánimo y cansancio como señalaron Álvarez y Gómez (2010), un cansancio que con el tiempo se convierte en agotamiento y definitivamente son repercusiones que siguen afectando más a las mujeres.

### 3.6 Familiares que enfermaron de COVID-19

Ante la pandemia por COVID-19, se sabe que los contagios y las defunciones fueron

muy elevadas en México. Sin embargo, hubo contagios que no requirieron de hospitalización, por tanto, el tratamiento para revertir el virus se llevó desde los hogares; una de las medidas que se implementó fue el aislamiento para evitar la propagación del virus. Lo complicado para las familias fue reacondicionar sus hogares para que la o las personas que debían aislarse se quedaran en una sola área y evitaran otros espacios de contacto con los demás miembros del hogar. Esto es importante puesto que, las personas que siguieron sus tratamientos desde sus hogares fueron personas dependientes de cuidado, ya que no podían “salir del aislamiento” para preparar de comer o salir a comprar comida, entre otros aspectos. Motivo por el que también se indagó sobre la presencia de COVID-19 en los integrantes de familiar.

Tabla 7. Familiares que enfermaron de COVID-19

Familiares que enfermaron de COVID-19	
¿Alguien enfermó?	SI: <b>75%</b> NO: <b>25%</b>
¿Quiénes enfermaron?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>35%</b> hijos/as</li> <li>• <b>29%</b> pareja</li> <li>• <b>16%</b> yo (trabajadora social)</li> <li>• <b>12%</b> mamá y/o papá</li> <li>• <b>7%</b> hermanas/os</li> <li>• <b>1%</b> tíos/as</li> </ul>
¿Quién cuidó de los enfermos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>48%</b> solo yo</li> <li>• <b>19%</b> hermanas/os</li> <li>• <b>13%</b> pareja</li> <li>• <b>13%</b> entre todos</li> <li>• <b>6%</b> papá, mamá, hijos/as</li> </ul>

Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

El 75% de las profesionales respondió que sí hubo enfermos por COVID-19. El parentesco de éstos con respecto a las trabajadoras sociales fue: hijos/as (35%), pareja o cónyuge (29%), 16% de las encuestadas enfermaron por el virus, también papá y/o mamá (12%), hermanos/as (7%) y tíos (1%) (Ver tabla 7).

Nuevamente, la presencia femenina toma el protagonismo de los cuidados ya que,

un porcentaje considerable de encuestadas (48%) han declarado ser las únicas responsables de sus familiares que enfermaron por COVID-19. El 52% restante se compone de una colaboración de hermanos, pareja, papá, mamá e hijos/as. Sobresale que en la mayoría de éstos la trabajadora social también estuvo presente. La carga de cuidados para las trabajadoras sociales cayó con más peso ya que, en su labor ante la pandemia debían atender pacientes con COVID-19 y/o a sus familiares, aumentando su demanda de atención tanto en lo laboral como en sus hogares. En suma, cabe retomar a Sciortino (2017), quien indica que comúnmente las mujeres son las principales cuidadoras, pero siempre buscan arreglos familiares o apoyo familiar con más mujeres de la familia o externas a ésta. Así pues, los datos arrojaron que, en efecto, comúnmente más mujeres, principalmente hermanas y sus madres, son las que auxilian con el trabajo de cuidados.

Tabla 8. Reconocimiento al trabajo de cuidados

<b>RECONOCIMIENTO AL TRABAJO DE CUIDADOS Y DEL HOGAR</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	39	60%
No	26	40%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

A través de los tiempos, el trabajo de cuidado y del hogar ha permanecido invisible, desvalorizando las actividades propias del hogar que realizan las mujeres, teniendo a cambio poco reconocimiento de su labor ya que, como señala Campillo (2000), los cuidados son invisibles porque no generan “verdadera economía” como la economía de los bienes, por eso permanece invisible y se considera improductiva. Al respecto, al 60% de las encuestadas les han reconocido el trabajo de cuidados realizado, pero a un 40% no, es decir, sus familiares lo consideran como un elemento inherente y obligatorio de rol mujer/madre/profesionista (Ver tabla 8).

Tabla 9. Dificultad para cubrir los cuidados y tareas del hogar ante una jornada laboral

<b>Dificultad para cubrir los cuidados y tareas del hogar ante una jornada laboral</b>		
	Si: <b>68%</b>	No: <b>32%</b>
	<b>TAREAS DE CUIDADO</b>	<b>TAREAS DEL HOGAR</b>
¿Alguien la apoyó mientras trabajaba?	Si: 68%	Si: 82%
	No: 32%	No: 18%
¿Quién apoyo en cubrir?	15% pareja 15% hermana 12% mamá 12% hijos (as) 8% tías 8% hermana y tías 4% pareja e hijo 4% papá y mamá 4% mamá y hermanas 4% hijos y hermanos 4% hijos y nueras 4% pareja, hijos, nietos 4% vecina	30% pareja 21% hijos 15% pareja e hijos (as) 8% hermanas 8 papá y/o mamá 4% hijos (as) hermanos (as) 4% pareja, mamá y/o papá 2% papá, hermano 2% hermano, tío 2% hermana, hijo, sobrino
¿Recibieron apoyo económico?	Sí: 25%	Sí: 9%
	No: 75%	No: 91%

Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta "Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19", 2022

El 68% de las encuestadas afirmó haber presentado dificultad para cubrir el trabajo de cuidados y las tareas del hogar ante una jornada laboral. No obstante, en muchas ocasiones cuando las y los profesionales son responsables de un hogar y necesitan salir a trabajar, buscan apoyo familiar o externo para el cuidado de alguna persona dependiente que tengan a cargo y/o que apoye con la limpieza del hogar. Aunque en su mayoría ambas actividades del hogar se realizan en conjunto, en esta ocasión se optó por dar un panorama de éstas por separado.

Se rescata que, 68% de las trabajadoras sociales recibieron apoyo en cuanto al trabajo de cuidados y 82% en las tareas del hogar (Ver tabla 9). En el caso de cuidados se encontraron aspectos para resaltar, como el hecho de que nueve trabajadoras sociales dijeron haber presentado dificultad para cubrir los cuidados y no recibieron ayuda y cinco dijeron no tener dificultad para cubrir los cuidados, pero

tampoco recibieron apoyo. Estas últimas, se revisó que viven con parejas e hijos (as), en un caso se habla de una recién nacida de cuatro meses y señalan tener personas dependientes.

Es destacable como las mujeres se encuentran bajo constante presión cuando deben cumplir una doble presencia y más aún, cuando no encuentran redes de apoyo. También puede suceder que ellas sientan que deben cargar con toda la responsabilidad pues es “su deber” que históricamente se les ha adjudicado por su condición biológica, ya lo mencionaba Rodríguez (2015) que esa capacidad exclusiva las dota de *facultades superiores* para realizar los cuidados. Sin embargo, esto no debería orillar a las mujeres a autoexigirse en cuanto al cumplimiento de lo laboral y del hogar, poniendo en riesgo su bienestar físico, mental y emocional. Situación que fue bastante complicado con la pandemia, pues el aumento de las actividades en ambos escenarios las rebasó en tiempo y esfuerzo aumentando los niveles de estrés.

Para las que recibieron apoyo, se encontró que la pareja mayormente colaboró con los cuidados y con las tareas del hogar (15% y 30%). En trabajo de cuidados sobresale que son mujeres, como hermanas y mamá (15% y 12%) quienes tuvieron más presencia como red de apoyo para las encuestadas, además de ser consideradas de “más experiencia” para el cumplimiento de estos, así como hijos/as (12%), tías (8%) y hay quien menciona a la vecina (4%). Con las tareas del hogar es más común que los mismos miembros de la familia se encarguen de estos, al ser un espacio concurrido por todos los integrantes, pues se ve a los hijos/as (21%) también como uno de los principales en la realización de estas tareas.

Por otra parte, se observa que en trabajo de cuidados y en trabajo doméstico en la mayoría de los casos no se otorgó una remuneración (75% y 91%), mientras que 25% señaló haber retribuido el trabajo de cuidados y 9% el trabajo del hogar. Generalmente se asume que estos trabajos son una obligación y por tanto no es necesario otorgar una compensación, sin embargo, estos datos reafirman que el trabajo de cuidado y del hogar son trabajos no retribuidos y escasamente reconocidos.

Tabla 10. Usted recibió cuidados

<b>¿Usted recibió cuidados?</b>	
<b>Si: 49%</b>	<b>No: 51%</b>
Tipo de cuidados que recibió	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>38%</b> Alimentación</li> <li>• <b>24%</b> Atención médica</li> <li>• <b>10%</b> Apoyo doméstico</li> <li>• <b>10%</b> Atención a la salud mental</li> <li>• <b>10%</b> Medicación</li> <li>• <b>4%</b> Fisiológicos</li> <li>• <b>2%</b> Cuidado personal</li> <li>• <b>2%</b> Atención</li> </ul>
¿Quién cuidó de usted?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>25%</b> Pareja</li> <li>• <b>23%</b> Hijos/as</li> <li>• <b>18%</b> hermanos/as</li> <li>• <b>9%</b> Mamá</li> <li>• <b>9%</b> Profesionales de la salud</li> <li>• <b>5%</b> Papá</li> <li>• <b>5%</b> Psicólogo</li> <li>• <b>4%</b> Cuñado, amigos</li> <li>• <b>2%</b> Grupo de apoyo</li> </ul>

Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta "Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19", 2022

El 49% de las profesionales ha comentado que han recibido cuidados, mayormente porque han enfermado por COVID-19 y en algunos otros ha sido por las afectaciones a partir de su labor profesional, por lo que han necesitado cuidados de alguien más, sobre todo para aquellas que viven solas. El tipo de cuidados que han recibido fue alimentación (38%), atención médica (24%), apoyo en las tareas domésticas (10%), atención a la salud mental (10%), medicación (10%), fisiológicos, de cuidado personal y atención (8%).

Las personas que cuidaron de las trabajadoras sociales durante la pandemia refleja que, la pareja ha sido de los principales en la atención de ellas (25%), así como los hijos/as (23%) y hermanos/as (18%) (Ver tabla 10). Cabe mencionar que algunas refieren recibir cuidados de especialistas de la salud y psicólogos, es decir, se buscó un cuidado más integral y no solo el que recibían por parte de los familiares, además de que, si ha sido por contagio, forzosamente debían recibir atención médica, pero

solo pocas subrayan este tipo de atención profesional.

Es relevante retomar que los cuidados hayan sido cubiertos mayormente por la pareja, pues hemos visto a lo largo de los resultados la gran implicación que han tenido éstos en las tareas de cuidado y del hogar ante la pandemia, debido a que antes de este acontecimiento, la presencia masculina era escasa y solían implicarse en las labores del hogar ante escenarios poco cotidianos, por ejemplo, cuando la mujer enfermaba; de no ser así, entonces la mayor carga la siguen llevado las mujeres o en su defecto, se presenta un sobre esfuerzo de la mujer enferma, debilitándola física y mentalmente por seguir cargando con la responsabilidad bajo un estado de salud endeble (Sciortino, 2017).

Por otro lado, 51% de las profesionales señalaran no recibir cuidados. Mercader et al. (2022) resalta que el aumento de la esperanza de vida ha ido acompañado de incremento de años de vida con discapacidad, lo que implica mayor necesidad de recibir apoyo de otras personas, además de caracterizarse por envejecimiento feminizado. Ante esto, 11 trabajadoras sociales tienen edades por encima de los 51 años, lo cual comenzaría a demandar cuidados con el paso del tiempo.

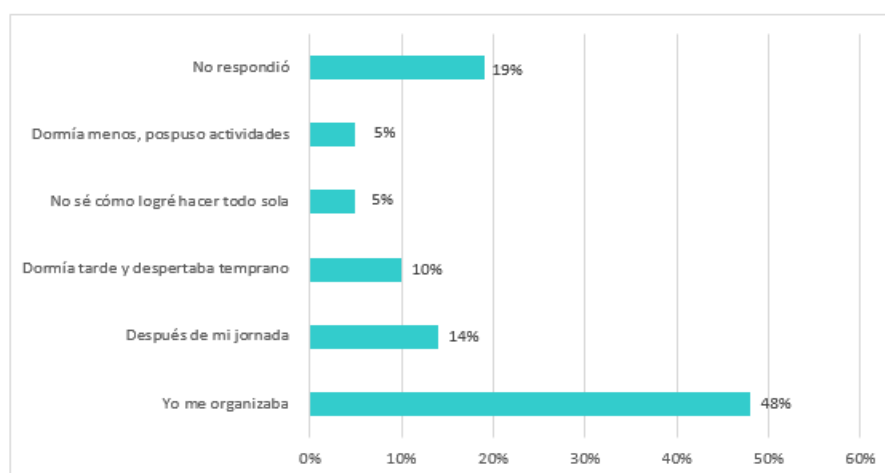
Asimismo, se reconoce que en algún momento de la vida todos y todas necesitaremos de cuidados y ante la pandemia, los enfermos por COVID-19 demandaron atención. Al respecto, solo cuatro trabajadoras sociales mencionaron haber enfermado de COVID-19 y una de ellas refirió haberse cuidado a sí misma ya que vive sola. En los otros tres casos, se menciona que hubo cuidados “entre todos” o “nosotros” contemplándose ellas como cuidadoras. Mercader et al. (2022) subraya que las mujeres son quienes asumen la organización y asistencia del cuidado, mientras que los hombres ayudan y acompañan a las cuidadoras, en este sentido, aunque la mujer se encuentre enferma, *los cuidados son dirigidos por ellas*.

Ahora bien, en el contexto de emergencia sanitaria, 24 trabajadoras sociales se encontraron al frente del cuidado de los enfermos por COVID-19 al interior de su núcleo familiar, 15 reconocen haber tenido repercusiones en su salud mental, manifestado a través del estrés, miedo y agotamiento como consecuencia de su intervención. ¿Por qué no habrían de recibir cuidados si fueron las y los



profesionales de la salud quienes más necesitaron atención física y mental para seguir con su actividad profesional? o ¿esta tan interiorizado “la mujer cuidadora”, que no se asume que también necesitan ser cuidadas física y mentalmente?, en suma, si la presencia de los familiares al cuidado de las trabajadoras sociales fue mínima, qué se esperaba de las instituciones ante el cuidado de su personal, si algunas no recibieron ni el equipo para protegerse de los contagios y ni hablar de la atención médica y psicológica que muchas instituciones no otorgaron, que fue un factor que las vulneró para continuar con la atención oportuna.

Figura 15. ¿Cómo se organizó para el trabajo de cuidados y del hogar?



Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

De las 21 trabajadoras sociales que dijeron no tener apoyo durante la pandemia para la realización del trabajo de cuidado y del hogar, 10 han comentado que ellas mismas debían organizarse para la realización de éstas, otras tres refirieron que después de su jornada se dedicaban a la atención de las tareas de cuidado y del hogar, dos dormían más tarde y despertaban más temprano para poder realizar estos trabajos, alterando su ciclo del sueño. Hay aseveraciones como: “no sé cómo logré hacer todo sola” y “dormía menos”, así como decir que posponen actividades que no fueran “urgentes” (Ver figura 15).

Esto refleja el desgaste que sufrieron las trabajadoras sociales, tanto físico como mental, al tener que cubrir su jornada laboral, así como el cuidado del hogar y de

sus personas dependientes por sí solas, poniendo al límite sus capacidades y colocándolas en un estado de riesgo psicosocial vulnerable para presentar burnout por falta de apoyo y la realización de diversas actividades.

### 3.7 Salud mental (efectos psicosociales)

Tabla 11. Repercusiones en la salud mental

<b>LA INTERVENCIÓN CON PACIENTES COVID TUVO REPERCUSIONES EN LA SALUD MENTAL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	56	86%
No	9	14%
TOTAL	65	100%

Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta "Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19", 2022

Ante el acontecimiento de la pandemia y las experiencias al interior de las instituciones de salud, 86% de las profesionales han asegurado haber presentado repercusiones en su salud mental derivado de sus intervenciones con pacientes con COVID-19 y sus familiares (Ver tabla 11). Se encontró que, por lo menos 21 encuestadas habían declarado no presentar afectaciones, pero en otro apartado del instrumento señalaron algunos efectos como: tristeza, ansiedad, estrés, agotamiento, entre otras.

Vale la pena retomar el estigma que se tiene a la salud mental, ya que usualmente hablar de este tema remonta a pensar en psicólogos, psiquiatras y centros a los que van los "locos". La visión que se tiene de esto es parte de la historia de malas prácticas en la atención de la salud mental, sin embargo, en la actualidad es más fácil acceder a información más específica y a atención para dar seguimiento profesional, pero aun con todo eso, la falta de información y los prejuicios siguen latentes. Resulta difícil para muchas personas aceptar que enfermamos física y mentalmente todo el tiempo y el miedo a reconocer la existencia de un desequilibrio mente-cuerpo hace que nos refugiamos en mecanismos de defensa para evitar ser señalados.

No obstante, las trabajadoras sociales del área de la salud deberían saber que el

reconocimiento de la salud mental es muy importante y más aún, en el contexto que vivieron. Pero al ser profesionales y estar al frente de los casos COVID-19 se pudo optar por reprimir el hecho de *que algo no iba bien* con su salud y *hacer de cuenta como si no existiera*, pero las afectaciones estuvieron presentes y su negación solo las colocaba en un punto más vulnerable.

Figura 16. Sintió agotamiento

¿Sintió agotamiento?  
Si: 85%

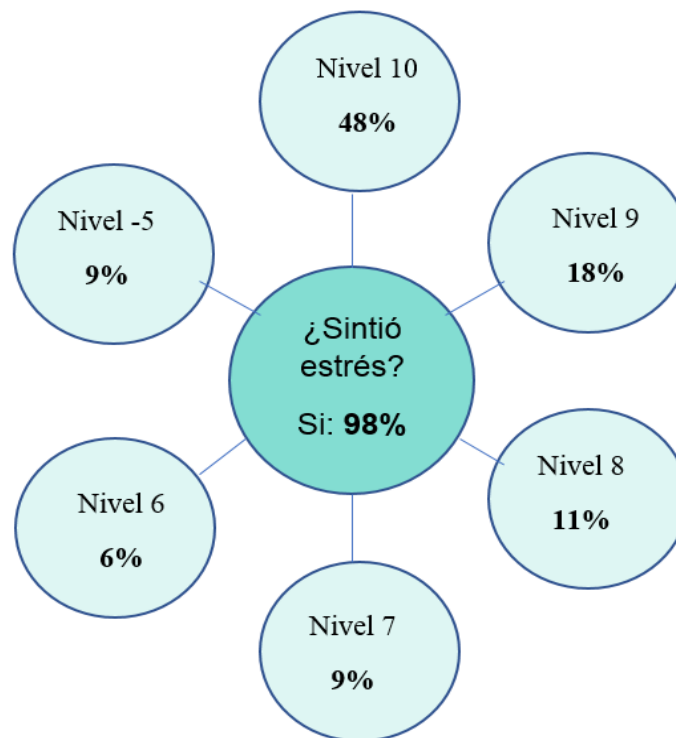


Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

Al recabar que, 85% de las profesionales manifestaran agotamiento (Ver figura 16). Con base a las fases de Álvarez y Fernández (1991), la segunda corresponde a un sobreesfuerzo donde la profesional da una respuesta emocional a ese desajuste y se presentan signos de ansiedad, fatiga, cansancio, entre otras, como las que

señalan las trabajadoras sociales. La tercera, corresponde a un enfrentamiento defensivo que produce un cambio de actitudes y finalmente aparecería el burnout, un estado mental caracterizado por el agotamiento, siendo una respuesta intolerable al entorno laboral. Además de resaltar que, las encuestadas presentaron falta de concentración y motivación, características de una despersonalización y desinterés a lo que se estuvo realizando profesionalmente.

Figura 17. Nivel de estrés



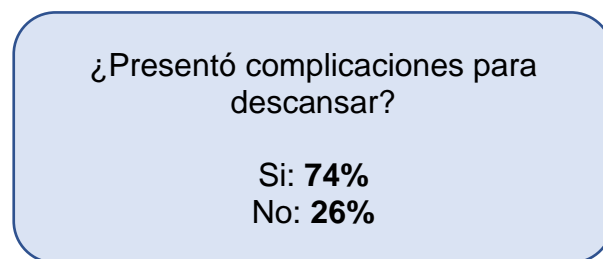
Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta "Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19", 2022

Los datos en cuanto a su nivel de estrés han sido elevados, ya que el 98% aseguró haberse sentido estresadas durante sus intervenciones y el 48% ha respondido al nivel más alto manifestado (Ver figura 17). Se encontró que, hubo encuestadas que mencionan no haber presentado estrés, sin embargo, en la escala indicaron un nivel que refleja en menor o mayor medida que sí lo presentaron. Cabe mencionar que solo una profesional afirmó que no presentó estrés.

Los niveles mostrados reafirman los padecimientos que presentaron las

profesionales, derivadas de los procesos dinámicos que enfrentaron al interior de las instancias de salud durante la pandemia, como producto de la interacción de los diversos factores, como: el acontecimiento de la pandemia, la cantidad de casos y de muertes, el desconocimiento del virus, la falta de protección y recursos para intervenir, ambiente laboral tenso, carga laboral, la falta de redes de apoyo, las responsabilidades del hogar, el resguardo domiciliario, el distanciamiento físico, entre muchas otras, que propiciaron los niveles altos de estrés y burnout.

Figura 18. Complicaciones para descansar



Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

74% de las encuestadas refirió haber presentado complicaciones para descansar (Ver figura 18). Situación donde el insomnio obstaculizó el rendimiento de las trabajadoras sociales, en especial cuando se cubrían más horas y por tanto pasaban más tiempo expuestas a ambientes estresantes y agotadores. Esto sin contar las tareas de cuidado y del hogar donde para aquellas que no tuvieron apoyo familiar para cubrirlos, aseguraban dormir más tarde y levantarse más temprano, es decir que las horas de sueño eran escasas y es bien sabido que la mala calidad del sueño afecta mental y cognitivamente (Machado, Echeverri y Machado, 2015).

Figura 19. Manifestaciones corporales



Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

Es importante saber reconocer que la interacción que hay entre mente y cuerpo, nos ayuda a comprender la relación que existe entre las emociones y las enfermedades físicas y mentales y la manera en que nos puede llegar a afectar íntegramente, ya que todas las emociones y pensamientos se somatizan para





Las encuestadas señalaron diversas manifestaciones que se presentaron física, mental y/o emocional durante las intervenciones con pacientes con COVID-19 y sus familiares. Resaltan haber presentado miedo ante su intervención (16%), depresión (14%), agotamiento (13%), ansiedad (12%), estrés (10%), dolores corporales (dolor de cabeza, espalda, tensión muscular, cicatrices por el uso de goggles). También se encuentra un sentimiento de incertidumbre, reacciones corporales como: deshidratación, pérdida de apetito, pérdida de peso y de cabello, aumento de peso y dermatitis, la aparición de enfermedades como: colitis nerviosa, fibrosis pulmonar, sistema inmune bajo, gastritis e hipertensión. Del mismo modo, refirieron otras manifestaciones emocionales durante sus intervenciones como: angustia, desesperación, confusión, desinterés, fatiga e irritabilidad (Ver figura 20). Estas últimas son atribuibles al fenómeno de la llamada despersonalización, como característica del síndrome de burnout, es decir, las emociones negativas que presentan las profesionales, las conduce a un cambio de actitudes y respuestas perjudiciales hacia los demás con irritabilidad, sin embargo, también repercute en sí mismas y en su trabajo, pues adquieren conductas desfavorables en sus tareas por realizar.

Las repercusiones presentadas en las trabajadoras sociales durante su intervención con pacientes con COVID-19 y sus familiares, han sido de gran impacto, pues se encontraron afectaciones tanto físicas, mentales y emocionales, presentadas más de una a la vez, que impiden u obstaculizan la calidad de la labor profesional y las vuelve altamente vulnerables a presentar burnout. Cabe retomar que, este síndrome surge a partir de las condiciones de trabajo, donde según la OMS (2019, citado por Juárez, 2020) se clasificó como un fenómeno ocupacional y aunque no es como tal una enfermedad, resalta que sus efectos sí comprenden trastornos de la salud mental.



Figura 21. Experiencia significativa en la intervención



Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

A pesar del complejo escenario en el que desarrollaron sus actividades laborales, las trabajadoras sociales reconocen algunas experiencias que para ellas fueron significativas durante sus intervenciones, se encontró que para el 30% ha sido la orientación hacia los familiares de pacientes con COVID-19 y el acompañamiento al dar malas noticias e informar que los pacientes internados no podrían ser visitados (Ver figura 21).

De igual forma, subrayan ser el vínculo entre paciente y familiares para conservar la relación, así como el acompañamiento ante la pérdida, pues parte de su labor profesional fue dar contención a los familiares ante las defunciones, algo que

significó mucho para las profesionales ya que, declaran un impacto al presenciar tantas pérdidas humanas en los hospitales y sobre todo cuando más de un integrante de la misma familia moría. Sin duda, fueron escenarios que trastocaron las fibras emocionales de las profesionales, pues alguna de ellas compartía la pérdida de su mamá y la impotencia de no poder despedirse de ella le dejaba un cúmulo de emociones, que quizás, tuvieron que reprimir para continuar con sus intervenciones. No obstante, es evidente que lo familiar impacta en lo laboral y viceversa, por lo que tratar de ocultar las emociones, solo provocaría llegar a un punto de catarsis o desbordamiento.

Por otro lado, 7% de las trabajadoras sociales se sintieron satisfechas en sus intervenciones por haber participado en la ampliación de espacios para pacientes con COVID-19, también por haber sido pilares de apoyo y por dar una atención de calidad en la que los familiares les agradecían por la atención que les dieron. Cabe mencionar que, la motivación y reconocimiento profesional pueden aminorar la presencia de efectos psicosociales.

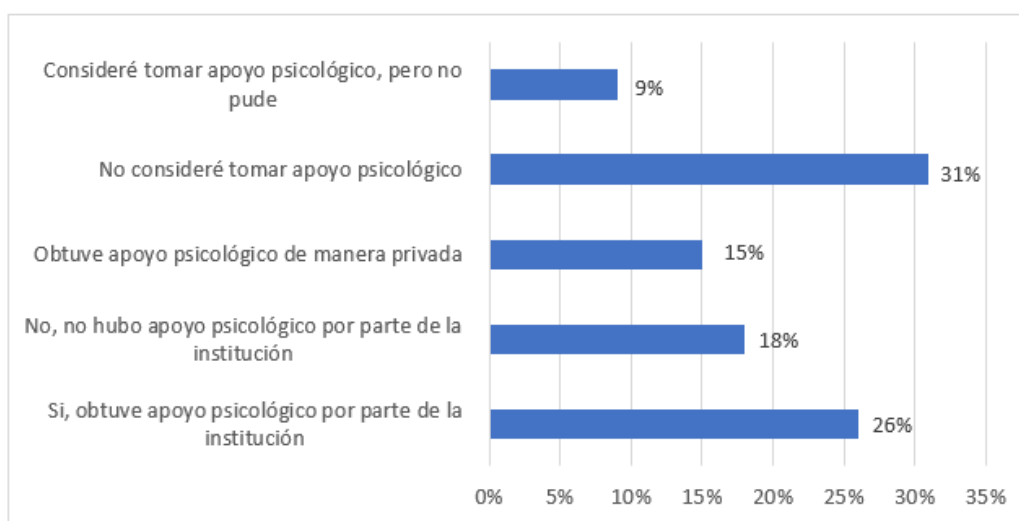
Otras encuestadas marcan como experiencia significativa el trabajo multidisciplinario y la recuperación de los pacientes al mostrar mejoras. En este último punto, algunas compartían que era impactante como se mostraba una recuperación de los pacientes y cuando menos se daban cuenta ya habían fallecido. Algunas otras consideran que el no haberse contagiado pese a estar en contacto con pacientes con COVID-19, fue una experiencia significativa, pues sabían que estaban en constante riesgo de contagiarse. También la impotencia que sintieron, el miedo para afrontar el virus, la capacidad de resiliencia y la pérdida propia de un familiar dejaron marca en las trayectorias de las profesionales.

Es así como, preguntar sobre sus experiencias significativas, supone un estado de vulnerabilidad, pues hay muchas que se sienten tristes por los fallecimientos y más aún, que entre las pérdidas vayan personas queridas de las que no se pudieron despedir, esto porque también comparten la pérdida de algunos y algunas compañeras del hospital. No obstante, algo que compensa las vivencias es la satisfacción ante las intervenciones, pues Trabajo Social formó parte fundamental dentro de los hospitales. Sin embargo, pese a los esfuerzos dedicados, algunas



buena alimentación y buscaron pasar más tiempo en familia (Ver figura 22). Algunas comentan que trataron de descansar para que las manifestaciones no crecieran, sin embargo, el descansar se puede considerar como un privilegio que no gozaron aquellas que no tuvieron redes de apoyo en sus tareas domésticas. Algunas dicen que dejar de ver noticias ayudaba a disminuir las afectaciones, ya que también la información que se hacía pública tuvo un impacto en la salud mental no solo de las profesionales, sino de toda la población, pues la información que circulaba en los medios de comunicación era tan alarmante que en muchas ocasiones sembraba más pánico, miedo y estrés y por ende se volvían más susceptibles de algún padecimiento mental.

Figura 23. Apoyo psicológico por parte de la institución



Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

Algunos datos preocupantes que se encontraron a lo largo de la encuesta es que, un mayor número de profesionales no consideraron tomar apoyo psicológico (31%) (Ver figura 23), lo cual es relevante ya que la mayoría señaló repercusiones en su salud mental y niveles de estrés y agotamiento. De igual forma hubo quienes consideraron tomar terapia, pero no pudieron. Quizás estos dos aspectos se deban a que las mujeres que cumplen doble presencia no tenían tiempo para dedicar una hora de terapia, pues de alguna manera, el poco tiempo que tenían “libre” preferían

utilizarlo para el mantenimiento del hogar, del cuidado de sus personas dependientes o para descansar.

Sin embargo, la atención psicológica, ante lo que se vivió fue una necesidad y no solo un privilegio el poder acceder a ella, esto porque tan solo las que refirieron que no hubo apoyo psicológico por parte de la institución, muestra una deficiencia en los servicios a la atención a la salud mental. Peralta (2022) subraya que desde antes de la pandemia la atención a la salud mental era limitada y con el surgimiento de ésta, solo agudizó la problemática. Además, enfatiza en que solo “2 de cada 10 personas con un problema de salud mental reciben una atención”.

Figura 24. Principal sentimiento que deja la intervención con pacientes COVID-19 y el trabajo simultáneo de cuidados



Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la encuesta “Efectos psicosociales y trabajo de cuidados en trabajadoras sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 2022

Finalmente, todas la emociones, sentimientos y afectaciones que presentaron las trabajadoras sociales han tenido un gran impacto en sus vidas, pues ellas expresan que como principal sentimiento que deja la intervención con pacientes con COVID-

19 y su trabajo simultáneo de cuidados ha sido la tristeza, hay quienes se quedan con miedo, agotamiento, estrés, desesperanza, frustración, impotencia, angustia, ansiedad, enojo, desolación, incertidumbre y vulnerabilidad. También hay presencia de sentimientos positivos, pues hay profesionales que se sienten satisfechas con su intervención, agradecidas, “empoderadas”, con sensibilización, fortaleza y empatía (Ver figura 24).

Hay que destacar que, de manera general las profesionales que presentaron menores afectaciones psicosociales fueron aquellas que se encontraron en centros de salud, ya que no vivieron cargas laborales extenuantes que hayan desencadenado signos y síntomas de estrés y agotamiento en sus intervenciones, como sucedió en el caso de las trabajadoras sociales que estuvieron al frente de hospitales generales o regionales.

De igual forma, la edad de las profesionales y los años que se tienen de experiencia en el ámbito de la salud jugaron un papel muy importante para afrontar el estrés, pues en el marco contextual se revisaba que las profesionales jóvenes que tenían menos experiencia eran más propensas a presentar burnout y, por otro lado, los años de dedicación también pueden ser un riesgo, ya que se podía estar trabajando por inercia de forma apática y despersonalizada, como síntomas propios del burnout sin darse cuenta.

## Reflexiones finales

La pandemia por COVID-19 fue un suceso en el que ningún país estaba preparado para enfrentar un virus tan letal; millones de profesionales de la salud tuvieron que presenciar un número importante de fallecimientos a causa de éste, apoderándose del miedo de ser contagiados y de la posibilidad de ser parte del siguiente número en decesos. Sin contar que su ambiente laboral fue un escenario lleno de tensión que repercutió negativamente en las y los profesionales de la salud a nivel físico, psicológico y emocional. Sin embargo, las mujeres han sido las principales afectadas, pues son ellas las protagonistas en la elaboración de un trabajo no remunerado y no reconocido que presentó mayor demanda ante el acontecimiento de la pandemia, volviéndose una población vulnerable a mayores afectaciones psicosociales.

- Se logró identificar el trabajo de cuidados y del hogar que realizaron las profesionales de forma paralela a su trabajo remunerado, en el que percibieron un aumento en estas actividades, no solo del mantenimiento del hogar, sino que los cuidados cobraron mayor importancia ya que de estos dependía la preservación de la vida de los familiares que enfermaron de COVID-19, contexto en el cual los cuidados dejaron de estar en el plano de lo oculto y la desvalorización, para pasar a representar una parte crucial. Asimismo, se reconoce que ante los arreglos familiares la implicación masculina tuvo mayor reconocimiento ante la pandemia, cayendo posiblemente en la idea de que es más fácil darle el reconocimiento a alguien que “hace algo nuevo” y no a quien lo realiza diariamente. El punto es que, pese a todo, para la distribución equitativa de los cuidados y de las tareas del hogar, falta aún mucho por deconstruir y conseguir normalizar que los hombres participen en *limpiar, barrer, cuidar, etc.*, sin temor a ser objeto de burla por otros hombres o que pongan en duda su “masculinidad”; llegar a entender que los arreglos familiares involucran un beneficio para todos los integrantes de la familia y no solo una “prioridad para las mujeres”; situación que requiere mayor difusión.

- Se reconoce que la familia ha presentado cambios sociales significativos. Por un lado, el descenso de la tasa de fecundidad en la realización de los cuidados genera menos cuidados en las infancias, pero sí en personas mayores que van en aumento. Además, los cambios de roles han fracturado el modelo tradicional de la familia (hombre proveedor y mujer doméstica) con la incorporación de la mujer al ámbito laboral y con el acceso a la educación, lo cual modifica que para muchas mujeres no sea prioridad ser madres, sin embargo, aún existe la posibilidad de ser proveedoras de cuidados en familia de edad avanzada.
- Las condiciones laborales que vivieron las trabajadoras sociales y el trabajo simultáneo de cuidados que realizaron, se sumó como un factor para la detonación de las afectaciones psicosociales, debido a que se ejerce prioritariamente por las mujeres, siendo un trabajo que no solo se llevó a cabo dentro de los hogares, sino que, en el caso de las mujeres del área de la salud, también se reprodujo con pacientes con COVID-19. Se podría subrayar el hecho de que: *estuvieron haciendo lo mismo varias veces al día, en dos escenarios diferentes, pero con la misma carga*. Situándolo como un factor de riesgo que implicó una carga extra y otra jornada que debían cubrir para la atención de las dependencias (niñas, niños, adolescentes, personas mayores, con discapacidad o alguna condición de salud).
- La salud mental y bienestar físico de las profesionales se desatendió, debido a que el estrés por realizar las diversas actividades las dejaba sin tiempo para sí mismas. Todo lo que se desprendió de la investigación relacionado al trabajo de cuidados, la organización familiar y las acciones que implementaron las profesionales para sobrellevar los trabajos, fueron *dimensiones* que destacaron la vivencia e implicación que tuvieron ante el escenario de la pandemia, procesos de acumulación de emociones, agotamiento y múltiples desgastes que vivieron en conjunto con sus intervenciones, colocándolas en un desbalance ante la doble presencia.
- Se trata de poner a la luz que, las afectaciones que presentaron las profesionales van concatenadas, que lo personal afecta en el desempeño



laboral y viceversa; la pandemia mostró lo relacionado que están ambos escenarios, que las repercusiones psicosociales fueron frecuentes y tener la sensatez de lo que pasa en mente, cuerpo y emociones puede ser la señal exacta que nos ayude a prevenir consecuencias más serias.

De igual forma, la realización de actividades que no les competen y la falta de reconocimiento a la profesión impacta en las profesionales. Cabe señalar que, ante la pandemia, se dio un reconocimiento a la profesión por la labor, sin embargo, lo que se espera es que no tenga que suceder un acontecimiento imprescindible para dar reconocimiento a Trabajo Social, sino que se tenga presente la implicación diaria de su labor profesional.

Finalmente, hay que reconocer que Trabajo Social está caracterizado por identificar problemáticas e implementar acciones que favorezcan su intervención en el área de la salud para asegurar la atención de calidad. Ante esto, el trabajo multidisciplinario fue y es la clave para anticipar posibles riesgos, pues con un grupo formado por distintas especialidades, se puede conseguir un reconocimiento de los factores de riesgo psicosocial que desencadenan propiamente los efectos negativos en la salud, ya que las y los profesionales sanitarios son prioridad para una buena atención al usuario.

Como profesión, Trabajo Social en sus intervenciones es partidario en la educación para la salud, tanto con el personal sanitario como con los usuarios, en el primer caso, puede generar procesos de sensibilización sobre estas afectaciones psicosociales y sobre los escenarios que pueden detonarlas, toda vez que están expuestas al daño integral de su salud por la naturaleza de su labor. En el segundo caso, comprende la importancia de la orientación a familiares y pacientes sobre la situación de los casos, la empatía y sensibilización al entender la necesidad de los familiares por saber de los pacientes, a lo que resulta importante la formación profesional para comunicarse asertivamente, sobre todo ante el acompañamiento de las pérdidas.

Asimismo, parte importante de esta investigación es que los resultados del trabajo de campo nos orientan a seguir indagando en otros temas, algunas líneas de investigación que se desprenden de este estudio son:

- Medición del síndrome de burnout en trabajadoras sociales por nivel de atención del Sistema Nacional de Salud
- Acceso a la atención de la salud física y mental por parte de las y los trabajadores sociales
- Dilemas éticos que enfrentaron las y los trabajadores sociales ante sus intervenciones en contexto de pandemia por COVID-19
- La antigüedad laboral como factor de riesgo psicosocial en profesionales de la salud

Resta decir que, el tema es amplio y bastante complejo, en el que se puede resaltar que las mujeres son y seguirán siendo una población vulnerable ante afectaciones físicas, mentales y emocionales, hasta que se consiga una distribución equitativa del trabajo que se les ha atribuido históricamente.

## Referencias

- Adam, S. (2021). *La primera línea del Covid: Las enfermeras contagiadas*. MCCI - Mexicanos Contra la Corrupción y la Impunidad. <https://contralacorrupcion.mx/la-primera-linea-del-covid-las-enfermeras-contagiada>
- Álvarez R, A., & Gómez B, I. C. (2010). *Conflicto trabajo-familia, en mujeres profesionales que trabajan en la modalidad de empleo*. *Pensamiento psicológico*, 9(16), 89–106. <https://www.redalyc.org/pdf/801/80118612006.pdf>
- Álvarez Gallego, E., & Fernández Ríos, L. (1991). *el síndrome de «burnout» o el desgaste profesional*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 257–265. <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15231#:~:text=Es%20la%20consecuencia%20de%20altos,personal%2C%20organizacional%20y%20social%20importantes>
- Amilpas García, M. S. (2020). *Mujeres, trabajo de cuidados y sobreexplotación: desigualdades de género en México durante la pandemia por COVID-19*. *Revista digital de la Universidad Autónoma de Chiapas*, 9(25), 2–19. <https://doi.org/10.31644/IMASD.25.2020.a06>
- Andrades, M., García, F., Concha, P., Valiente, C. & Lucero, C. (2020). *Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19*. [Archivo PDF]. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/covid/6.pdf>
- Atenzia. (2020). *¿Qué es una persona dependiente?* Atenzia. <https://teleasistencia.es/es/blog/informacion/que-es-una-persona-dependiente>
- Ayuntamiento de Barcelona. (s.f). *¿Qué son los cuidados?* Ayuntamiento de barcelona <https://www.barcelona.cat/ciutatcuidadora/es/que-son-los-cuidados#:~:text=Cuando%20hablamos%20de%20%2C%20ABcuidados%20%20%20nos,el%20marco%20de%20los%20hogares>

- Baena Zuñiga, A., Sandoval Villegas, M., Urbina Torres, C., Helen Suarez, N., & Villaseñor Bayardo, S. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*. 6(11), 1-14. [https://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov\\_art110.pdf](https://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf)
- Barreto Osma, D. & Salazar Blanco, H. (2021). Agotamiento emocional en estudiantes universitarios del área de la salud. *Universidad y Salud*. 23(1). 30-39. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072021000100030](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072021000100030)
- Campillo, F. (2000). *El trabajo doméstico no remunerado en la economía. Nómadas*. (Col), (12), 98-115. <https://www.redalyc.org/pdf/1051/105115263011.pdf>
- Cain, C. (2018) La desigualdad de género empieza con las tareas de la casa. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/es/2018/08/15/espanol/desigualdad-genero-quehaceres-domesticos.html>
- Carlin, M., & Garcés De Los Fayos Ruiz, E. (2010). *El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. Anales de psicología*, 26(1), 169–180. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16713758020>
- Carrasco Bengoa, C. (2017). *La economía feminista. Un recorrido a través del concepto de reproducción. Ekonomiaz*, 91(1), 53-77. <file:///C:/Users/hyourinmaru/Downloads/Dialnet-LaEconomiaFeministaUnRecorridoATravesDelConceptoDe-6038693.pdf>
- Carrasco, C., Borderías, C., & Torns, T. (2019). *El trabajo de cuidados, historia, teoría y política* (Segunda edición ampliada ed.). Los libros de la Catarata. [Archivo PDF]
- Carrasquer, P. (2020). *El redescubrimiento del trabajo de cuidados. Algunas reflexiones desde la sociología*. [Archivo PDF] <https://www.jstor.org/stable/pdf/j.ctv1gm038x.7.pdf>
- Casas, C. (2020). Plan de desarrollo 2020-2024. [Archivo PDF]. [https://www.trabajosocial.unam.mx/dir2020/Plan\\_de\\_Desarrollo\\_2020-2024.pdf](https://www.trabajosocial.unam.mx/dir2020/Plan_de_Desarrollo_2020-2024.pdf)

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). *La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe*. [Archivo PDF]. <https://sindis.conapred.org.mx/wp-content/uploads/2021/06/b.-Crisis-de-cuidados.pdf>
- CONACYT. (2022). *COVID-19 Tablero MÃ©xico*. COVID - 19 Tablero MÃ©xico. Recuperado 28 de mayo de 2022, de <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Concepto. (2013). *Liberalismo Económico - Concepto, características, representantes*. Concepto. Recuperado 2 de junio de 2022, de <https://concepto.de/liberalismo-economico/>
- Confederación Salud Mental España. (2021). *Salud mental y Covid-19. Un año de pandemia*. [Archivo PDF]. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Salud-mental-covid-aniversario-pandemia.pdf>
- Consejo de Salubridad General (2020). Guía bioética para la asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia. [Archivo PDF]. [http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion\\_relevante/GuiaBioeticaTriage\\_30\\_Abril\\_2020\\_7pm.pdf](http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriage_30_Abril_2020_7pm.pdf)
- Cruzado, L., Núñez Moscoso, P., & Rojas Rojas, G. (2013). Despersonalización: más que síntoma, un síndrome. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 76 (2), 120-125. <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372036944009.pdf>
- Danet Danet, A. (2021). *Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática*. Elsevier 156(9), 449-558. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775320308253>
- De Miguel, A. (2011). *Los feminismos a través de la historia* [Archivo PDF] <https://web.ua.es/es/sedealicante/documentos/programa-de-actividades/2018-2019/los-feminismos-a-traves-de-la-historia.pdf>

- Echeburúa, E., de Corral, P., Amor, P., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica de la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 2(1), 7-19.  
<https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3830/3685>
- El Economista. (2021). *Enero de 2021 rompió todos los récords; México suma 32,729 muertes por Covid-19 en un solo mes*. El Economista.  
<https://www.economista.com.mx/politica/Enero-de-2021-rompio-todos-los-records-Mexico-suma-32729-muertes-por-Covid-19-en-un-solo-mes-20210131-0029.html>
- Esteban, M y Otxoa, I. (2010). *El debate feminista en torno al concepto de cuidados*. [Archivo PDF].  
<https://www.fuhem.es/media/ecosocial/File/Boletin%20ECOS/Boletin%2010/DIALOGO%20Esteban-Otxoa.pdf>
- Estrella Cazalla, J., Tornero Molina, A. & León Ortiz (2006). Insuficiencia respiratoria. [Archivo PDF] [https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2036\\_III.pdf](https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2036_III.pdf)
- Ezquerria, S. (2012). *Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real*. [Archivo PDF] <file:///C:/Users/hyourinmaru/Downloads/38610-Texto%20del%20art%C3%ADculo-45662-2-10-20120310.pdf>
- Farré, L y González, L. (2020). *¿Quién se encarga de las tareas domésticas durante el confinamiento? Covid-19, mercado de trabajo y uso del tiempo en el hogar*. Nada es Gratis. <https://nadaesgratis.es/admin/quien-se-encarga-de-las-tareas-domesticas/>
- Fuentes, M. (2022) *Vivimos una suma de pandemias*. México Social.  
<https://www.mexicosocial.org/vivimos-una-suma-de-pandemias/>

Francia Vasconcelos, A., Migueles Ramírez, M., & Peñalver Mildestein, Y. (2018). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, algunas consideraciones con su diagnóstico y su tratamiento. *Acta Médica del Centro*. 12(4). <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/899/1225#:~:text=En%201992%20la%20OMS%20y,la%20infancia%20y%20la%20adolescencia>.

Fundación fad juvenil. (2021). *Las normas y su importancia en la organización familiar: cómo hacer para que se cumplan*. Campus Fad. <https://www.campusfad.org/blog/en-familia/conferencias/las-normas-y-su-importancia-en-la-organizacion-familiar-como-hacer-para-que-se-cumplan/#:~:text=La%20organizaci%C3%B3n%20de%20la%20familia,Reparto%20de%20roles%20y%20responsabilidades>

Gaceta Facultad de Medicina UNAM (2022). *Retos del sistema de salud mexicano en tiempos de COVID-19*. Gaceta UNAM. <https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2020/11/05/retos-del-sistema-de-salud-mexicano-en-tiempos-de-covid-19/>

García Torres, M., Aguilar Castro, A., & García Méndez, M. (2021). *Bienestar psicológico y burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19*. *Escritos de psicología*. 14(2), 96-106. <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v14n2/1989-3809-ep-14-02-00096.pdf>

Garrido Luque, A. (2004). La distribución del trabajo generado por el cuidado de otras personas. En V. Gasteiz (Ed.), *Congreso Internacional Sare 2003: "Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado"* (85-101). Emakunde/ Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea Fondo Social Europeo. [https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_jornada\\_s/es\\_emakunde/adjuntos/sare2003\\_es.pdf](https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_jornada_s/es_emakunde/adjuntos/sare2003_es.pdf)

- Gobierno de México. (s. f.). *Exceso de Mortalidad en México – Coronavirus*. Gobierno de México. <https://coronavirus.gob.mx/exceso-de-mortalidad-en-mexico/>
- González Jaimes, E. y Pérez Saucedo, E. (2012) Condiciones laborales y desgaste profesional en trabajadores de la salud. *Alternativas en psicología*. 16(27), 9-19. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-339X2012000200001](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2012000200001)
- Gutiérrez, Estrada. K. [Escuela Nacional de Trabajo Social]. (2021, 14 octubre). *1er. Seminario de Investigación e Intervención sobre las Condiciones Laborales de las y los TS* [Vídeo]. YouTube. [https://www.youtube.com/watch?v=IqCsh4uSyYk&list=RDCMUCZy\\_DG\\_5FCaHyI\\_MwIT8FuGA&index=4](https://www.youtube.com/watch?v=IqCsh4uSyYk&list=RDCMUCZy_DG_5FCaHyI_MwIT8FuGA&index=4)
- Hernández, R. (2014) metodología de la investigación. [Archivo PDF]. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hidalgo, M. (19 de enero 2022). Inmunidad Covid: cuánto dura y cómo evaluarla. Almusaludprevención. <https://almusaludprevencion.com/inmunidad-covid-cuanto-dura-como-evaluarla/>
- Huarcaya Victoria, J. (2020). *Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 37(2), 327-234. <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es>
- Instituto Belisario Domínguez. (2020). *TEMAS ESTRATÉGICOS NO. 78 Covid-19: evolución y estimaciones de las curvas epidémicas*. [Archivo PDF]. <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4877/Reporte%20OTE%2078%20Curvas%20epidemicas%20F.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Instituto Belisario Domínguez (2021) *El trabajo de cuidados en México en el contexto de la pandemia de la COVID-19*. [Archivo PDF].



<http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5225/docto%20cuidados%20aRev4%20pxp.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022). IMSS tiene capacidad médica e instalaciones para atención de pacientes con COVID-19 y otros padecimientos. Gobierno de México. <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202201/050>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT). Presentación de resultados.* [Archivo PDF] [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enut/2019/doc/enut\\_2019\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enut/2019/doc/enut_2019_presentacion_resultados.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Características de los nacimientos registrados en México durante 2020. Comunicado de prensa. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/NantosRegistrados2020.pdf>

Instituto Nacional de las Mujeres (2015) Situación de las personas adultas mayores en México. [Archivo PDF]. [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101243\\_1.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf)

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (22 de septiembre 2020). Comunicado sobre defunciones por COVID-19 en personal de salud del ISSSTE. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/issste/prensa/comunicado-sobre-defunciones-por-covid-19-en-personal-de-salud-del-issste?idiom=es-MX>

Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios (s.f). Trastornos cognitivos: qué son y cómo nos afectan. ISES. <https://www.isesinstituto.com/noticia/trastornos-cognitivos-que-son-y-como-nos-afectan>

- Juárez García, A. (2020). *Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental*. Salud UIS 52(4), 432-439.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v52n4/0121-0807-suis-52-04-432.pdf>
- Julve, M. (2006). *Dependencia y cuidado: Implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora*. [Archivo PDF].  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002330>
- Knoow. (2015). *Organización familiar*. <https://knoow.net/es/ciencias-sociales-humanas/psicologia-es/organizacion-familiar/>
- Koppmann, A., Cantillano, V., & Alessandri, C. (2021). *Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por COVID-19*. *Revista Médica Clínica las Condes* 32(1), 75-80.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020301000>
- Lamas, M. (1986). *La antropología feminista y la categoría "género"*. *Nueva Antropología*, 8(30) 173-198. <https://www.redalyc.org/pdf/159/15903009.pdf>
- López, D. (s.f). *Síntomas del estrés postraumático*. *Mente a mente*.  
<https://www.menteamente.com/sintomas-estres-postraumatico>
- López Malacatus, A., Cuenca Buele, A., Bajaña Romero, J., Merino Choez, K., López Malacatus, M., & Bravo Bonoso, D. (2021). *Factores de riesgo psicosocial y salud mental del personal de salud en ámbito hospitalario*. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(5), 3-16. <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/887/1219>
- Machado Duque, M., Echeverri Chabur, J., & Machado Alba, J. (2015). *Somnolencia Diurna excesiva, mala calidad del sueño y bajo rendimiento académico en estudiantes de medicina*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 44(3), 137-142.  
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-somnolencia-diurna-excesiva-mala-calidad->

[S0034745015000426#:~:text=La%20somnolencia%20excesiva%20diurna%20\(SE D\)%20y%20la%20mala%20calidad%20del,la%20calidad%20de%20vida1.](#)

Martín, M. (2008). *Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados*. [Archivo PDF] [https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/14613/domesticar\\_martin\\_CRL\\_2008.PDF?sequence=1](https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/14613/domesticar_martin_CRL_2008.PDF?sequence=1)

Martínez, F. & Díaz, E. (2021) *México: El reto de ser mujer dentro de una estructura patriarcal*. *Asparkía* 38(3), 41-58. <https://www.e-revistas.uji.es/index.php/asparkia/article/view/4591/6533>

Martínez Medina, M., Frías Mendivil, M. & Cano Rangel, M. (2020). Neumonía atípica: un término histórico en desuso. *Salud Pública de México*. 62(6), 869. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342020000600869&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342020000600869&script=sci_arttext)

Matamoros, M. (1997). *El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud*. SCIELO. 13(2). [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00151997000200017](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017)

Medel, C., Rodríguez, A., Jiménez, G., & Rojas R. (2020). *México ante el COVID-19: Acciones y retos*. [Archivo PDF]. <https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Mexico-ante-covid-19-acciones-retos.pdf>

Medina, M. (2014). *El papel de las trabajadoras durante la industrialización europea del Siglo XIX. Construcciones discursivas del movimiento obrero en torno al sujeto “mujeres”* [Archivo PDF] <https://core.ac.uk/download/pdf/92992472.pdf>

Medina Ortiz, O., Araque Castellanos, F., Ruiz Domínguez, L.C., Riaño Garzón, M., & Bermudez, Valmore. (2020). *Trastornos del sueño a consecuencia de la pandemia por COVID-19*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 37(4),

755-761. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342020000400755&script=sci\\_arttext#:~:text=Las%20personas%20que%20experimentan%20mayores,la%20cuarentena%20por%20COVID%2D19](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342020000400755&script=sci_arttext#:~:text=Las%20personas%20que%20experimentan%20mayores,la%20cuarentena%20por%20COVID%2D19)

Mendoza Popoca, C., & Suárez Morales, M. (2020, 8 abril). *Reconvención hospitalaria ante la pandemia de COVID-19*. *Revista Mexicana de anestesiología*. 43(2), 151-156. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2020/cma2021.pdf>

Mercader Rodríguez, B., Lidón Cerezuela, M., López Benavente, Y. & Jiménez Ruiz, I. (2022). Mujeres cuidadas por hombres: percepciones de un cambio de rol. Un estudio cualitativo. *Gerokomos*, 33(2), 82-87. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2022000200004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000200004)

México Social. (2021, 4 octubre). *México: la mayor mortandad de personal médico, por COVID19*. México Social. <https://www.mexicosocial.org/mexico-la-mayor-mortandad-de-personal-medico-por-covid19/>

Millán, J. (2021). El patriarcado como sistema social: ¿cuáles fueron las consecuencias de su instauración. *Fundación para la investigación social avanzada*. <https://isdfundacion.org/2021/09/22/el-patriarcado-como-sistema-social-cuales-fueron-las-consecuencias-de-su-instauracion/>

Mojica Crespo, R., & Morales Crespo, M. (2020). *Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión | Medicina de Familia. SEMERGEN. ELSEVIER*. 46(S1), 65-77. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-pandemia-covid-19-nueva-emergencia-sanitaria-S1138359320301714>

Muñoz, H. (2009). Somatización, consideraciones diagnósticas. *Revista Med*. 17(1), 55-64. <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a09.pdf>

National Institute on Drug Abuse (s.f) La comorbilidad. National Institute on Drug Abuse.

<https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/la-comorbilidad#:~:text=La%20%22comorbilidad%22%2C%20tambi%C3%A9n%20conocida,o%20uno%20despu%C3%A9s%20del%20otro.>

Norma Oficial de la Federación. (2018). Factores de riesgo psicosocial en el trabajo, identificación, análisis y prevención. *Diario Oficial de la Federación*.

[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018#gsc.tab=0)

Observatorio Género y COVID-19 en México. (2020). *Cuidados*. Observatorio Género y COVID-19 en México.

<https://observatoriogeneroycovid19.mx/tema/trabajo-de-cuidados/>

Olivera, G., & García, A. (2021, 1 octubre). *Vista de Infraestructura hospitalaria y personal médico del Sistema Público de Salud en México ante la pandemia por COVID-19 | Ciencias Administrativas. Teoría y Praxis*. Ciencias administrativas. Teoría y Praxis.

<https://cienciasadmvasityp.uat.edu.mx/index.php/ACACIA/article/view/288/325>

ONU Mujeres y Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). *Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación*. [Archivo PDF].

[https://www.cepal.org/sites/default/files/document/files/cuidados\\_covid\\_esp.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/document/files/cuidados_covid_esp.pdf)

ONU Mujeres y Organización Panamericana de la Salud. (2020). *La contribución imprescindible de las mujeres: sector sanitario y trabajo de cuidados*. [Archivo PDF].

<https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020-nuevo/junio-2020/la-contribucion-de-las-mujeres-sector-sanitario-y-trabajo-de-cuidados#:~:text=El%20trabajo%20que%20aportan%20millones,las%20comunidades%2C%20es%20un%20claro>

- Organización de las Naciones Unidas. (2021, 10 diciembre). *El “efecto devastador” del COVID-19 en la salud mental*. Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2021/11/1500512>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *El trabajo no remunerado del cuidado de la salud: una mirada desde la igualdad de género*. [Archivo PDF]. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52207>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Análisis de género y salud: COVID-19 en las Américas*. [Archivo PDF]. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55557/OPSEGCCOVID-19210006\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55557/OPSEGCCOVID-19210006_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *El rol del personal de enfermería en México en la lucha contra la pandemia de COVID-19*. OPS. <https://www.paho.org/es/noticias/7-1-2021-rol-personal-enfermeria-mexico-lucha-contrapandemia-covid-19>
- Organización Panamericana De La Salud. (s. f.). *Zoonosis*. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/zoonosis>
- Osorio Parraguez, P., Arteaga Aguirre, C., Galaz Valderrama, C., & Piper Shafir, I. (2021). *Consecuencias psicosociales de las medidas COVID-19 en mujeres mayores y madres trabajadoras en Chile*. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad* 20(3), 1-13. <https://psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/2426/1528>
- Palacios, M. & Paz, M. (2021, 7 septiembre). *El Síndrome de Burnout: una enfermedad laboral de los profesionales de la salud y la pandemia por COVID-19*. Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNAM. Recuperado 15 de junio de 2022, de <http://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/03/COVID-19-No.21-04-El-Sindrome-de-Burnout.pdf>

- Patlán Pérez, J. (2019). ¿Qué es el estrés laboral y cómo medirlo? *Revista Salud Uninorte*. 35(1). 156–184. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522019000100156](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522019000100156)
- Peralta, C. (2022). En México, salud mental no ha sido prioridad: Shoshana Berenzon. Universo. <https://www.uv.mx/prensa/general/en-mexico-salud-mental-no-ha-sido-prioridad-shoshana-berenzon/>
- Redacción médica. (2022). ¿Cuáles son las situaciones con mayor riesgo de contagio? <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/faqs-covid19/cuales-son-las-situaciones-con-mayor-riesgo-de-contagio-covid#:~:text=Lugares%20congestionados%2C%20con%20muchas%20personas,el%20transporte%20p%C3%ABblico%20o%20gimnasios>
- Rodríguez, C. (2015, 1 marzo). *Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad* | Nueva Sociedad. Nueva Sociedad | Democracia y política en América Latina. <https://nuso.org/articulo/economia-feminista-y-economia-del-cuidado-aportes-conceptuales-para-el-estudio-de-la-desigualdad/>
- Rodríguez, C., Medrano, O., & Hernández, A. (2021). *Salud mental de los mexicanos durante la pandemia de COVID-19*. [Archivo PDF]. <http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v157n3/0016-3813-gmm-157-3-228.pdf>
- Salud Navarra (s.f) Tipos de trastornos de ansiedad. *Salud Navarra*. [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Trastornos+de+ansiedad/Introduccion/Tipos+trastornos+ansiedad/](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Trastornos+de+ansiedad/Introduccion/Tipos+trastornos+ansiedad/)
- SAMUR-Protección Civil (2018) Procedimientos asistenciales, técnicas: vía aérea y respiración: Intubación endotraqueal. (edición 2018 0.2). [https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/602\\_03.htm](https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/602_03.htm)

- Sánchez, J. (2022). *COVID-19 y estrés en personal de salud: lo que indica la investigación científica*. [Archivo PDF]. [http://www.healthnet.unam.mx/afeipal/lecturas/Estrespersonaldesalud\\_covid19.pdf](http://www.healthnet.unam.mx/afeipal/lecturas/Estrespersonaldesalud_covid19.pdf)
- Sánchez, M., González, E., Sepúlveda, J., Abascal, L., Fieldhouse, J., del Río, C., & Gallalee, S. (2020). *La respuesta de México al COVID-19. Estudio de caso*: Institute for Global Health Sciences. [Archivo PDF]. [https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la\\_respuesta\\_de\\_mexico\\_al\\_covid\\_esp.pdf](https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf)
- Santillán, M. (2020, 28 agosto). *Coronavirus. Estudio revela los trastornos del sueño durante la cuarentena*. Ciencia UNAM. <https://ciencia.unam.mx/leer/1032/como-el-coronavirus-trastorna-el-sueno>
- Sciortino, S. (2018). *Una etnografía sobre los arreglos familiares, leonas y mujeres superpoderosas: Prácticas compartidas de cuidado entre las titulares del “ellas hacen”*. Cuadernos de antropología social. <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/CAS/article/view/3550/4852>
- Secretaría de Salud. (2020, 24 de diciembre). 266. *Arranca vacunación contra COVID-19 en México*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/266-arranca-vacunacion-contra-covid-19-en-mexico?idiom=es>
- Secretaría De Salud. (2020, 31 marzo). *Consejo de Salubridad General declara emergencia sanitaria nacional a epidemia por coronavirus COVID-19*. Gobierno de México. [https://www.gob.mx/salud/prensa/consejo-de-salubridad-general-declara-emergencia-sanitaria-nacional-a-epidemia-por-coronavirus-covid-19-239301#:~:text=El%20d%C3%ADa%20de%20hoy%20se,2%20\(Covid%2D19\)](https://www.gob.mx/salud/prensa/consejo-de-salubridad-general-declara-emergencia-sanitaria-nacional-a-epidemia-por-coronavirus-covid-19-239301#:~:text=El%20d%C3%ADa%20de%20hoy%20se,2%20(Covid%2D19)).
- Secretaría de Salud. (2020). *Lineamiento de Reversión Hospitalaria*. [Archivo PDF]. <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reversion-Hospitalaria.pdf>



- Secretaría de Salud (2022) Hospitales de Sedesa para pacientes con COVID-19. Gobierno de la Ciudad de México. Recuperado el 8 de junio de 2022 <https://www.salud.cdmx.gob.mx/conoce-mas/covid-19/unidades-hospitalarias-de-la-secretaria-de-salud-de-la-ciudad-de-mexico-para-atencion-de-pacientes-con-covid-19#:~:text=Los%20hospitales%20h%C3%ADbridos%20son%20denominados,unidad%20dedicadas%20a%20COVID%2D19.>
- Tello, G. (2021). *Factores psicosociales y el estrés laboral post pandemia en el personal sanitario* [Tesis de licenciatura, Universidad Estatal del Sur de Manabí]. <http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/3353/1/Tesis%20-%20G%c3%a9nesis%20Jamileth%20Tello%20Pati%c3%b1o.pdf>
- Teruel, G., Gaitán, P., Leyva, G. & Pérez, V. (2021). *Depresión en México en tiempos de pandemia.* [Archivo PDF]. <https://cieg.unam.mx/covid-genero/pdf/reflexiones/academia/62-depresion-en-mexico-tiempos-de-pandemia.pdf>
- Thomen, M. (2021, 23 febrero). *Las cuatro olas del feminismo.* psicologia-online.com. <https://www.psicologia-online.com/las-cuatro-olas-del-feminismo-4627.html>
- Ucha, F. (2011). Definición de intervención. Definición ABC. <https://definicionabc.com/intervencion/>
- UNAM. (2021). Trabajo Social. Oferta académica. <http://oferta.unam.mx/trabajo-social.html>
- Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas [UPCCA] (s.f). Los hábitos. Qué son y cómo se forman. [Archivo PDF]. <https://www.alfaradelpatriarca.es/wp-content/uploads/2017/12/QUE-SON-LOS-H%C3%81BITOS.pdf>
- Universidad de Chile. (2017). *Género.* CESOLAA. <https://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/conceptos-de-genero-sexualidad-y-roles-de-genero>

Valle, M., Obregón, J., & Torres, L. (2021). Organización familiar durante el confinamiento en familias mexicanas. [Archivo PDF].

[http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef13\(2\)\\_7.pdf](http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef13(2)_7.pdf)

Vicente de Vera, M. (2017). *Evaluación del burnout y factores de resiliencia-engagement en docentes*. [Tesis para obtener el grado de doctora]. Universidad Pública de Navarra. [Archivo PDF].

[https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/29172/12%20T.%20TESIS%20DOCTORAL%20Inmaculada%20Vicente.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://academica.e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/29172/12%20T.%20TESIS%20DOCTORAL%20Inmaculada%20Vicente.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Villavicencio, E. (2019). *Cómo influyen los indicadores del síndrome de burnout en el colegio san Guillermo de Vercelli – hunter, para la mejora continua de su clima organizacional, durante el periodo 2019*. [Tesis para obtener el grado de Maestro].

Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. [Archivo PDF].  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10517/EDMviluem.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## Anexos

### Anexo 1: Instrumento



Universidad Nacional Autónoma de México  
Escuela Nacional de Trabajo Social



### Efectos psicosociales y Trabajo de cuidados en trabajadoras (es) sociales de la salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19

#### Presentación

La pandemia por COVID-19 ha generado importantes cambios en la cotidianidad de las personas. Para el personal de salud implicó nuevas estrategias de intervención y una carga laboral por la cantidad de pacientes COVID-19 ingresados a las unidades médicas. Cabe destacar que existe una importante representación femenina en el sector salud, quienes además cumplen con trabajo de cuidados (actividades orientadas al cuidado de integrantes de la familia que lo requieren) y tareas domésticas (actividades del cuidado del hogar).

Los resultados de esta encuesta nos permitirán generar una aproximación a las afectaciones psicosociales que experimentan las trabajadoras sociales del sector salud en México a partir del trabajo de cuidados y del trabajo en el hogar que realizaron junto con las intervenciones que desplegaron con pacientes con COVID-19 y sus familiares.

#### Cuestionario

##### Perfil sociodemográfico

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Estado civil
  - a) Soltera (o)
  - b) Casada (o)
  - c) Divorciada (o)
  - d) Unión libre
  - e) Separada (o)
  - f) Viuda (o)
3. Grado académico
  - a) Técnica (o) en Trabajo Social
  - b) Pasante en Trabajo Social
  - c) Licenciada (o) en Trabajo Social
  - d) Especialista en Trabajo Social
  - e) Maestría en \_\_\_\_\_
  - f) Doctorado en \_\_\_\_\_
4. Entidad federativa \_\_\_\_\_
5. Instancia de salud a la que pertenece \_\_\_\_\_
6. Nivel de atención en el que interviene
  - a) Primer nivel
  - b) Segundo nivel
  - c) Tercer nivel
7. Tipo de contratación que posee \_\_\_\_\_
8. Puesto laboral \_\_\_\_\_
9. Salario aproximado que percibe como trabajadora (or) social en su institución de salud
  - a) Menos de 5,999

- b) De 6,000 a 10,999
- c) De 11,000 a 15,999
- d) De 16,000 a 20,999
- e) De 21,000 a 25,999
- f) De 26,000 a 30,999
- g) De 31,000 a 35,999
- h) De 36,000 a 40,999
- i) De 41,000 a 45,999
- j) De 46,000 a 50,999
- k) Más de 51,000

**Familia**

10. ¿Cuántas personas conforman su hogar?

11. ¿Tiene hijas (os)? \_\_\_\_\_

- a) Si
- b) No

En caso afirmativo ¿cuántas (os)? \_\_\_\_\_

12. ¿Actualmente con quién vive?

- a) Sola (o)
- b) Con mi pareja
- c) hija (s) y/o hijo (s)
- d) Pareja e hijos (as)
- e) Con papá
- f) Con mamá
- g) Con mamá y papá
- h) Otro (s)

13. ¿Hay más mujeres (menores o adultas) que vivan con usted?

- a) Si
- b) No

En caso afirmativo ¿cuántas? \_\_\_\_\_

**Personas dependientes**

14. ¿Tiene personas a las que cotidianamente brinda cuidados?

- a) Si
- b) No

15. ¿Quiénes son esas personas a las que brinda cuidado?

- a) Hijas y/o hijos
- b) Personas mayores
- c) Personas con discapacidad
- d) Personas con alguna condición de salud
- e) Otro (s)
- f) No aplica

16. ¿Cuántas personas requerían de sus cuidados?

17. ¿Cuál es el parentesco con las personas que requerían cuidados?

- a) Persona 1 \_\_\_\_\_
- b) Persona 2 \_\_\_\_\_
- c) Persona 3 \_\_\_\_\_

- d) Persona 4 \_\_\_\_\_
- e) Persona 5 \_\_\_\_\_
- f) Más \_\_\_\_\_
- g) No aplica

18. ¿Qué edades tienen estas personas que requerían cuidados?

- a) Persona 1 \_\_\_\_\_
- b) Persona 2 \_\_\_\_\_
- c) Persona 3 \_\_\_\_\_
- d) Persona 4 \_\_\_\_\_
- e) Persona 5 \_\_\_\_\_
- f) Más \_\_\_\_\_
- g) No aplica

19. ¿Alguien de las personas con las que cohabita enfermó de COVID-19?

- a) Si
- b) No

19. 1 En caso afirmativo ¿Qué parentesco tiene con esta(s) persona(s)?

\_\_\_\_\_

19.2. ¿Quién o quiénes cuidaron de esta(s) persona(s) durante la enfermedad?

20. ¿Cuáles eran las principales necesidades de cuidado que demandaban sus personas dependientes durante la pandemia?

- a) Compra de alimentos
- b) Elaboración de alimentos
- c) Brindar alimentos preparados
- d) Dar de comer
- e) Apoyarlas en vestirse
- f) Ayudar con las necesidades fisiológicas
- g) Ayudar en bañarlas
- h) Otras cuestiones de aseo personal
- i) Apoyo en tareas escolares
- j) Ayudar en medicación
- k) Apoyo en asistencia médica
- l) Ayuda en citas médicas
- m) Ayuda en movilidad
- n) Atención
- o) Otra (s) \_\_\_\_\_

### Trabajo de cuidados y del hogar

21. Antes de la pandemia ¿cuántas tareas de cuidado y del hogar consideraba que realizaba cotidianamente?

- a) De 1 a 3 tareas
- b) De 4 a 6 tareas
- c) De 7 a 9 tareas
- d) De 10 a 13 tareas
- e) De 13 a 16 tareas
- f) Más de 17 tareas

22. En promedio ¿cuántas horas invertía a la semana en las tareas de cuidado y del hogar antes de la pandemia?

- a) De 1 a 3 horas
  - b) De 4 a 6 horas
  - c) De 7 a 9 horas
  - d) De 10 a 13 horas
  - e) De 13 a 16 horas
  - f) Más de 17 horas
23. ¿Podría mencionar cuáles eran sus principales tareas de cuidado y del hogar que realizaba antes de la pandemia?
- 
24. Durante la pandemia ¿considera que aumentó el número de tareas de cuidado y del hogar?
- a) Si
  - b) No
25. ¿Cuántas tareas de cuidado y del hogar considera que aumentaron durante la pandemia?
- a) De 1 a 3 tareas
  - b) De 4 a 6 tareas
  - c) De 7 a 9 tareas
  - d) De 10 a 13 tareas
  - e) De 13 a 16 tareas
  - f) Más de 17 tareas
26. ¿Podría mencionar cuáles fueron esas tareas de cuidado que aumentaron durante la pandemia?
- 
27. ¿Podría mencionar cuáles fueron esas tareas del hogar que aumentaron?
- 
28. En promedio ¿cuántas horas le invertía a la semana al trabajo de cuidados y del hogar durante la pandemia?
- a) De 1 a 3 horas
  - b) De 4 a 6 horas
  - c) De 7 a 9 horas
  - d) De 10 a 13 horas
  - e) De 13 a 16 horas
  - f) Más de 17 horas
29. ¿En algún momento alguien de su hogar le ha reconocido su esfuerzo en las tareas del hogar y del cuidado?
- a) Si
  - b) No
- 29.1 En caso afirmativo ¿quién le ha reconocido? \_\_\_\_\_
- 29.2 ¿De qué manera fue el reconocimiento? \_\_\_\_\_
- 29.3 ¿Cómo le hizo sentir el reconocimiento? \_\_\_\_\_
30. ¿En algún momento tuvo dificultad para cubrir los cuidados de sus personas dependientes debido a su trabajo durante la pandemia?
- a) Si
  - b) No
  - c) No tengo personas dependientes de cuidados
31. ¿Hubo alguien que le apoyara con el cuidado de estas personas mientras usted trabajaba durante la pandemia?
- a) Si

- b) No
- c) No tengo personas dependientes de cuidados

31.1 En caso afirmativo ¿Cuál es el parentesco con esta (s) persona (s)?  
\_\_\_\_\_

32. En caso de tener a alguien que le apoye con los trabajos de cuidado, ¿esta (s) persona (s) recibían algún apoyo económico por ayudarle a cubrir el trabajo de cuidados?
- a) Si
  - b) No
  - c) No tengo personas dependientes de cuidados

33. ¿Usted recibió cuidados en algún momento durante la pandemia?
- a) Si
  - b) No

33.1 En caso afirmativo ¿Qué tipo de cuidados? \_\_\_\_\_

33.2 ¿Por parte de quien los recibió? \_\_\_\_\_

34. ¿Su cónyuge o los miembros de su familia apoyaron en el trabajo de cuidados durante la pandemia?
- a) Si
  - b) No
  - c) No aplica

34.1 En caso afirmativo ¿Qué cuidados realizaba? \_\_\_\_\_

34.2 ¿Los realizaba desde antes de la pandemia?

- a) No
- b) Pocas veces
- c) Frecuentemente
- d) Siempre

35. ¿Alguien le apoyó con las tareas del hogar?
- a) Si
  - b) No

35.1 En caso afirmativo ¿Cuál es el parentesco con esta (s) persona (s)?  
\_\_\_\_\_

36. En caso de tener a alguien que le apoyara con las tareas del hogar ¿esta persona recibía algún apoyo económico por la realización de las tareas del hogar?
- a) Si
  - b) No

37. ¿Su pareja o cónyuge le ayudó en las tareas del hogar?
- A) Si
  - B) No
  - C) No aplica

36.1 En caso afirmativo ¿cómo fue que le ayudó?  
\_\_\_\_\_

38. En caso de no haber tenido apoyo ¿Cómo se organizaba para cubrir la demanda de cuidados y de labores domésticas frente a su jornada laboral en contingencia sanitaria?  
\_\_\_\_\_

### Riesgo de contagio

39. ¿Estuvo en área COVID-19?

- a) Si
- b) No

39.1 En caso afirmativo ¿En qué mes o meses y año estuvo?

\_\_\_\_\_

40. ¿Atendía a familiares de pacientes con COVID-19?

- a) Si
- b) No

41. Cuáles fueron las actividades y/o funciones que realizó en su intervención con pacientes COVID-19 y sus familiares? (escriba al menos 5 principales actividades y/o funciones)

\_\_\_\_\_

42. Durante la pandemia su jornada laboral fue:

- a) Completa
- b) Cambió de horarios
- c) Trabajaba más horas
- d) Trabajaba menos horas
- e) Otra (s) \_\_\_\_\_

43. En su institución ¿le proporcionaron equipo de protección?

- a) Si
- b) No

43.1 En caso de que no haya sido así, ¿Qué hizo usted para protegerse mientras atendía pacientes con COVID-19 y sus familiares?

\_\_\_\_\_

44. ¿Bajo qué medidas (higiénicas y de prevención) continuaron con la atención de pacientes con COVID-19?

\_\_\_\_\_

45. ¿Cuáles fueron las medidas higiénicas y de prevención que implementó en el hogar para evitar el contagio del virus después de una jornada laboral?

- a) Lavado de manos
- b) Uso constante de gel
- c) Uso del cubrebocas
- d) Sanitizarse con algún spray antes de ingresar al hogar
- e) Sanitización de pisos y superficies
- f) Tapetes sanitizantes
- g) Bañarse de inmediato al llegar a casa
- h) Cambio de ropa al llegar a casa
- i) Cambio de zapatos al llegar a casa
- j) Sana distancia
- k) Alejamiento temporal del hogar
- l) Evitar saludos de beso o mano
- m) Evitar reuniones
- n) Evitar salir a lugares públicos
- o) Otra (s) \_\_\_\_\_

46. ¿En casa hubo alguna (s) medida (s) en específico para evitar poner en riesgo a sus familiares después de su jornada laboral?

- a) Si
- b) No

46.1 En caso afirmativo ¿cuál (es)? \_\_\_\_\_

### Efectos psicosociales e intervención



47. ¿Considera que su intervención con pacientes con COVID-19 le ha dejado repercusiones en su salud mental?
- Si
  - No
48. ¿Podría compartirnos cuáles fueron las afectaciones físicas, mentales y/o emocionales que usted siente que se manifestaron durante su intervención con pacientes con COVID-19 y sus familiares?
- 
49. ¿Cuál ha sido su experiencia más significativa en sus intervenciones con pacientes con COVID-19 y sus familiares?
- 
50. ¿En algún momento sintió una carga laboral excesiva?
- Si
  - No
- 50.1 En caso afirmativo ¿en qué mes y año sintió esta carga excesiva?
- 
51. ¿Considera que la cantidad de casos COVID-19 le generó una carga laboral?
- Si
  - No
52. En una escala del 1 al 10 ¿Cómo evalúa la carga laboral que experimentó?
- 
53. ¿Durante su intervención con pacientes COVID-19, usted se sintió agotada (o)?
- Si
  - No
- 53.1 En caso afirmativo ¿Cómo se manifestó este agotamiento?
- 
54. ¿Durante su intervención con pacientes COVID-19 se sintió estresada (o)?
- Si
  - No
55. En una escala del 1 al 10 ¿Cómo sintió que fue su nivel de estrés en el sector salud durante la pandemia?
- 
56. ¿Llegó a presentar complicaciones para conciliar un descanso?
- Si
  - No
57. ¿A partir de esto, ha identificado manifestaciones en su cuerpo?
- Si
  - No
- 57.1 En caso afirmativo ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
58. ¿Qué hizo para poder afrontar estas afectaciones (físicas, mentales, emocionales) que tenía del trabajo con pacientes con COVID-19 y sus familiares?
- 
59. ¿En algún momento asistió a alguna consulta, terapia o algún grupo de apoyo que el gobierno haya implementado hacia el personal de salud?
- Si, obtuve apoyo psicológico por parte de la institución
  - No, no hubo apoyo psicológico por parte de la institución
  - Obtuve apoyo psicológico de manera privada
  - No consideré tomar apoyo psicológico

60. ¿Cuál es el principal sentimiento que le dejó las intervenciones con pacientes COVID-19 y el trabajo simultáneo de cuidados?

---

61. ¿Le gustaría compartirnos algo más con relación al tema?

---

Comentarios

---

**¡Gracias por el tiempo y sus respuestas! la información brindada es únicamente para fines académicos**