



Precarias, segregadas y divididas: la profesionalización de los cuidados de atención directa en las residencias de mayores

Precarius, segregated and divided: the professionalization of direct care in nursing homes

**Sandra López Fernández, Paloma Candela Soto y
María Del Carmen Sánchez Pérez**

Universidad de Castilla-La Mancha

Resumen: Este artículo analiza los efectos de la profesionalización de las Trabajadoras de Cuidados de Atención Directa en las residencias de mayores. La investigación pone el foco en los efectos del programa de acreditación de competencias profesionales (Certificados de Profesionalidad) y sus implicaciones en la situación sociolaboral de las trabajadoras, un colectivo integrado por profesionales con edades, imaginarios y trayectorias vitales diferentes. Con una mirada cualitativa, la investigación recompone y analiza el relato colectivo de las protagonistas mediante la realización de grupos focales en residencias de mayores; una muestra intencional en la que han participado más de ochenta Trabajadoras de Cuidados de Atención Directa. Este trabajo pone en valor la percepción subjetiva de las trabajadoras, analizando sus experiencias y vivencias para interpretar y comprender el significado profundo de los cambios vividos. La investigación constata que el proceso de profesionalización ha tenido efectos diferentes según las características sociodemográficas y vitales de las trabajadoras del sector. Se han identificado tres perfiles-tipos con rasgos diferenciadores (edad, condición migrante, territorio), que repercuten en la configuración de sus trayectorias formativas y laborales. Con todo, se desvela un panorama poliédrico y paradójico de la profesionalización de los cuidados de atención directa.

Palabras clave: Residencias de mayores, Formación profesional, Trabajadoras de atención directa, Auxiliares de enfermería, Trabajo de cuidados.

Abstract: This article analyses the effects of the professionalisation of Direct Care Workers in nursing homes. The research focuses on the effects of the professional skills accreditation programme (Certificates of Professionalism) and its implications for the socio-occupational situation of the workers, a group of professionals with different ages, imaginaries and life trajectories. Using a qualitative approach, the research recomposes and analyses the collective account of the protagonists using focus groups in care homes for older people, a purposive sample in which more than eighty Direct Care Workers took part. This work highlights the subjective perception of the workers, analysing their experiences to interpret and understand the deep meaning of the changes experienced in their trajectories. The research concludes that the process of professionalisation has had different effects according to the socio-demographic and life characteristics of the workers in the sector. Three profile types, with different features impacting the training and employment trajectories (age, migrant status, territory), have been identified. All in all, a multifaceted and paradoxical picture of the professionalisation of direct care emerges.

Keywords: Nursing homes, Vocational training, Direct care workers, Nursing assistants, Care works.

Recibido: 13/06/2023 Revisado: 26/06/2023 Aceptado: 26/06/2023 Publicado: 17/07/2023

Referencia normalizada: López Fernández, S., Candela Soto, P. y Sánchez Pérez, M.C. (2023). Precarias, segregadas y divididas: la profesionalización de los cuidados de atención directa en las residencias de mayores. *Ehquidad. International Welfare Policies and Social Work Journal*, 20, 169-200. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2023.0017>

Correspondencia: Sandra López Fernández. Universidad de Castilla-La Mancha (España). Departamento de Filosofía, Antropología, Sociología y Estética. Correo electrónico: sandra.lfernandez@uclm.es

1. INTRODUCCIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN

Los cuidados institucionalizados representan un reto (y una necesidad) en vista a las estimaciones sobre el envejecimiento de la población: en 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (OMS, 2022). Este aumento en la esperanza de vida plantea un desafío para la población mundial, especialmente para Europa y América Latina, que encabezan, con 72,6 años y 78,6 años respectivamente, la estadística de esperanza de vida. Se prevé que España alcanzará la mayor tasa de dependencia, con una relación de 77,5 personas mayores de 65 años por cada 100 personas en edad de trabajar (OMS, 2022).

La situación alerta sobre la importancia de prepararse de manera adecuada para satisfacer las necesidades de la población de adultos mayores en el futuro. Es fundamental establecer políticas y programas que aseguren su calidad de vida y bienestar en la sociedad en la que se desenvuelven. Este escenario presenta desafíos significativos para la sociedad en su totalidad, especialmente en regiones como Castilla-La Mancha, donde la tasa de dependencia actual ronda el 55 por ciento (INE, 2022).

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción a la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante LAPAD), define a las personas en situación de dependencia como aquellas que necesitan supervisión y control para el desarrollo de las actividades básicas en la vida diaria.

En España, los cuidados de atención a la dependencia para más de 400.000 personas se llevan a cabo en residencias para personas mayores (IMSERSO, 2021). Tal como subrayan recientes investigaciones, la longevidad y el aumento de la esperanza de vida se han convertido en un nuevo reto demográfico para los cuidados, especialmente para los cuidados institucionalizados (Moreno Colom, 2020). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), indica que la ratio recomendada para garantizar una adecuada cobertura de las necesidades de la población de adultos mayores es de 5 plazas residenciales por cada 100 personas mayores de 65 años. Desafortunadamente, esta ratio se cumple solamente en pocas regiones de España, lo que pone de manifiesto la necesidad de implementar políticas y estrategias para mejorar la atención y el bienestar de la población de adultos mayores. En Castilla-La Mancha existen casi 27.000 plazas residenciales, lo que sitúa a esta región a la cabeza del sector residencial de mayores en España (López Fernández et al., 2022).

Aunque la acreditación de centros, servicios y entidades para la atención a personas mayores en España es competencia de las Comunidades Autónomas, en 2008 el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema

para la Autonomía y Atención a la Dependencia aprobó una Resolución que establece los criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en todo el país. Esta Resolución, recientemente actualizada en 2022, tiene como objetivo garantizar que los servicios y centros de atención a personas mayores cumplan con los mismos estándares de calidad y acreditación en todas las regiones, y busca mejorar la coordinación y la calidad en la atención a este sector poblacional.

En sus inicios, la LAPAD suponía un desafío a la organización del estado de bienestar en nuestro país, ya que establecía un sistema público para los cuidados y reconocía la necesidad de profesionalizar la atención a personas dependientes (Moreno Colom et al. 2016). Sin embargo, la ley también favoreció el sector no profesional, al otorgar ayudas directas a cuidadores/as no profesionales, lo que fortaleció la economía sumergida (Martínez Buján, 2011). La normativa sobre la Dependencia ha estado sujeta a crisis y recesiones, como los grandes recortes realizados en 2011, que llevaron a que las ayudas económicas directas dejaran de ser el servicio principal (Zambrano Álvarez et al., 2015).

Según destacan las investigaciones, la eliminación de las ayudas económicas a los cuidadores no profesionales en el entorno del hogar favoreció la apuesta por una profesionalización de los empleos en las instituciones, eliminando así un competidor que afectaba la demanda del servicio (Recio et al., 2015). Sin embargo, la ley presentaba algunas lagunas que dificultaban alcanzar una profesionalización real del sector a corto-medio plazo (Recio et al., 2015). Durante episodios críticos, como la pandemia de COVID-19, hubo un aumento en los cuidados en el entorno familiar y una disminución en el uso de servicios residenciales para el cuidado de las personas mayores (Soronellas et al., 2022). Situación que volvió a poner en el foco a las trabajadoras de los cuidados institucionalizados.

Esta norma trajo de la mano el imperativo formativo para las Trabajadoras de Cuidados de Atención Directa (en adelante TCAD) empleadas en el sector de los cuidados residenciales. La nueva legislación establecía los requisitos formativos mínimos para poder seguir trabajando en el sector: el Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria para Personas Dependientes en Instituciones Sociales, abría una nueva línea de estudio: la profesionalización de los cuidados (Baughman y Smith, 2012).

1.1. Hacia la profesionalización mediante la formación o acreditación de sus competencias

La dificultad histórica para profesionalizar el sector laboral de los cuidados es una realidad estudiada y denunciada por voces autorizadas desde la economía y la sociología feministas (Carbonell Esteller et al., 2014; Torns et al., 2014). En 2008, el Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional desarrolló, en este ámbito laboral, el Certificado de Profesionalidad en Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales. Mediante un sistema de módulos formativos, se permite que profesionales del sector de los cuidados acrediten las competencias mediante la experiencia laboral o cursen estos módulos para conseguir este certificado, formación mínima para no ser despedidas de sus puestos de trabajo. Así quedaba redactado en la última y renovada Resolución del 11 de diciembre de 2017, para tal fin: “Los cuidadores, las cuidadoras, los gerocultores y gerocultoras que presten sus servicios en centros o instituciones sociales deberán acreditar la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, establecida por el Real Decreto 1368/2007, de 19 de octubre, según se determine en la normativa que la desarrolle”.

La profesionalización de los cuidados residenciales mediante formación constituye un gran espacio de investigación, analizando efectos y avances (Almutairi et al., 2022; Klimova et al., 2019). Así, entre otros asuntos, se han investigado las repercusiones de formaciones específicas en el uso de fármacos en la atención a personas mayores (Bonilla Marciales et al., 2020) o se ha verificado la importancia de “saber hacer” en la prevención de úlceras en residentes (Martínez Alonso y Caravia Martínez, 2021). También se ha podido constatar cómo mejora el tratamiento de situaciones de conflicto con personas con demencia institucionalizadas tras la puesta en marcha de píldoras formativas en los profesionales de cuidados (Campbell et al., 2020; Grace y Toukhsati, 2014; Robinson et al., 2014).

Por su parte, las investigaciones que evalúan la formación de las TCAD centran su análisis, especialmente, en dar significado a la aplicabilidad de normas legislativas que consagran un espacio laboral reglado para estas trabajadoras (Grin Debert y De Oliveira, 2016). Otros estudios proponen el análisis de esta profesionalización para mejorar la prestación del servicio (Rodríguez Martín et al. 2016). Han sido pioneras, y también son recientes las publicaciones de Nadya Araujo Guimarães y Helena Hirata (2020a, 2020b, 2021), desde la óptica de las trabajadoras. Las autoras, con su análisis de los discursos, abren la posibilidad de aportaciones como esta, que centra el objeto de análisis en la formación de las Trabajadoras de Cuidados de Atención Directa.

También se han realizado evaluaciones generales sobre la profesionalización de la atención primaria en cuidados de la salud en investigaciones internacionales, aunque son limitadas y suelen centrarse más en instituciones hospitalarias que en centros residenciales para personas mayores (Davis y Smith, 2013; Dios-Guerra et al., 2015; Wen et al., 2022).

Es importante destacar que se han llevado a cabo numerosos estudios que han detectado la necesidad de formación en TCAD (Guerrero Ceh y de la Rosa, 2020; Recio Cáceres et al., 2015). Sin embargo, todas las investigaciones indagan en la problemática desde la Formación Profesional vinculada a la educación, es decir Formación Técnica de Grado Medio, que regula la actual Ley Educativa de nuestro país. En el sector sociosanitario no existen investigaciones que centren su foco de atención en los certificados de profesionalidad, formación que nace desde el ámbito laboral no educativo. Gracias a programas específicos de acreditación (como ACREDITA en el caso de la JCCM; Portal de Orientación Profesional. <http://pop.jccm.es/acredita/>), se permitió conseguir la acreditación oportuna que mantuvo a las TCAD en sus puestos de trabajo, teniendo en cuenta lo aprendido gracias a la trayectoria y experiencia profesional. Por lo tanto, existe un vacío en la literatura española de los cuidados que permita un conocimiento veraz y riguroso de quiénes son estas trabajadoras y cuáles son los principales problemas que enfrentan.

Este artículo viene a paliar este hueco, al analizar las trayectorias formativas, laborales y vitales del personal de atención directa en centros residenciales para personas mayores en la región de Castilla-La Mancha. El estudio se enfoca, específicamente, en examinar el proceso formativo y de acreditación que han experimentado dichas trabajadoras, sus efectos y los perfiles profesionales que han surgido como resultado de este proceso.

2. METODOLOGÍA

Este estudio apuesta por una perspectiva integradora a través de un diseño multimétodo que combina técnicas cualitativas y cuantitativas para complementar las fortalezas de ambas (Creswell, 2013).

Se realizaron quince grupos focales, en los que se recopilaron y posteriormente analizaron tanto los datos sociodemográficos de las participantes como los discursos sobre sus experiencias profesionales, formativas y vitales.

2.1. Participantes

La muestra intencional incluyó un total de quince residencias de mayores situadas en la región de Castilla-La Mancha. Se trata, en todos los casos, de residencias de gestión privada de los servicios. Se excluyeron de la muestra todas las residencias de titularidad completamente pública, pues estos centros no tienen en plantilla trabajadoras únicamente con certificados de profesionalidad, regulados por el Ministerio de Empleo.

Las trabajadoras de atención directa que desempeñan en esos centros públicos su actividad laboral han de superar un proceso selectivo y requieren de una formación superior de grado medio regulada por el Ministerio de Educación.

Para conformar una muestra completa y equilibrada, se buscó una representación de diversas variables: espacio rural o urbano, tipo de gestión (privada, concertado o sin ánimo de lucro) y tamaño del centro (miniresidencia, tamaño medio y gran residencia, criterio según Decreto 2/2022, de 18 de enero, por el que se establecen las condiciones básicas de los centros de servicios sociales de atención especializada, destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha).

Tabla 1. Selección de la muestra

Provincia	Grupo focal	Participantes	Emplazamiento	Titularidad	Tamaño residencia
Grupo Piloto	GFP	7	Urbana	Privada	Grupo mixto
Albacete	GF3	4	Urbana	Concertada	G.Residencia
	GF13	7	Urbana	Con.Servicios*	G.Residencia
	GF15	5	Rural	Concertada	Miniresidencia
Toledo	GF9	6	Urbana	Concertada	G.Residencia
	GF10	5	Urbana	Concertada	G.Residencia
	GF12	6	Rural	Privada	T. Medio
Guadalajara	GF5	7	Urbana	Concertada	G.Residencia
	GF6	4	Rural	Privada	Miniresidencia
	GF14	6	Urbana	Privada	G.Residencia
Cuenca	GF1	7	Rural	Concertada	G.Residencia
	GF4	5	Rural	Concertada	T. Medio
	GF7	5	Urbana	Sin fin de lucro	T. Medio
Ciudad Real	GF2	3	Urbana	Sin fin de lucro	T. Medio
	GF8	6	Urbana	Sin fin de lucro	G.Residencia
	GF11	6	Urbana	Concertada	G.Residencia
TOTALES	15	89			

* Concertados Servicios de Auxiliares, Limpieza y Cocina, el edificio es público.
Fuente: Elaboración Propia.

Elegidos los centros residenciales, se contactó con los/las directores/as de cada uno de ellos, para establecer la estrategia de constitución de los grupos focales. Se les pidió que reclutaran entre 4 y 8 participantes para cada uno de los grupos. Todas las participantes seleccionadas fueron mujeres, los hombres contratados en los centros residenciales no recogían las características formativas estudiadas. Participaron un total de 89 trabajadoras de atención directa en los grupos realizados (Tabla 1). Se alcanzó la saturación de la información, al constatar que en los últimos cinco grupos focales no aparecieron nuevos códigos o categorías de análisis.

2.2. Instrumentos y Procedimiento

El trabajo de campo de la investigación se desarrolló desde enero a diciembre de 2022. Los grupos focales tuvieron una duración media de 45 minutos. Se solicitó a la dirección de cada uno de los centros espacios cómodos y discretos para su desarrollo, asegurando así que las TCAD se encontraran cómodas y no condicionadas. Cabe subrayar que se llevó a la práctica un grupo piloto, que ayudó a perfilar la herramienta utilizada para la recogida de datos.

Antes de realizar cada grupo focal se comprobó que las integrantes cumplieran con las características buscadas, es decir: (1) que hubieran conseguido acreditar sus competencias o cursar el certificado de profesionalidad oportuno, (2) que se encontraran en activo en el momento de la entrevista y (3) que no estuvieran contratadas para otras funciones laborales dentro del centro residencial.

Al comienzo de los grupos focales, se solicitó a las participantes la cumplimentación de un cuestionario sociodemográfico. Una vez completado, los grupos se estructuraron en tres bloques de preguntas, relacionadas con su trayectoria formativa, laboral y vital en el contexto de los cuidados institucionalizados. Compartir, discutir y empatizar permitió a las informantes construir discursos completos, reales y casi sanadores. Lo que enriqueció de manera notable nuestra percepción de conjunto.

El grupo, estructurado en torno a la formación/acreditación de los certificados de profesionalidad, permitió recoger al detalle nuestra cuestión de interés (Pérez Jover, 2021).

El estudio contó con el aval del Comité de Ética en Ciencias Sociales de la Universidad de Castilla-La Mancha (CEIS-690131-M0B0). Antes de los grupos focales, las participantes fueron informadas sobre las características del estudio, su participación voluntaria y la confidencialidad de la información

suministrada, respetando los principios bioéticos de la declaración de Helsinki.

Los grupos focales se grabaron con el consentimiento de las participantes. Tras su desarrollo, la investigadora responsable del trabajo de campo escuchó la grabación y transcribió en su totalidad los discursos. Una investigadora externa volvió a leer las transcripciones y escuchar de nuevo las grabaciones de los grupos focales.

2.3. Análisis y tratamiento de la información

Se realizó un análisis de los datos sociodemográficos y, tras la transcripción de las entrevistas de los grupos focales, se utilizó ATLAS-ti para un análisis cualitativo de la información recogida. Se utilizaron técnicas de análisis de contenido temático reflexivo (Braun y Clarke, 2006), en busca de una tipificación e indagación que evidenciasen patrones en los discursos de las entrevistadas. El empleo de un diseño descriptivo cualitativo puede facilitar la comprensión del fenómeno de interés al reunir una descripción rica y literal de los puntos de vista de las participantes (Bradshaw et al. 2017).

Así, recuperando las fases de Braun y Clarke (2006) tras una primera fase de transcripción y familiarización con los datos, se codificaron los discursos, estableciendo los conjuntos iniciales. Una evaluación externa valoró la correspondencia entre los códigos asignados y su agrupación para, finalmente, definir y triangular el análisis de los temas presentados a continuación (Feria Ávila et al. 2019).

3. RESULTADOS

La presentación de los resultados se estructura en tres apartados. En primer lugar, se describe la configuración de perfiles de trabajadoras en relación con este proceso formativo. En segundo lugar, se analiza la experiencia de las trabajadoras de atención sociosanitaria durante su proceso formativo. Por último, se examinan los efectos que ha tenido esta formación en su desempeño laboral.

3.1. Distintos perfiles profesionales, trayectorias formativas y situaciones laborales

Los datos sociodemográficos recogidos al comienzo de los grupos focales permitieron conocer las trayectorias sociolaborales de las entrevistadas y las casuísticas de acceso y cualificación en el sector residencial de los cuidados. El análisis de estos datos identifica tres trayectorias formativas y laborales que los relatos de las participantes van perfilando como situaciones profesionales y personales. Un primer grupo se refiere a trabajadoras que accedían jóvenes y ya formadas a los centros residenciales. Otro grupo de mujeres que, tras haberse dedicado a otros oficios, ahora se reincorpora en el mercado laboral de los cuidados institucionalizados, y un tercer grupo, donde se englobaban todas las restantes hasta la edad de jubilación. A continuación, detallan las casuísticas de estos tres grupos, sus contrastes y también los elementos comunes.

3.1.1. Jóvenes de paso en las residencias que huyen de la precariedad

De la muestra, el grupo menos representado fue el de jóvenes de menos de 30 años. Las TCAD más jóvenes “practican” en el sector residencial los cuidados gracias al certificado, y continúan su formación hacia la educación superior con perspectivas de mejorar sus condiciones laborales: “Buscamos mejorar la calidad de vida, física y psicológicamente, yo por lo menos. Tenemos abuelos que están muy mal y acabamos nosotras peor que ellos” (20 años, GF4).

En este sentido, algunos testimonios revelan cómo la formación supone un acceso instrumental y temporal al mercado laboral y no ocultan la intención de seguir estudiando para poder acceder al sector público. Otras entrevistadas incluso se plantean cambios residenciales y profesionales, fuera de los cuidados, para salir de la precariedad: “Yo me quiero ir a Ciudad Real. Allí el poder adquisitivo es mucho más alto, con lo que cobramos, no podría irme allí. Entonces me tendría que buscar otro sector y, de todas

formas, yo me pediría una excedencia aquí. Allí tú no puedes pedir trabajo de lo mismo porque no es compatible” (35 años, GF8).

Las entrevistadas más jóvenes, presentaron en la investigación rasgos y preocupaciones semejantes. De sus discursos se recogía el deseo de continuar su formación, e incluso no ocultaban que ya lo estuvieran haciendo: “Al principio muy bien, el trabajo me gusta, me sentía útil, valorada, yo estaba feliz. Era joven vivía con mis padres no tenía gastos. Me hicieron fija y dije: pues ya está. Pero claro, luego me independicé, me fui a vivir con mi pareja, me casé... y el sueldo que ganamos aquí, pues no me es suficiente, entonces hace como 3 años me saqué también auxiliar de enfermería, terminé hace dos. Y pues a mi si me llaman del hospital, si me voy a ir. Estoy a gusto aquí y me gusta el trabajo, lo que dice mi compañera en la cercanía, y todo eso. Sí, pero creo que no, no es calidad de vida” (30 años, GF9).

Aparece en este grupo el condicionamiento de las oportunidades que les da su entorno local. Alejados de la capital de provincia y con dificultades de acceso, algunas de ellas sostienen que, en realidad, ha sido la única opción, si decides quedarte en el pueblo siendo mujer:

“Luego, tú ten en cuenta una cosa: nosotras somos de pueblos, entonces tienes que estudiar lo que sabes que te va a llevar a encontrar trabajo, donde vives. Y más, si no tienes pensado irte a vivir a Valencia o Cuenca. Tienes que estudiar lo que vas a trabajar al lado de tu casa; ¿y qué tienes? Pues una residencia o irte a la fábrica o el bar. Entonces no es vocación, es la única alternativa. Como por ejemplo ella: vive a 10 minutos, entonces ¿qué vas a estudiar? ¿Lo que te gusta o lo que te va a dar trabajo? Pues donde sabes que vas a tener oportunidad de trabajar” (28 años, GF4).

3.1.2. Una segunda oportunidad para muchas en el mundo de los cuidados

Durante años, sus vidas laborales estuvieron fuera de los cuidados, bien por cuenta propia o ajena, hasta que la crisis financiera de 2008 o el cierre de determinados servicios, como consecuencia de la COVID-19, las expulsaron

de las listas de ocupados (Moré 2013; Del Pino et al. 2020). Se encontraron por encima de los 45 años y con dificultades para reciclarse y afrontar las nuevas demandas del mercado de trabajo. Las residencias de mayores fueron lugares en los que engancharse para reincorporarse a la vida laboral:

“Mis estudios no son nada relacionado con esto, yo hice administrativo. Y nunca en mi vida, yo me hubiera pensado entrar a trabajar en un sitio de estos, nunca. Pero yo cuando me quedé embarazada dejé de trabajar por ello; llevaba contabilidades aquí en (lugar de la entrevista). Y cuando me quedé embarazada dejé de trabajar y he tenido dos hijas y hasta que mi hija pequeña fue muy grande, pues la verdad es que no he tenido la necesidad de trabajar. Me salió un curso, era un curso con compromiso de trabajo; al terminar las prácticas, me dijeron si quería quedarme a trabajar. Yo jamás, nunca, me hubiera imaginado estar trabajando en este medio tan a gusto, tan bien como estoy” (61 años, GF01).

Durante las entrevistas en los grupos focales, aparecieron historias personales y profesionales que explican la reincorporación al mundo laboral desde el sector textil a los cuidados institucionalizados. Tras haberse dedicado durante más de 10 años a la industria manufacturera de los tejidos o a la venta directa, las residencias se convirtieron para ellas en la salvación, para no perpetuarse en el desempleo: “He trabajado siempre en El Corte Inglés. Y luego monté una tienda, una zapatería y lo dejé cuando empezó todo lo de la pandemia y todo eso lo dejamos y ya dije, bueno pues otra cosa” (44, GF14).

Otras llegaron al sector al desvincular su vida profesional de la de sus parejas o el cuidado de sus hijos. Accedieron al sector tras observar cómo las funciones atribuidas socialmente perdían intensidad: “Me casé, me casé muy joven, me dediqué a mis hijas. Cuando ya empezaron a ir al colegio, me dediqué a ir a casas a cuidar gente mayor, pero no estaba asegurada ni nada

de eso. Luego ya me saqué, me saqué lo del curso de auxiliar de geriatría y el de celador, los dos” (57 años, G14).

Es en este grupo, mujeres reentrantes al mercado laboral mediante el certificado, donde la migración está más presente. Destaca en la investigación como, para una parte representativa del sector de migrantes sobrecualificadas, es también el sector residencial un trampolín al mercado laboral: “Ahora no estoy estudiando, yo soy Licenciada en Derecho en mi país. Para poder trabajar como abogada tendría que estudiar de nuevo cuatro años, y yo ahora ya no puedo hacerlo. Bachillerato si pude homologarlo, pero la carrera no pude, tendría que estudiar de nuevo” (45 años, GF12).

Y, en busca de estabilidad laboral y documental, entran al sector de los cuidados: “Yo llegué de emigrante. Bueno, ya llevaba unos años aquí pero muy inestable laboralmente. Y vi que era un sector que me podía, me podía garantizar estabilidad” (53 años, GF9).

En cinco de los grupos focales aparecen figuras con características similares a las recogidas en este fragmento: “Yo estudié en mi país, ahí soy técnico de enfermería, y quiero decir que ahí ponemos medicamentos. No es lo que estoy haciendo aquí...” (44 años, GF7).

3.1.3. Cuidadoras residenciales, profesionalizadas a través de la experiencia

Las mujeres que acreditaron su experiencia profesional son las más mayores en activo dentro de los centros residenciales. Ellas, tras la obligación legal, son las más damnificadas por el proceso formativo, pese a haber sostenido durante años los cuidados residenciales. Como se ha subrayado, el significado que ha tenido para las anteriores era de oportunidad; sin embargo, a este grupo de trabajadoras se les presentó como un nuevo reto al que enfrentarse si no querían perder su trabajo. En este sentido, las trabajadoras califican el proceso como tedioso y fuera de lugar, tras estar trabajando, algunas, casi veinte años en el sector:

“Algunas teníamos un curso de geriatría que no valía; entonces tuve que hacer las competencias: matemáticas y lengua. Todo el proceso de las competencias clave para poder presentarlo con la acreditación de mi experiencia laboral. Todo esto lo hice en 2015, cuando ya llevaba 12 años trabajando. Tenía un curso de geriatría, mucha experiencia, pero no tenía el certificado que pedía la ley” (52 años, GF1).

Incluso algunas expresan el temor o el “miedo” a no poder conseguir la formación: “Y cuando empecé, que no hacía falta titulación, pues muy contenta. Pero los nervios empezaron cuando la directora de la residencia nos dice que había que sacarse un título, pues ahí empiezan los nervios y los miedos” (56 años, GF15). Está latente en el discurso de los grupos el temor a nuevas pruebas, totalmente desconocidas para ellas: “Es que eso fue así, eso fue lo que se dijo que, si no tenías, decían: que debías tener la formación, si no, te despido. Yo recuerdo eso perfectamente. Entonces ese fue el miedo, que empezamos a tener en el cuerpo a todo el mundo” (60 años, GF9).

Y las que no lo consiguieron: “Recuerdo que echaron a mucha gente que no se acreditó. Y recuerdo encontrarme a una compañera de clase, me dijo que trabajaba allí, llevaba 12 años, pero tuve que sacar el título, y me contó que había una compañera de 60 años que no iba a ponerse a estudiar. Se echó gente, sí” (49 años, GF9).

Finalmente, cabe destacar en los testimonios de las trabajadoras más veteranas, un sentimiento de resignación:

“Estuve trabajando durante 15 años en el hospital de Móstoles. Luego estuve trabajando 3 años en una residencia en Villa del Prado porque vivía allí. Hay un impasse en mi vida que es cuando nace mi hija, que me dedico a ella. Entonces remonto en residencia 3 años y aquí, que llevo 17 años. No, no hice FP y ya me quedé aquí y no, sinceramente ya no tengo más ganas de nada. Tengo 59 años y tengo ganas de jubilarme” (59 años, GF14).

Y también de preocupación por la calidad de cuidados en el futuro de las residencias: “Las más jóvenes, si pueden, se van a lo público. ¿Cambios? (Dice sorprendida). ¡Muchísimos! De las que estábamos al principio quedamos tres” (44 años, GF2).

Se refuerzan en estos discursos resultados comentados anteriormente: que la formación para las TCAD más jóvenes se presenta como una oportunidad inicial buscando acceder al sector público, y que este proceso formativo es vivido como una oportunidad para aquellas que buscan reintegrarse al mercado laboral después de haber trabajado en otros sectores. Sin embargo, para las más veteranas es vivido como el fin, tanto para ellas como para el sector. Se cuestionan que, si las más jóvenes se marchan a trabajar a los cuidados del sector institucional público, quiénes se quedarán en los centros de atención a personas mayores para atender los cuidados: “Espero que estas niñas jóvenes me cuiden a mí. A las de 20 o 20 y poco, les digo, esperaros que voy a venir yo dando guerra. No creo que se queden” (61 años, GF12).

3.2. El proceso formativo: teoría versus realidad, de la teoría a su puesta en práctica

Los certificados de profesionalidad de atención sociosanitaria son títulos oficiales que reconocen las competencias profesionales para el cuidado y la atención a personas que necesitan asistencia en el ámbito de la salud y la atención social. Son otorgados por el Servicio Público de Empleo Estatal y permiten a la población objeto de estudio de esta investigación, mantener sus puestos de trabajo. Desde 2011 cabe la posibilidad de acreditar estas competencias profesionales mediante la experiencia en el sector, por lo que el proceso de profesionalización ha llevado distintas directrices y caminos: certificar la experiencia o cursar, de forma modular, una serie de itinerarios formativos.

En relación con la utilidad de lo aprendido en la formación para el desempeño de sus trabajos de atención y cuidado de los y las ancianas, es muy llamativo el consenso de los testimonios: “Te dan unas nociones, pero esas nociones son muy, muy ligeras. Luego cuando estás en el centro es totalmente diferente. En los libros te lo pintan todo de una manera muy bonita, no sé qué. Pero luego...” (57 años, G14).

Existe una discrepancia entre lo que se enseña teóricamente y lo que se experimenta en la práctica. Esta idea sugiere que la teoría por sí sola no es suficiente para preparar a las profesionales y capacitarlas para enfrentar situaciones reales en la atención residencial. A pesar de que la teoría proporciona un conocimiento básico para atender a personas en situación de dependencia, la realidad del trabajo puede presentar situaciones complejas que la teoría no contempla: “Esto no es lo mismo verlo en una diapositiva... una escara mismo... no es lo mismo verla cuando haces un curso, tal que la ves ahí, que luego cuando te tienes que enfrentar a ella. El olor, que ya solo al entrar en la habitación, ya huele. Ya sabes que hay una escara” (56 años, GF14) y en el mismo sentido subraya otra: “...llegué y les dije, yo vengo a aprender, vengo con un certificado, pero a aprender de ustedes” (53 años, GF9).

Incluso hay testimonios más contundentes que insisten en el valor de la experiencia:

“Por mucho que te expliquen cuando estás aprendiendo, nada se parece al momento real. La experiencia te da cercanía. Cuando luego trabajas con ellos todos los días, los consideras hasta familia tuya y cuando se mueren alguna lágrima se te va. Estás con ellos más que con tu propia familia, les llegas a tener mucho cariño. Y por mucho que te expliquen o te digan, el día a día no se puede comparar con lo que te cuentan desde un libro. Eso es lo que yo pienso y lo que he vivido” (61 años, GF1).

Igualmente, los relatos de las trabajadoras hacen alusión a las capacidades realmente utilizadas en el puesto de trabajo:

“Sí, porque en el curso, práctica poca. Al final llegas aquí y dices: madre mía, no sé casi hacer. O sea, te lo enseñan, pero claro, la práctica luego no es lo mismo, y tú estás aquí y... En el curso pues te pones poco tiempo cambiar un pañal, por ejemplo, una a la otra (refiriéndose entre compañeras) tal y a lo mejor eso lo hace 2 o 3 días. Pero claro, aquí tienes que llegar... y si la persona tiene úlceras o tal... y eso en el curso no da tiempo a verlo” (29 años, GF03).

La utilidad de la práctica de la formación recibida es el aspecto que más destacan en las valoraciones y demandas compartidas por las trabajadoras. Más práctica: “Yo me cago de miedo cuando un abuelito se atraganta, yo no sé qué hay que hacer, que hago. También ver (aprender) más sobre úlceras” (44 años, GF13).

3.3. Efectos del proceso formativo

La formación del certificado de profesionalidad de atención sociosanitaria consta de cuatro módulos teóricos donde se recogen los contenidos fundamentales para la realización de los cuidados para personas dependientes [cualificación profesional: Atención sociosanitaria a personas en situación de dependencia y/o con discapacidad en instituciones sociales. ANEXO IV: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2022-4205>]. Durante el período de formación teórica, se abordan temas como la atención y el cuidado de personas dependientes, la higiene y la seguridad en el trabajo, la administración de medicamentos, el apoyo psicosocial y la prevención de riesgos laborales, entre otros. Una vez completada esta parte teórica, se culmina con un período obligatorio de prácticas que debe realizarse en un centro residencial. En ese período de prácticas, las estudiantes tienen la oportunidad de aplicar todo lo aprendido en la parte teórica. De esta manera, desarrollan sus habilidades y conocimientos en un contexto real y reciben retroalimentación por parte de los profesionales del

centro residencial, con posibilidad de aprender de las compañeras más veteranas y continuar mediante un contrato laboral al finalizar las prácticas.

3.3.1. Prácticas con enlace real al mundo laboral

Durante un par de semanas, aprenden a través de la experiencia de estar en un centro residencial real. Este último paso formativo se convierte para muchas de ellas en el acceso al mercado laboral. Trece de las entrevistadas lo señalan como importante al describir sus trayectorias: “Seguí con las prácticas y fue acabarlas, empezar a cubrir dos plazas y ya indefinida” (46 años, GF3).

Tras finalizar sus prácticas y conseguir su titulación, muchas de las participantes continuaron en el centro como trabajadoras en plantilla: “Que también me ayudó mucho para hacer las prácticas aquí y todo eso. Hice las prácticas aquí, aunque luego pasó un tiempo hasta que empecé a trabajar aquí” (45 años, GF15)

Durante este tiempo, además de practicar lo aprendido en los libros, toma fuerza el momento como una muestra de habilidades y cualidades al empleador. Se trata de una carta de presentación, de una demostración de aptitudes para formar parte de los cuidados de atención directa a personas mayores: “Antes de terminar las prácticas, ya sabía que me quedaba” (26 años, GF4). Este mecanismo de prácticas, para los centros residenciales constituye una “bolsa” de selección, de donde se escogen las que la gerencia del centro considera como las más “aptas”. Una selección posibilitada por la conformación de una bolsa de “potenciales” trabajadoras, generada en pos de esta formación.

3.3.2. Cuidadoras profesionalizadas, precarizadas y ancladas

La legislación obligó (y obliga) a que las trabajadoras se formen y adquieran nuevas habilidades y conocimientos, con el fin de mejorar la calidad de los servicios prestados en el cuidado de las personas dependientes. Sin

embargo, aunque la formación puede ser un factor importante para el desempeño de un trabajo, no siempre se traduce en mejoras salariales o laborales para los trabajadores.

Desde 2019, los salarios no han experimentado cambios para estas trabajadoras, y fue al inicio del presente año, cuando se hizo efectiva la subida de 6,5%, señalada por los sindicatos como insuficiente y meramente figurativa [Federación de Servicios, Movilidad y Consumo de UGT (Unión General de Trabajadores – España) <https://www.fesmcutgt.org/2022/01/23/65-de-subida-salarial-en-el-convenio-de-servicios-auxiliares/>]. A menudo, las trabajadoras de atención sociosanitaria se ven obligadas a formarse para no perder su empleo, pero esto no se refleja en un aumento de sueldo o en mejores condiciones laborales: “¿En sueldo y eso dices? No, no, nada ha cambiado. Mira, por ejemplo, ahora... (refiriéndose a la baja de una compañera que no ha sido cubierta) y así llevamos desde diciembre hasta hoy (julio 2022)” (56 años, GF5). Y esta profesionalización tampoco ha supuesto que sus funciones estén más claras en sus espacios de trabajo: “Aquí solo nos falta cortar el césped” (26 años, GF4). Contundente, una de las participantes, afirma: “He hecho cosas que a mí como auxiliar no me correspondían. He fregado, he hecho cama, he puesto insulina, heparina...” (30 años, G7).

La precariedad se hace visible cuando son las propias entrevistadas quienes se comparan con otras profesionales que ocupan los puestos de atención sociosanitaria en el sector público: “Yo creo que no es solo la diferencia salarial que hay entre nosotras, sino también el volumen de trabajo” (56 años, GF15). Son conscientes de que sus compañeras, que trabajan en el sector público, tienen condiciones totalmente diferentes: “Y en lo público casi el doble (refiriéndose al salario). Y no sé por qué; es el mismo trabajo. Bueno el mismo trabajo, no. Es más, es más. Y no sé por qué no está equiparado” (61 años, GF12). Las trabajadoras que, por diversas razones, no pueden acceder a una formación en Técnico en Atención a Personas en Situación de

Dependencia (formación superior reglada por el Ministerio de Educación), tampoco pueden acceder a puestos mejor remunerados en el sector público.

4. DISCUSIÓN

Nuestros resultados confirman hallazgos de investigaciones anteriores, evidenciando las consecuencias de un procedimiento formativo en busca de la profesionalización del sector de los cuidados residenciales. La organización de los cuidados en los centros para personas mayores necesita de cuidadoras y cuidadores formados para las necesidades cambiantes que presenta la vejez. La investigación destaca el papel de las TCAD en la profesionalización de los cuidados institucionales y cómo, a pesar de esperar un resultado uniforme para todo el sector, experimentaron este proceso de manera diferente.

Coincidiendo con los avances de Krüger y Jiménez (2013), nuestro análisis constata que la obligación legal de la formación no conlleva directamente una mejora en la profesionalización de los servicios de la dependencia. Los cuidados en los centros residenciales de nuestros mayores demandan de saberes; se entiende necesaria una profesionalización del sector, no solo para asegurar la prestación de unos servicios de calidad con nuestros mayores, sino también hacia la valía y prestigio de las trabajadoras que, a su vez, prestigiará los cuidados institucionalizados, en el mismo sentido que apuntan investigaciones anteriores (Guimarães A. y Hirata 2020a; Recio Cáceres et al. 2015).

Nuestras conclusiones coinciden con una perspectiva ecológica, que permite observar los cuidados residenciales desde una visión poliédrica, en palabras García Selgas y Martín Palomo (2021) “entender los cuidados como prácticas de sostenimiento, reparación, renovación y mantenimiento de existencias complejas, en las que obligaciones, emociones y labores de las personas cuidadoras se enredan con las de lo atendido o cuidado y con la participación

de materialidad diversas, se va haciendo manifiesto su carácter ambivalente, complejo, heterogéneo y procesual”.

Con relación al pronóstico de otros estudios, que confiaban en una mejora en las condiciones laborales de las trabajadoras en el momento en que se profesionalizara el sector de los cuidados (Recio Cáceres et al. 2015), nuestra investigación muestra claramente que la burocratización de los sistemas de formación y profesionalización no han mejorado la situación laboral de las mujeres que ya estaban dentro, ni tampoco, la percepción que la sociedad tiene de estas como cuidadoras residenciales (Marugán Pintos y Miranda López, 2018).

Otras investigaciones señalan como se produce una transición directa desde los cuidados en domicilio a los cuidados institucionales. Sin embargo, la realidad investigada demuestra que en Castilla-La Mancha existe también otra pasarela hacia los empleos de cuidados en los centros residenciales: el sector textil. En los grupos focales con más presencia de trabajadoras reentrantes e incluso en los perfiles más veteranos, encontramos a mujeres reinventadas, pero ya con la cultura del trabajo fabril aprendida. No se trata de trabajadoras que aterrizan desde empleos intermitentes o localizados en domicilios, sino de mujeres que han desarrollado trabajos mecánicos y sectorizados. La organización de los cuidados en los centros sociosanitarios para personas mayores es característica de una organización cuasi taylorista (Moré, 2017); la perpetuación de esta seriación es más sencilla cuando la mano de obra conoce el sistema: solo se trata de cambiar la confección de pantalones y chaquetas, por cambiar pañales o dar de comer.

Los conocimientos adquiridos en esta formación especializada que se exige a las trabajadoras, no se muestran como determinantes. En el discurso de las entrevistadas se recoge una idea predominante: el aprendizaje que las capacita para el trabajo, lo adquieren de las compañeras más veteranas, aprendizaje en grupo no formal y por la necesidad de supervivencia en el entorno laboral, evidencias al hilo de las investigaciones de Wellin y Jaffe

(2004). En este sentido, las cuidadoras se plantean la acreditación como un mero paquete de prácticas estandarizadas hacia la formación: subrayando, tal como constata la investigación, que “obligar” a las cuidadoras normativamente a una formación, no supone directamente prestigiar el sector.

Apostar por una formación de calidad es prevenir problemas. En las residencias de personas mayores la forma de maltrato con mayor presencia se debe a la falta de conocimientos para actuar correctamente (Castle et al., 2015). La presente investigación suma aportaciones desde la subjetividad de las entrevistadas, cuando señalan que no saben cómo proceder ante determinadas situaciones. Los resultados aquí descritos apuestan por poner en práctica una formación de calidad como herramienta para evitar situaciones de desconocimiento e improvisación, que pueden llegar a ser contraproducentes para los residentes de los centros (Kamavarapu et al., 2017).

Sin embargo, aunque la “calidad de lo aprendido” es en muchos casos insustancial para las entrevistadas, la mayoría entiende esta oportunidad de formación/acreditación como una mejora valiosa de sus condiciones, no solo laborales, sino vitales (Martínez Buján y Martínez Virto, 2015), en base a no haber perdido su trabajo, como les ocurrió a otras compañeras. Todo ello pese a haber denunciado la precariedad que se sufre en el ámbito, tal como apuntan las conclusiones de compendios monográficos en torno al sector (Molinier y Legarreta, 2016).

Con todo, las aportaciones continúan evidenciando la dificultad histórica de profesionalizar el sector laboral de los cuidados, como vienen señalando trabajos de la sociología feminista y del trabajo (Recio Cáceres et al. 2015; Torns et al. 2014; Guimarães e Hirata, 2020b).

5. CONCLUSIONES

Cabe concluir, en primer lugar, que los relatos y experiencias de las trabajadoras de cuidados de atención directa sobre los procesos formativos, construyen tres situaciones diferenciadas de acceso, desarrollo y evolución de la profesionalización del sector, condicionadas por las variables edad, origen y formación previa.

El estudio demuestra, una vez más, que los procedimientos que nacen con carácter homogéneo para un sector tan diverso, tanto en sus formas de gestión (López Fernández et al., 2022), como por sus contextos sociales, presentan fugas que impiden dos de los objetivos de esta profesionalización: la dignificación del trabajo de cuidados y la mejora de las condiciones salariales.

Igualmente, concluimos que los procesos de formación/acreditación obligatoria no han supuesto cambios relevantes en la organización y planificación del desarrollo de los cuidados directos. En los discursos recogidos, ninguna de las participantes hace alusión a cambios o novedades introducidas tras el procedimiento. Tampoco tras la obligación burocrática estas trabajadoras obtuvieron beneficios directos en sus salarios u otras prestaciones. Y, es más, tal como recogen los resultados, las necesidades de cuidados de los usuarios de los centros residenciales han cambiado significativamente, e incluso, la longevidad ha traído nuevos estados y patologías, para las que las trabajadoras no se sienten preparadas.

Esta investigación ha puesto el foco en los efectos de la formación de las profesionales de los cuidados institucionalizados. Cabría, pues, preguntarse por el procedimiento y las garantías de esta formación/profesionalización cuando las barreras no están tan claras como en una residencia de mayores. Por ejemplo, en una organización profesional poco nítida, en palabras de Fagan y Anxo (2005), como los cuidados en domicilios.

Durante el desarrollo de la investigación, hemos constatado que las empresas gestoras de los centros residenciales utilizan las prácticas formativas y no pagadas, que realizan las trabajadoras-alumnas, para asegurarse una mano de obra disciplinada y disponible para futuras necesidades en la plantilla.

Por último, la presencia de la migración en los procesos formativos estudiados nos trae novedades y desafíos de investigación, al hilo de estudios previos (Arriagada, 2010). En este colectivo, la mayoría de las trabajadoras entrevistadas en la investigación demostraron tener una formación superior a la requerida actualmente en nuestro país para trabajar en el sector de los cuidados residenciales. Se ha observado que en los centros de cuidados para personas mayores se está conformando una plantilla laboral esencialmente sobrecualificada. Esta cuestión puede tener consecuencias tanto positivas como negativas. Por un lado, tener trabajadoras con una formación superior puede resultar beneficioso para los residentes, ya que recibirían una atención de mayor calidad y más especializada. Por otro lado, esta situación también puede generar una precarización encubierta, en base a la condición migrante de estas trabajadoras. Así, el vacío que puedan dejar las trabajadoras más jóvenes es ocupado por este grupo que, con una desventaja social, normativa y económica por tratarse de migrantes, cubre las necesidades de un sector que durante la crisis por la COVID-19 tuvo para conseguir mano de obra.

Cabe concluir que, para las trabajadoras de atención directa de los centros residenciales estudiados, la formación obligatoria no ha supuesto una adquisición de nuevos conocimientos y habilidades y tampoco un avance en sus condiciones laborales. Para las cuidadoras más veteranas y, también, para las mujeres migrantes, este proceso de profesionalización pone en riesgo la estabilización y la mejora de las oportunidades de empleo de las trabajadoras, anclándolas a la precariedad de un sector fuertemente privatizado, donde no es posible el ascenso ni mejora salarial.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Almutairi, H., Stafford, A., Etherton-Ber, C., Flicker, L., y Saunders, R. (2022). Aged care staff perceptions of an online training program for responsive behaviours of residents with dementia. *Australasian Journal on Ageing*, 41(2), e112-e121. <https://doi.org/10.1111/AJAG.13015>
- Arriagada, I. (2010). La crisis de cuidado en Chile. *Revista de Ciencias Sociales*, 27, 58-67. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=453646114006>
- Baughman, R. A., y Smith, K. E. (2012). Labor mobility of the direct care workforce: implications for the provision of long-term care. *Health Economics*, 21(12), 1402-1415. <https://doi.org/10.1002/HEC.1798>
- Bonilla Marciales, A., Vásquez Hernández, S. M., Ariza Silva, P. A., Pinzón Gómez, I. D., Ramos Ortega, L., Santiago Alvarez, J. C., Arenas Luna, G. I., y Jaimes Valencia, M. L. (2020). Evaluación de conocimientos para el manejo no farmacológico del dolor. *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(2), 65-76. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7490957.pdf>
- Bradshaw, C., Atkinson, S. y Doody, O. (2017). Employing a Qualitative Description Approach in Health Care Research. *Global Qualitative Nursing Research*, 4. <https://doi.org/10.1177/2333393617742282>.
- Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Campbell, N., Maidment, I. D., Randle, E., y Shaw, R. L. (2020). Preparing care home staff to manage challenging behaviours among residents living with dementia: A mixed-methods evaluation. *Health Psychology Open*, 7(2). <https://doi.org/10.1177/2055102920933065>
- Carbonell Esteller, M., Gálvez Muñoz, L., y Paula, R.-M. (2014). Género y cuidados: respuestas sociales e institucionales al surgimiento de la sociedad de mercado en el contexto europeo. *Areas*, 33, 17-32. <http://hdl.handle.net/10201/43059>
- Castle, N., Ferguson-Rome, J. C., y Teresi, J. A. (2015). Elder Abuse in Residential Long-Term Care: An Update to the 2003 National Research

- Council Report. *Journal of Applied Gerontology*, 34(4), 407-443. <https://doi.org/10.1177/0733464813492583>
- Creswell, John. 2013. "Steps in Conducting a Scholarly Mixed Methods Study". DBER Speaker Series, November. <https://digitalcommons.unl.edu/dberspeakers/48>.
- Davis, B. H., y Smith, M. K. (2013). Developing culturally diverse direct caregivers for care work with older adults: Challenges and potential strategies. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 44(1), 22-30. <https://doi.org/10.3928/00220124-20121101-54>
- Del Pino, E., Moreno-Fuentes, Fco. J., Cruz-Martínez, G., Hernández-moreno, J., Moreno, L., Pereira-Puga, M., y Perna, R. (2020). *Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*. Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC), 1-113. <http://dx.doi.org/10.20350/digitalCSIC/12636>
- Dios-Guerra, C., Carmona-Torres, J. M., Ruíz-Gándara, Á., Muñoz-Alonso, A., y Rodríguez-Borrego, M. A. (2015). Programmed home visits by nursing professionals to older adults: prevention or treatment? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 535-542. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0338.2585>
- Fagan, C., Anxo, D., Bosch, G., y Lehndorff, S. (2005). *The family, the state and now the market - home care services for the elderly*. Routledge. <https://research.manchester.ac.uk/en/publications/the-family-the-state-and-now-the-market-home-care-services-for-th>
- Feria Ávila, H., Matilla González, M., y Mantecón Licea, S. (2019). La triangulación metodológica como método de la investigación científica: Apuntes para una conceptualización. *Didasc@lia*, 10(4), 137-146. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7248603.pdf>
- García Selgas, F. J., & Martín Palomo, M. T. (2021). Repensar los cuidados: de las prácticas a la ontopolítica. *Revista Internacional de Sociología*, 79(3), e188. <https://doi.org/10.3989/ris.2021.79.3.20.68>
- Grace, N., y Toukhsati, S. R. (2014). Psychosocial Functioning in the Elderly: An Assessment of Self-concept and Depression. *International Journal of*

- Psychological Research*, 7(1), 12-18. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S201120842014000100002&lng=en&nrm=isoyt&lng=en
- Grin Debert, G., y de Oliveira, A. M. (2016). Arenas de conflictos en la profesionalización del trabajo de cuidar personas mayores en Brasil. *Sociología del Trabajo*, 86, 44-63. <https://revistas.ucm.es/index.php/STRA/article/view/60379/4564456547310>
- Guerrero Ceh, J. G., y de la Rosa, M. J. (2020). La formación del profesional que atiende a los huéspedes mayores en establecimientos de asistencia social. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 9(18), 1-26. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7656795.pdf>
- Guimarães, Nadya Araujo, A. y Helena Hirata (comps.). 2020a. *El cuidado en América Latina. Mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay* Buenos Aires. Fundación Medifé Edita.
- Guimarães, Nadya Araujo, A. y Helena Hirata (eds.). 2021. *Care and care workers. A Latin American perspective*. Springer.
- Guimarães, Nadya Araujo, A. y Helena Hirata. 2020b. *O gênero do cuidado. Desigualdades, significações e identidades*. SP: Ateliê Editorial.
- IMSERSO (2021). *Servicios sociales dirigidos a las personas mayores en España (Informe a 31/12/2020)*. Disponible en <https://sede.imserso.gob.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infssppmmesp2020.pdf>
- INE (2022). *Censos de Población y Viviendas 2011. Colectivos*. Instituto Nacional de Estadística, Madrid.
- Kamavarapu, Y. S., Ferriter, M., Morton, S., y Völlm, B. (2017). Institutional Abuse – Characteristics of Victims, Perpetrators and Organisations: a Systematic Review. *European Psychiatry*, 40, 45-54. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.07.002>
- Klimova, B., Valis, M., Kuca, K., y Masopust, J. (2019). E-learning as valuable caregivers' support for people with dementia - A systematic review. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/S12913-019-4641-9>
- Krüger, K., y Jiménez Hernández, E. (2013). La ley de dependencia ¿un cambio en el régimen de bienestar español? Familiarización versus

- profesionalización. *Scripta nova revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, XVII, 17, 436. <https://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-436.htm>
- López Fernández, S., Candela Soto, P., y Sánchez Pérez, M.C. (2022). Residencias de Mayores: un sector feminizado donde mandan, cada vez más, los hombres. *Sociología del Trabajo*, 101(101), 215-228. <https://doi.org/10.5209/STRA.81110>
- Martínez Alonso, A., y Caravia Martínez, R. (2021). El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en las infecciones en las úlceras por presión. En *Actualización en salud para la mejora de la calidad de vida* (1.a ed., pp. 379-383). Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP).
- Martínez Buján, R. (2011). La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29. https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2011.v29.n1.4
- Martínez Buján, R., y Martínez Virto, L. (2015). La organización social de los cuidados de larga duración en un contexto de austeridad y precariedad. *Zerbitzuan*, 60, 5-7. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5346235.pdf>
- Marugán Pintos, B., y Miranda López, M. J. (2018). *Feminismos: una mirada desde la sociología* (E. Complutense, Ed.).
- Molinier, P., y Legarreta, M. (2016). Subjetividad y materialidad del cuidado: ética, trabajo y proyecto político. *Papeles del CEIC*, 2016(1). <https://doi.org/10.1387/PCEIC.16084>
- Moré, P. (2013). La vuelta de las “internas”. Crisis y condiciones laborales en el empleo del hogar y el trabajo de cuidados. *Sociología del Trabajo*, 79, 30-48. <https://revistas.ucm.es/index.php/STRA/article/view/60442>
- Moré, P. (2017). Cuerpos vulnerables: La intensificación del trabajo en las residencias de personas mayores. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, 137, 71-80. https://www.fuhem.es/papeles_articulo/cuerpos-vulnerables-la-intensificacion-del-trabajo-en-las-residencias-de-personas-mayores/

- Moreno Colom, S. (2020). *El desafío de género en los cuidados de la vejez. ¿Riesgo u oportunidad social? VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. <https://ddd.uab.cat/record/234604>
- Moreno Colom, S., Recio Cáceres, C., Borrás Catalá, V., y Torns Martín, T. (2016). *Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde el discurso de las cuidadoras*. *Papeles del CEIC*, 2016(1), 145-145. <https://doi.org/10.1387/PCEIC.15195>
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2022). *United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2022: Ten Key Messages*. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undes_a_pd_2022_wpp_key-messages.pdf
- Pérez Jover, V. (2021). *Grupos de discusión y grupos focales. In Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario* (1st ed., pp. 103–111). Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. https://doi.org/10.18239/estudios_2021.171.06
- Recio Cáceres, C., Moreno-Colom, S., Borràs Català, V., & Torns Martín, T. (2015). La profesionalización del sector de los cuidados. *Zerbitzuan*, 60, 179–193. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.60.12>
- Robinson, A., Eccleston, C., Annear, M., Elliott, K. E., Andrews, S., Stirling, C., Ashby, M., Donohue, C., Banks, S., Toye, C., y McLnerney, F. (2014). Who knows, who cares? Dementia knowledge among nurses, care workers, and family members of people living with dementia. *Journal of Palliative Care*, 30(3), 158-165. <https://doi.org/10.1177/082585971403000305>
- Rodríguez Martín, B., Martínez-Andrés, M., Notario-Pacheco, B., y Martínez-Vizcaíno, V. (2016). Conceptualizaciones sobre la atención a personas con demencia en residencias de mayores. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(3), e00163914. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00163914>
- Soronellas M., Gregorio Gil, M.C., y Jabbaz Churba, M. (2022). ¡Apáñatelas Como Puedas! Dilemas Morales En El Cuidado Familiar De Personas Mayores Y Dependientes Durante La Pandemia. *Disparidades. Revista De Antropología* 77(1). <https://doi.org/10.3989/dra.2022.001b>

- Torns, T., Borràs Català, V., Moreno, S., y Recio Cáceres, C. (2014) Nuevas profesiones para la organización social del cuidado cotidiano – PROFESOC. *Memoria final de investigación. Universitat Autònoma de Barcelona. Centre d'Estudis Sociològics sobre la Vida Quotidiana i el Treball*. <http://www.recercat.cat/handle/2072/418024>
- Wellin, C., y Jaffe, D. J. (2004). In search of “personal care”: Challenges to identity support in residential care for elders with cognitive illness. *Journal of Aging Studies*, 18(3), 275-295. <https://doi.org/10.1016/J.JAGING.2004.03.005>
- Wen, A., Ibrao, M., Braun, K., Okamoto, L., Takenaka, C., Lubimir, K., Ahsan, S., Fernandes, R., y Masaki, K. (2022). Increasing Geriatric Care Capability in Hawai'i's Healthcare Systems through the Pacific Islands Geriatrics Workforce Enhancement Program (GWEP) at the University of Hawai'i. *Hawai'i journal of health y social welfare*, 81(4), 39-45. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9036449/>
- Zambrano Álvarez, I., Martín Palomo, M. T., Muñoz Terrón, J. M., y Olid González, E. (2015). Nuevos interrogantes en el modelo de provisión de cuidados en Andalucía. *Zerbitzuan*, 60, 113-130. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5346239.pdf>