

Antropología

Etnografía del cuidador varón en una Unidad de lesionados medulares: análisis de los roles y redes sociales con una perspectiva de género

Ethnography male carer in a spinal injuries unit: analysis of the roles and social networks with a gender perspective

Etnografia cuidador do sexo masculino em uma unidade de lesões da coluna vertebral: análise dos papéis e das redes sociais com uma perspectiva de gênero

Almudena Arroyo Rodríguez¹; Inmaculada Lancharro Taverro; María S. Morillo Martín; Rocío Romero Serrano; Enrique Pérez-Godoy Díaz; Antonio Moreno-Guerín Baños

¹ Profesora a tiempo completo del Centro de Enfermería "San Juan de Dios"

Cómo citar este artículo en edición digital: Arroyo Rodríguez, A; Lancharro Taverro I; Morillo Martín, M^a S; Romero Serrano, R; Pérez-Godoy Díaz, E; Moreno-Guerín Baños, A. (2013) Etnografía del cuidador varón en una Unidad de lesionados medulares: análisis de los roles y redes sociales con una perspectiva de género. 17, 35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.35.07>

Correspondencia: Almudena Arroyo Rodríguez. Avenida San Juan de Dios s/n. 41930, Bormujos (Sevilla).

almudena.arroyo@sjd.es. Telf. 955055132

Recibido: 06/11/2012. Aceptado: 11/01/2013



ABSTRACT

Historically, the familiar care of the elderly in situation of dependence, has been marked by the factor gender of the carer, this way, many studies show, the task of taking care re-lapses, in 85 % of the cases on the women. In spite of this, the number of carer males is important and cannot forget.

The principal purpose of this study is to analyze from the Urban Anthropology the networks of kinship of two hospitalized patients and the influence of these networks in the social roles of carer males members of this network. Has been carried out through the ethnographic method. The main techniques that have been used were participant observation and interviews.

We can conclude that in both cases there is a relationship between social roles related to employment and the role of carer, this way almost in all members of both networks shows the incompatibility of a work with the role of carer.

Keywords: Gender, informal carer, networks, social roles.

RESUMO

Historicamente, o cuidado familiar de idosos em situação de dependência, foi claramente marcada pelo fator do cuidador de gênero, de modo que, como mostrado por muitos estudos, a tarefa de cuidar quedas, em 85% dos casos em mulheres. Apesar disso, o número de cuidadores do sexo masculino é importante e não pode ser esquecido.

O objetivo principal deste estudo é analisar redes antropologia urbana de parentesco de dois pacientes internados e como você está em rede papéis sociais afetam os cuidadores do sexo masculino de membros da família de que a rede.

Foi realizada através do método etnográfico. As principais técnicas que têm sido utilizados foram a observação participante e entrevistas.

Podemos concluir que em ambos os casos existe uma relação entre os papéis sociais relacionados ao emprego e ao papel de cuidador, de modo que praticamente todos os membros de ambas as redes encontra um trabalho incompatível com o papel de cuidador.

Palavras-chave: Gênero, cuidador familiar, rede, papéis sociais.

RESUMEN

Históricamente, el cuidado familiar de las personas mayores en situación de dependencia, ha estado claramente marcado por el factor género del cuidador, de forma que, como muestran muchos estudios, la tarea de cuidar recae, en un 85% de los casos sobre las mujeres. A pesar de esto, el número de cuidadores varones es importante y no se puede olvidar.

El objetivo principal de este estudio es analizar desde la Antropología Urbana las redes de parentesco de dos pacientes hospitalizados y como estas redes afectan a los roles sociales

de los cuidadores varones familiares miembros de esa red. Se ha llevado a cabo a través del método etnográfico. Las técnicas principales que se han utilizado han sido la observación participante y entrevistas en profundidad.

Podemos concluir diciendo que en ambos casos existe una relación entre los roles sociales vinculados al empleo y el rol de cuidador, de tal forma que prácticamente en todos los miembros de ambas redes se cumple la incompatibilidad de un empleo con el rol de cuidador.

Palabras clave: Género, cuidador informal, redes, roles sociales.

INTRODUCCIÓN

Históricamente, el cuidado familiar de las personas mayores en situación de dependencia, ha estado claramente marcado por el factor género del cuidador, de forma que, como muestran muchos estudios (Isla, 2000; García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004; Crespo y López, 2008; Félix, Aguilar, Martínez, Avila, Vázquez y Gutiérrez, 2012) la tarea de cuidar recae, en un 85% de los casos sobre las mujeres. A pesar de esto, el número de cuidadores varones es importante y no se puede olvidar. En nuestro país son cerca de 100.000 varones los que habitualmente se responsabilizan del cuidado de su familiar, esposa o pareja, principalmente, madre o padre más secundariamente. Es más, las tendencias sociodemográficas y de salud advierten que el número de cuidadores varones aumentará progresivamente en un futuro, debido a las siguientes causas: creciente incorporación de la mujer al mundo laboral, cambio en los roles de género, mayor prevalencia de trastornos crónicos discapacitantes en mujeres mayores, etc.

Esta investigación tiene una proyección social. Una comprensión mejor de los mecanis-

mos de interacción entre la Institución, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA), y el cuidador varón, con una intención clara: hacer visible al cuidador varón como responsable de los cuidados informales (García-Calvente y Mateo-Rodríguez, 1993) de un familiar dependiente (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia) a su cargo, así como averiguar cómo es su respuesta y redes sociales ante esta situación de estrés, ya que parece ser que no es tan benigna como tradicionalmente se ha asumido.

La importancia de este estudio radica, por tanto, en reconocer que en la actualidad, los hombres tienen una mayor probabilidad de cuidar a sus familiares en situación de dependencia, normalmente porque no existe una mujer disponible para hacerlo. Es decir, se puede afirmar que sólo cuando falta una red asistencial femenina, se pone en marcha la red de asistencia masculina. Y como hoy día se ha reducido la red asistencial femenina, ha aumentado la posibilidad de que el cuidado recaiga sobre un varón.

Los cuidadores varones han permanecido escondidos, no sólo para la sociedad, sino también para las investigaciones gerontológicas, y cuando se ha tratado sobre ellos se ha resuelto hacer considerándose como un grupo homogéneo, el de los “hombres cuidadores”, sin atender a la diversidad que puede existir dentro de este grupo de cuidadores.

El cuidado tradicionalmente ha sido visto como rol de género, por lo que con esta etnografía se pretende conocer si hay otros modelos de cuidados informales o familiares, es decir, si los roles de género están cambiando, tal y como los estudios referenciados reflejan, y contrastar cómo además el cuidador varón en el ejercicio de ese nuevo rol de cuidados

informales, en el contexto de la sociedad del bienestar tardomoderna (Giddens, 2002), se relaciona con el sistema experto de cuidados de salud, a través de sus instituciones, como es el HSJDA. Podemos decir que las instituciones de la sociedad tardomoderna del bienestar, surgen para dar respuesta a las demandas sociales y sanitarias de los ciudadanos a los que prestan sus servicios de expertos (Díaz de Rada, Velasco y Cruces, 2006).

Por tanto, el objetivo principal de este estudio es analizar las redes de apoyo y los diferentes roles sociales de los cuidadores varones, mientras sus familiares dependientes (con un Índice de Barthel inferior a 60) están hospitalizados. Asimismo, se ha partido de la siguiente hipótesis: Nuestra hipótesis de partida podría ser la siguiente: los roles sociales que desempeñan los cuidadores varones se ven modificados cuando adquieren el nuevo rol de cuidador familiar y esta modificación a su vez está relacionada con la red de apoyo que posee para cuidar a su familiar dependiente.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

El desarrollo del análisis de red desde mediados de los años cincuenta ha sido objeto de diversas revisiones por autores como Barnes, Whitten, Wolfe, Mitchell, Bott, etc. (Hannerz, 1986).

El análisis de red no se considera solo un instrumento de investigación urbana, aunque debe su importancia al interés antropológico por las sociedades complejas. John Barnes fue el primero en utilizarlo de una forma más específica en su trabajo sobre Bremmes, una comunidad noruega de pescadores y granjeros, donde buscaba describir su sistema social. Barnes (Hannerz, 1986) se refiere al término red de la siguiente forma: “*La imagen que ten-*

go es la de un conjunto de puntos, algunos de los cuales están unidos por líneas. Los puntos son personas, a veces, grupos y las líneas indican qué persona interactúa con cada una de las otras". El conjunto de la vida social genera redes de este tipo, que se han denominado por Barnes (en Whitten y Wolfe, 1988) como redes totales. Dadas las características de este estudio, el análisis de red que se ha llevado a cabo es el de una red parcial en cuanto que consiste en un estudio de un fragmento de la realidad social, ya que su totalidad es inabarcable hoy en día desde una investigación de carácter etnográfico, *Figura 1*. La red parcial es definida por Barnes como "cualquier abstracción de la red total basada en algún criterio aplicable a lo largo de toda la red". Ejemplos de redes parciales, son la generadas bajo un criterio económico, político...en este caso las redes parciales que se han analizado han seguido un criterio de parentesco y corresponderían a las relaciones egocéntricas descritas por Southall o relaciones personales definidas por Mitchell (en Whitten y Wolfe, 1988).

En una red parcial, hay un número limitado de personas, al ser una red finita. En el caso de las redes infinitas, todos los miembros del universo social estarían en la red y no habría personas fuera.

Por tanto, desde este estudio se han analizado dos redes parciales según el criterio de parentesco que son finitas y limitadas, en cuanto al número de personas, donde las esferas de las *Figuras 2 y 3* representan las personas que interactúan con el ego, que se encuentra en el centro y los lazos que las unen aparecen con líneas continuas o discontinuas, dependiendo de su vinculación con el cuidado del familiar dependiente.

Las líneas discontinuas representan la existencia de una relación de parentesco pero sin

vínculo directo con el cuidado y las líneas continuas unen al ego con los familiares que participan activamente en su cuidado. Ambas redes son redes ego-centradas, ya que consisten en redes parciales delimitadas desde el punto de partida de un ego particular, el paciente dependiente (Hannerz, 1986). El siguiente planteamiento tendría que ver con la extensión de los límites exteriores de la red parcial. En nuestro caso, aunque podríamos extender la red de forma indefinida, se ha limitado exclusivamente a los familiares del paciente dependiente (situado en el centro) de primer grado de consanguinidad, distinguiendo los parientes que adquieren el rol de cuidadores de los que no a través de los lazos de unión al ego central, como se ha referido anteriormente. Por tanto, las dos redes que se han analizado para este estudio son denominadas estrellas de primer orden, ya que sólo se tienen en cuenta los vínculos directos entre el ego y otras personas (Hannerz, 1986).

METODOLOGÍA

El abordaje de este estudio etnográfico se ha realizado desde la Antropología Urbana, ya que nos ha permitido analizar las redes sociales de los cuidadores varones, así como conocer los múltiples roles que desempeñan en su vida diaria, característica común de la vida urbana.

Las técnicas utilizadas durante el trabajo de campo para la recolección de datos han consistido en conservaciones informales, entrevistas semiestructuradas al personal de la unidad, pacientes y cuidadores, observación participante y búsqueda de información en las historias clínicas, protocolos de la unidad, memoria de la actividad de la institución, etc.

Siguiendo a Mitchell, antropólogo de la Escuela de Manchester, se han estudiado los tres

tipos de relaciones sociales que establecen los cuidadores mientras permanecen en el HSJDA. Según este autor las relaciones sociales pueden ser: categoriales, estructurales y redes sociales personales (Whitten y Wolfe, 1988); y no son excluyentes entre sí.

En una institución de cuidados de salud como es el HSJDA, los cuidadores varones establecen los tres tipos de relaciones en su vida diaria: las categoriales con otras personas que acuden al hospital y con el personal sanitario que se cruza por los pasillos; las estructurales con otros cuidadores y el personal de la unidad donde permanece durante 5 meses consecutivos y las redes personales son las que ya traían desde su domicilio y que en este momento es importante explicitar para repartir el cuidado de la persona dependiente a su cargo.

La unidad de observación que se ha elegido para este estudio es la Unidad de Lesionados Medulares (ULM) del HSJDA, situada en la cuarta planta impar de este hospital.

La unidad de análisis de nuestro estudio tiene que ver por tanto, con la siguiente pregunta de investigación: ¿Los roles sociales de los cuidadores varones se ven modificados con el cuidado de un familiar dependiente, de tal forma que existe una relación con las redes sociales de apoyo con las que cuentan?

Partimos en este estudio de una red personal o egocéntrica como variable independiente que influye sobre los roles sociales de los cuidadores varones.

Whitten y Wolfe (1988) exponen que probablemente el microanálisis de red sea la mejor vía para entender cómo la participación en varias redes estructura roles específicos de parentesco, políticos, económicos, etc. Desde el presente estudio se ha pretendido estudiar las redes de parentesco de dos pacientes hospitalizados en la ULM del HSJDA y como estas

redes afectan a los roles sociales de los cuidadores varones familiares miembros de esa red.

DESARROLLO DEL TEMA

La ULM está situada en el HSJDA perteneciente a la localidad de Bormujos. Este Hospital surge en el 2003 fruto de un Consorcio entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, constituyéndose como parte de la Red del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

La ULM es una unidad perteneciente al Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR), que desde 1990 se ubica en las instalaciones de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios a través de un concierto con el SSPA. La ULM del HUVR ofrece tratamiento integral a los pacientes con lesión medular desde dos escenarios asistenciales: la ULM Agudos situada en el Hospital de Rehabilitación y Traumatología de Virgen del Rocío y la ULM Subagudos situada en el HSJDA.

La cartera de servicios, referida a procesos patológicos, queda resumida en:

- Lesión medular de causa traumática (accidentes de tráfico, precipitaciones...): 60% de los ingresos
- Lesión medular de causa no traumática (procesos vasculares, tumorales...): 40% de los ingresos

La edad media de ingreso es de 35,6 años para las lesiones medulares de causa traumática; y de 52,6 para las lesiones no traumáticas.

En la distribución por género, los pacientes atendidos son mayoritariamente hombres, suponiendo el 70%, mientras que las mujeres constituyen el 30% en la lesión medular traumática. En la lesión medular de causa no traumática apenas existe diferencia de género, donde los hombres alcanzan el 55% y las mujeres el 45% del total.



En relación al nivel lesional, la mayor parte de los pacientes son dorsales (50%), seguidos de los cervicales (34%) y lumbosacros (16%). De 292 pacientes nuevos (años 2004-2008), el 65% han sido parapléjicos; y el 35% tetrapléjicos.

La ULM está dotada de 24 habitaciones individuales con baño y televisión con mando a distancia de uso gratuito.

Las habitaciones se disponen a lo largo de un pasillo en cuyo centro se encuentra el control de enfermería. La numeración, al ser el ala impar comienza en la 401 hasta la 449, no existiendo ninguna habitación con el número 413, esto ocurre en todas las alas impares del hospital. El nº 13 es un número que siempre se ha relacionado con la mala suerte y al estar en juego la salud parece que no se quiere tentar, además posiblemente habría problemas con algún paciente a la hora de alojarlo en la misma.

En uno de los extremos del pasillo se encuentra una sala de estar con un televisor y el acceso a una terraza; y en el lado contrario sale un pasillo perpendicular donde está el almacén, la lencería, el cuarto de lo sucio y dos despachos, el de la psicóloga y el de los y las profesionales médicos.

En esta zona también se encuentra el ascensor que da acceso a la planta -1 donde se encuentra la zona de rehabilitación.

El equipo sanitario es multidisciplinar y está compuesto por: profesionales de la Medicina de la especialidad de Rehabilitación, Fisioterapeutas y Terapeuta Ocupacional que dependen directamente del H. Virgen del Rocío; enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales y una psicóloga que son personal de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Los fines de semana, si el paciente goza de un “Permiso Terapéutico”, que es concedido por el personal médico de la unidad una vez el paciente esté controlado y tanto el familiar con el paciente posean los conocimientos suficientes para desenvolverse en las actividades de la vida diaria, puede irse a su domicilio, desde el viernes a mediodía hasta el domingo antes de las 20:30 o hasta el lunes antes de las 8:30.

Una vez descrito el contexto de observación vamos a pasar a describir las dos entrevistas que se han realizado a los dos cuidadores varones seleccionados para este estudio sobre redes sociales, realizado durante los meses de Mayo y Junio del 2011.

La primera entrevista que se realizó fue al hijo de J.C., paciente de 76 años que ingresa hace dos meses en esta unidad por una lesión medular cervical de origen traumático tras sufrir una caída accidental en la calle al tropezarse. Las consecuencias de la caída son tetraplejía incompleta.

El hijo de J.C. accedió a la entrevista a través de nuestro contacto en la unidad, la psicóloga del servicio. Aprovechamos el momento de la rehabilitación de su padre para encontrarlo solo en la habitación. Paco (para respetar el anonimato del mismo nos vamos a referir a él con el nombre de Paco) es un hombre de pocas palabras pero contribuye en todo momento. Tiene 33 años, es Diplomado en Empresariales, está casado y tiene una niña de

3 años. Refiere estar parado desde hace un año y se identifica como el cuidador principal de su padre. La red familiar de apoyo que describe la podemos ver reflejada en la *Figura 2*.

Como se refleja en la *Figura 2*, dentro de la red de parientes de J.C. se encuentran sus 3 hijas y sus tres hijos, y su esposa de 74 años. De estas 7 personas que conforman su red egocéntrica solo 5 tienen un vínculo relacionado con el cuidado: sus tres hijas y dos de los hijos. Su esposa de 74 años, está delicada de salud, por lo que no lleva a cabo actividades para el cuidado de su marido, y el único hijo que está actualmente trabajando tampoco participa de los cuidados por falta de disponibilidad de tiempo para hacerlo.

Paco refiere que esta densa red de cuidado es posible porque sus tres hermanas son amas de casa y porque su hermano soltero y él están parados. En varios momentos de la entrevista en su cara se refleja preocupación cuando refiere que no sabe si buscar trabajo o no, ya que él cree que su padre depende mucho de sus cuidados y sin su presencia podría perjudicarlo. El único hermano que no participa directamente en el cuidado de su padre es el que está trabajando, ya que no tiene tiempo como ellos. Sus hermanas se quedan por la noche, cada día una de ellas, y así de esta forma pueden conciliar su vida familiar con el cuidado de su padre. Paco y su otro hermano soltero y parado como él, se quedan por el día, también a días alternos y así el día que está libre puede ayudar en su domicilio con las actividades domésticas como ir a la compra, además de encargarse del papeleo relacionado con la situación de su padre.

Cuando le preguntamos directamente por los cuidados de su padre como paciente con una dependencia total según el Índice de Barthel, no se aprecia preocupación. Paco refiere

participar en todas las actividades de cuidado que se le realizan a su padre y ha aprendido incluso a realizarle los sondajes vesicales intermitentes que debe realizarle cada 6 horas. Además insiste en que su padre prefiere que lo realice él en lugar de sus hermanas. Los fines de semana se van a su domicilio de permiso terapéutico y entre todos se organizan para realizarle el aseo y los cuidados que requiere su padre. Cuando le pregunto por los cuidados que realiza en concreto él, responde: *“lo que haga falta, de hecho conmigo es con el que tiene más confianza, soy el más chico...si hay que asearlo se asea, le hago la gimnasia, los sondajes si estoy allí, lo levanto... digamos que cuando la necesidad aprieta, se aprende...me fijo como lo cogen...”* y en su domicilio cuando le pregunto por las tareas domésticas: *“...si hay que fregar se friega si hay que limpiar se limpia...”* Cuando le preguntamos si tiene algún miedo o temor al alta a su domicilio expresa: *“miedo el que yo me vaya a trabajar...porque sé que le hago falta...”*

Si procedemos al análisis de esta red y a su relación con los roles sociales de cada uno de sus miembros, se aprecia que en este caso existe una relación clara entre los roles de cuidadores y roles laborales. De tal forma que se hace incompatible el estar empleado con el rol de cuidador. Las cinco personas que están vinculadas con el cuidado de J.C. no tienen un empleo, y el único hijo que no participa activamente en el cuidado de su padre tiene un empleo y al mismo tiempo cuenta con una red de apoyo familiar densa para tener que modificar su situación y sus roles sociales.

La segunda entrevista se realizó a Juan (nombre ficticio) marido de I.S. de 27 y 26 años respectivamente.

La historia de I.S. ya la conocíamos, la psicóloga de la unidad nos había puesto sobre aviso, ya que al tratarse de una pareja tan jo-

ven, la situación de entrevista podía resultar más emotiva. I.S. tiene una tetraplejia con lesión medular completa a nivel cervical, por lo que su Índice de Barthel es al igual que J.C. de dependencia total. En octubre sufrió un accidente de tráfico con vuelco del automóvil quedando atrapada en el mismo durante aproximadamente 2 horas. Iba sola en el vehículo. Esto ocurrió dos meses después de casarse con Juan.

Juan ha estudiado un Módulo de Administración y de Informática. Ha trabajado en una tienda de Imagen y sonido, que cerró según cuenta por la crisis y tras este trabajo ha estado realizando talleres de fontanería, de energías renovables... y ha trabajado en múltiples oficios: albañilería, pintura, reparaciones informáticas, de electricidad, etc. Desde que su mujer sufrió el accidente ha dejado de trabajar y como residen en un pueblo de la sierra de Huelva lleva viviendo entre la sala de espera del HUVR y la ULM del HSJDA unos 7 meses. Refiere que no sabe cuando podrá volver a trabajar.

En cuanto a la red de apoyo ahora mismo solo cuenta con su suegra, que está delicada de salud y contribuye en lo que puede. Cuando se van de permiso terapéutico se quedan en la residencia de su suegra por tener una infraestructura mejor para los cuidados que requiere su mujer. Por tanto la red personal de I.S. sería de la siguiente forma, *Figura 3*.

La red personal que posee I.S. vinculada a su cuidado es menor que la del paciente de 76 años. Ella solo cuenta con su marido y su madre como familiares directos, al no tener hermanos y al fallecer su padre hace aproximadamente un año. La familia directa de su marido vive en otro lugar diferente a su localidad de residencia, y la madre aunque ahora reside con ellos tiene una salud delicada al padecer una

patología oncológica de reciente diagnóstico, cáncer de mama, que le impide prestarle los cuidados que necesita. Por tanto, el único vínculo de cuidado que tiene esta paciente es el de su marido.

Si analizamos esta red egocentrada, podemos considerarla de menor densidad que la anterior, al contar con solo una persona para todos los cuidados. Y si partimos de la hipótesis inicial planteada, vemos que en este caso existe una modificación de los roles sociales relacionada con el rol de cuidador, cuando Juan refiere haber dejado el trabajo para dedicarse al cuidado de su mujer. Otra de las cuestiones que podría influir en esta modificación de roles es el hecho de no contar con una red de apoyo más sólida, ya que en esta red a parte de Juan solo se encuentra su suegra, que como ya se ha mencionado anteriormente, en la actualidad no puede ejercer de cuidadora por su salud.

DISCUSIÓN

Nos gustaría destacar dentro de este apartado, que el análisis de las redes sociales, ha sido motivo de muchos estudios e investigaciones desde la Ciencias sociales, y en concreto desde la Sociología y la Antropología, “para llegar al corazón de los sistemas sociales” (Whitten y Wolfe, 1988). Sin embargo, desde las Ciencias de la salud, y en concreto desde la Enfermería, este tipo de análisis ha sido inusual. En la actualidad, las nuevas tendencias de integración de los pacientes dependientes en su entorno cercano y familiar, unido a la escasez de recursos y a la crisis del estado de bienestar, ha generado un nuevo espacio de investigación y aplicación de técnicas sociales al ámbito sanitario. Nuestro estudio, junto con otros ya realizados y de similares características (Lancharro y Arroyo, 2009) contribuye por

tanto al desarrollo del análisis de red dentro de la esfera sanitaria y a su aplicación desde la enfermería como agente que cuida no solo al paciente sino también “*al que cuida, su cuidador*”.

CONCLUSIONES

Como conclusión tras realizar el análisis de las redes personales de estos dos pacientes hospitalizados en la ULM del HSJDA, se puede afirmar que en ambos casos existe una relación entre los roles sociales vinculados al empleo y el rol de cuidador, de tal forma que prácticamente en todos los miembros de ambas redes se cumple la incompatibilidad de un empleo con el rol de cuidador. Además si analizamos la relación de la densidad de la red egocentrada con la necesidad de modificación de los roles sociales, en el caso de J.C. al tratarse de una red de apoyo amplia, sus miembros no tienen la necesidad de cambiar su situación laboral, aunque en el caso de I.S., el marido ha tenido que modificarla, al contar con una red menor.

Con todo lo expuesto no queremos decir que exista una sola causa que haya desencadenado los cambios acontecidos. Existen multiplicidad de causas y factores que pueden influir en las situaciones estudiadas. Además la realidad social es dinámica por lo que las circunstancias pueden modificarse de un tiempo para otro. El estudio ha focalizado los roles sociales en el empleo al ser una de las propuestas más novedosas en cuanto a la aparición del nuevo rol del cuidador varón. En los tiempos de crisis económica que se vive actualmente, además de la incorporación de la mujer a la vida laboral, son muchas las hipótesis que barajan la incorporación del varón a los cuidados de los familiares en situación dependencia por ser él la única persona disponible. Ya no solo porque no haya una red femenina que se

encargue, sino porque hay una ruptura entre el espacio público y privado y los roles de género asignados, encontrándonos cada vez más varones encargados del ámbito doméstico y mujeres del ámbito público; y parejas con un reparto igualitario en ambos ámbitos. Se ha demostrado que los varones cuando se tienen que hacer cargo del cuidado de un familiar, lo hacen de la misma forma que lo haría una mujer, y que si históricamente no se ha realizado, ha sido por el reparto de roles de género y la división sexual del trabajo, no por características biológicas o naturales de predisposición o no al cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

- Crespo López, M. y López Martínez, J. (2008) Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias 35. IMSERSO, Madrid.
- Díaz de Rada, A., Velasco Maillo, H. y Cruces Villalobos, F. (2006) La sonrisa de la institución: Confianza y riesgo en sistemas expertos. Editorial Universitaria Ramón Areces, Madrid.
- Félix Alemán, A., Aguilar Hernández, R.M^a., Martínez Aguilar, M^a.L., Avila Alpírez, H., Vázquez Galindo, L. y Gutiérrez Sánchez, G. (2012) Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.011>
- García-Calvente, M. d. M. y Mateo-Rodríguez, I. (1993) El cuidado de la salud ¿quién hace qué? *Index De Enfermería* 6, 16-19.
- García-Calvente, M. d. M., Mateo-Rodríguez, I y Eguiguren, A.P. (2004) El sistema informal de los cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit.* 18 (supl 1), 132-139.
- Giddens, A. (2002) Consecuencias de la modernidad. Alianza, Madrid.
- Hannerz, U. (1986) Exploración de la ciudad. México, Fondo de Cultura Económica.

- Isla, P. (2000) El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura De Los Cuidados* 7 y 8, 187-194.
- Lancharro Tavero, I. y Arroyo Rodríguez, A. (2009) El cuidador principal. Un análisis etnográfico de roles y

- redes sociales. *Rev Paraninfo Digital* 7. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/208d.php>
- Whitten, N. y Wolfe, A. (1988) Análisis de red. En: Martorell, M. (ed.) *Leer la ciudad*. Icaria, Barcelona: 88-120.

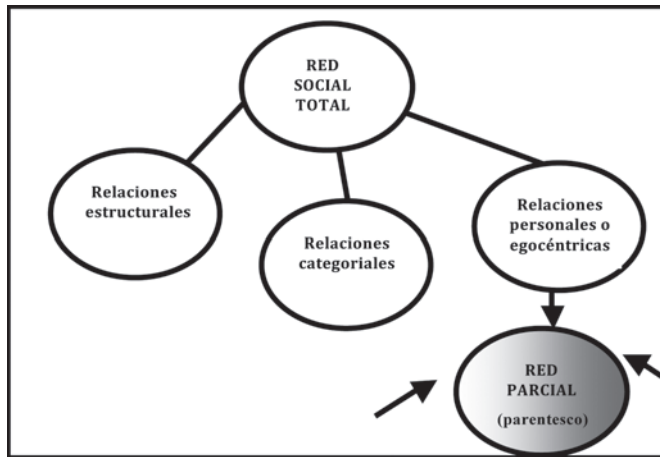


Figura 1. Representación de la Red social total

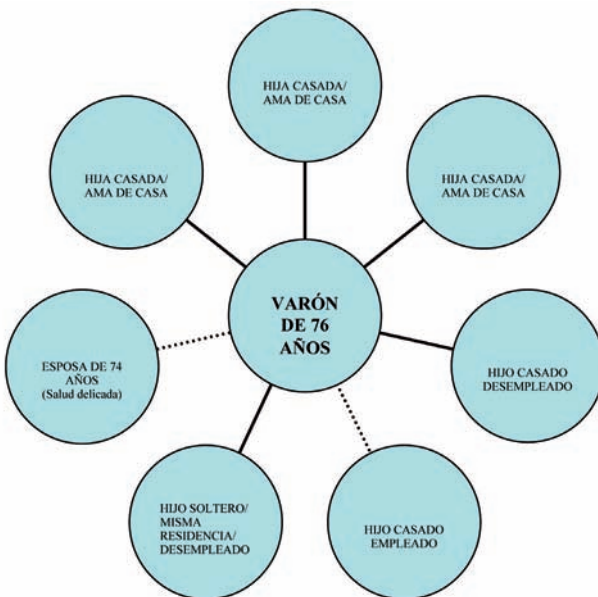


Figura 2. Red egocentrada de J.C.



Figura 3. Red egocentrada de I. S.