

ESTEREOTIPOS PATRIARCALES Y CUIDADOS FAMILIARES

Polvillo, Avilés, María José*
Torres, Enamorado, Dolores**
Ayuga, Luque, Miguel Ángel**
Rodríguez, Hinojosa, Araceli**
Real, Pérez, Celia**
Rodríguez, Cea, Patricia**
Casado, Mejía, Rosa**

RESUMEN

Introducción: En España la familia es el principal recurso para los cuidados. Al estar ligado al sexo, recae principalmente en las mujeres. Los estereotipos de géneros refieren que las mujeres están dotadas de manera natural para el cuidado mientras que los hombres no pueden cuidar. **Metodología:** Metodología cualitativa. Se realizan 5 entrevistas en profundidad y un grupo de discusión con profesionales de enfermería. El análisis de datos con QSR NudistVivo10. **Resultados/discusión:** A pesar de que el cuidador principal era un hombre, los cuidados como la higiene o alimentación recaían en alguna mujer. Los profesionales sanitarios muestran parcialidad al centrar más atención al cuidador hombre que a la mujer. Los cuidadores más jóvenes difieren de los estereotipos clásicos. Existe una mayor agilidad en los trámites de ayudas institucionales cuando los realiza un hombre. **Conclusiones:** Los cuidados de las mujeres se invisibilizan cuando el cuidador principal registrado es un varón

Palabras claves: cuidados informales, cuidador hombre, estereotipos.

Introduction: In Spain the family is the primary resource for informal care. Being linked to sex, it lies primarily with women. Gender stereotypes report that women are naturally endowed care while men can not care. **Methodology:** Qualitative Methodology. It was made 5 interviews and a group discussion with nursing professionals. Data analysis with QSR NudistVivo10. **Results / Discussion:** Although the primary caregiver was a man, care such as hygiene or feeding relapse with a woman. The health professionals show partiality to focus more attention to caregiver man to woman. The younger caregivers differ from the classic stereotypes. There is greater flexibility in the procedures of institutional aid when performed by a man. **Conclusions:** The care of women invisible when the primary caregiver registered is a men.

Keywords: Informal care, man caregiver, stereotypes

* Universidad de Sevilla, majopolavi86@hotmail.com

** Universidad de Sevilla, dolorestorres_86@hotmail.com

** Universidad de Sevilla, miguelayuda@outlook.com

** Universidad de Sevilla, aracelirodriguezinhinojosa@gmail.com

** Universidad de Sevilla, celiapr95@gmail.com

** Universidad de Sevilla, patri_campano@hotmail.com

** Universidad de Sevilla, rcasado@us.es

INTRODUCCIÓN

En la literatura encontramos dos tipos de cuidados principalmente: cuidados familiares y cuidados formales. Entendemos por cuidados formales aquellos que son prestados a cambio de una retribución económica. Para definir al cuidado familiar podríamos decir que se trata de todas aquellas actividades encaminadas a prestar atención a personas dependientes por parte de alguien que guarda alguna relación de parentesco con la persona que recibe los cuidados, o no, (hija/o, amiga/o, vecino/a, tía/o, esposa/o,...) sin ningún tipo de retribución económica a cambio (De la Cuesta Benjumea, 2004) . Las características definitorias principales de este tipo de cuidados son la no remuneración y los lazos afectivos entre la persona que cuida y la persona cuidada.

Pensar en cuidados permite vincularlos, no sólo con las familias si no con el papel del Estado (Krmtic y De Leso, 2010). Desde diversas investigaciones se coincide en que “la distribución de la responsabilidad de cuidar entre hombres y mujeres y entre familia y estado constituye un debate crucial de la salud pública” (García-Calvente y cols., 2004).

Podemos establecer tres modelos o sistemas de cuidados personales que se corresponden con los distintos modelos del Estado del Bienestar. Uno de ellos es el que se apoya en la solidaridad de la familia y se trata de un modelo que ha evolucionado hacia un sistema universalista en lo que respecta a la atención sanitaria pero que convive con un sistema de servicios sociales públicos; en este modelo se enmarcan los países del Sur de Europa (Rodríguez, 2007).

Actualmente, en Europa, la provisión de cuidados se basa en los recursos que aportan la familia, el estado, el mercado y sistema de voluntariado, aunque es muy diferente la organización de los mismos según el país en el que nos encontremos. Mientras países como Francia y Alemania, se basan en un modelo conservador, que presentan políticas sociales estatales generosas que ayudan a las familias, países del sur, como es el caso de España, la familia es el recurso fundamental para el cuidado de las personas (Tobío, 2012) y los cuidados que se desarrollan dentro del entorno familiar son parte indispensable para la sostenibilidad económica y social.

Al hablar de los cuidados que se enmarcan dentro del ámbito familiar habría que señalar que el volumen de tiempo dedicado al trabajo de cuidados familiares o no remunerados es siempre muy superior al tiempo dedicado al remunerado (Instituto Andaluz de la Mujer, 2013; Durán, 2002).

Igualmente estos cuidados, no se distribuyen de manera igualitaria entre sus miembros, ya que está fuertemente ligado a la identidad de género y recae principalmente en las mujeres (Tobío, 2012; Larrañaga y cols., 2009).

Son muchos los estudios que muestran cómo la tarea de cuidar recae sobre todo en las mujeres, concretamente la cifra oscila entre un 85% de los casos hasta el 76% en estudios más recientes, por lo que la tendencia actual está disminuyendo. No obstante, la tarea de las mujeres de dar y cuidar la vida, sigue siendo principal en el desempeño de sus roles sociales.

Otros estudios describen cómo las expectativas referentes a los cuidados de personas dependientes es percibida de forma distinta según si es hombre o mujer, como se puede observar en el análisis de los datos de la Encuesta sobre Tiempos de Cuidados del CSIC realizada en 2009, donde, mientras se refleja que tanto hombres como mujeres esperan en porcentaje parecido que se compartan los cuidados de los familiares dependientes, la actitud no es la misma, ya que cuando se pregunta directamente “si cree que la familia espera que la

persona entrevistada se haga cargo de todas las tareas”, los hombres contestan afirmativamente en un 18.7 % frente al 30% de las mujeres (Muñoz-Terrón y Martín-Palomo, 2013).

Los hombres, de manera general, se implican en menor medida en los cuidados, puesto que siempre suele existir alguna mujer en la familia (hermana, hija, cuñada...) que les ayudan y asumen parte de los cuidados (Muñoz-Terrón y Martín-Palomo, 2013).

Esta situación se refleja también en nuestra comunidad, Andalucía, donde se estima que hay alrededor de 130 000 personas cuidadoras de enfermos y personas mayores, en su mayoría con perfil femenino (Fernández Lao y cols., 2013).

Pero a pesar de estos datos, existen en nuestro país alrededor de 100.000 varones que se responsabilizan del cuidado familiar de una persona mayor, esposa o pareja, principalmente, madre o padre, más secundariamente. Además, las tendencias de salud y sociodemográficas indican que el número de cuidadores va a aumentar paulatinamente en un futuro, por la creciente incorporación de la mujer al mundo laboral, por el cambio en los roles sociales asociados al sexo y por la mayor prevalencia de trastornos crónicos discapacitantes en mujeres mayores, entre otras causas (Lancharro y cols., 2013).

Los cuidados proporcionados por familiares están muy influidos por la transmisión de cultura de una generación a otra y los estereotipos patriarcales, entre otros. Tras una historia que defendía la habilidad de las mujeres para la práctica de los cuidados, se plantea si ello es un rol de género o un valor humano (Pozo Escudero, 2014).

Los estereotipos de género hacen creer que las mujeres están dotadas de una manera natural por cualidades como la sensibilidad y la efectividad. La misma estructura social que les demanda la tarea, se encarga de naturalizarla y, por tanto, de vaciarla de reconocimiento. Los hombres que adoptan el papel de cuidador tienen que luchar en muchas ocasiones contra este estereotipo femenino, producto de una ideología patriarcal, que pretende hacer ver a la sociedad que los hombres no pueden cuidar.

La masculinidad tradicional es un rol aprendido en el proceso de socialización de los varones que consta de valores, creencias, actitudes y conductas que se basan en la supremacía de los hombres y en la legitimidad de una posición privilegiada y de poder en relación a las mujeres. Está sustentada en mitos creados dentro del patriarcado que refuerzan esta supuesta supremacía masculina y se transforman en mandatos “de género” que se materializan, entre otras cosas, en una determinada asignación de tareas quedando la tarea del cuidado fuera de las asignaciones que históricamente quedaban bajo la responsabilidad de “un verdadero hombre”. De tal forma que el mundo afectivo y emocional queda fuera de los elementos definitorios de la masculinidad hegemónica por lo que, este modelo de masculinidad tradicional no sólo es dañino para las mujeres (Bourdieu, 2000). Por ello nuestro objetivo es explorar la influencia de los estereotipos patriarcales en los hombres que desarrollan cuidados a personas dependientes dentro del entorno familiar.

METODOLOGÍA

Nos decantamos por una metodología cualitativa estableciendo como unidad de observación la ciudad de Cádiz, en concreto los cuidados masculinos a personas dependientes en el entorno familiar.

En primer lugar establecimos unos criterios de segmentación, que determinaron unos perfiles básicos para realizar entrevistas en profundidad a hombres cuidadores. Los criterios marcados fueron la edad y la estrategia de cuidados. Para las estrategias de cuidados utilizamos las tres categorías definidas por Rosa Casado y Esperanza Ruiz (2013): estrategia exclusiva (la persona cuidadora vive en la casa las 24 horas, no trabaja fuera de casa, independientemente de la ayuda que reciba), estrategia parcial (la persona cuidadora convive con la persona cuidada, trabaja fuera de casa, tiene ayuda para prestar cuidados, remunerada o no) y, estrategia independiente (la persona cuidadora vive en un domicilio diferente al de la persona cuidada, tiene lugar una gestión externa de cuidado).

El resultado de los criterios de segmentación fueron 6 perfiles, por lo que se ha intentado realizar 12 entrevistas en profundidad. No obstante únicamente ha sido posible realizar 5; ya que no encontramos a hombres cuyas características personales y de situación de cuidados se correspondieran con los perfiles marcados.

Dentro de los perfiles establecidos según los criterios de segmentación, nombrados anteriormente, se definieron otras características, variables o atributos que debían cumplir para garantizar la representatividad. Tomamos como atributos: parentesco con la persona cuidadora, estado civil, nivel de estudios o formación, ocupación y ayuda que recibe.

Como criterios de inclusión se estableció que fuera mayor de edad, llevara al menos 1 año como cuidador principal y que estuviese cuidando, a nivel familiar, alguna persona dependiente en el momento de la entrevista.

La selección de participantes para las entrevistas se realizó con la ayuda de las/os enfermeras/os de familia referentes en atención primaria en las U.G.C. Loreto-Puntales, UGC La Laguna y UGC El Olivillo. Teniendo en cuenta el perfil marcado y los atributos buscados, finalmente entrevistamos a 5 hombres cuyos perfiles y atributos quedan recogidos en la tabla 1.

Tabla 1: Perfil y atributos cuidadores entrevistados.

| Nombre | EC | NSE | Edad | Estado civil | Formación | Ocupación | Parentesco | Conv | Tº | Ayuda |
|---------|----|------------|------|--------------|------------------|-------------------|------------|------|----|---------|
| Enrique | P | Medio Alto | <65 | Casado | Est medios | Policía portuaria | Hijo | Sí | 7 | Hija |
| Pablo | T | Bajo | <65 | Soltero | Sin estudios | Desempleo | Hermano | Sí | 3 | Hermana |
| Álvaro | T | Medio | >65 | Casado | Est medios | Jubilado | Esposo | Sí | 15 | SAD |
| Luis | T | Medio | >65 | Casado | Graduado Escolar | Jubilado | Esposo | Si | 8 | Hija |
| Alfonso | P | Alto | <65 | Casado | FP | Jubilado | Hijo | Sí | 1 | Esposa |

EC = Estrategia de cuidados; P = Parcial; T = Total; NSE = Nivel Socioeconómico; Conv = convivencia; Tº = Tiempo cuidando; SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio

Fuente: Elaboración propia.

Cómo técnica de recogida de información optamos por las entrevistas en profundidad basándonos en que, como técnica cualitativa, busca otorgar un significado y un sentido a la conducta individual.

Una vez localizado a posibles candidatos concertábamos una visita en la que le explicaba el proyecto de investigación y, si la persona daba su consentimiento, se acordaba una nueva cita para proceder a la entrevista en profundidad. Se diseñó con un guión con las variables principales del estudio, tras una presentación, se explicaban los objetivos y se pedía su consentimiento por escrito y verbalmente para participar.

Las entrevistas tenían una duración aproximada de unos 50 minutos y todas se han realizado en los domicilios.

Para tener una visión más fiel de la realidad decidimos incluir un grupo de discusión con profesionales de enfermería de atención primaria de salud.

El grupo participaron 7 profesionales, 4 hombres y 3 mujeres cuyo perfil está recogido en la tabla 2.

Tabla 2: Perfil y atributos profesionales de enfermería.

| Nombre | Tiempo en Atención Primaria | Ámbito | Cargo |
|-----------|-----------------------------|--------|---|
| Pepe | 5 años | Urbano | Coordinador de cuidados |
| Manolo | 6 años | Urbano | Enfermero de familia |
| Oracio | 15 años | Rural | Enfermero Gestor de Casos |
| Francisco | 5 años | Rural | Enfermero de familia |
| Manoli | 4 años | Rural | Dispositivo de apoyo y cuidados crítico de urgencia |
| Sofía | 9 años | Urbano | Enfermera de familia |
| Beatriz | 28 años | Urbano | Enfermera Gestora de Casos |

Fuente: Elaboración propia.

Tras finalizar, tanto las entrevistas, como el grupo de discusión, se recogían anotaciones de todas las observaciones relevantes o llamativas que se percibieron durante el desarrollo de las mismas. Así como impresiones, sentimientos y reacciones personales.

Todas las entrevistas y el grupo de discusión fueron grabadas y posteriormente transcritas literalmente, convirtiéndolas en "documentos". Con los textos resultantes se ha llevado a cabo un análisis de contenido teniendo en cuenta los niveles sintáctico, semántico y pragmático. Las unidades de análisis han sido los cuidados y el género.

Nos hemos ayudado con el programa informático QSR NudistVivo10 (utilizando licencia propia) durante todo el proceso de análisis. Se han codificado todos los documentos asignando fragmentos de texto a las categorías propuestas, para, en un segundo, momento analizar los textos y las categorías, cruzándolos entre sí, y con los distintos atributos, discutiendo los resultados con la bibliografía.

Hemos utilizado una codificación mixta puesto que ha sido fruto de la combinación entre una codificación a partir de la relación de categorías previas y de una codificación abierta resultante de la identificación de categorías emergentes.

Para ganar en validez, hemos realizado una triangulación con las técnicas de recogida de datos (grupos de discusión y entrevistas) así como con las fuentes de obtención de información (diferentes fuentes bibliográficas, profesionales de la salud, profesoras universitarias y persona pertenecientes al entorno familiar).

Para reafirmar la validez interna se ofrecieron los resultados para su lectura a dos de los participantes y a un enfermero. Todos conformes con lo expuesto.

A pesar de las posibles limitaciones que pueden existir en cuanto a la muestra estudiada, este estudio contribuye al conocimiento sobre el sesgo de género en el panorama socio-sanitario. Los hombres cuidadores actualmente debido a la desestructuración de las tradicionales estructuras familiares y a otros factores ya mencionados, constituyen un considerable y heterogéneo grupo, pero no han sido sujetos de suficientes estudios. Por esto creemos muy pertinente la exploración de este campo poco considerado en la investigación socio-sanitaria.

El presente trabajo forma parte de un proyecto que engloba también la provincia de Sevilla y ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario Puerta del Mar y Distrito Bahía de Cádiz La-Janda.

Todos los procedimientos que hemos utilizados para la realización han seguido los principios éticos y se han tratado bajo estrategias de anonimato para preservar la intimidad de las personas participantes.

RESULTADOS / DISCUSIÓN

En función de los hallazgos encontrados para el cumplimiento del objetivo del presente estudio, se encontró que en la mayoría de los casos en los que el cuidador principal era un hombre, la figura de la mujer estaba invisibilizada de cara al sistema sanitario puesto que, a pesar de que sólo constaba el hombre como cuidador los cuidados de suplencia de las actividades básicas de la vida diaria, tales como la higiene o la alimentación, recaían mayoritariamente en alguna mujer que en la mayoría de los casos no recibía retribución alguna por ello.

Esto nos da una idea del arraigo que tiene el patriarcado en el ámbito de la salud y que llega a poner en peligro la ética profesional atentando uno de los cuatro principios de la bioética, el de justicia. Tal y como reflejamos en nuestro estudio, los y las profesionales de la salud muestran parcialidad en su quehacer desde el registro en la historia clínica en la que centra su atención en el hombre cuidador y obvian las necesidades y/o las funciones de las cuidadoras, hasta la orientación de su apoyo y atención hacia los cuidados que desempeña el varón.

Por otro lado, el patriarcado vigente favorece que se mantengan estereotipos de género como la idea generalizada de que los hombres no saben cuidar. Sin embargo, con estudios como el publicado por Francine Ducharme y cols. (2006) nos muestran que en poco más de una década el rol del hombre cuidador ha cambiado drásticamente respecto al del cuidador que anteriormente respondía poco más que a las tareas instrumentales. Actualmente el hombre cuidador desempeña las tareas del cuidado personal y las instrumentales en la misma proporción, algo que no observamos entre nuestros resultados. También aparecen estereotipos clásicos como que los hombres no lloran o que las mujeres tenemos una capacidades innatas para cuidar, aunque los cuidadores más jóvenes difieren es esto último.

“históricamente es que a sido así, pero bueno creo que eso tendrá que cambiar,.... no creo que la mujer..... no creo que la mujer este... programada genéticamente para cuidar” (Enrique)

“a mí me gusta más la mujer, yo veo a la mujer pa la casa y estas cosas, como las enfermeras, veo a la mujer mejor que al hombre y a lo mejor el hombre lo hace igual o mejor ¿comprendes?, pero yo veo.... Esto es como si fuera una madre, ¿comprendes?, yo veo mejor a la mujer” (Álvaro)

“[el cuidador comienza a llorar e intenta evitarlo] yo es que soy mu llorón, muy sensible, hija y.... los hombres también lloran, ehh antes no lloraban los hombres

Entrevistadora: ¿no?

Cuidador: eso dicen” (Luis)

En cuanto a la realización de tareas, la comida, la limpieza de la casa y la higiene de la persona cuidada, por ese orden, es lo que suelen delegar. Delegan a mujeres del entorno familiar,

normalmente, o mujeres contratadas, es decir, suelen delegar todas las actividades básicas de la vida diaria. No obstante cuando no hay cobertura para esas actividades sí la realizan ellos, pero, si tienen cobertura, la delegan. En el caso de la higiene personal se suele delegar menos cuando es el cónyuge, pero a veces no por deseo del propio cuidador si no por petición o “imposición” de la persona cuidada.

“Mi señora sí la ducha, ella sus partes íntimas y eso, pero si hay que ponerle pomada o algo, se la ponemos y no hay, no hay problema

Entrevistadora: ujum y de la comida también se encarga su señora?

Cuidador: si.....” (Alfonso)

“yo hago el fregao, hago cualquier cosa, ponerle la comida, hacer la comida no, pero ponerla, y si, recojo,..... Y mi cuarto si lo hago yo” (Pablo)

“yo,... si tuviera que hacer la comida, na más me comería un bocadillo...” (Luis)

“nosotros tenemos conseguida la ayuda domicilio los días entre semana, entonces la lavan pero por ejemplo, un día como ayer, un día como ayer [festivo] , que no viene nadie pues... Es levantarse , lavarla, asearla entera, cambiarle el pañal , darle desayunar, hacerle los cambios posturales darle de almorzar cambiarla otra vez darle de merendar y darle la cena y volverla a cambiar, prepararla para dormir, darle su medicación y que duerma, hay días que no tenemos cobertura ninguna, yo, ayer por ejemplo, por la tarde, yo me fui con mi hijo a la calle a dar una vuelta, y mi mujer fue la que se encargó” (Enrique)

“en realidad yo no me dedicado hacer lo que es la comida no,... no me dedicado normalmente, mi mujer entiende mas de esas cosas y la chica que tenemos y entonces ellas la hacen” (Enrique)

“yo me llevé diez años solo, lavándola, dándole de comer, entiendes? Solo, lavándola, pero Araceli, la doctora me dijo que estaba ya bastante mayor y que yo necesitaba ayuda y me arreglaron los papeles y me mandaron a muchacha, viene una muchacha y una hora y media pa lavarla por la mañana, y ahora a las cuatro, la lava esta. Pero yo la tengo que lavar por las noches a las once y media... doce menos cuarto hasta el otro día a las nueve y media, no vaya a estar muy mojá” (Álvaro)

“La tengo que lavar todos los días tres veces (...) mi mujer no quiere, dice que no quiere que la lave nadie más que yo, no la lava ni las hijas, porque ella no quiere.” (Luis)

Desgraciadamente esta realidad tiene poca visibilidad debido al temor que tiene la población masculina de no estar respondiendo al rol social esperado por su comunidad, lo que se traduce en la evitación a toda costa del “fantasma de la homosexualidad”. La tarea de cuidar ha sido asignado desde tiempos inmemorables al “rol femenino” lo que hace que entre en conflicto con la estructura de la masculinidad y atiende a su parte proscriptiva, es decir lo que no puede hacerse para ser hombre (Bonino, 2001).

“[el cuidador comienza a llorar e intenta evitarlo] yo es que soy mu llorón, muy sensible, hija y.... los hombres también lloran, ehh antes no lloraban los hombres

Entrevistadora: ¿no?

Cuidador: eso dicen” (Luis)

También se encontró una mayor agilidad en los trámites de ayudas institucionales cuando quien los inicia es un hombre (Ley de Dependencia), esto quizás reafirme la idea de que en la sociedad, el mundo está dividido entre el mundo despersonalizado, duro, material, capitalista y masculino, y el mundo de la ética, el cuidado, lo no monetario, lo femenino y las relaciones comunitarias (Nelson, 2006). Es decir, se considera que el hombre debe de ser valorado, apoyado y remunerado por esta tarea, pues no es algo que le corresponde ni para lo cual está preparado.

“no, [la ley de dependencia] no me tardó mucho, pero yo soy una mosca cojonera” (Enrique)

Esta orientación del profesional hacia el hombre puede venir por la creencia histórica de que el varón no sabe cuidar puesto que siempre ha sido tarea de las mujeres. La realidad es que desde hace años esto ha cambiado y el hombre la demostrado ser igual válido para cuidar que la mujer aunque lo hacen de manera no pública por miedo a ser llamados homosexuales por la vinculación de este término con el rol femenino en el que están incluidos los cuidados.

CONCLUSIONES

Tras el análisis y discusión de los resultados obtenidos podemos concluir que los cuidados realizados por las mujeres se invisibilizan cuando el cuidador principal registrado es un varón pese a ser una mujer quien realice gran parte de los cuidados básicos.

Así mismo, podemos concluir que cuando un hombre es registrado como cuidador principal, los trámites para obtener ayudas para cuidar a personas dependientes son menos tediosas, puesto que está interiorizado en la población que los hombres necesitan más ayuda porque tienen menos idea del cuidado de personas.

BIBLIOGRAFÍA

Bonino, Luís. (2001): Salud, varones y masculinidad. Seminario sobre Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa. Madrid.

Bourdieu, Piérre. (2000). *La dominación masculina*. (Anagrama, Ed.). Barcelona.

De la Cuesta Benjumea, Carmen. (2004). Cuidado Familiar En Condiciones Crónicas : Una Aproximación a La Literatura Family Care in Chronic Conditions : an Approach To the Literature. Texto y contexto Enferm, 13(1), 137-146.

Casado-Mejía, Rosa, Ruiz-Arias, Esperanza. (2013). Estrategias de provisión de cuidados familiares a personas mayores dependientes. Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades, 22(3).

Ducharme, Francine., Lévesque, L., Lachance, L., Zarit, S., Vézina, J., Gangbè, M., & Caron, C. D. (2006): Older husbands as caregivers of their wives: A descriptive study of the context and relational aspects of care. International Journal of NursingStudies. 43: 567-579. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.07.007>

Durán, M^a Ángeles. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. (F. BBVA, Ed.). Madrid.

Fernández Lao, I; Silvano Arranz, A; Del Pino Berenguer, M. (2013): Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar. Index de Enfermería [revista en Internet] Junio [fecha de consulta 22/04/2016]; 22 (1-2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100003

García-Calvente, M^a Mar., Mateo-Rodríguez, Inmaculada., & Eguiguren, A. P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl 1), 132-139. <http://doi.org/10.1157/13062262>

Instituto Andaluz de la Mujer (2013): El trabajo de cuidados de mujeres y hombres en Andalucía. Medición y valoración. En Conserjería de la Presidencia e Igualdad. (Ed.), (p. 153). Sevilla

Krmpotic, Claudia Sandra; De Leso, Lia Carla. (2010): Los cuidados familiares. Aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género. Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil [revista en Internet]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179615654011>

Lancharro Taverro, Inmaculada; Arroyo Rodríguez, Almudena; Morillo Martín, M^a Socorro; Romero Serrano, Rocío; Chillón Martínez, Raquel. (2013): El cuidado en primera persona: relato

biográfico de un cuidador. *Temperamentvm*, 17. Disponible en: <http://0-www.index-f.com.fama.us.es/temperamentum/tn17/t2012.php>

Larrañaga Isabel, Valderrama MJ, Martín U, Begiristain JM, Bacigalupe A, Arregi B. (2009): Mujeres y Hombres ante el Cuidado Informal: diferencias en los significados y las estrategias. *Rev Fac Nac Salud Pública*; 27(1): 50-55

Muñoz Terrón, J.M y Martín Palomo, M.T. (2013): Hombres y mujeres en los cuidados: viejos y nuevos modelos para la igualdad. *Revista de historia y pensamiento de género N° 8*, p. 149-178 – www.uc3m.es/cuadernoskore

Pozo Escudero, N. (2014): Los estereotipos de género en el reparto de los cuidados de los niños. Trabajo Fin de Grado, Navarra; Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/handle/2454/14024>

Rodríguez Cabrero, Gregorio. (2007). La protección social de la dependencia en España . Un modelo sui generis de desarrollo de los derechos sociales. *Política y Sociedad*, 44(2), 69-85.

Tobío, Constanza. (2012): Cuidado e identidad de género de las madres que trabajan a los hombres que cuidan. *Revista Internacional de Sociología (RIS)* Vol.70, n° 2, (399-422).