DOBLE INVISIBILIZACIÓN DE LAS PROFESIONALES DE SERVICIOS SOCIALES EN TIEMPOS DE CRISIS

DOUBLE INVISIBILIZATION OF SOCIAL SERVICE PROFESSIONALS IN TIMES OF CRISIS

Clara Garcia Grané[1]

Leonor María Cantera Espinosa[2]

RESUMEN: Este artículo tiene como objetivo analizar las condiciones laborales de las profesionales de servicios sociales, el impacto de estas sobre la salud y sobre la atención a la población más vulnerable, e identificar las estrategias de (auto)cuidado utilizadas durante el primer Estado de Alarma y la Nueva Normalidad en Cataluña. Se combinó la metodología cuantitativa y cualitativa y los instrumentos utilizados fueron dos cuestionarios y siete entrevistas semiestructuradas. Los resultados indican una percepción de falta de cuidado institucional que las profesionales verbalizan como una percepción de doble invisibilización, así como una tendencia en el aumento del malestar psicológico, físico y dificultades para mantener hábitos de vida saludables. Se identificaron las estrategias de autocuidado y afrontamiento más utilizadas. Los resultados destacan la importancia del soporte institucional percibido para el bienestar de las profesionales e introducen el constructo invisibilización y una perspectiva interseccional, a considerar para plantear futuras estrategias de intervención.

Palabras Clave: Profesionales de servicios sociales. Covid-19. Condiciones laborales. Bienestar percibido. Interseccionalidad.

Introducción

Debido a la crisis causada por el nuevo coronavirus (Covid-19) y a la situación de transmisión comunitaria que dificultaba la contención de su expansión, el 14 de marzo del 2020 el Gobierno de España aprobó el Real Decreto (RD) 463/2020 con el que se declaraba el Estado de Alarma (LO 4/1981). Este restringía la libre circulación de las personas, la actividad económica e instauraba el confinamiento domiciliario de la población a excepción de los servicios esenciales. A los servicios esenciales, también denominados "operadores críticos", se les exigía establecer planes de contingencia para garantizar el mantenimiento de sus funciones (Ley 8/2011; CCAES, 2020).

En ese contexto, los/as trabajadores/as de Servicios Sociales (SS) continuaron desarrollando sus funciones durante todo el Estado de Alarma (EA) bajo la Orden SND/295/2020, la cual les concedía la categoría de servicios esenciales y permitía la posibilidad de realizar modificaciones excepcionales a sus condiciones laborales.

[1] Psicóloga general sanitaria. Universitat Autònoma de Barcelona. E-mail: claragarciagrane@gmail.com

[2] Doctora en Psicología Social. Profesora e Investigadora del Grupo VIPAT. Universitat Autònoma de Barcelona. E-mail: Leonor.Cantera@uab.cat

Recebido em: 10 mar. 2021. Aceito em: 04 jun. 2021.

El EA finalizó el 21 de junio de 2020, al finalizar las cuatro "fases de transición hacia una Nueva Normalidad" (Decreto 63/2020). La Nueva Normalidad (NN) finalizó el 25 de octubre de 2020 debido al empeoramiento de la situación epidemiológica -segunda ola- y al aprobarse un segundo EA (RD 926/2020).

Todas las medidas aprobadas hasta la fecha para la contención de la Covid-19 han generado un gran impacto psicosocial y económico sobre todo entre la población más vulnerable (Gibert, Codina y Angerri, 2020; Wang *et al.*, 2020). Y, es este colectivo el que conforma la población usuaria de SS. Para esta población la emergencia sanitaria se sumaba a las consecuencias de la última crisis económica, que en España provocó un aumento de las desigualdades sociales a causa de la denominada "socialización de la pobreza" y de la precarización de las condiciones laborales (Belzunegui, Pastor y Valls, 2012).

A las modificaciones de las condiciones laborales de los/as profesionales de SS, un sector ya *per se* muy precarizado (Gibert *et al.*, 2020), se unieron los nuevos riesgos psicosociales y laborales derivados de la pandemia junto con el incremento gradual de las personas que demandaban atención. Personas que, o bien ya estaban siendo atendidas y habían visto empeorada su situación, o personas que nunca habían necesitado soporte de SS (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2020).

Es durante el proceso de atención en SS que los/as usuarios/as pueden expresarse y trabajar sus historias de vida y el impacto de las desigualdades y discriminaciones múltiples a las que son sometidos/as. Es en este punto, donde los/as profesionales de SS les/as acompañan para establecer planes de trabajo que les permitan mejorar su situación. Este acompañamiento y diagnóstico de las situaciones individuales se realiza en muchas ocasiones desde una perspectiva interseccional y de género, ya que esta tiene la finalidad de proteger a la población más vulnerable, a menudo invisibles para la sociedad y las políticas que se adoptan (Expósito Molina, 2012). El enfoque de la interseccionalidad (Crenshaw, 1989; citado en La Barbera, 2016) pone en relieve la vulnerabilidad estructural junto con la interacción entre las múltiples discriminaciones y desigualdades que afectan a colectivos específicamente vulnerables por razones de género, etnia, religión, nacionalidad, entre muchos otros. Esta diversidad de interacciones contribuye a mantener y agravar la situación de los/as usuarios/as de SS y repercute en los/as profesionales que les/as atienden.

La empatía y la exposición continuada de los/as profesionales de SS a dichas desigualdades junto con una falta de cuidado institucional e individual puede producir una sensación de agotamiento y de desgaste profesional conocida como *Síndrome de Burnout* (Freudenberg, 1974 citado en Estévez y Cantera 2017; Weekes, 2014). La sensación de "estar

quemado" puede repercutir gravemente en la salud a nivel individual, social y laboral con la aparición de sintomatología física, psicológica, cognitiva, conductual y espiritual y por la afectación de la interacción social (Gomà-Rodríguez, Cantera y Pereira da Silva, 2018).

A todo esto, cabe destacar los efectos sobre la salud derivados de: los confinamientos domiciliarios y del resto de restricciones del EA (Balluerka *et al.*, 2020; Henssler *et al.*, 2020; Lupiañez-Villanueva *et al.*, 2020); el miedo a contraer la enfermedad o a contagiarla a terceras personas (Wang *et al.*, 2020); la incertidumbre, la falta de información y la falta de pautas claras de actuación, etcétera (Farrés *et al.,* 2021). Todos estos factores son considerados fuentes elevadas de estrés que se están manteniendo en el tiempo (Brooks *et al.*, 2020). Y, el estrés mantenido aumenta la probabilidad de que una parte de la población presente sintomatología reactiva correspondiente a los trastornos de estrés agudo y adaptativos, y, en menor medida, de trastornos por estrés postraumático (TEPT) y/o sintomatología ansioso-depresiva (Sun *et al.*, 2020; Farrés *et al.,* 2021). Para prevenir su aparición, las estrategias de afrontamiento y (auto)cuidados activos son indispensables. Estas van dirigidas a la promoción de la salud y a la disminución del impacto de los riesgos psicosociales y laborales (Cantera y Cantera, 2014; Gomà-Rodríguez *et al.*, 2018).

En este sentido, el impacto de la emergencia sanitaria sobre los SS se dará en dos colectivos interrelacionados: por un lado, sobre los/as usuarios/as de SS, y, por otro lado, sobre los/as profesionales de SS. Invisibilizar las consecuencias sobre una de las dos partes implica pues, invisibilizar la otra y viceversa (Gibert *et al.*, 2020). Lo que pone de manifiesto nuevamente, la necesidad de un enfoque de análisis interseccional para entender y abordar dicho impacto (Expósito Molina, 2012).

Frente a esta coyuntura, y a causa de la implicación de una de las autoras como parte del colectivo de estudio, surgieron diversas preguntas que fundamentaron la presente investigación: ¿Cómo afectará la pandemia a los/as profesionales? ¿Cómo podemos atender de forma segura a los/as usuarios/as sin equipos de protección? ¿Cómo repercutirá en los colectivos más vulnerables las nuevas desigualdades generadas por la pandemia? ¿Cómo nos cuidamos sin dejar de cuidar?

Para darles respuesta se consideró necesario establecer el siguiente objetivo general: analizar las condiciones laborales de los/as profesionales de servicios sociales durante la emergencia sanitaria, y las repercusiones de estas sobre su salud. Este objetivo general se tradujo en cuatro objetivos específicos. Por un lado, se pretendía visibilizar: (1) las condiciones laborales de los/as trabajadores/as durante y después del EA; (2) el impacto de estas en la atención a los/as usuarios/as; y (3) el impacto sobre la salud durante y después del EA. Por otro lado, (4) se pretendía identificar las técnicas de autocuidado y las estrategias afrontamiento más utilizadas.

A efectos de este artículo, se discutirán únicamente los resultados obtenidos para los objetivos específicos 3 y 4. No obstante, el objetivo 1 se ilustrará en la Tabla 4 y 5, y el objetivo 2 se verá incorporado en la discusión final.

Método

A causa de la escasez de literatura existente en el momento en que se empezó la investigación -abril 2020-, y a la implicación de una de las autoras como parte del colectivo a estudiar, se consideró necesario combinar la metodología cualitativa con la cuantitativa. Ya que, por una parte, la metodología cuantitativa proporcionaba una aproximación estadística a muestras de población amplias. Y, por otra parte, la metodología cualitativa permitía explorar los significados que otorgaban los/as profesionales de SS a la situación de elevada intensidad emocional que estaban viviendo.

La investigación se planificó en cuatro recogidas de datos que pretendían enmarcarse en dos momentos temporales diferenciados: durante la primera oleada de la Covid-19 (EA) y durante la NN. En cada una de las recogidas participó un número de profesionales distinto en función de la disposición. Antes de cada recogida de datos, los/as profesionales fueron informadas del anonimato y de la confidencialidad de los datos conforme a la normativa vigente (Ley orgánica 3/2018) y los requerimientos éticos en toda investigación europea resguardados por la institución investigadora. Para garantizar su cumplimiento, cualquier nombre propio fue modificado.

La primera recogida de datos se realizó mediante la autoetnografía y la observación participante a través de un diario de campo. La segunda y tercera recogida consistieron en 2 cuestionarios on-line. Se utilizó la técnica de la bola de nieve para el muestreo no probabilístico del primer cuestionario (C1): "Emergencia sanitaria y profesionales de servicios sociales". En el segundo cuestionario (C2): "Nueva normalidad y profesionales de servicios sociales", participaron los/as profesionales que habían aceptado seguir colaborando en el C1. La cuarta recogida de datos consistió en 7 entrevistas semiestructuradas cuyo muestreo fue intencional entre los/as participantes del C1 y en base a los criterios de multidisciplinariedad de la muestra, haber estado trabajando durante el EA y disponibilidad horaria. Las entrevistas se realizaron entre octubre y noviembre 2020. Dos fueron telemáticas y cinco presenciales, este criterio junto con el idioma utilizado -catalán o castellano- se dejó a elección de los/as participantes. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio previo consentimiento. La transcripción se realizó respetando el mismo idioma de la entrevista por una de las autoras bilingüe. El análisis del

contenido se realizó siguiendo el procedimiento de la Teoría Fundamentada (Strauss y Corbin, 2002), de forma inductiva, mediante el software informático *Atlas.ti* 8.

A continuación, se expondrán las características y datos sociodemográficos de los/as participantes. Dado que la mayor parte de la población del estudio está formada por profesionales que se identifican como mujeres, las autoras del estudio han considerado utilizar el género femenino para referirse a la totalidad de la muestra a partir de este momento.

Participantes C1

El C1 iba dirigido a cualquier profesional de servicios sociales residente en Cataluña, mayor de edad (18 años), que estuviera trabajando durante el EA o los días previos a su aplicación. La muestra estuvo formada por 503 profesionales de entre 19 y 67 años (M= 42.23; SD= 10.16). De los cuales: 90.3% se identificaron como mujeres; 8.2% como hombres; 0.2% de género no-binario y 1.4% no contestó. Todas las participantes residían en Cataluña y sus cuatro provincias fueron representadas. Las nacionalidades expresadas y el estado civil se resumen en las Figuras 1 y 2.

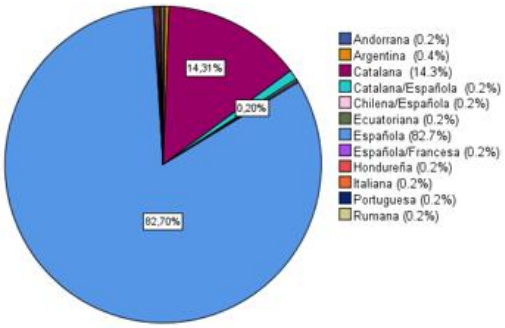

Figura 1. **Nacionalidades expresadas C1. Fuente: Elaboración propia**

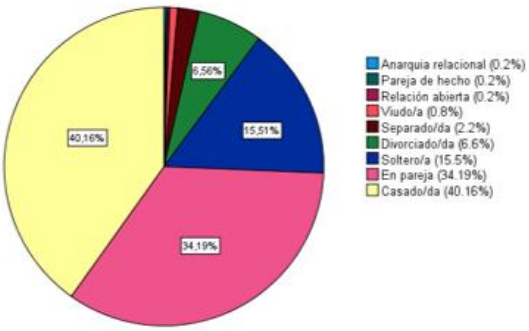

Figura 2. **Estado civil profesionales C1. Fuente: Elaboración propia.**

Respecto la formación máxima completada: 61.8% estudios de licenciatura, diplomatura o graduado universitario; 23.1% máster; 12.5% Bachiller, Formación Profesional de Grado Medio (FPGM) o Superior (FPGS); 1% Educación Primaria; 0.8% Educación Secundaria Obligatoria (ESO); 0.6% postgrado y 0.2% doctorado. Las profesiones y los lugares de trabajo de las profesionales se resumen en los Figuras 3 y 4.

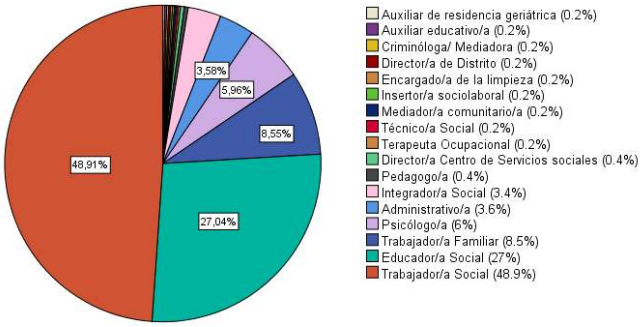

Figura 3. **Profesiones C1.**

Fuente: Elaboración propia.

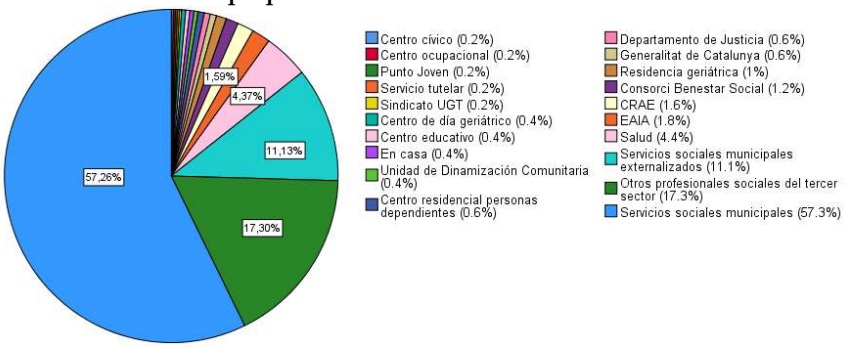

Figura 4. **Lugares de trabajo C1.** *Nota:* CRAE= Centro Residencial de Acción Educativa; EAIA= Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia. **Fuente: Elaboración propia.**

Participantes entrevistas

En la Tabla 1 se presentan los datos sociodemográficos de las entrevistadas. Todas residían en núcleos urbanos de la provincia de Barcelona (Cataluña).

Tabla 1. *Datos sociodemográficos participantes entrevistas.*

EN	Edad	Género	Nacionalidad expresada	Formación máxima	Profesión	Perfil usuarios/as
EN1	35	Mujer	Catalana	Máster	Mediadora y ES	Familias riesgo de exclusión
EN2	25	Mujer	Española	Grado	ES	Infancia en riesgo de exclusión
EN3	29	Mujer	Española	Grado	TF	Personas adultas en riesgo de exclusión social severa
EN4	43	Mujer	Española	Diplomatura	TS	Personas adultas en riesgo de exclusión social severa
EN5	46	Mujer	Española	Licenciatura	ES y Psicóloga	Personas adultas en riesgo de exclusión social severa
EN6	58	Mujer	Catalana	Licenciatura	Psicóloga	Familias y mujeres en riesgo de exclusión
EN7	26	Hombre	Española	Máster	Criminólogo	Víctimas de delitos

Nota: EN= Entrevista; ES= Educadora Social; TS = Trabajadora Social; TF= Trabajadora Familiar.
Fuente: Elaboración propia.

Participantes C2

La muestra está formada por 300 profesionales entre 23 y 64 años (M=43.43; SD=8.9). De las cuales se identificaron: 89.3% mujeres, 9.7% hombres, 0.3% género no binario y 0.7% no contestó. Todas residían en Cataluña y todas las provincias fueron representadas. Respecto la formación máxima completada: 63.3% licenciatura, diplomatura o graduado universitario; 26.3% máster; 8.3% Bachiller, FPGM o FPGS; 1% postgrado; 0.7% ESO; y 0.3% doctorado. Las nacionalidades y el estado civil se resumen en las Figuras 5 y 6. Las profesiones y lugares de trabajo en las Figuras 7 y 8.

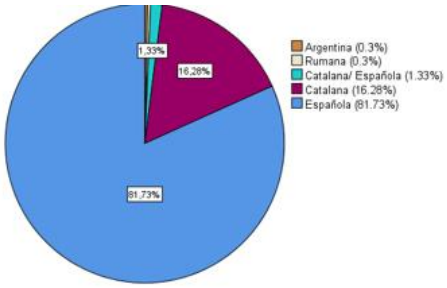

Figura 5. **Nacionalidades expresadas C2.**
Fuente: Elaboración propia



Figura 6. **Estado civil profesionales C2.**
Fuente: Elaboración propia.



Figura 7. **Profesiones C2.**
Fuente: Elaboración propia.



Figura 8. **Lugares de trabajo C2.**
Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se presentan otros datos relevantes con relación a aspectos sociolaborales y familiares de las profesionales. Estos ayudaran a fundamentar la discusión posterior con una perspectiva interseccional y de género.

En la Tabla 2 se pueden ver las personas a cargo de las profesionales durante el EA y NN. Las respuestas a la pregunta sobre conciliación familiar durante la NN se detallan en la Figura 9. **Tabla 2.** *Personas a cargo profesionales de C1 y C2*

	Frecuencia EA	Porcentaje EA	Frecuencia NN	Porcentaje NN
Hijos/as menores de edad de mi pareja	1	0.2	-	-
Pareja/Conyugue	1	0.2	1	0.3
Suegros/as	1	0.2	-	-
Abuelos/as	2	0.4	1	0.3
Hijos/as menores y mayores de edad	13	2.6	11	3.7
Sí, más de un familiar de distinto grado de parentesco a mi cargo	23	4.6	24	8
Padre/Madre	24	4.8	15	5
Hijos/as mayores de edad	43	8.5	26	8.7
Hijos/as menores de edad	186	37	128	42.7
No tengo gente a mi cargo	209	41.6	94	31.3
Total	503	100	300	100

Fuente: Elaboración propia.

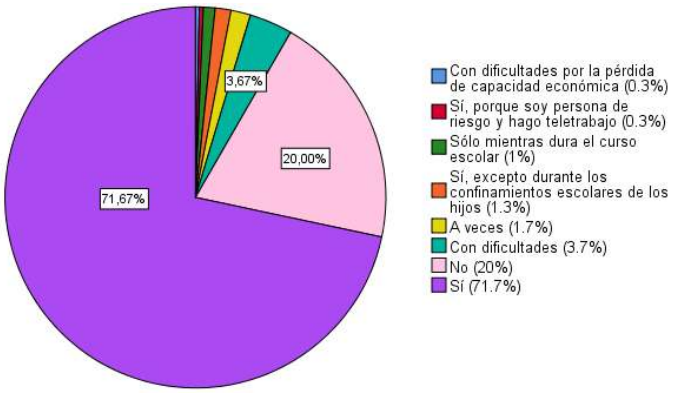

Figura 9. **Conciliación familiar durante la NN**
Fuente: Elaboración propia.

Resultados

En este apartado se exponen los resultados provenientes del análisis descriptivo de los C1 y C2 y el análisis de las entrevistas. El resumen de las dimensiones, categorías y subcategorías extraídas de las entrevistas se halla en la Tabla 3. La exposición completa de los resultados se divide en tres áreas temáticas con relación a los objetivos: (1) Condiciones laborales y exposición a la Covid-19; (2) Impacto sobre la salud y atención a los/as usuarios/as y (3) autocuidado y estrategias de afrontamiento.

Los resultados del análisis descriptivo perteneciente al EA se han calculado sobre la muestra del C1 (*n*= 503) y los de la NN sobre la muestra del C2 (*n* =300).

Tabla 3. *Dimensiones, categorías y subcategorías extraídas del análisis de las entrevistas.*

Dimensión	Categorías	Subcategorías
Dificultades asociadas al trabajo con población vulnerable	Factores sociales y contextuales	Desigualdades sociales Falta de reconocimiento Confidencialidad
	Factores institucionales	Falta de recursos Preocupación imagen
	Factores individuales	Regulación emocional Afrontamiento y autocuidado
Emergencia sanitaria	Covid-19	Medidas de prevención Exposición a la Covid-19
Modificación condiciones laborales	Mala gestión	Recursos Organización Comunicación
	Desconocimiento	Falta de formación Falta de información
	Dificultades de accesibilidad	Teletrabajo Restricciones
Impacto	Invisibilización	Profesionales Usuarios/as
	Síntomas	Reacciones emocionales Reacciones cognitivas Reacciones físicas
	Dificultades de	Aumento carga trabajo

atención	Estar presentes

Fuente: Elaboración propia.

Condiciones laborales y exposición a la Covid-19

Del análisis de las entrevistas se extrajo la dimensión *Dificultades asociadas a trabajar con población vulnerable*. Esta pretende distinguir los factores preexistentes que dificultan el trabajo con los/as usuarios/as de SS que no responden a la situación de la emergencia sanitaria en sí mismos: *factores sociales/contextuales, factores institucionales* y *factores individuales*. Estos últimos contemplaban la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento de las profesionales y de los/as usuarios/as. La dimensión *Modificación de las condiciones laborales* incluye 3 categorías y 7 subcategorías:

- *Mala gestión:* dificultades con las que se encontraban las profesionales al desarrollar su trabajo a causa de la *falta de recursos, organización y de comunicación*. Esta última se refiere a que la información no llegase a todas las profesionales al mismo tiempo o a que esta llegase por canales alternativos, por ejemplo, la televisión o los/as propios/as usuarios/as.

"Nos avisaron del teletrabajo de un día para otro, de que nos desconfinan mmm… o que volvíamos al puesto de trabajo nos avisaron dos días antes… nos avisaron un viernes y volvíamos un lunes" (EN7). "L'obertura i tancament de recursos sense massa sentit... això, una mica una bogeria, una bogeria [...] Ens necessitaven més... i ens necessitaven més organitzats, i necessitàvem més recursos..." (EN4). "Moltes vegades eren els nostres usuaris que ens anaven donant informació que no teníem nosaltres" (EN6).

- *Desconocimiento:* incluye la *falta de información* sobre la Covid-19 durante la primera oleada y la *falta de formación* sobre nuevas herramientas de trabajo, teletrabajo y nuevas funciones asignadas.

"Manca de coneixement sobretot. Era una mica cachondeo, tothom deia una mica de la seva. No sabies quina mascareta protegia de què i quina no, no sabies si te la podies treure quan estaves davant de l'ordinador o havies d'anar amb la mascareta tota l'estona posada..." (EN1).

- *Dificultades de accesibilidad:* dificultad de acceder a los servicios públicos, incluidos los propios SS, por las *restricciones* en los horarios de atención y el cierre de servicios. También incluye las dificultades derivadas del *teletrabajo* como, por ejemplo: no disponer de herramientas ya fuese por parte de las propias profesionales como de los/as usuarios/as, que a menudo no disponían de internet, teléfono o no querían o no sabían cómo utilizar estos canales como vía de atención. Esto supuso un elemento de discriminación/desigualdad social añadida.

"Són famílies que no estan gaire familiaritzades amb tot el tema tecnològic. I intentar, per exemple, fer una videotrucada era com missió impossible..." (EN2). "La relació era distant, perquè clar, els havies de trucar per telèfon, de fer molta contenció telefònica perquè en un principi no els podiem veure..." (EN1). "Todo tipo de administración estaba cerrada. Entonces, contacto la verdad con el usuario al principio: muy poco" (EN3). "El

no entendre, òstia! [...] és que estan els ajuntaments tancats, està la seguretat social tancada, hisenda està tancat, els telèfons estan bloquejats... què treballes? Com fas? Com ho fas?" (EN4).

La dimensión *Emergencia sanitaria* contaba con 2 categorías: la primera hacía referencia a las *medidas de prevención* y protección que se adoptaron dentro de los planes de contingencia y, la segunda, sobre la *exposición a la Covid-19* por parte de las profesionales.

"Una persona es confinava perquè havia estat en contacte, però una altra que també era contacte tenía que anar a treballar" (EN1). "Cogí la Covid, pues estuve un mes en casa, entonces me lo llevé, el ordenador, e iba pudiendo hacer algo" (EN5). "En aquell moment no complia amb els símptomes que se suposava havia de tenir. I no he sapigut mai res així que... [...] Jo la setmana següent vaig anar a treballar. Em va a tocar, evidentment" (EN6).

Las principales medidas de prevención y protección adoptadas se resumen en la Tabla 4. Un 52.1% de las profesionales creía que dichas medidas eran suficientes para ir a trabajar de forma segura, un 36% restante creía que no.

La exposición expresada de las profesionales al coronavirus durante el EA y la NN se resume en la Tabla 5. De las profesionales que refirieron haber tenido sintomatología leve compatible con la Covid-19 durante el EA, 32 siguieron trabajando de forma presencial y un 16.7% refería haber estado en contacto con algún/a usuario/a que después había dado positivo en coronavirus.

Las preocupaciones más destacadas sobre la posibilidad de contraer la Covid-19 de las profesionales durante la NN fueron: contagiar a familiares (92%); Tener sintomatología grave (68%); ingresar en un hospital (65%); contagiar a los/as usuarios/as (54%), compañeros/as de trabajo (51%) o amistades (47%); tener que hacer cuarentena/confinarse (19%); ver disminuido su sueldo debido a la baja laboral (7%); ser despedido (3%); y las secuelas de la enfermedad (1%).

Tabla 4. *Medidas de protección adoptadas en el lugar de trabajo durante el EA y la NN*

	Frecuencia EA	Porcentaje EA	Frecuencia NN	Porcentaje NN
Equipos de protección individual	245	48.7	296	98.7
Alternancia teletrabajo-atención directa	237	47.1	76	25.3
Solo realizar atención directa	129	25.6	221	73.6
Grupos burbuja	110	21.9	66	22
Solo realizar teletrabajo	103	20.5	3	0.97
Restringir la atención	101	20.1	67	22.3
Modificar los horarios	58	11.5	3	1
Establecer servicios mínimos	50	9.9	-	-
Establecer turnos de guardia	35	7	-	-
Cerrar el centro	31	6.2	-	-
Protocolos frente a contagios	30	6	13	4.3
Reestructurar la plantilla	25	5	1	0.3
Centralizar la atención en un único centro	24	4.8	1	0.3

Distancia interpersonal	23	5	90	30
Confinamiento preventivo	20	4	2	0.7
Proteger grupos de riesgo	17	3.4	5	1.7
No se adoptaron medidas	15	3	4	1.3
Formación sobre la Covid-19	6	1.2	4	1.3
Desinfección de espacios	4	0.8	58	19.3
Poner carteles informativos	4	0.8	4	1.3
Control de temperatura	3	0.6	17	5.7
No cubrir bajas laborales	3	0.6	1	0.3
Ofrecer soporte psicológico	3	0.6	-	-
Realizar pruebas diagnósticas	2	0.4	1	0.3
Ampliar el presupuesto	1	0.2	-	-
Ventilar los espacios	-	-	20	22
Atender sólo con cita previa	-	-	11	3.7

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. *Exposición a la Covid-19*

	Frecuencia EA	Porcentaje EA	Frecuencia NN	Porcentaje NN
Creo que no he contraído la Covid-19	309	61.4	184	61.3
Lo desconozco	119	23.8	76	25.3
He tenido síntomas leves compatibles, pero no me han hecho la prueba diagnóstica.	70	13.9	16	5.3
He pasado y/o estoy pasando la Covid-19 en casa	5	1	15	5
Estoy segura de que no la he contraído porque me han hecho una serología y no tengo anticuerpos.	-	-	8	2.7
He pasado y/o estoy pasando la Covid-19 en un hospital o recurso sanitario	-	-	1	0.3

Fuente: Elaboración propia.

Impacto sobre la salud y la atención a los/as usuarios/as

- *Invisibilización:* este concepto hace referencia al sentimiento de no ser tenido en cuenta, de sentirse olvidado en el momento de tomar decisiones o en las consecuencias que estas decisiones no consensuadas generan junto con una falta de reconocimiento. Esta invisibilización se da en los y las profesionales, al no tenerlos en cuenta en el momento de tomar decisiones relacionadas con su trabajo o sus funciones y en *los/as usuarios/as*, que aparte de no ser tenidos en cuenta les repercute indirectamente la invisibilización de los profesionales en la atención que reciben.

> "Esto lo han organizado muy mal, y no lo han pensado, no lo han pensado. O bueno, sí lo han pensado y les da igual. Exactamente, sí lo piensan y les da igual porque les damos igual" (EN5). "Com puc intentar jo que la meva professió sigui reconeguda si, per començar, aquesta població no està reconeguda?" (EN2). "¿Cómo se sentían ante lo que pasaba? Pues yo creo que se sentían pues más olvidados todavía. Eh... a mí me ha alucinado mucho las llamadas. [...] la sorpresa de: ¡Ostia, mi trabajadora social se ha acordado de mí! ¡Existo!" (EN4).

- *Dificultades de atención:* hace referencia al aumento de la carga de trabajo y al intento por parte de las profesionales de *estar presentes* a pesar de las dificultades de accesibilidad.

"En determinados usuarios sí que los llamaba para ver cómo estaban, para al menos pudiesen hablar con alguien. Porque también, determinado perfil puede estar muy solo. Puede estar sin hablar con nadie días y días" (EN3).

- *Síntomas:* incluye las reacciones cognitivas, emocionales y físicas durante el EA y la NN.

"Molt de cansament, això està sent... I ara tenim aquesta segona onada i al gener estarem una altra vegada igual. Una mica de cansament... Crec que està sent dur tot plegat" (EN6). "Los primeros días el venir a trabajar me suponía mucha. Y también el hecho, ya a nivel más personal, de no poder ver a mi familia y que les pasará algo…" (EN3). "els veies més feliços, més riallers, tenien més vida [...]poder sortir al carrer i poder veure una mica el sol, encara que només fos una hora, pels nens era genial" (EN2).

Los cambios percibidos en variables psicológicas y en síntomas físicos durante el EA y NN se resumen en la Tabla 6 y 7. Los cambios en hábitos y conductas diarias en la Tabla 8.

Tabla 6. *Percepción de cambios en variables psicológicas*

	Frecuencia EA	Porcentaje EA	Frecuencia NN	Porcentaje NN
Preocupación por la higiene y limpieza	229	45.5	86	28.7
Ansiedad, angustia	203	40.4	108	36
Dificultades de concentración	170	33.8	114	38
Sentimientos depresivos, desanimo	159	31.6	133	44.3
Sensación de irrealidad	143	28.5	51	17
Rabia, ira, irritabilidad	120	23.9	91	30.3
Descuidarse a uno mismo	94	18.7	39	13
Miedo	85	16.9	25	8.3
Llanto incontrolable	76	15	26	9
Dificultades para la toma de decisiones	43	8.5	29	9.7
Pensamientos obsesivos con la pandemia	43	8.5	17	5.7
Sentimientos de desesperanza	40	8	68	22.7
Aislamiento social	34	6.8	22	7.3
Sentir que la vida no tiene sentido	5	1	7	2.3
Ninguna de las anteriores	35	7	28	9.3

Fuente: adaptado de "Las consecuencias psicológicas de la Covid-19 y el confinamiento", por Balluerka, N., Gómez, B., Hidalgo, M. D., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Padilla, J. L. y Santed, M. Á., 2020, p. 77.

Tabla 7. *Percepción de cambios en síntomas físicos o somáticos*

	Frecuencia EA	Porcentaje EA	Frecuencia NN	Porcentaje NN
Problemas de sueño	366	72.9	239	79.8
Dolores musculares	225	45	138	46
Cefaleas	163	32.4	79	26.3
Fatiga	143	28	84	28
Sensación de ahogo	78	15.5	54	18
Problemas gastrointestinales y/o nauseas	51	10.1	34	11.3
Taquicardia y/o palpitaciones	48	9.5	23	7.7
Pesadillas relacionadas con la Covid-19	32	6.3	7	2
Mareos	23	4.6	16	5.3
Temblores y/o tics	12	2.4	5	1.7
Ninguna de las anteriores	61	12.1	67	22.3

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. *Cambios en hábitos y conductas*

	Frecuencia EA	Porcentaje EA	Frecuencia NN	Porcentaje NN
Limpiar más	211	42	74	24.7
Aumento ingesta o ingesta menos equilibrada	197	39.2	51	17
Disminución ingesta o ingesta más equilibrada	29	5.8	61	20.3
Aumento consumo tabaco	92	18.3	53	17.7
Disminución consumo tabaco	4	0.8	3	1
Aumento consumo alcohol	47	9.3	25	8.3
Disminución consumo alcohol	5	1	1	0.3
Aumento consumo drogas	3	0.6	1	0.3
Aumento consumo medicamentos	20	4	17	5.7
Aumento ejercicio físico	138	27.4	91	30.3
Disminución ejercicio físico	23	4.6	9	3
Ver más noticias que antes	96	19.1	8	2.7
Mirar menos noticias que antes	208	39.8	154	51.3
Relacionarse más con familia y amigos	287	57.1	28	9.3
Relacionarse menos con familia y amigos	82	16.3	171	57
Evitar relacionarse con familia y amigos	3	0.6	25	8.3

Fuente: adaptado de "Las consecuencias psicológicas de la Covid-19 y el confinamiento", por Balluerka, N., Gómez, B., Hidalgo, M. D., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Padilla, J. L. y Santed, M. Á., 2020, p. 79

Al pedir a las profesionales que definieran cómo se sentían al ir a trabajar durante la NN las respuestas más reiteradas fueron: *agotada, fatigada, cansada* (30.3%); *desbordadas, estresadas* (18.7%); *liberada, animada, motivada, esperanzada* (15.7%); e *invisible y maltratada* (2%).

Autocuidado y estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento y autocuidado individuales detectadas a raíz del análisis de contenido se detallan en la Tabla 9. Estas se han categorizado utilizando las guías de recomendaciones elaboradas por las distintas administraciones durante el EA (Ministerio de Sanidad, 2020; Whalley y Kaur, 2020).

Tabla 9. *Subcategoría "Estrategias de afrontamiento" y elementos de análisis*

Subcategoría	Elementos de análisis
Estrategias perjudiciales	Evitación
	No separar espacios
Estrategias positivas-activas	Mantener rutinas
	Reevaluación positiva
	Mantener espacio personal
	Planificación del trabajo
	Aceptación de la situación
	Seguir las pautas sanitarias
	Mantener una actitud positiva
	Desconectar
	Separar responsabilidades
	Mantener contacto con familiares y amigos
	Cuidar a los otros, empatizar.
	Informarse bien

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

El análisis de las entrevistas ha permitido aproximarse a la percepción de las profesionales de SS sobre los cambios en las condiciones laborales y el impacto de estas sobre la atención a los y las usuarios/as. Aun así, como apuntaban Pérez-Tarrés, Pereira da Silva y Cantera-Espinosa (2019) estos datos no se pueden analizar únicamente dentro del contexto actual de crisis sanitaria, ya que la percepción de estas modificaciones y el impacto generado por las mismas van estrechamente relacionado con factores preexistentes a nivel individual (profesionales y usuarios), institucional y contextual/social.

Los SS fueron y siguen siendo uno de los sectores más fuertemente golpeados por las consecuencias de la última crisis económica en España (Belzunegui *et al.*, 2012; Caravaca *et al.*, 2017). Si a esto se le añaden las modificaciones de las condiciones laborales debidas a la emergencia sanitaria y el impacto de los riesgos psicosociales en la salud de las profesionales, las condiciones de atención de los/as usuarios/as son aún más precarias (Gibert *et al.*, 2020). Del análisis de las modificaciones en las condiciones laborales durante el EA y NN este estudio muestra una percepción negativa por parte de las profesionales de SS sobre el cuidado institucional recibido, resultando en una sensación traducida como "ser invisible", que repercute en consecuencia en la atención de los y las usuarios/as.

En este sentido este estudio aporta los siguientes datos para tener en cuenta: tanto durante el EA como durante la NN los casos de profesionales Covid-19 positivos confirmados por prueba diagnóstica fueron bajos. A pesar de esto, un 52.1% de profesionales consideraba que sí que disponían de medidas de protección suficientes para trabajar de forma segura, mientras un 36% refería que no. Estos hechos se podrían explicar a la percepción de falta de cuidado institucional junto al riesgo percibido de contagio, la falta de conocimientos sobre la enfermedad y la sensación de falta de control sobre la situación como se apunta en Wu *et al.* (2009) y Farrés *et al.* (2021).

Además, un 16.7% de las profesionales reportaron haber estado en contactos estrecho con usuarios/as que luego dieron positivo en su lugar de trabajo. Y, el contacto estrecho con personas infectadas también se ha relacionado con un augmento del riesgo percibido y un mayor malestar psicológico (Henssler *et al.,* 2020). Estas percepciones tienen un impacto considerable en la experiencia subjetiva de estrés y la percepción de los acontecimientos como estresantes (Marjanovic *et al.*, 2007). Pero a causa del elevado número y la diversidad de los estresores atribuibles a la pandemia, pero también a la falta de cuidado institucional, se hace difícil discernir

las causas de la sintomatología recogida en este estudio. Aun así, a continuación, se proponen algunas aproximaciones con relación a la literatura existente:

Respecto a los cambios en la sintomatología psicología percibida se observa un incremento del malestar psicológico durante el EA. Este augmento se relaciona, sobre todo, con reacciones de ansiedad, miedo y depresión-desanimo (Le *et al.*, 2020; Lupiañez-Villanueva *et al.*, 2020; Farrés *et al.,* 2021). Las principales preocupaciones y miedos de las profesionales de SS halladas en este estudio también coinciden con las expuestas en otros estudios (Brooks *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020; Farrés *et al.,* 2021).

Durante el período de NN, se observó una tendencia a la disminución de la sintomatología (Qiu *et al.*, 2020) a excepción de los sentimientos depresivos, rabia, irritabilidad y enfado, que augmentaron (Farrés *et al.,* 2021). Esta sintomatología, también se podría deber al agotamiento profesional (Estévez y Cantera, 2014). El aumento más destacable entre ambos períodos es el sentimiento de desesperanza, este se puede relacionar con el estrés mantenido y la larga duración del confinamiento domiciliario (Brooks *et al.*, 2020). Aún así, los resultados preliminares del estudio liderado por Farrés *et al.* (2021) apuntan a que la sintomatología relacionada con la ansiedad y el TEPT fueron las que más se relacionaban con otras variables y condiciones. En concreto, los factores hallados que más se relacionaban con dicha sintomatología fueron: "ser mujer, tener cura de terceros, haber tenido síntomas de Covid-19, haber tenido que hacer uso de los servicios sanitarios y el miedo" (Farrés *et al.,* 2021, p.56). Gran parte de estas relaciones irían en línea con los resultados del presente estudio.

A diferencia de la sintomatología atribuible a variables psicológicas, los síntomas físicos tendieron a la estabilidad durante el EA y la NN. En este apartado destaca la elevada incidencia de problemas relacionados con el sueño a pesar de la disminución de las pesadillas relacionadas con la Covid-19 en el período de NN. En otros estudios se ha asociado una baja autopercepción de salud con niveles más altos de sintomatología depresiva que podrían explicar el mantenimiento de la sintomatología física (Henssler *et al.*, 2020).

Por lo que respecta a las relaciones con familiares y amigos, durante el EA se produjo un aumento del contacto social por vías telemáticas, un contacto social que se redujo con la entrada de la NN. Así mismo, también se observó una tendencia en limitar la información recibida sobre la Covid-19 en las noticias (Farrés *et al.,* 2021). El augmento del contacto social y la dosificación de la información sobre la Covid-19 formarían parte de las estrategias de afrontamiento recomendadas durante el período de confinamiento (Ministerio de Sanidad, 2020; Whalley y Kaur, 2020).

Finalmente, al intentar identificar las estrategias de afrontamiento y autocuidado se siguió la propuesta de Estévez y Cantera (2017). Este enfoque considera que las estrategias de cuidado han de ser consideradas a nivel individual, institucional y contextual, ya que una aproximación meramente individualista sobrecargaría aún más a las profesionales. Debido a que "la salud de la persona profesional es importante, no solo para su propio bienestar, sino también para los/as usuarios/as que atiende" (Estévez y Cantera, 2017, p.62).

En este sentido, los resultados arrojan una percepción de falta de cuidado institucional y contextual, por lo que este estudio identificó las estrategias de cuidado individual como motor principal. La mayoría de las estrategias identificadas adoptaban un modelo de afrontamiento activo, focalizado en el problema. Según *Balluerka* et al. (2020) este tipo de estrategias respondería a la idea de que seguir con las recomendaciones sanitarias era una forma activa y útil de colaborar con el control de la pandemia. Y, como se expone en Lee-Baggley, DeLongis i Voorhoeave (2004) las estrategias centradas en una respuesta empática predicen menores grados de evitación y más conductas de prevención, de promoción de la salud y de (auto)cuidado.

Conclusiones

Este estudio se diseñó para poder analizar el impacto sobre la salud de las condiciones laborales de las profesionales de SS durante la crisis sanitaria generada por la Covid-19 en Cataluña. Siguiendo este objetivo, la presente investigación aporta las siguientes conclusiones:

- Un elevado porcentaje de las profesionales de SS valoraban negativamente las modificaciones de las condiciones laborales introducidas durante la pandemia. Estas eran percibidas como una falta de cuidado institucional que resultaban en la sensación por parte de las profesionales de no ser tenidas en cuenta o "sentirse invisibles", esto contribuía a la invisibilización de los/as usuarios/as en consecuencia.
- Durante el EA se produjo un incremento del malestar psicológico, las formas más habituales de expresión de dicho malestar fueron: ansiedad, miedo, depresión y desanimo. Con la entrada de la NN, se observó una tendencia a la baja de dicha sintomatología a excepción de los sentimientos depresivos, rabia, irritabilidad y enfado, que augmentaron junto con la sensación de desesperanza. Esta sintomatología también se podría deber al agotamiento profesional. Así mismo, se objetivaron dificultades para mantener hábitos de vida saludables con un incremento de la ingesta alimenticia y de alcohol, tabaco, drogas y medicación. Al contrario que en otros estudios, en este estudio se objetiva un incremento del ejercicio físico.

- Los resultados de esta investigación identifican estrategias de afrontamiento y cuidado a nivel individual activos, focalizados en el problema.

Como aportación relevante, los resultados de este estudio introducen la categoría denominada "invisibilización". Esta ha estado elaborada a partir de la propia narrativa de las profesionales y ha ido tomando forma a lo largo de la investigación. Es una unidad de análisis nueva, cargada de significado, emociones y con muchas implicaciones a nivel particular, pero también institucional y social para tener en cuenta en un futuro.

Esta investigación demuestra un incremento del malestar psicológico en las profesionales de SS, pero las causas de este son difíciles de discernir por el elevado número y diversidad de los estresores atribuibles a la pandemia, pero también a las condiciones laborales. A pesar de esto, las nuevas investigaciones empiezan a identificar un impacto psicológico mayor en grupos de población especialmente vulnerables y arrojan a la luz variables que se interrelacionan entre sí. Estos grupos especialmente vulnerables dado a las múltiples desigualdades que deben afrontar van en la línea de los resultados arrojados por el presente estudio. Y, entre ellos, las profesionales de SS y sus usuarios/as tendrían que ser foco de especial atención.

En este sentido, también cabe destacar que la muestra de este estudio está formada sobre todo por mujeres, lo que visibiliza un trabajo feminizado que contribuye a la vulnerabilidad de las trabajadoras e invisibilidad de las múltiples estructuras de poder relacionadas que contribuyen a su malestar. Un malestar agudizado por la pandemia vivida. Los ejes de desigualdad: clase social, edad, racialización, sexo, género, etc., entendidos como las divisiones a partir de las cuales se distribuyen de manera desigual los recursos; afloran en situaciones de crisis como la producida por el Covid 19. La literatura existente ya muestra diferencias en los niveles de malestar psicológico en función del género, diferencias que se han de poder analizar en futuros estudios como el aquí presentado. Este estudio, a través de su metodología, sí permitió el rescate de la experiencia vivida y como señala Rodó-de-Zárate (2016), ha hecho visibles desigualdades que a menudo se menosprecian. Las nuevas investigaciones sobre el impacto de la pandemia junto con el estudio aquí presentado identifican ejes potenciales para diseñar ejes de intervención futuras en un sector tan esencial como son los servicios sociales. Estos ejes identificados pueden servir de guía para, en un futuro, poder incorporar una perspectiva interseccional para elaborar planes de intervención específicos y políticas sociales como, por ejemplo, la guía elaborada para incorporar la interseccionalidad en las políticas locales (Coll-Planas y Solà-Morales, 2019).

Las principales limitaciones de este estudio van muy atadas a las limitaciones temporales y contextuales del mismo. La elección de la entrevista como instrumento de análisis ha permitido

cumplir con los objetivos principales y aportar valor de contenido añadido que no hubiese sido posible únicamente con los cuestionarios. Otra limitación potencial se encuentra en el uso de cuestionarios on-line por el hecho de que la muestra es autoseleccionada. En este sentido, se intentaron establecer medidas de control introduciendo preguntas en los cuestionarios que permitieran garantizar los criterios de inclusión. Finalmente, y a pesar de que el número de personas entrevistadas se encuentra dentro de los márgenes utilizados en estudios similares, algunos perfiles profesionales han quedado infrarrepresentados como, por ejemplo: las profesionales que trabajan en entidades o fundaciones. Así mismo, tampoco se han podido representar las profesionales de otras provincias de Catalunya en las entrevistas a causa de las restricciones de movilidad y disponibilidad de las autoras. Esta falta de representatividad se podría abordar en estudios posteriores.

ABSTRACT: the aim of this article is to analyze the working conditions of social service professionals, their impact on health and on the care of the most vulnerable population, and to identify the self-care strategies used during the first state of emergency and the new normality in catalonia. quantitative and qualitative methodology was combined, and the instruments used were two questionnaires and seven semi-structured interviews. the results indicate a perception of lack of institutional care that the professionals verbalize as a perception of double invisibilization, as well as a tendency towards an increase in psychological and physical discomfort and difficulties in maintaining healthy lifestyle habits. the most frequently used self-care and coping strategies were identified. the results highlight the importance of perceived institutional support for the well-being of the professionals and introduce the construct of invisibilization and an intersectional perspective, to be considered for future intervention strategies.

Keywords: social services workers. covid-19. working conditions. subjective wellbeing. intersectionality.

REFERENCIAS

BALLUERKA, N., GÓMEZ, B., HIDALGO, M. D., GOROSTIAGA, A., ESPADA, J. P., PADILLA, J. L. y SANTED, M. Á. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la Covid-19*. Recuperado de https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf

BELZUNEGUI, A., Pastor, I. y VALLS, F. (2012). La socialización de la pobreza en España. En A. Belzunegui (Coord.), I. Brunet, O. Matu, I. Pastor y F. Valls, *Socialización de la pobreza en España. Género, edad y trabajo en los riesgos ante la pobreza.* Barcelona: Icaria.

BROOKS, S. K., WEBSTER, R. K., SMITH, L. E., WOODLAND, L., WESSELY, S., GREENBERG, N. y RUBIN, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*(10227), 912-920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8

CANTERA, L. M. y Cantera, F. M. (2014). El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad, 13*(2), 88-97. Recuperado de https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/406/339

CARAVACA, I., González-Romero, G. y López, P. (2017). Crisis y empleo en las ciudades españolas. *EURE, 43*(128), 31-54. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/pdf/eure/v43n128/art02.pdf

CCAES (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias). (2020). *Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. Documentos técnicos para profesionales*. Madrid: CCAES, Ministerio de Sanidad. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/home.htm

COLL-PLANAS, G. y SOLÀ-MORALES, R. (2019). *Guia per incorporar la interseccionalitat a les polítiques locals*. Terrassa: Ajuntament de Terrassa.

Decret 63/2020, de 18 de juny, de la nova governança de l'emergència sanitària provocada per la COVID-19 i d'inici de l'etapa de la represa al territori de Catalunya. Publicat al DOGC 063/2020, de 18 de juny 2020. Recuperado de https://web.gencat.cat/web/.content/2_REPORTATGES/coronavirus/represa/decret-represa.pdf

ESTÉVEZ, A. y CANTERA, L. M. (2017). El Trabajo contra la violencia: repercusiones en la salud y vida cotidiana de quienes trabajan para erradicarla. *Psicología Social Comunitaria, 5*(10), 61-80.

EXPÓSITO MOLINA, C. (2012). ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investigaciones feministas, 3*, 203-222. http://dx.doi.org/10.5209/rev_INFE.2012.v3.41146

FARRÉS, J., RUIZ, J.L., MAS, J.M., ARIAS, L., SARRIAS, M-R., ARMENGOL, C., … VILAPLANA, C. (2021). *Projecte COM-COVID. Informe de resultats*. https://doi.org/10.1101/2021.03.20.21254029

GIBERT, K., CODINA, T. y ANGERRI, X. (2020). *Informe INSESS-COVID19: Identificació de Necessitats Socials Emergents com a conseqüència de la Covid19 i efecte sobre els Serveis Socials del territori.* Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya /Fundació iSocial. Recuperado de http://www-eio.upc.edu/~karina/INSESS/InformeINSESS-COVID19.pdf

GOMÀ-RODRÍGUEZ, I., CANTERA, L. M. y PEREIRA DA SILVA, J. (2018). Autocuidado de los profesionales que trabajan en la erradicación de la violencia de pareja. *Psicoperspectivas, 17*(1). https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue1-fulltext-1058

HENSSLER, J., STOCK, F., BOHEMEN, J., WALTER, H., HEINZ, A. y BRANDT, L. (2020). Mental health effects of infection containment strategies: quarantine and isolation- a systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* https://doi.org/10.1007/s00406-020-01196-x

LA BARBERA, MariaCaterina. (2016). Interseccionalidad, un "concepto viajero": orígenes, desarrollo e implementación en la Unión Europea. *Interdisciplina, 4*(8), 105-122. doi:10.22201/ceiich.24485705e.2016.8.54971

LE, S., ZHENG-AN, L., JIAN-YU, Q., XIAO-LIN, H., LIN, L., MAO-SHENG, R., …, LIN, L. (2020). Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the

General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Network Open, 3*(7): e2014053. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.14053

LEE-BAGGLEY, D., DELONGIS, A. y VOORHOEAVE, P. (2004). Coping with the treat of severe acute respiratory syndrome: Role of threat appraisal and coping responses in health behaviors. *Asian Journal of Social Psychology, 7,* 9-23. Recuperado de https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-839X.2004.00131.x

Ley 8/2011, de 28 de abril, por la que se establecen medidas para la protección de las infraestructuras críticas. Publicado en BOE núm. 102, de 29 de abril de 2011. Jefatura del Estado. Recuperado de https://www.boe.es/eli/es/l/2011/04/28/8/con

Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio. Publicado en BOE núm. 134, de 5 de junio de 1981. Jefatura del Estado. Recuperado de https://www.boe.es/eli/es/lo/1981/06/01/4/con

LIU, X., KAKADE, M., FULLER, C.J., FAN, B., FANG, Y., KONG, J., …, WU, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive Psychiatry, 53*, 15–23. doi:10.1016/j.comppsych.2011.02.003

Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. Publicat al BOE núm. 294, de 6 de desembre de 2018. Jefatura del Estado. Recuperado de https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2018/12/06/pdfs/BOE-A-2018-16673-C.pdf

Lupiañez-Villanueva, Codagnone, C., F., Liva, G., Bogliacino, F., Charris, R., Gómez, C., ... Reith, G. (2020). *Estudio longitudinal sobre los efectos del Covid-19 y el confinamiento en Italia, España y Reino Unido.* Recuperado de https://open-evidence.com/wp-content/uploads/2020/06/20-05-28-COVID19-Open-Evidence-3-waves-ES-final.pdf

MARJANOVIC, Z., GREENGLASS, E.R. i COFFEY, S. (2007). The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: an online questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 44,* 991–98. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.02.012

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2020). *Servicios Sociales. Documentos técnicos de recomendaciones a los servicios sociales ante la crisis por Covid-19.* Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Secretaría de Estado de Derechos Sociales. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/Home.htm

Ministerio de Sanidad. (2020). *Información para la ciudadanía. Cuidarnos en pandemia. Bienestar emocional.* Madrid: Ministerio de Sanidad. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/ciudadania.htm

Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos en el ámbito de los Servicios sociales ante la situación de crisis ocasionada por el COVID-19. Publicado en BOE núm. 86, de 28 de marzo de 2020. Jefatura del Estado. Recuperado de https://www.boe.es/eli/es/o/2020/03/26/snd295

PÉREZ-TARRÉS, A., PEREIRA DA SILVA, J. y CANTERA-ESPINOSA, L. M. (2019). Workplace Violence in Work Environments against Gender Violence. *Universitas Psychologica, 18*(3), 1-15. https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-3.wvwe

QIU, J., SHEN, B., ZHAO, M., WANG, Z., XIE, B. y XU Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the Covid-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry,* 33, e100213. doi:10.1136/gpsych-2020-100213

Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. Publicado en BOE núm. 67, de 14 de marzo de 2020. Jefatura del Estado. Recuperado de https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463/con

Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2. Publicado en BOE núm. 282, de 25 de octubre de 2020. Jefatura del Estado. Recuperado de https://www.boe.es/boe/dias/2020/10/25/pdfs/BOE-A-2020-12898.pdf

RODÓ-DE ZÁRATE, M. (2016). Geografies de la interseccionalitat: llocs, emocions i desigualtats. *Treballs de la Societat Catalana de Geografia*, 82, 141-163. doi: 10.2436/20.3002.01.113

STRAUSS, A. y CORBIN, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.* Londres: Sage.
SUN, L., SUN, Z., WU, L., ZHU, Z., ZHANG, F., SHANG, Z., ... y LIU, N. (2020). Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. doi:10.1101/2020.03.06.20032425

WANG, C., PAN, R., WAN, X., TAN, Y., XU, L., HO, C. S. y HO, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(5), 1729. doi:10.3390/ijerph17051729

WEEKES, J. (2014). *The Relationship of Self-Care to Burnout Among Social Workers in Health Care Setting.* (Tesis doctoral). Walden University. Recuperado de https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2114&context=dissertations

WHALLEY, M. y KAUR, H. (2020). *Com viure amb l'ansietat i la preocupació enmig d'una incertesa global.* PsychologyTools. Recuperado de https://www.psychologytools.com/assets/covid-19/guide_to_living_with_worry_and_anxiety_amidst_global_uncertainty_ca.pdf

WU, P., FANG, Y., GUAN, Z., FAN., B., KONG, J., YAO, Z., …, HOVEN, C.W. (2020) The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(5), 302-311.