



# REVISTA PRISMA SOCIAL N° 32

## INVESTIGACIÓN SOCIAL SOBRE POLÍTICAS DEL CUIDADO Y LA DEPENDENCIA EN EUROPA E IBEROAMÉRICA

1<sup>ER</sup> TRIMESTRE, ENERO 2021 | SECCIÓN TEMÁTICA | PP. 128-146

RECIBIDO: 29/10/2020 – ACEPTADO: 14/12/2020

### APROXIMACIÓN A LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN DURANTE EL PICO DE LA COVID-19 EN LA REGIÓN DE MURCIA

APPROACH TO LONG-TERM CARE  
DURING THE PEAK OF COVID-19  
IN THE REGION OF MURCIA.

---

JOSÉ ÁNGEL MARTÍNEZ-LÓPEZ / JAML@UM.ES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES. UNIVERSIDAD DE MURCIA,  
ESPAÑA

CRISTINA LÁZARO-PÉREZ / CRISTINA.LAZARO2@UM.ES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES. UNIVERSIDAD DE MURCIA,  
ESPAÑA

JOSÉ GÓMEZ GALÁN / JOGOMEZ@UAGM.EDU

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN. UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA, ESPAÑA. COLLEGE OF  
EDUCATION. ANA G. MÉNDEZ UNIVERSITY. CUPEY CAMPUS, SAN JUAN, PUERTO RICO

MIHAELA RADUCEA / MIHAELARADUCEA@UM.ES

CRUZ ROJA ESPAÑOLA. DOCTORANDA EN TRABAJO SOCIAL. FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL.  
UNIVERSIDAD DE MURCIA, ESPAÑA



prisma  
social  
revista  
de ciencias  
sociales

## RESUMEN

La crisis sanitaria mundial derivada de la COVID-19 está afectando a todos los ámbitos sociales, incluido los cuidados de larga duración. Durante las semanas más críticas de la primera ola de la pandemia en España, las dificultades para las personas cuidadoras se han incrementado a las tradicionalmente existentes, caracterizadas por: el difícil encaje entre trabajo y cuidados, la invisibilidad y falta de reconocimiento social de su trabajo, el desarrollo de las atenciones en un contexto de precariedad y la ausencia de protección social, las escasas remuneraciones económicas, el síndrome de burnout, etc.

El objetivo general del presente estudio es describir cómo se ha desarrollado el trabajo de cuidados durante el pico de la pandemia durante la primera ola en España. En este contexto, se ha desarrollado una investigación de corte exploratorio, descriptivo y transversal desde una metodología eminentemente cuantitativa a través de la técnica de la encuesta durante el mes de abril de 2020.

Los principales resultados muestran que el trabajo de cuidados ha supuesto una importante sobrecarga para las personas cuidadoras, aumentando las horas que destinan al cuidado, afectando a su salud personal y su nivel de cansancio emocional y ansiedad ante los procesos de morir de otros.

## PALABRAS CLAVE

*COVID-19; cuidados de larga duración; dependencia; familias; cansancio emocional; conciliación; precariedad.*

## ABSTRACT

The global health crisis resulting from the COVID-19 pandemic is affecting all spheres of society, including long-term care. During the most critical weeks of the first wave of the pandemic in Spain, the difficulties for caregivers have increased to those traditionally existing, characterized by: the difficult fit between work and care, the invisibility and lack of social recognition of their work, the development of care in precariousness and lack of social protection, low wages, burnout syndrome, etc.

The general objective of this study is to describe how care work was developed during the peak of the pandemic during the first wave in Spain. In this context, exploratory, descriptive, and transversal research has been developed from an eminently quantitative method through the technique of the survey during April 2020.

The major results show that the care work has meant an important overload for the caregivers, increasing the hours they spend on care, affecting their health and their level of emotional fatigue and anxiety before the processes of dying of others.

## KEYWORDS

*COVID-19; long-term care; dependency; families; emotional fatigue; conciliation; precariousness.*

## 1. INTRODUCCIÓN

La aprobación de la Ley 39/2006, (en adelante, LPAAD), supuso un hito en la política social de España al regular el Estado el derecho subjetivo a recibir cuidados (artículo 1 de la ley) (BOE, 2006). Desde la implementación de la ley hasta la actualidad, han sido grandes las dificultades a las que ha tenido que hacer frente el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante, SAAD). En primer lugar, cabe destacar la exorbitante crisis económica iniciada en España en 2008 que provocó una grave recesión viéndose afectados el conjunto de sistemas de protección social y entre ellos, el SAAD. Y, en segundo lugar, la utilización política de la LPAAD y de las personas en situación de dependencia a lo largo de este periodo por parte de los distintos grupos políticos. Por estas razones, si bien el SAAD se crea desde una perspectiva socialdemócrata, constituyendo un nuevo derecho social, los vaivenes en el sistema hacen que se pueda considerar como un modelo híbrido de bienestar social (Martínez-López, 2017).

A pesar de todo ello, el incremento de las situaciones de dependencia como consecuencia de la mayor esperanza de vida, principalmente, es una realidad que dibuja un escenario político, económico y social donde cada vez serán mayores las necesidades de atención de estas personas en un contexto donde las tradicionales redes de apoyo intrafamiliar serán más frágiles (Sánchez, 1996; Sánchez y Bote, 2008). De hecho, según las últimas estimaciones del Instituto Nacional de Estadística (en adelante, INE) (2020), en tan solo trece años: «la esperanza de vida al nacimiento alcanzaría los 82,9 años en los hombres y los 87,7 en las mujeres en el año 2033, lo que supone una ganancia respecto a los valores actuales de 2,4 y de 1,9 años respectivamente». Ello conducirá al incremento de una población altamente envejecida y que necesitará de cuidados de larga duración, además de un consolidado sistema sociosanitario que dé respuestas a sus demandas crecientes (Muyor-Rodríguez, 2019).

La regulación del derecho subjetivo a recibir cuidados es una concepción relativamente novedosa en el conjunto de políticas públicas de España y supone una apuesta por la responsabilidad pública y social del Estado en el bienestar social de las personas necesitadas de atención. Sin embargo, las principales atenciones siguen realizándose principalmente en el ámbito familiar y domiciliario, y la prestación económica de cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores/as no profesionales (en adelante, PECEF), es la prestación más solicitada y reconocida. De hecho, según los últimos datos estadísticos conocidos, su nivel de concesión alcanza el 31,4% (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2020a) (en adelante, IMSERSO), siendo la prestación que registra el porcentaje más elevado entre el conjunto de prestaciones económicas y servicios del Catálogo de la Dependencia del SAAD. Incluso esta cifra podría ser mayor si aislamos el efecto residual que puede tener la concesión del Servicio de Teleasistencia, que registra un 17,6% y que suele concederse con otras prestaciones y servicios, principalmente con la PECEF y el Servicio de Ayuda a Domicilio.

La primera ola de la actual crisis sanitaria mundial derivada de la COVID-19 afectó notablemente a los hogares con miembros en situación de dependencia, cambiando sus dinámicas familiares, ritmos cotidianos de vida, así como la forma en la que se conciliaba trabajo y cuidados, tanto en España como en el resto del mundo (Comas-Herrera *et al.*, 2020; Grabowski y Mor, 2020). Las dificultades a las que se han tenido que enfrentar han sido varias. En primer lugar, se puede destacar la ausencia de equipos de protección individual al conjunto de la sociedad y el

temor a poder contagiar a la persona dependiente. La segunda, el miedo que podría suscitar en las personas cuidadoras el hecho de que la mayor parte de quienes fallecían durante la primera ola de la pandemia eran personas mayores. En tercer lugar, la mayor vulnerabilidad social de las personas dependientes, cuyo sistema inmunológico suele estar más debilitado como consecuencia de discapacidades o enfermedades crónicas derivadas de la edad, principalmente. En cuarto lugar, el problema que podría suponer no contar con posibles apoyos externos para el cuidado, debido a la declaración del Estado de alarma, las dificultades de movilidad y junto con las recomendaciones institucionales de permanencia en los domicilios. En quinto lugar, la dificultad de poder conciliar trabajo formal y el trabajo informal de cuidados, suponiendo un factor estresante de primer orden. En sexto lugar, la imposibilidad y recomendación de no acudir a los centros sanitarios durante un largo periodo de tiempo, para no poner en riesgo incluso la propia vida de las personas en situación de dependencia. Todo ello, podría haber incrementado los niveles de burnout, tradicionalmente altos en las personas cuidadoras (Alves *et al.*, 2019), así como la ansiedad sobre los procesos de morir de otros, personificándose la misma en el riesgo de muerte de las personas en situación de dependencia.

En este contexto se plantea la siguiente investigación con el objetivo general de describir cómo se ha desarrollado el trabajo de cuidados durante el pico de la pandemia en España durante la primera ola, estando vigente la Declaración de Estado de Alarma decretada por el Gobierno. A partir de este objetivo general, se plantean tres objetivos específicos. El primero de ellos es establecer diferencias en la gestión del cuidado dependiendo de la relación de las personas cuidadoras con el mercado laboral. El segundo de ellos es conocer cuáles son los niveles de cansancio emocional recogidos en la Escala de burnout Maslach Burnout Inventory (en adelante, MBI) (Maslach *et al.*, 1996), concretamente referidos a la subescala de cansancio emocional, así como la ansiedad ante los procesos de morir de otros por parte de las personas cuidadoras. Finalmente, en tercer lugar, se plantea, desde una perspectiva subjetiva, conocer cuáles son las percepciones de las personas cuidadoras sobre su estado de salud, sus preocupaciones y valoraciones durante el periodo más virulento de la COVID-19.

Inicialmente, se realiza un análisis teórico del trabajo de cuidados y sus implicaciones desde la perspectiva del síndrome de burnout (subescala de cansancio emocional) y ansiedad ante los procesos de morir de otros. Dentro de este análisis, se profundiza sobre las características del trabajo de cuidados, siendo el marco de precariedad desde el que se desarrolla uno de los puntos clave. En segundo lugar, se explica la metodología utilizada y el trabajo de campo. Posteriormente, se presentan los datos descriptivos más destacados, identificando cómo se prestó el trabajo de cuidados durante el pico de la primera ola de la pandemia, los niveles de burnout (subescala de cansancio emocional) y ansiedad ante los procesos de morir de otros, así como sus percepciones subjetivas de la gestión pública realizada durante este periodo. Finalmente, se presentan las conclusiones más destacadas.

## 1.1. BACKGROUND

El trabajo de cuidados es ejercido principalmente por mujeres dentro de una estructura desigual entre hombres y mujeres como consecuencia del tradicional reparto de funciones patriarcales y la división sexual del trabajo (Frutos, 2012). A través de los conceptos de género y patriarcado, «la sociología, y el resto de las ciencias sociales, abandonan el farragoso terreno de la

naturaleza para explicar la situación social de las mujeres» (García y Frutos, 1999, p. 312). La regulación de los espacios privados relacionados con el cuidado y las tareas domésticas puede ayudar a la visibilidad del actor social sobre el que recae estas tareas, es decir, las mujeres. «En las sociedades postmodernas los poderes públicos han incluido en su agenda política medidas que propician y hacen avanzar esta igualdad de género, como la participación de las mujeres en el mercado de trabajo en equidad con los varones» (Lewis, 2006, p. 432).

En España y en los países del sur de Europa los cuidados de larga duración se caracterizan por el familismo y la escasa protección pública (Da Roit *et al.*, 2013) y están muy enraizados el modelo compensador jerárquico, el cual sugiere, como afirma Roguero-García (2009) que «los mayores prefieren ser cuidados en primer lugar por su cónyuge, luego por sus hijos, otros miembros de la familia y, por último, por cuidadores formales» (p. 395), pero en todo caso, la primera opción siempre es que los cuidados sean ejercidos por una mujer. En este contexto se desarrolla en concepto teórico de «varón ganador del pan»<sup>1</sup> (Izquierdo, 2013). Siguiendo a Moreno (2015): «la persistencia del modelo hombre ganador de pan y mujer ama de casa en el imaginario colectivo explica por qué la responsabilidad del trabajo de cuidados se distribuye según la división sexual del trabajo» (p. 158).

Aunque las políticas de igualdad de género empezaron a implementarse en los países desarrollados a partir de la Declaración de Derechos Humanos de 1948, aún persisten brechas importantes entre hombres y mujeres, sobre todo, en el ámbito laboral, de cuidados y la distinta distribución de hombres y mujeres en los espacios privados. La ausencia de políticas efectivas en materia de conciliación hace que las tareas de cuidados sean «planteadas en términos de obligación» (Huertas y Prieto, 2015, p. 41) y se invisibiliza al sujeto encargado de prestar las atenciones.

Los cambios normativos, presupuestarios y vaivenes legislativos vinculados a la LPAAD han sido constantes poniendo en entredicho el propio sistema y relevando de nuevo la responsabilidad principal de la atención a las familias y más concretamente a las mujeres. De este modo, «los recortes realizados en época de crisis por el Gobierno Central interpretados en clave de género, ponen en evidencia el escaso valor social que se le ha otorgado al cuidado familiar ejercido por las mujeres» (Minguela y Muyor-Rodríguez, 2019, p. 14). Con ello, además se obvia el carácter transformador de la Ley, no sólo en lo relativo a la PECEF sino en el conjunto de prestaciones económicas y servicios del SAAD, siendo un eje vertebrador dentro de la economía social (Carrasco, 2013).

Este hecho sitúa en una difícil situación al actor social encargado de prestar unas atenciones esenciales a las personas en situación de dependencia, quienes ascienden a 1.348.950 personas (IMSERSO, 2020b) en la actualidad. Además, el estado se apoya demasiado en las familias para proveer de las atenciones necesarias a las personas en situación de dependencia. Sin embargo, esta afirmación esconde una realidad, ya que no son las familias sino las mujeres las encargadas de la gestión del cuidado en el ámbito familiar. De hecho, los Estados, especial-

---

<sup>1</sup> Concepto sociológico que indica la distinta atribución de funciones en la sociedad según sexo. En ella, los hombres desarrollan las actividades públicas y productivas mientras que a las mujeres se les atribuye las relacionadas con las actividades vinculadas a la esfera privada y reproductiva, reflejo de la desigualdad de género y del patriarcado.

mente del sur de Europa, son concededores de que su sistema cultural y social propicia que siempre puedan contar con una mujer que realiza las labores de cuidados (Torns y Recio, 2012).

El trabajo de cuidados se caracteriza por ser precario (Alcañiz, 2015), de escasa calidad por su baja remuneración y protección social cuando llega a formalizarse (Carrasco *et al.*, 2011) e invisible (Durán, 2004; Sassen, 2015) dentro de los espacios públicos y contabilidad nacional. Además, la existencia de mercados de trabajo duales y la segmentación laboral caracterizada por niveles de especialización, salarios y condiciones laborales diferenciadas, explica cómo las profesiones influyen en la determinación de las clases sociales y, por tanto, también en sus condiciones de vida. Además, se trata de un trabajo que rara vez es reconocido tanto en el ámbito público como privado, no figura en las estadísticas nacionales lo que hace que quienes lo realizan, especialmente si obtienen de este trabajo sus únicos ingresos, se encuentren en situación de gran vulnerabilidad social (Martínez-López *et al.*, 2019).

Existen grandes dificultades para compaginar trabajo de cuidados y el trabajo formal (Pascal y Lewis, 2004), lo que coloca en una difícil situación al actor social que encarna la provisión del cuidado, las mujeres. Durante el confinamiento esta situación ha empeorado (Huarcaya, 2020) especialmente para las personas que han mantenido su trabajo, precisando en muchas ocasiones de apoyos para poder compaginar estas atenciones. A su vez, el trabajo en el ámbito formal podría incrementar el nivel de estrés y ansiedad en las personas cuidadoras dado que suponía un riesgo de contagio (Van Houtven *et al.*, 2020), así como un aumento del contacto social (Shaw *et al.*, 2020) en un momento donde la información relativa al virus era muy reducida. La situación de las personas que se encontraban en centros residenciales ha sido incluso peor ya que, además de los riesgos que asumían del contacto con los/las profesionales, se sumaba las implicaciones psicológicas del distanciamiento social decretadas por las administraciones públicas (Gardner *et al.*, 2020; Tyrrell y Williams, 2020).

Además, la primera ola de la pandemia puso de relieve cómo las personas en situación de dependencia, especialmente las de mayor edad, presentaban mayores riesgos asociados a la enfermedad y una mayor mortalidad (Gutiérrez *et al.* 2020; Serra, 2020; Zhou *et al.* 2020). Ello no solo ha podido incrementar los niveles de ansiedad ante la muerte y burnout en las personas cuidadoras sino también en otros/as profesionales, como el personal sanitario, quienes tuvieron que hacer frente a una enfermedad desconocida y con escasos medios de protección individual (Lázaro-Pérez *et al.*, 2020; Martínez-López *et al.*, 2020), lo que favoreció que emergiese un estigma social asociado al contacto con la COVID-19 (Bagcchi, 2020).

Por su parte, el Síndrome de Agotamiento Emocional, subescala del Inventario de Burnout de Maslach (1996), se caracteriza por la sensación de sobre-esfuerzo físico y de estar emocionalmente saturado por el trabajo. Según define Abreu (2011) es «el conjunto de signos y síntomas físicos, emocionales y conductuales presentes en profesionales sometidos al estrés crónico prolongado en el tiempo, en forma cíclica o continua» (p. 371). Suele iniciarse a partir de los seis meses de antigüedad y sobre los 10 años, cuando la cotidianidad laboral ha trascendido las expectativas personales, se consolida (Albaladejo *et al.*, 2004), siendo los y las profesionales de la salud personal de alto riesgo (Gómez Urquiza *et al.*, 2017).

En el caso de la ansiedad ante la muerte existe en este proceso el miedo al proceso de la muerte, tanto propia como ajena, así como a lo que ocurre después de ella (Buceta *et al.*, 2014)

producto de la percepción de amenaza o peligro ante estímulos ambientales, situacionales, personales. Según Lester (2015) se define como una ansiedad mórbida, anormal o persistente por la propia muerte o el proceso de su muerte. Los niveles de ansiedad pueden alterarse, según estudios previos, en las profesiones sanitarias debido al contacto continuado con el proceso de morir (Cooper y Barnett, 2005).

Se han desarrollado diferentes estudios relativos a las personas cuidadoras en relación a la ansiedad ante la muerte y cómo las actitudes afectan al cuidado de los y las pacientes moribundos/as, identificando tres importantes variables (Peters *et al.*, 2013) «el nivel de ansiedad ante la muerte de las enfermeras, las actitudes hacia el cuidado de los pacientes moribundos y el papel de la educación sobre la muerte para enfermeras» (p.15); estas cuestiones ponen de manifiesto la importancia de desarrollar estudios acerca de la ansiedad ante la muerte en las personas encargadas de atender a pacientes en estado crítico.

## 2. DISEÑO Y MÉTODO

El objeto de estudio de la presente investigación es la caracterización del cuidado, condiciones de vida y contexto en las que se desarrolla el trabajo de cuidados. Sin embargo, en esta ocasión, se realiza una aproximación al objeto de estudio teniendo en cuenta un contexto inaudito, la crisis sanitaria derivada de la COVID-19 durante la primera ola en España.

El estudio de corte exploratorio, descriptivo y transversal se ha llevado a cabo desde una metodología eminentemente cuantitativa durante el mes de abril de 2020. La implementación del estudio se desarrolló en la Región de Murcia, con el objeto de profundizar sobre el trabajo de cuidados desde una perspectiva integral siendo el actor social sobre el que recae la investigación, las personas cuidadoras.

Se ha seleccionado este territorio de forma intencional por tres razones. La Región de Murcia es uno de los territorios donde mayor porcentaje de PECEF se conceden, registrando en la actualidad un 51,4% del total que se conceden, tan solo superada por Comunidad Valenciana (59,0%) y Navarra (54,8%) (IMSERSO, 2020c). En segundo lugar, distintas entidades sociales mostraron su disposición a colaborar en la presente investigación, facilitando el acceso a los y las participantes del presente estudio. En tercer lugar, la premura necesidad de obtener datos sobre las condiciones de vida y caracterización del cuidado en este momento histórico, impedía ampliar la investigación a otros territorios, aspecto interesante pero que hubiera ocasionado una demora en la implementación de la investigación.

Las variables utilizadas son las siguientes: a) caracterización del cuidado durante las semanas más críticas de la pandemia en España, b) relación con el mercado laboral, c) niveles de burnout (subescala de cansancio emocional) y la ansiedad antes los procesos de morir de otros/as y d) percepciones sobre la situación personal de las personas cuidadoras.

La técnica utilizada fue la encuesta a través de un cuestionario diseñado ad hoc compuesto por diferentes apartados: a) variables sociodemográficas; b) variables relacionadas con la gestión del cuidado; c) escala de burnout de Maslach (1996); d) subescala de ansiedad ante los procesos de morir de otros/as (Collett y Lester, 1969) y e) percepciones sobre la situación personal de las personas cuidadoras.

### 3. TRABAJO DE CAMPO Y ANÁLISIS DE DATOS

El trabajo de campo se desarrolló durante el mes de abril de 2020 en la Región de Murcia. Antes de administrar el cuestionario se contactó con entidades sociales donde participaban en actividades (formativas, educativas, tratamiento, etc.) personas cuidadoras o en situación de dependencia. Posteriormente, las personas responsables de estas entidades contactaron con las personas cuidadoras para ofrecerles la posibilidad de participar en la investigación y suministrarles un enlace web a través del cual podrían acceder al cuestionario. La realización del cuestionario llevaba aparejado el consentimiento de aceptación de participación en la investigación.

El cuestionario fue confeccionado a través de la aplicación umu.encuestas de la Universidad de Murcia que facilita el anonimato de los y las participantes así como la explotación de resultados. Posteriormente, se realizó un tratamiento de los datos a través del programa informático SPSS v. 24 (IBM). Inicialmente, se procedió a realizar un análisis descriptivo de las variables objeto de estudio. A continuación, se realizó un análisis de tablas cruzadas atendiendo al nivel de significación del chi cuadrado  $\leq 0.005$ , siendo la variable dependiente la relación con el mercado laboral y distinguiendo entre ocupado/a, desempleado/a e inactivo/a.

La n obtenida alcanzó los/las 105 participantes. A pesar de que hubiese sido interesante poder contar con una muestra más elevada, la imposibilidad material de contar con el apoyo de los Centros Municipales de Servicios Sociales para acceder a los/las sujetos objeto de estudio, fue una limitación importante. Por ello, se solicitó la colaboración de las entidades sociales, cuya disposición y agilidad en los tiempos y procedimientos es más flexible. Además, aunque la administración del cuestionario de forma presencial puede llegar a ser más ventajosa por los matices relevantes de la proximidad y comunicación verbal, esta posibilidad no era viable.

### 4. RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se presentan relacionados con las variables de estudio: a) caracterización del cuidado durante las semanas más críticas de la pandemia en España; b) relación con el mercado laboral; c) niveles de cansancio o agotamiento emocional (subescala del Inventario de Burnout) y ansiedad ante los procesos de morir de otros/as; y d) percepciones sobre la situación personal de las personas cuidadoras. En relación con la primera de las variables, los aspectos más destacados de la caracterización del cuidado se muestran en la Tabla 1.



**Tabla 1. Caracterización de los cuidados de larga duración (%)**

Sexo	Mujer	Hombre			
	81,0	19,0			
Estado Civil	Casado/a	Soltero/a	Viudo/a	Separado/a	Divorciado/a
	78,0	15,0	2,0	4,0	1,0
Miembros U.Familiar	2	3	4	5 y más	
	20,00	36,00	33,00	11,00	
Nivel Estudios	< a Primaria	Primaria	Secundaria	E. Superiores	
	8,0	31,0	27,0	34,0	
Sustentador Principal	Si	No			
	32,0	68,0			
	Media	Mediana	Moda	Desviación Estándar	
Edad	53,8	53,5	54	10,9	
Años cuidando	11,3	8,0	8,0	9,8	

**Fuente: Elaboración propia**

En primer lugar, respecto al sexo, se observa una sobredimensión de las mujeres, suponiendo el 81,1% del total de personas cuidadoras. Estos datos coinciden desde los aportados por informes de evaluación e investigaciones posteriores evidenciando cómo las mujeres son el actor social sobre el que recae esta responsabilidad, siendo especialmente relevante en el caso de las cadenas globales de cuidados.

Respecto al estado civil, destaca el hecho de que la mayoría están casadas, aspecto que facilita que la organización social del cuidado se sostenga en el modelo de 'varón ganador del pan' reproduciendo esta estructura de cuidados sin que se observe una mayor responsabilidad social por parte de Estado en relación con los cuidados de larga duración.

En cuanto a la composición familiar, la mayoría de ellos forman parte de hogares de 3 y 4 miembros, categorías que suman un 69,0% del total. Referente al nivel de estudios, se observa que un 39,0% tiene estudios máximos hasta la etapa obligatoria y que un 8,0% tiene incluso una formación inferior.

Estos datos sugieren que, el trabajo de cuidados en el ámbito familiar, puede ser una oportunidad para las personas con escasa cualificación laboral de obtener unos ingresos si se producen transferencias directas, aunque sea dentro del mercado informal. Si bien el coste de oportunidad para incorporarse al mercado laboral de estas personas es menor -dado que tienen menos que perder o menos que sacrificar a corto plazo-, constituyen un grupo de gran vulnerabilidad social ya que carecen de la independencia económica que les puede ofrecer el mercado de trabajo formal. Si además se tiene en cuenta que la mayoría son mujeres casadas, se puede vislumbrar una dependencia económica no solo del cónyuge sino también de la persona en situación de dependencia, al ser los ingresos de la PECEF una posibilidad de obtener ingresos propios.

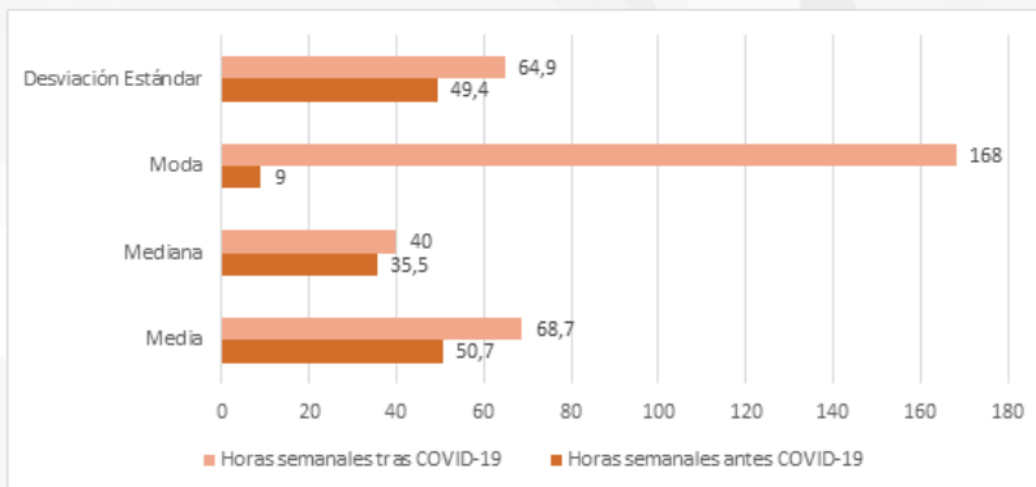
En consonancia con lo anterior, destaca el hecho de que solo un 32,0% de las personas cuidadoras son las sustentadoras principales. Es decir, el trabajo de cuidados hace muy difícil que la persona cuidadora sea el sustentador/a principal. Respecto a los años de cuidado, los datos

más relevantes es que la edad media de las personas cuidadoras es de 53,8 años y que llevan 11,3 años cuidando a sus familiares, es decir, empezaron a prestar las atenciones sobre los 40 años.

Las horas que destinan al cuidado tras la COVID-19 es uno de los cambios más destacados sobrevenidos con el inicio de la pandemia y la posterior Declaración del Estado de Alarma en España (véase Gráfico 1). En este sentido, se observa que está suponiendo un aumento de las horas de cuidado, incrementándose de media, en 18 horas; de las 50,7 previas a la crisis sanitaria a las 68,7 posteriores. La mediana se sitúa en 40 horas (35,5 antes del inicio de la pandemia). Por su parte, la moda -valor que más repite- alcanza las 168 tras el estallido de la crisis sanitaria. Hay que tener en cuenta que esas son justamente las horas que tiene la semana por lo que estamos viendo que un gran número de personas tuvieron que hacer frente a atenciones las 24 horas del día, sin apoyos y sin servicios de proximidad a los que acudir (centros de día, servicios de ayuda a domicilio, etc.).

Finalmente, en relación con las horas de cuidado, la desviación estándar también se vio ligeramente incrementada, evidenciando la menor concentración de las horas de cuidado respecto a la media, e incrementándose desde las 49,4 previas a las 64,9 posteriores al inicio de la crisis de la COVID-19.

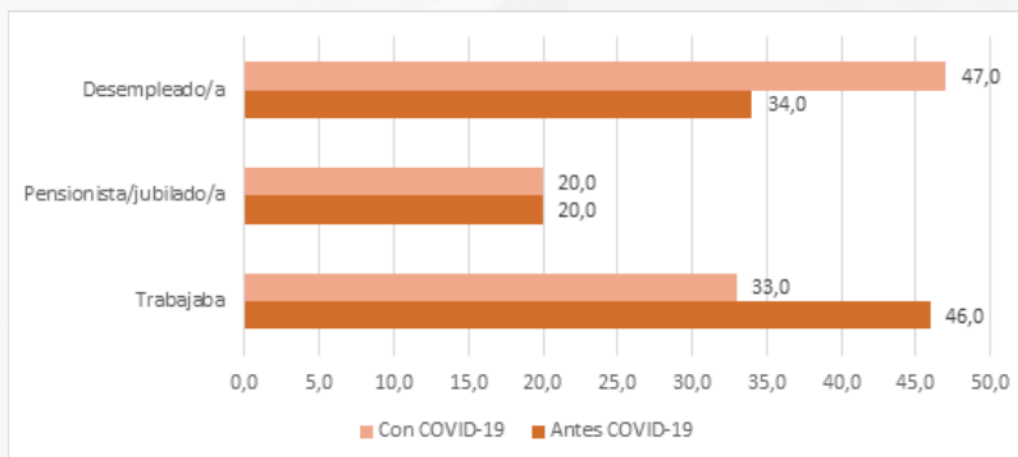
**Gráfico 1. Horas semanales dedicadas al cuidado (%)**



**Fuente: Elaboración propia**

En relación con la segunda de las variables: la relación de las personas cuidadoras con el mercado laboral, se obtienen los siguientes resultados, tal y como se observa en el Gráfico 2. En primer lugar, únicamente se ha producido un cambio por parte de las personas que estaban trabajando, quedando intactos los datos relativos a las personas pensionistas o jubiladas. Antes del inicio de la pandemia, el 46,0% de las personas cuidadoras estaban trabajando y un 34,0% eran inactivas. Sin embargo, tras la Declaración del Estado de Alarma se invirtieron estos datos en un 13%, alcanzando el desempleo un 47% y situándose el porcentaje de personas que mantenía su trabajo en un 34%. Es decir, solo una de cada tres personas conservaba su puesto de trabajo y dos tercios tenía total disponibilidad para la realización del cuidado en el ámbito familiar o, al menos, el hecho de tener que trabajar no suponía un hándicap para la realización del cuidado.

**Gráfico 2. Relación de las personas cuidadoras con el mercado laboral (%)**



Fuente: Elaboración propia

Respecto al ámbito laboral, dadas las implicaciones existentes con el trabajo de cuidados y las limitaciones para conciliar trabajo y cuidados por parte de las personas cuidadoras, se realizó un análisis de chi cuadrado para observar las asociaciones más significativas ( $p \leq 0.005$ ). Se observó relaciones significativas con las variables sexo ( $p=0,002$ ), nivel formativo ( $p=0,000$ ), sustentador/a principal ( $p=0,013$ ) y cuidador/a principal ( $p=0,003$ ).

Profundizando sobre estas variables, se obtiene un análisis que merece la pena destacar. En primer lugar, existe una diferencia notable de la participación de hombres y mujeres en el mercado laboral. Del total de mujeres, un 29,6% trabaja, un 14,8% es pensionista o jubilada y un 55,6% se encuentra desempleada. Sin embargo, los hombres muestran una mayor participación en el empleo, encontrándose, trabajando el 52,6% del total, siendo pensionistas o jubiladas el 36,8%, y desempleados/as el 10,5%.

En cuanto a la relación con el mercado laboral y el nivel de estudios, el 89,4% de las personas que trabajan tienen estudios secundarios o superiores. En cuanto a la opción pensionista/jubilada, un 75,0% de ellos/as no llegó a finalizar los estudios básicos. En cambio, en relación con el desempleo, un 80,2% de las personas cuidadoras tiene como estudios máximos la etapa obligatoria. Por tanto, se evidencia que el nivel formativo es un elemento que favorece el acceso y mantenimiento de un puesto de trabajo.

Respecto a la variable del sustentador/a principal, en el caso de las personas cuidadoras que trabajan, justamente la mitad (50,0%) son sustentadoras principales. Este porcentaje se va reduciendo en el caso de las personas jubiladas/pensionistas y desempleadas. En las primeras, solo el 31,6% son sustentadoras principales. En cuanto a las desempleadas, el porcentaje se reduce hasta el 19,1%.

En relación con la participación en el mercado laboral y si es o no la persona cuidadora principal, se obtienen los siguientes datos. En el caso de las personas ocupadas, solo un 61,8% es el/la cuidador/a principal. Estos datos son muy parecidos en el caso de las personas pensionistas/jubiladas, que alcanzan el 63,2%. Sin embargo, se incrementan notablemente en el caso de las personas desempleadas, alcanzando el 91,5%, aspecto que sugiere que la PECEF puede constituir su único ingreso.

En una aproximación a la tercera de las variables: niveles de burnout (subescala de cansancio emocional) y la ansiedad ante los procesos de morir de otros/as, las personas cuidadoras muestran unos niveles elevados en ambas escalas, tal y como se observa en la Tabla 2. Un 43,8% de las personas cuidadoras registran unos niveles altos de cansancio emocional, aspecto que tiene importantes connotaciones como la pérdida de energía, fatiga física y psicológica, trastornos alimentarios, agresividad, depresión, ansiedad, déficit en atención y concentración, alteraciones gastrointestinales, cefaleas y migrañas, trastornos cardiovasculares y del sueño, frialdad afectiva. Además, un 61,0% de las personas cuidadoras, es decir, casi dos tercios de ellos tienen niveles medios-altos de cansancio emocional, una cifra muy elevada.

Asimismo, desde un plano psicológico y emocional, y especialmente ante las numerosas noticias de incremento de mortalidad, siendo más evidente en las personas mayores y en aquellas que estaban inmunodeprimidas, las personas cuidadoras han registrado unos altísimos niveles de ansiedad ante los procesos de morir de otros/as: 92,4%. Estos datos reflejan la enorme presión a la que se han visto sometidas las personas cuidadoras desde un plano familiar, laboral, social y psicológico, principalmente porque el cuidado se ha visto intensificado por la vulnerabilidad de las personas que han sido atendidas y el alto riesgo de contagio del virus, pudiendo llegar a padecer situaciones de tristeza e irritabilidad, soledad y miedo a la muerte.

**Tabla 2. Valores de cansancio emocional y ansiedad ante los procesos de morir de otros/as (%)**

Cansancio emocional	Bajo	Medio	Alto
	39,0	17,2	43,8
Ansiedad procesos de morir de otros/as	Bajo	Alto	
	7,6	92,4	

**Fuente: Elaboración propia**

Al igual que con la variable anterior, se procedió a realizar un análisis de tablas cruzadas atendiendo a nivel de significación de chi cuadrado ( $p \leq 0,005$ ). De esta manera, se pudo observar que el cansancio emocional está asociado con el teletrabajo ( $p=0,023$ ). Este es un dato muy relevante a tener en cuenta ya que, aunque son muchas las investigaciones que orientan a que el futuro será esta modalidad de trabajo en alineación con las nuevas tecnologías, también son numerosas las contradicciones y dificultades que planea esta nueva forma de trabajo en el contexto de compatibilidad con el cuidado, ya sea a personas dependientes, niños/as o simplemente, la adaptación de esta nueva forma de organización laboral. Además, el cansancio emocional está asociado con la asistencia de su familiar a un centro de día ( $p=0,031$ ) antes del inicio de la crisis sanitaria. Indudablemente, la suspensión de actividades en los centros de día ha cambiado por completo las dinámicas familiares incluyendo los tiempos dedicados a trabajo y cuidados y por supuesto, el destinado al autocuidado personal. Además, también se asociada con dos elementos destacados relacionados con la perspectiva sanitaria: el incremento de productos farmacéuticos (0,016) y en concreto con ansiolíticos (0,029). El consumo de medicamentos y en concreto de ansiolíticos se ha incrementado en España como consecuencia de la COVID-19 como mecanismo para reducir la ansiedad como para facilitar el sueño de la población en general. En el caso de las personas cuidadoras, además, se encuentran con el hándicap de no solo adaptarse a las nuevas formas de trabajo, dinámicas familiares, etc., sino

que, además, tienen que proveer y gestionar el bienestar de otros/as, incrementándose de este modo su carga laboral y emocional.

En cuarto lugar, se aborda las percepciones sobre su salud personal, preocupaciones, así como valoración de gestión pública e institucional, las cuales se recogen en la siguiente tabla. En el caso de la primera ola de la crisis sanitaria, más de un 27,3% de las personas cuidadoras han incrementado el consumo de medicamentos. En el caso concreto de los ansiolíticos, son consumidos por un 40,4% de las personas cuidadoras de forma habitual, unos valores muy superiores, hasta 4 veces mayores que los registrados en otros informes e investigaciones realizadas sobre el conjunto de la población española.

Respecto a las cuestiones subjetivas, se observa que el 50% de las personas cuidadoras se muestran `totalmente intranquilas` con la gestión pública e institucional y solamente el 17% se muestran `tranquila` o `muy tranquila`. La salud de familiares y amigos/as es también una preocupación importante pero no alcanza el nivel de la `gestión política e institucional`. A pesar de ello, un 48% de las personas cuidadoras manifiestan sentirse `totalmente intranquila` o `intranquila` al respecto. Mayor nivel de preocupación manifiesta tener respecto a la posibilidad de volver a recuperar su vida normal, donde un 29,0% se muestra `totalmente intranquila` y un 22,4% `intranquila`, acumulando ambas respuestas un 52%, el segundo mayor porcentaje de las opciones planteadas.

Con el inicio de la pandemia fueron numerosas las imágenes que veíamos en los medios de comunicación de supermercados vacíos, tensión en la compra de alimentos y escasez de algunos de ellos. En este caso, no se observa una preocupación tan elevada respecto a los suministros de alimentos en relación con otras planteadas, encontrándose las personas cuidadoras `muy tranquila` (24,5%) y `tranquila` (27,6%), principalmente. En cambio, sí se observa mayor nivel de preocupación en relación con el suministro de material farmacéutico donde el 42,2% de las personas cuidadoras están `muy intranquilas` o `intranquilas`, en parte, como consecuencia de la ausencia de los Equipos de Protección Individual y la ansiedad que ello podía generar.

**Tabla 3. Percepciones sobre la situación personal de las personas cuidadoras (%)**

Nivel de tranquilidad/intranquilidad con relación a:	Totalmente Intranquilo	Intranquilo	Regular	Tranquila	Muy Tranquila
Gestión Política e Institucional	50,0	17	16	11	6
Salud familiares y amigos/as	29	19	23	16	13
Posibilidad volver a vida normal	29	24	28	10	9
Suministro alimentos	12,2	22,4	13,3	27,6	24,5
Suministros material farmacéutico	31,1	10,1	20,2	15,2	23,2

Fuente: elaboración propia

## 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La crisis sanitaria derivada del virus Sars-Cov-2 está generando un contexto inaudito de alta tensión, propiciando cambios en las dinámicas familiares y las formas de conciliación del trabajo formal y el de cuidados. En la presente investigación se ha podido comprobar cómo el trabajo de cuidados se está viendo afectado como consecuencia de la COVID-19 pero no en la misma forma para las personas encargadas de la provisión del cuidado.

El trabajo de cuidados se sigue prestando en un marco de precariedad y desigualdad. En este contexto, las personas casadas y desempleadas que ejercen el cuidado emergen como las más vulnerables por dos razones. Se produce el mantenimiento de la relación derivada del modelo 'varón ganador del pan' (Izquierdo, 2013; Moreno, 2015), circunscribiéndolas dentro del ámbito informal e invisible y, en segundo lugar, a través de la relación de cuidados puede obtener un posible ingreso, habitualmente escaso y sin protección social, perpetuando una doble dependencia: marido y persona dependiente (Martínez-López *et al.*, 2017).

Tras el inicio de la crisis sanitaria, las personas cuidadoras han visto incrementadas las horas que destinaban al cuidado, de media 18 horas semanales. Uno de los aspectos más relevantes son el aumento del número de personas que destinan las 24 horas del día a cuidar a su familiar, careciendo de cualquier tipo de apoyo y soslayando, por tanto, la libertad individual, constituyendo más allá de la precariedad, una relación de dependencia total.

Las personas más vulnerables están siendo las desempleadas, pero esta crisis va a hacer empeorar las condiciones laborales a un porcentaje elevado (13%) de mujeres cuidadoras que antes se encontraban ocupadas y que ahora están en situación de desempleo. Si bien ahora pueden tener más libertad para realizar los cuidados, esta situación genera dependencia económica, emocional, cambios en las dinámicas familiares, etc.

Todos estos aspectos están haciendo que los porcentajes de cansancio emocional en las personas cuidadoras sean muy elevados, alcanzando un 61,1% niveles medios altos. A su vez, más de 9 de cada diez personas están mostrando ansiedad ante los procesos de morir de otros/as. Por esta razón no es extraño que una de cada cuatro personas cuidadoras esté tomando ansiolíticos de forma habitual.

Las valoraciones subjetivas de las personas cuidadoras muestran intranquilidad por la gestión pública e institucional, así como por la escasez de productos farmacológicos y la posibilidad de volver a su vida normal. Respecto a los/las profesionales e instituciones más valorados, destacan los/las sanitarios, así como los/las profesionales de servicios sociales y entidades del tercer sector, que obtienen unos niveles de aprobación muy superiores a las administraciones públicas, sobre todo, en el caso del gobierno central cuyo porcentaje de desaprobación es muy elevado, dentro de un contexto de aumento de estos medicamentos en la población española (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; Aznar *et al.*, 2017; Martínez-López y Martínez-Gayo, 2019; Martínez-Gayo y Martínez López, 2020).

Estos datos favorecen la reflexión y análisis de las condiciones de vida de las personas cuidadoras durante la primera ola de la pandemia en España y suponen una oportunidad de implementar medidas de apoyo a las personas cuidadoras informales quienes están realizando una labor esencial en estos momentos. Sin embargo, esta investigación es incipiente dentro de un fenómeno inaudito por lo que es necesario seguir avanzando en las consecuencias sociales en el cuidado de personas en situación dependencia derivadas de la COVID-19 as las restricciones implementadas por las distintas administraciones públicas, tanto desde la perspectiva de la persona en situación de dependencia como de la cuidadora.

## 6. REFERENCIAS

- Abreu Dávila, F.J. (2011). Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Multiciencias*, 11(4), 370-377.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burn Out en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78 (4). 505-516.
- Alves, L. C. D. S., Monteiro, D. Q., Bento, S. R., Hayashi, V. D., Pelegrini, L. N. D. C., y Vale, F. A. C. (2019). Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia: A systematic review. *Dementia & Neuropsychologia*, 13(4), 415-421. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-040008>
- Alcañiz, M. (2015). Crisis, precariedad y desigualdad de género en España y en Italia. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 10, (1), 97-125.
- Aznar, M. P. M., Pérez, L. G., Pérez, J. M. B. & Rodríguez-Wangüemert, C. (2017, marzo). Género y uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España/Gender and the use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, 5, 23-31. <https://doi.org/10.15366/jfgws2017.5>
- Bagcchi S. (2020). Stigma during the COVID-19 pandemic. *The Lancet. Infectious diseases*, 20(7), 782. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30498-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30498-9)
- BOE (2006, 15 de diciembre). Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. *Boletín Oficial del Estado BOE-A-2006-21990*. BOE website: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Buceta Toro, M. I., Muñoz Jiménez, D., Pérez Salido, E., Díaz Pérez, C., Chamorro Rebollo, E. & Giménez Fernández, M. (2014). Miedo a la muerte en una muestra de estudiantes de Enfermería. *Ética de los Cuidados. jul-dic*; 7(14). Fundacion Index website: <http://www.index-f.com/eticuidado/n14/et9886.php>
- Carrasco, C. (2013). El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 31(1), 39-56. [https://doi.org/10.5209/rev\\_CRLA.2013.v31.n1.41627](https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2013.v31.n1.41627)
- Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (2011). *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas*. Catarata.
- Collett, L.J. y Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *The Journal of Psychology* 72(2), 179-181. <https://doi.org/10.1080/00223980.1969.10543496>
- Comas-Herrera, A., Fernandez, J.L., Hancock, R., Hatton, C., Knapp, M., McDaid, D., Malley, J., Wistow G. y Wittenberg, R. (2020) COVID-19: Implications for the Support of People with Social Care Needs in England, *Journal of Aging & Social Policy*, 32 (4-5), 365-372. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1759759>
- Cooper J. & Barnett, M. (2005). Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International journal of palliative nursing*, 11(8), 423-430.

Da Roit, B., González-Ferrer, A. & Moreno, F. J. (2013). The new risk of dependency in old age and (missed) employment opportunities: the Southern Europe model in a comparative perspective. En J. Troisi & H.J.V. Kondratowitz (eds.), *Ageing in the Mediterranean* (pp. 151-172). Policy Press.

Durán, M. A. (2004). Las demandas sanitarias de las familias españolas. *Gaceta Sanitas. SES-PAS*, 18 (1), 195-200.

Frutos, L. (2012). Trabajo y familia, ¿conciliación o conflicto? En J. García Marín & M. B. Gómez Vázquez (eds.), *Diálogos en la cultura de la paridad: reflexiones sobre feminismo, socialización y poder* (pp. 163-192). Universidad de Santiago de Compostela.

García, J.J. & Frutos, L. (1999). Mujeres, hombres y participación política: buscando diferencias. *REIS*, 86, 307-332.

Gardner, W., States, D. & Bagley, N. (2020) The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 310-315, <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1750543>

Gómez Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Fernández-Castillo, R., Aguayo-Estremera, R. & Cañadas-de la Fuente, G.A. (2017). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención Primaria*, 49(2), 77-85, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.004>.

Grabowski D.C., y Mor, V. (2020). Nursing Home Care in Crisis in the Wake of COVID-19. *JAMA*, 324(1), 23–24. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8524>

Gutiérrez Rodríguez, J. Montero Muñoz, J., Jiménez Muela, F., Guirola C., Martínez Rivera, M. & Gómez Armas, L. (2020). Variables asociadas con mortalidad en una población de pacientes mayores de 80 años y con algún grado de dependencia funcional, hospitalizados por COVID-19 en un Servicio de Geriátrica. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.07.0020211>

Huarcaya Victoria, J., (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-34. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>

Huertas, T. & Prieto, C. (2015). Trabajo, familia, tiempo libre y relaciones de género. Perspectiva institucional. En C. Prieto (ed.), *Trabajo, cuidados, tiempo libre y relaciones de género en la sociedad española* (pp. 29-52). CincalMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2020a). *Personas beneficiarias y prestaciones. Situación a 30 de septiembre de 2020*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales website: [https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im\\_061364.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_061364.pdf)

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2020b). *Personas beneficiarias sobre personas con derecho (todos los grados). Situación a 31 de julio de 2020*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales website: [https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad\\_compl20200731.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad_compl20200731.pdf)



Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2020c). *Personas beneficiarias y agrupación prestaciones. Situación a 30 de septiembre de 2020*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales website: [https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im\\_062034.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_062034.pdf)

Instituto Nacional de Estadística (2020). *Esperanza de vida*. Instituto Nacional de Estadística website: [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout)

Izquierdo, M. J. (2013). La construcción social del género. En C. Díaz y S. Dema (eds.), *Sociología y género* (pp. 87-111). Tecnos.

Lázaro-Pérez, C., Martínez-López, J.A., Gómez-Galan, J. & López Meneses, E. (2020). Anxiety About the Risk of Death of Their Patients in Health Professionals in Spain: Analysis at the Peak of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 1-17, <https://doi.org/10.3390/ijerph17165938>

Lester, D. (2015). Self-construal and the fear of death. *Psychological Reports*, 117(2) 376-379. <https://doi.org/10.2466/16.PRO.117c23z0>

Lewis, J. (2006). Work/family reconciliation, equal opportunities and social policies: the interpretation of policy trajectories at the EU level and the meaning of gender equality. *Journal of European Public Policy*, 13(3), 420-437. <https://doi.org/10.1080/13501760600560490>

Martínez-Gayo, G. & Martínez-López, J.A. (2020). Salud y privación farmacéutica en España. Una devaluación de la ciudadanía social. *Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1-19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.spfe>

Martínez-López, J.A. (2017). El modelo híbrido de atención a las personas en situación de dependencia: una década de cambios normativos y ajustes presupuestarios. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 68, 135-168.

Martínez-López, J.A., Frutos, L. Solano, J.C. (2017). Los usos de las prestaciones económicas en el municipio de Murcia. Un estudio de caso. *Revista Española de Sociología*, 26(3), 97-113. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2017.37>

Martínez-López, J.A., Frutos L. & Solano, J.C. (2019). *El trabajo de cuidados en el sistema de la dependencia*. Tirant lo Blanch.

Martínez-López, J.Á., Lázaro-Pérez, C., Gómez-Galán, J. & Fernández-Martínez, M.M. (2020). Psychological Impact of COVID-19 Emergency on Health Professionals: Burnout Incidence at the Most Critical Period in Spain. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 1-18, <https://doi.org/10.3390/jcm9093029>

Martínez-López, J.A. & Martínez-Gayo, G. (2019). Implicaciones del aumento del copago farmacéutico en España: una nueva privación material. *Convergencia*, 26(81), 1-21. <https://doi.org/10.29101/crcs.v26i81.10327>

Maslach, C., Jackson, S.E. & Leiter, M.P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory: Manual*. Consulting Psychologists Press.

Minguela, M.A. & Muyor-Rodríguez, J. (2019) Modelos de cuidado a personas en situación de dependencia en España. Un análisis desde la Gobernanza pública (2008-2019). *Fundación Caser. Actas de coordinación Sociosanitaria*, 25, 11-29. Fundacion Caser website: <https://www.fundacioncaser.org/actividades/actas-de-coordinacion-sociosanitaria/actas-de-coordinacion-sociosanitaria-n-25>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad website: [https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos\\_hipnoticos-2000-2012.pdf](https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos-2000-2012.pdf)

Moreno, S. (2015). Tiempo, trabajo y bienestar: relato de un conflicto cotidiano. En E. Martín, y C. Prieto (eds.), *Conflictos por el tiempo. Poder, relación salarial y relaciones de género* (pp. 145-168). CIS.

Muyor Rodríguez, J. (2019). El cuidado del familiar dependiente: análisis de género en la política social española. *Prospectiva*, 27, 83-105.

Pascall, G. & Lewis, J. (2004). Emerging gender regimes and policies for gender equality in a winder Europe. *Journal os Social Policy*, 33 (3), 373-394.

Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J. & Shimoinaba, K. (2013) How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: A review of literature. *Open Nursing Journal*, 7, 14-21.

Rogero García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista española de salud pública*, 83(3), 393-405.

Sánchez, P. (1996). Tercera y cuarta edad en España desde la perspectiva de los hogares. *REIS*, 73, 57-80.

Sánchez, P. & Bote, M. (2008). Redes sociales y familia en España. Consistencia y debilidades. *Portularia*, 8 (1), 197-213.

Sassen, S. (2015). *Expulsiones. Brutalidad y complejidad en la economía global*. Katz.

Serra Valdés, M.A. (2020). COVID-19. De la patogenia a la elevada mortalidad en el adulto mayor y con comorbilidades. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(3), e3379. Finaly website: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/561>

Shaw, W.S., Main, C.J., Findley, P.A., Collie, A., Kristman, V.L., Gross, D. (2020). Opening the Workplace After COVID-19: What Lessons Can be Learned from Return-to-Work Research?. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30, 299-302. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09908-9>

Torns, T. & Recio, C. (2012). Las desigualdades de género en el mercado de trabajo: entre la continuidad y la transformación. *Revista de economía crítica*, 14, 178-202.

Tyrrell, C. J., & Williams, K. N. (2020). The paradox of social distancing: Implications for older adults in the context of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S214-S216. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000845>

Van Houtven, C. H., DePasquale, N., & Coe, N. B. (2020). Essential Long-Term Care Workers Commonly Hold Second Jobs and Double- or Triple-Duty Caregiving Roles. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(8), 1657–1660. <https://doi.org/10.1111/jgs.16509>

Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., Gu, X., Guan, L., Wei, Y., Li, H., Wu, X., Xu, J., Tú, S., Zhang, Y., Chen, H. & Cáo, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 395, 1054-1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3).