

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

Cuidadores mayores en el barrio de San José (Zaragoza): análisis de la situación y propuesta de intervención.

Alumno/a: Romea Martínez, Ana Cristina
Director/a: Del Rincón Ruiz, M^a del Mar

Zaragoza, 15 de junio de 2012

Agradecimientos:

Me gustaría expresar en estas líneas mi agradecimiento a las personas que han estado a mi lado durante el desarrollo de esta investigación.

A la directora del proyecto, Dña. M^a del Mar del Rincón Ruiz, quien ha estado pendiente de la evolución del mismo en todo momento, por su ayuda y sus consejos. Gracias por el tiempo invertido en el mismo, así como su dedicación y disposición durante la realización de la investigación.

A todas las profesionales, trabajadoras sociales y enfermeras, que con su aportación han contribuido a enriquecer mi trabajo. A todos los cuidadores que amablemente accedieron a entrevistarse conmigo. Mi más sincero agradecimiento, porque sin vuestra colaboración, esta investigación no hubiera sido posible.

A mi familia y amigos. Muchas gracias por haber estado siempre apoyándome incondicionalmente durante todo este tiempo.

A todos, mil gracias.

ÍNDICE

	<u>PÁGINA</u>
1. Introducción.	3
1.1. Formulación del problema.	4
1.2. Cuestiones e interrogantes que se plantean.	6
1.3. Finalidad y objetivos.	6
1.4. Marco conceptual.	8
1.5. Ámbito de la investigación.	10
1.6. Metodología empleada.	11
1.7. Estructura del trabajo.	17
2. Marco teórico.	19
2.1. Envejecimiento de la población.	19
2.2. Respuestas ante la nueva necesidad de cuidados.	24
2.3. Cuidados y cuidadores.	33
3. Varones mayores cuidando a mayores. Análisis de la situación.	45
3.1. Perfil del varón que ejerce como cuidador.	48
3.2. Perfil de las personas que reciben cuidados.	49
3.3. Tipo de ayuda que recibe el cuidador.	51
3.4. Tipo de cuidados que realizan los hombres.	56
3.5. Circunstancias por las que asumen el rol de cuidadores.	63
3.6. Motivaciones para ejercer como cuidadores.	67
3.7. Repercusiones y satisfacción de los cuidadores.	71
3.8. Necesidades expresadas de los cuidadores.	77
3.9. Cuidados informales bajo el punto de vista profesional.	80
4. Conclusiones.	88
5. Propuesta de intervención.	96
6. Bibliografía.	101

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

	<u>PÁGINA</u>
ANEXO I. Glosario.	I
ANEXO II. Tablas de variables.	2
ANEXO III. Guión de las entrevistas.	LII
ANEXO IV. Tablas de transcripciones de las entrevistas.	LVIII

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	<u>PÁGINA</u>
GRÁFICO 1. Esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años. España, 1908-2006.	21
TABLA 1.1. Reformas en los modelos europeos de cuidados de larga duración.	29
TABLA 1.2. Reformas en los modelos europeos de cuidados de larga duración. (Continuación).	30
TABLA 2. Perfil cuidadores en España.	39
TABLA 3.1. Tabla de datos sobre los varones cuidadores mayores.	46
TABLA 3.2. Tabla de datos sobre los varones cuidadores mayores. (Continuación).	47

<<Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena. >>

- Ingmar Bergman (1918-?) *Cineasta sueco.* -

1. INTRODUCCIÓN.

La población anciana está aumentando al tiempo que la sociedad española experimenta profundos cambios (transformación social del rol de las mujeres, envejecimiento de la población y cambios en los modelos familiares), implicando nuevos retos en la atención a este colectivo, marcado especialmente por el crecimiento en número de personas en situación de dependencia.

Esta realidad da lugar a un aumento en la demanda de servicios de todo tipo, especialmente sociales y sanitarios, que deben ser cubiertos desde una perspectiva multidisciplinar. Según del Rincón y Sanz (2010) con la aprobación de la "Ley de la Dependencia" (Ley 39/2006) en España, y su puesta en marcha en el año 2008, se inicia un proceso de transformación fundamental en el modelo tradicional de atención y cuidados, al reconocerse como derecho subjetivo la necesidad de cuidados. Sin embargo, los datos actuales muestran un escaso desarrollo de la cartera de servicios frente a las prestaciones económicas; la carga de la atención y la responsabilidad del cuidado continúan recayendo fundamentalmente en las familias.

Por otra parte, un número creciente de personas mayores (generalmente cónyuges) están ejerciendo de cuidadores, proporcionando atención a sus familiares dependientes y asumiendo en solitario tareas que implican costes y consecuencias personales importantes. Y en esta situación surge un nuevo colectivo o grupo de cuidadores mayores, los varones, que recientemente se están incorporando a la actividad de proporcionar cuidados.

Por todo ello surge la conveniencia de investigar y profundizar en esta realidad social, poco estudiada hasta la actualidad en nuestra Comunidad Autónoma, de manera que puedan detectarse las necesidades de estos cuidadores mayores, y realizar en su caso, una propuesta de intervención. Para el trabajo de campo se contará con los datos obtenidos a través de una extensa revisión bibliográfica, así como con la información extraída de diversas entrevistas a cuidadores mayores varones y a profesionales en contacto con las personas que prestan cuidados informales.

1.1. Formulación del problema.

Cuando se habla de población mayor de 65 años se tiende a pensar en ciertos estereotipos asociados a la vejez, la mayoría de los cuales sitúan a los mayores como receptores de ayuda y atención familiar. Sin embargo, lo cierto es que un número creciente de mayores se encuentran ejerciendo de cuidadores informales dentro de su entorno, desempeñando de manera cotidiana esta tarea de provisión de asistencia.

La atención a las personas en situación de dependencia recae fundamentalmente en las mujeres, pudiendo decirse que la dispensación de cuidados por parte de los varones todavía no se ha generalizado. Según del Rincón (2005) al observar a los cuidadores mayores, se aprecia como la cifra de ambos sexos se aproxima, lo cual indica que hay un importante número de cuidadores varones de edad avanzada que están ejerciendo estas tareas.

Todavía son un grupo minoritario dentro de los cuidadores, pero pese a esto, las proyecciones demográficas indican que aumentarán, debido al paulatino envejecimiento de la población producido por una longevidad creciente, el aumento de esperanza de vida en salud y la supervivencia a

edades avanzadas, que entre otras consecuencias, conlleva el incremento de personas en situación de dependencia, y por tanto en la demanda de cuidado.

Además, el análisis que Larrañaga (2005) realiza sobre la familia actual, destaca una serie de factores que apuntan a que cada vez más, los hombres deberán asumir más labores de cuidados a personas dependientes, dado que la capacidad de la familia postmoderna para proveer de cuidados parece estar en entredicho. Dichos factores serían el aumento de la población anciana, las transformaciones en el modelo familiar y el escaso desarrollo de las políticas dirigidas a complementar los cuidados informales.

De ellos se sabe muy poco: la escasa información sobre las necesidades específicas de los varones mayores cuidadores, está impidiendo que se tomen medidas concretas y adecuadas a sus circunstancias; se podría hablar de la invisibilidad de los hombres en el sector de los cuidados, y teniendo en cuenta que su número va en aumento, convendría investigar para conocer cómo es su situación real.

Asimismo, no se pueden obviar las consecuencias que conllevan las tareas de atención sobre los cuidadores informales, cuyos efectos negativos sobre la salud y el bienestar psicosocial de los individuos, se acrecientan con la edad. Esto provoca que en ocasiones se dé lugar a situaciones en las que estos mayores se encuentren ejerciendo labores de cuidado cuando deberían estar siendo cuidados.

Así pues, suponen un colectivo de gran interés, tanto desde el punto de vista del estudio sociológico, como de la intervención social.

1.2. Cuestiones e interrogantes que se plantean.

¿Quiénes son los varones mayores que ejercen como cuidadores? ¿En qué circunstancias asumen las tareas de cuidados? Es decir, se trata de identificar el perfil de estas personas, así como los factores que han dado lugar a que se encuentren ejerciendo esas funciones.

¿Qué vínculo mantienen con la persona cuidada? ¿Qué tipo de atención prestan? ¿Con qué frecuencia e intensidad? Estas preguntas buscan indagar sobre el tipo de cuidados que proveen los mayores cuidadores.

¿Cuál es su principal motivación? ¿Situarse como personas cuidadoras ha supuesto algún cambio en los roles que tradicionalmente ejercían? Y si es así, ¿cómo lo han asumido? Además, interesa conocer los posibles efectos sobre su salud, y sobre todo ¿qué tipo de necesidades concretas refiere este grupo de mayores cuidadores?

1.3. Finalidad y objetivos.

Esta investigación trata de conocer y comprender un fenómeno social, que en este caso sería la situación de las personas mayores varones, que ejercen de cuidadores principales de otras personas mayores dependientes.

Una vez estudiada la situación y habiendo detectado las posibles necesidades de los cuidadores mayores, se realizará una propuesta de intervención, con la intención de mejorar la calidad de vida de los cuidadores, lo que a su vez repercutirá positivamente en las personas receptoras de cuidados; por lo tanto este trabajo tiene una importante finalidad aplicada.

Con el fin de analizar el objeto de estudio de esta investigación, se han propuesto los siguientes **objetivos**:

A. Conocer la situación de los cuidadores mayores (varones) que cuidan a otros mayores.

- A.1. Analizar el perfil predominante de los cuidadores mayores.
- A.2. Conocer las circunstancias por las que asumieron las tareas de cuidado.
- A.3. Establecer el perfil de las personas a quienes cuidan.
- A.4. Estudiar las características de los cuidados que están ofreciendo.
- A.5. Comprender las motivaciones para el cuidado que tienen los cuidadores de personas de 65 y más años.
- A.6. Indagar en las repercusiones físicas, psíquicas, familiares y sociales que el acto de cuidar tiene sobre los cuidadores de este tipo de personas.
- A.7. Identificar las necesidades del cuidador en el ámbito del cuidado a otros mayores.

B. Realizar una propuesta de intervención encaminada a mejorar la situación de los cuidadores mayores, a partir de las necesidades que se detecten.

1.5. Marco conceptual

Aunque en el *Anexo I* se puede encontrar un amplio glosario de términos¹ relacionados con la materia, a continuación se definen aquellos que por su relevancia, conviene dejar delimitados desde un primer momento.

Cuidadores

Individuos que proporcionan los servicios necesarios para el cuidado de otros en sus actividades cotidianas, y para que mantengan el rendimiento en el trabajo, en la educación o en otras situaciones de la vida. Su actuación se financia mediante fondos públicos o privados, o bien actúan como voluntarios, como es el caso de los que proporcionan apoyo en el cuidado y mantenimiento de la casa, asistentes personales, asistentes para el transporte, ayuda pagada, niñeras y otras personas que actúen como cuidadores.

ICF. International Classification of Functioning, Disability and Health [en línea]. Geneva: World Health Organization, 2001. 23
<http://www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm>

Cuidadores formales

Profesionales o semiprofesionales, tales como trabajadores sociales, médicos, abogados, personal de ayuda a domicilio y enfermeras, que cuidan de personas mayores en una amplia variedad de ámbitos.

Encyclopedia of Gerontology: age, aging, and the aged. Ed., James E. Birren. San Diego: Academic Press, 1996. 2 vols.

¹ Aunque a cada palabra definida en el "Glosario" le acompaña su referencia, conviene especificar que la mayoría de ellas están extraídas del siguiente documento: PORTAL MAYORES (2007). "Glosario especializado en Geriatría y Gerontología". [Fecha de publicación: 15/02/2007].
<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentacion/glosario/2007/glosario.pdf>>

Cuidadores informales

Familiares o personas cercanas a la familia que cuidan de la persona mayor, realizando la tarea del cuidado bien en la casa de la propia persona mayor o en la casa del cuidador.

Encyclopedia of Gerontology: age, aging, and the aged. Ed., James E. Birren. San Diego: Academic Press, 1996. 2 vols

Cuidados no profesionales²

La atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.

Art. 2.5 de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia (BOE 299 de 15 de diciembre de 2006). Accesible en formato pdf: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/legislacion/normas/doc-3383.pdf>

Cuidados profesionales

Los prestados por una institución pública o entidad, con o sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentra la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.

Art. 2.6 de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia (BOE 299 de 15 de diciembre de 2006). Accesible en formato pdf: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/legislacion/normas/doc-3383.pdf>

² Según esta definición, recogida en la Ley de la Dependencia, se entiende por cuidador profesional el que presta cuidados a cambio de una remuneración económica, pero no especifica que deba tratarse de una persona cualificada, es decir, que haya recibido algún tipo de formación previa.

1.6. Ámbito de la investigación.

a) Población objeto de estudio

La población que va a ser estudiada estará formada por varones mayores, con preferencia de más de 65 años, y que estén ejerciendo de cuidadores informales de algún familiar (cónyuge, hermanos/as, padre/madre...).

b) Variables de estudio:

En el *Anexo II* se recogen una tabla que contiene una especificación de las variables, de las dimensiones y de los indicadores a partir de los cuales se pretende analizar el objeto de estudio. A modo de resumen, se podrían identificar las siguientes variables:

- Perfil del cuidador mayor.
 - Dimensión socio-demográfica.
 - Características del hogar.
 - Vínculo con la persona cuidada.
- Circunstancia de asunción de los cuidados.
 - Localización temporal.
 - Motivos objetivos.
 - Motivos subjetivos.
- Perfil de la persona que recibe los cuidados.
 - Dimensión socio-demográfica.
 - Estado de salud.
 - Situación de dependencia.
- Características del cuidado que proporcionan los cuidadores mayores.
 - Intensidad de los cuidados.
 - Tipo de actividades de cuidado.
 - Tipo de ayuda (si existe).
- Motivaciones de los cuidadores para ejercer.

- Motivaciones externas.
- Motivaciones internas.
- Repercusiones del cuidado para el cuidador.
 - Físicas.
 - Psíquicas (emocionales).
 - Económicas.
 - Socio-familiares.
- Necesidades específicas del cuidador.
 - Necesidades expresadas para cuidar mejor.
 - Necesidades personales expresadas.

c) Ámbito geográfico

La recogida de datos a través del trabajo de campo va a tener lugar en la ciudad de Zaragoza, en el barrio de San José.

d) Periodo cronológico

El estudio tiene lugar entre los meses de febrero y junio de 2012, coincidiendo con el periodo lectivo del segundo cuatrimestre de la Universidad de Zaragoza.

1.7. Metodología empleada.

El presente trabajo consiste en la investigación y estudio de un hecho social, esto es, la situación de los mayores varones cuidadores. Para llevarlo a cabo se ha seguido un método concreto (que se describe a lo largo de este apartado), así como de unas técnicas. Por investigación social se entiende:

“El proceso de aplicación del método y técnicas científicas a situaciones y problemas concretos en el área de la realidad social para buscar respuesta a ellos y obtener nuevos conocimientos”. (Sanz, 2006:41).

Para Babbie (2000:XX), las investigaciones sociales son realmente importantes pues ofrecen “un medio para examinar y entender la operación de los asuntos sociales. Brinda puntos de vista y procedimientos técnicos que revelan detalles que de otra forma escaparían a nuestra conciencia”. Dicho de otro modo, para poder resolver la situación de invisibilidad en la que se encuentra el colectivo de mayores varones cuidadores, la comprensión de sus circunstancias mediante una investigación social, puede aportar la clave que solucione el problema.

Se ha realizado una extensa **revisión bibliográfica** Para la elaboración de esta investigación social, puesto que tal y como afirma Valles (1997:85), “la revisión de la literatura constituye un paso obligado una vez se haya topado con la parcela de estudio”.

Son muchos los autores que han escrito sobre cuidadores, incluso hay numerosos trabajos que abordan la perspectiva de género; sin embargo, existen pocos documentos que traten sobre los cuidadores mayores y son escasas las referencias que pueden localizarse sobre los varones mayores cuidadores.

En general, para poder localizar este tipo de datos es necesario acudir a literatura extranjera, y para ello se ha recurrido a la búsqueda de revistas electrónicas especializadas, a través del apartado que la web “Portal de Mayores”³ pone a disposición del internauta, y que ofrece una base de datos y

³ Se puede consultar esta base de datos de revistas bibliográficas a través del siguiente enlace web: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/revistas/index.html>

enlaces directos con las principales revistas internacionales sobre envejecimiento.

Otra importante fuente de información la ha proporcionado el **uso de datos estadísticos**, sobre todo extraídos del Instituto Nacional de Estadística, que ha permitido conocer información relativa al perfil mayoritario de los cuidadores y de las personas en situación de dependencia en España. Del mismo modo, las Estadísticas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia han sido claves para justificar el peso de los cuidados dentro del sistema de prestaciones.

El trabajo de campo se ha llevado a cabo a través de una serie de **entrevistas cualitativas**. Corbetta (2003:368) define entrevista cualitativa como: “una conversación: a) provocada por el entrevistador; b) dirigida a sujetos elegidos sobre la base de un plan de investigación; c) en número considerable; d) que tiene una finalidad de tipo cognoscitivo; e) guiada por el entrevistador, y f) sobre la base de un esquema flexible y no estandarizado de interrogación”.

Dentro de los diversos tipos de entrevistas cualitativas, se ha elegido la **entrevista semi-estructurada**, cuyo guión puede consultarse en el Anexo II.

“El entrevistador dispone de un <<guión>>, que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del entrevistador. En el ámbito de un determinado tema, éste puede plantear la conversación como desee, efectuar las preguntas que crea oportunas y hacerlo en los términos que estime convenientes, explicar su significado, pedir al entrevistado aclaraciones cuando no entienda algún punto y que profundice en algún extremo cuando le

parezca necesario, establecer un estilo propio y personal de conversación". (Corbetta, 2003:376).

Para esta investigación se han efectuado diez entrevistas a cuidadores varones, siete de ellos mayores de 65 años, y tres de entre 60 y 65 años. El contacto con estos entrevistados ha sido propiciado por trabajadoras sociales del Centro de Salud José R. Muñoz Fernández (Sagasta), del Centro Municipal de Servicios Sociales San José, y del Hogar y Centro de día San José, todos ellos ubicados en Zaragoza.

Durante el análisis se han reproducido fragmentos de estas entrevistas. Para garantizar el anonimato de los entrevistados, se les ha asignado un número según el orden temporal en el que se llevaron a cabo las entrevistas, de la siguiente manera: *Entrevistado X*. En el *Anexo IV* se pueden consultar unas tablas que resumen y ordenan el contenido de las entrevistas.

Se consiguieron algunas entrevistas mediante la técnica de "la bola de nieve": los primeros entrevistados ayudaron a localizar a otros candidatos, ya que conocían a otras personas en su misma situación de cuidadores. Esta técnica estaba indicada en este caso porque el grupo a investigar es minoritario y se encuentra disperso, lo que dificulta su localización.

El objetivo de estas entrevistas ha sido recabar datos sobre:

- El perfil concreto de estos varones cuidadores.
- Datos acerca las personas a las que están cuidando.
- Si recibían ayuda o no y en qué términos.
- Tipos de cuidados que están proporcionando.
- Las circunstancias en las que asumieron estas tareas.
- Motivaciones del cuidador.
- Repercusión y satisfacción en el cuidado.
- Necesidades expresadas por el cuidador.

A lo largo de las entrevistas se ha considerado necesario introducir alguna pequeña modificación en el guión, concretamente, se comenzó realizando un pequeño test para medir la carga del cuidado (el test de Zarit), pero se ha observado que ese instrumento no aportaba buena información, y por tanto se decidió eliminarlo de las entrevistas. Puesto que toda investigación cualitativa debe diseñarse bajo un planteamiento de flexibilidad, se ha podido realizar esta alteración o cambio (Valles, 1997).

Por otro lado para los propósitos de esta investigación, ha sido interesante conocer el punto de vista de distintas profesionales que trabajan en el ámbito de la dependencia; son observadoras privilegiadas.

“Entrevista a observadores privilegiados: (...) podemos decidir entrevistar a personas no en calidad de parte del fenómeno estudiado, sino en cuanto a conocedores y expertos de este fenómeno, del cual tienen una visión directa y profunda que les coloca en una posición privilegiada de observación. Por este motivo les llamamos <<observadores privilegiados>>”. (Corbetta, 2003:382).

En este caso, se ha realizado un **cuestionario breve**, cuyo guión puede consultarse en el *Anexo III*, a seis profesionales: la trabajadora social y una enfermera del Centro de Salud José R. Muñoz Fernández (Sagasta); la trabajadora social del Hogar y Centro de día San José; dos trabajadoras sociales del Centro Municipal de Servicios Sociales San José; y una trabajadora social del Centro de Salud San José Norte y Centro.

Con la intención de garantizar el anonimato de las profesionales, se ha asignado un número que corresponde con el orden en el que se recibieron las respuestas: *Profesional X*. Las transcripciones de estas entrevistas se pueden consultar en el *Anexo IV*.

Este cuestionario se ha enviado por correo electrónico, adjuntando una carta explicativa de los fines de la investigación, lo cual sigue algunas de las recomendaciones de Babbie (2000), sobre facilitar la remisión de las respuestas en este tipo de forma de recogida de datos. Se ha elegido esta técnica pues citarse en persona con las profesionales resulta complicado debido al escaso tiempo del que disponen.

Siguiendo las indicaciones de Corbetta (2003), sobre el material obtenido tanto de la revisión bibliográfica como de las entrevistas, se ha realizado un **análisis de contenido**, de tipo cualitativo. El análisis se ha centrado en los sujetos de la investigación, observando sus principales características. Asimismo, la presentación de los resultados se ha realizado de la siguiente manera:

“Se produce según una perspectiva narrativa, en el sentido de que se desarrolla a través de relatos de episodios, descripción de casos, a menudo utilizando las mismas palabras de los entrevistados para no alterar el material recogido y transmitir al lector la inmediatez de las situaciones estudiadas. La forma estándar de proceder en la presentación de los resultados es la siguiente: se desarrolla un razonamiento, y para apoyarlo y explicarlo se reproduce un fragmento de entrevista”. (Corbetta, 2003:391).

A partir del análisis del contenido, se han podido establecer una serie de generalizaciones, que han dado lugar a las conclusiones y a la propuesta de intervención que incluye este trabajo de investigación.

El **sistema de citas empleado** corresponde con la normativa APA, es decir, el estándar adoptado por la Asociación Estadounidense de Psicología, siguiendo las directrices metodológicas recomendadas para elaborar esta investigación.

1.8. Estructura del trabajo.

Este trabajo se compone de varias partes. En primer lugar aparece la introducción y la metodología. En este apartado se formula el problema de investigación, se plantean las cuestiones y los interrogantes que se quieren esclarecer y se delimita el objeto de estudio. Además se formulan los objetivos y se describen las principales variables que se pretenden observar.

La metodología describe el proceso que se ha seguido para desarrollar esta investigación social, así como las principales técnicas que se han empleado para la recogida y análisis de la información.

En segundo lugar se encuentra el marco teórico que fundamenta la investigación. Los temas que incluye hacen referencia al envejecimiento de la población mundial y las respuestas que se han ido produciendo ante la nueva necesidad de cuidados (destacando la aprobación y puesta en marcha de la Ley de la Dependencia en España). También contiene un apartado sobre la situación de los cuidadores en España, las diferencias de género a la hora de proveer cuidados y finaliza con algunos datos sobre los cuidadores mayores.

El siguiente capítulo se corresponde con el análisis de la información. Primero se establece el perfil de los cuidadores mayores, así como el de las personas en situación de dependencia a las que están cuidando. Se explica el tipo de ayuda que reciben (si es el caso), y el tipo de cuidados que estos cuidadores mayores varones, están proporcionando.

Asimismo, incluye una descripción de las circunstancias en las que estos cuidadores comenzaron a cuidar, las motivaciones para proporcionar esos cuidados a esas personas, sus repercusiones y la satisfacción que pueden obtener cuidando, además de las necesidades expresadas por estos cuidadores.

Este análisis finaliza recogiendo las opiniones de distintas profesionales en contacto con estos mayores cuidadores, en relación a su percepción sobre este colectivo, las necesidades que ellas han podido detectar y las propuestas de intervención que formularían.

El siguiente apartado está formado por las conclusiones a las que ha dado lugar el análisis. En ellas se recogen las principales generalizaciones que se han podido obtener, sintetizando los principales puntos de la presente investigación.

Por último, se ha realizado una propuesta de intervención, basada en las necesidades que los propios entrevistados han manifestado, en las opiniones de las profesionales consultadas, así como de algunos autores que han escrito sobre este tema. Esta propuesta está fundamentalmente formulada bajo la perspectiva que aporta el Trabajo Social.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. Envejecimiento de la población.

En la actualidad, el proceso de envejecimiento de la población es un fenómeno de alcance mundial y que afecta de forma particular a Europa y al resto de países industrializados. España no escapa a dicho proceso pues su demografía ha experimentado una importante transformación en las últimas décadas, lo cual ha conllevado una serie de profundos cambios, en las características y composición de su población.

Según el Avance de Explotación del Padrón 2012 (INE), España continúa inmersa desde hace tiempo en ese proceso de envejecimiento: el 1 de enero de 2012 había 8.221.047 mayores, lo cual supone el 17,4% de la población total; en 1970 el número de personas mayores no superaba las 3.400.000. Este aumento se debe en gran parte a que el número octogenarios ha crecido, tomando un protagonismo creciente en la sociedad, llegando a conformar el 5,1% de los españoles: a este fenómeno se le conoce como envejecimiento del envejecimiento.

Algunos autores, como Rosa Gómez (2011) hablan de la "feminización de la vejez". Pese a que nacen más hombres que mujeres, el número se iguala a partir de los 35-40 años, mientras que en la vejez, éstas superan notablemente en número a los varones.

"La preponderancia relativa de las mujeres de edad madura y avanzada se ha convertido en un factor claro de feminización del conjunto social, hasta el punto de que muy pronto casi uno de cada diez ciudadanos españoles será una mujer de 65 o más años". (Gómez, 2011:47).

2.1.1. Aumento de la esperanza de vida

La esperanza de vida es uno de los indicadores más representativos a la hora de reflejar cómo influyen y cuáles son las consecuencias de las políticas sanitarias, sociales y económicas de un país. Podría definirse como:

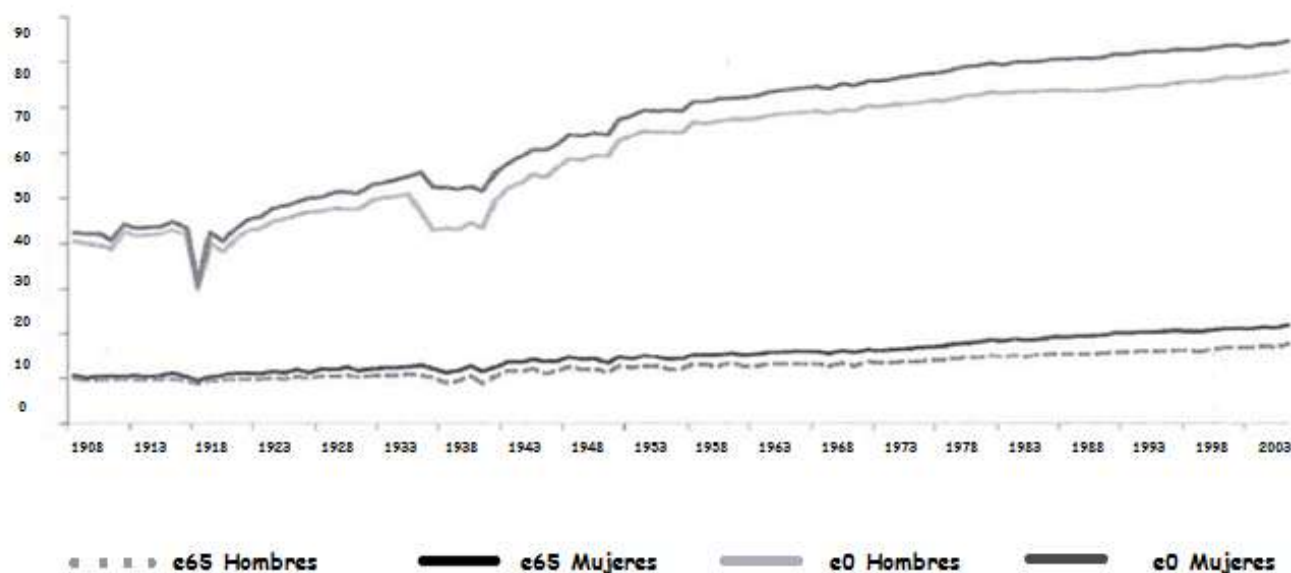
“Un indicador sintético de la mortalidad muy utilizado que se obtiene a partir del cálculo de la tabla de mortalidad. Representa la edad media de fallecimiento al alcanzar una edad determinada para una generación de personas nacidas en un año determinado y sujeta a los riesgos de mortalidad experimentados por los individuos de cada edad a lo largo de ese mismo año. Los más utilizados son la esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años”. (Gómez, 2011:78).

Como se puede observar en los datos del Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos (INE)⁴ la longevidad se ha incrementado de forma espectacular, pues en 1900 la esperanza de vida era de 34,8 años, y situándose en estos momentos en torno a los 81,87 años de media para ambos sexos. Siguiendo con los mismos datos, se puede observar como la esperanza de vida de las mujeres españolas es de 84,8 años, mientras que la de los varones se sitúa en los 78,8 años, siendo una de las tasas más altas de la Unión Europea.

El siguiente gráfico muestra cómo ha ido creciendo la esperanza de vida en España durante el siglo XX, llegando a duplicarse, tal y como puede apreciarse.

⁴ Según datos de: INE (2012). Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Nota de prensa. On-line. [Última consulta: 21 de mayo de 2012] <http://www.ine.es/prensa/np697.pdf>

GRÁFICO 1. Esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años. España, 1908-2006.



Fuente: Gómez, 2011:63.

Para Abellán y Esparza (2011), sin duda, uno de los factores claves en el aumento de la esperanza de vida, ha sido el notable descenso de la mortalidad infantil, que se ha visto favorecido por unas mejores condiciones de vida, avances médicos y por la cobertura sanitaria de la asistencia en el parto.

Los patrones de mortalidad han variado también en otros sentidos, el 83,5% de todos los fallecidos en España son personas mayores de 65 años⁵. Abellán y Esparza (2011:3) sostienen que sigue existiendo “un declive de la mortalidad a edades altas, lo que provoca una mayor supervivencia de los mayores y un envejecimiento de los ya viejos”. Esto se aprecia al observar la morbilidad hospitalaria (altas); los mayores suponen el 39,2% de todos los

⁵ Según los datos que Abellán y Esparza (2011) extraen del Avance de Explotación del Padrón 2011 (INE).

ingresos⁶, representando estancias más altas si se comparan con el resto de grupos de edad.

2.1.2. Incremento de las enfermedades degenerativas.

Para Arriba y Moreno (2009) el envejecimiento de la población genera una amplia variedad de demandas en el cuidado, es decir, la proliferación de enfermedades mentales como el Alzheimer y otra serie de enfermedades crónicas y degenerativas, provoca que la sociedad haya prestado atención a un problema que puede llegar a afectar a cualquiera y que por tanto, ha producido la incorporación en la agenda política de todo aquello que guarda relación directa con las situaciones de dependencia.

O dicho de otro modo, el estudio de Abellán y Esparza (2011) corrobora que la mortalidad en España está condicionada por las principales causas de muerte entre los mayores, produciéndose un cambio interesante, dado que las enfermedades degenerativas llegan a sustituir ya a otras históricamente más importantes. “La principal causa de muerte entre los mayores está relacionada con enfermedades del aparato circulatorio (...) El cáncer es la segunda causa de muerte (...). En tercer lugar, a distancia, se encuentran las muertes por enfermedades respiratorias” (Abellán y Esparza, 2011:3-4).

Ambos autores coinciden en destacar el importante aumento de la mortalidad provocado por enfermedades mentales y nerviosas, así como el del crecimiento de la tasa de discapacidad, “a los 80 años, más de la mitad de los españoles tiene problemas para *realizar* actividades de la vida cotidiana” (Abellán y Esparza, 2011:4), es decir, el envejecimiento suele conllevar situaciones de dependencia que requieren que esas personas reciban una serie de cuidados.

⁶ Según datos de: INE (2009). Encuesta de movilidad hospitalaria. Año 2007. Nota de prensa. *On-line*. [Última consulta: 21 de mayo de 2012] <http://www.ine.es/prensa/np537.pdf>

2.1.3. Consecuencias del envejecimiento.

Aunque en muchas ocasiones se tiende a pensar en el envejecimiento en términos negativos, no se debe olvidar que gracias al esfuerzo humano, hoy en día podemos vivir más y mejor. Según el Libro Blanco de la Dependencia, el envejecimiento “constituye una de las transformaciones sociales más importantes producidas en el último tercio del pasado siglo” (Rodríguez, 2005:30). Las instituciones sociales y políticas han comenzado a ajustar algunas de sus actuaciones a la nueva realidad demográfica, la cual demanda constantemente una mayor protección y apoyo social, aumento de servicios especializados y una concienciación generalizada de la realidad de las personas que se encuentran en situación de dependencia.

Al revisar la distinta documentación relativa al envejecimiento, se puede observar cómo todos los expertos coinciden en señalar que la prioridad de las sociedades actuales debería ser “cubrir las necesidades de cuidados y atención a las personas dependientes, cuyo número, como ya se ha visto, se está viendo enormemente incrementado como consecuencia del aumento de la población de avanzada edad” (Rodríguez, 2005). Y como se verá en el siguiente epígrafe, el envejecimiento que se está produciendo, tiene lugar al mismo tiempo que la denominada “crisis de los sistemas de apoyo informal” que tradicionalmente habían respondido ante estas necesidades.

En el año 1995, del Rincón destacaba las siguientes consecuencias de los procesos de envejecimiento:

“La incorporación creciente de la mujer a la actividad laboral, la elevada movilidad geográfica, la concentración de la población en hábitats urbanos, el limitado número de hijos por pareja, la atomización de las unidades familiares y su dispersión espacial, los cambios en los valores y en los modelos de responsabilidad

intergeneracional, entre otros, dibujan una nueva organización social en la que las redes sociales se debilitan, los vínculos sociales se formalizan y mercantilizan y las estructuras tradicionales se desmoronan. En ella el potencial de ayuda informal quedará substancialmente mermado por la propia crisis de las redes primarias de solidaridad (familia y comunidad) y por la evolución demográfica prevista, que reduce drásticamente el número de posibles cuidadores; consecuentemente, la presión asistencial del colectivo sobre los recursos socio-sanitarios disponibles se agravará.” (del Rincón, 1995:12).

2.2. Respuestas ante la nueva necesidad de cuidados.

La respuesta que desde las sociedades modernas se ha ido dando a la dependencia, o dicho con otras palabras, a los cuidados de larga duración, es consecuencia del mencionado cambio demográfico que se está produciendo. Y aunque la necesidad de cuidados no es algo exclusivo de la vejez, a partir de cierta edad, dicha necesidad sí se ve incrementada notablemente, lo cual supone un reto complejo para las sociedades, que merece especial atención.

2.2.1. Modelo tradicional: papel de la familia, cuidados informales. Cambio familiar: crisis del modelo familiar.

El envejecimiento de la población supone que las personas demanden una mayor cantidad de cuidados para la asistencia en sus actividades de la vida diaria. Tradicionalmente, esta provisión de cuidados recaía en las familias. El Libro Blanco de la Dependencia sitúa a España como paradigma del modelo latino de cuidados. Este modelo es especialmente valorado por los países del

Norte de Europa, y consiste en situar a la familia como la principal fuente de cuidados a lo largo del ciclo vital de los individuos⁷.

Sin embargo, según explica Rodríguez (2005) en el Libro Blanco de la Dependencia, el cambio que ha sufrido el modelo de familia tradicional nuclear, y la incorporación de las mujeres al mercado laboral, o dicho de otra forma, al trabajo fuera del ámbito familiar, han originado un "vacío" en el modelo de cuidados.

A lo largo de los años las personas necesitan apoyo, bien sea emocional, estratégico o material, y éste es indispensable para garantizar la calidad de vida y el bienestar personal. Y desde el punto de vista de los cuidados, debería asegurarse tanto para las personas que los reciben, como para las que los imparten. Según el Libro Blanco de la Dependencia, una vía para garantizarlo sería combinar los servicios profesionales con el cuidado informal, aunque en España, y hasta la llegada de la Ley de la Dependencia, el sistema de protección social, no había tenido en cuenta los cambios sociales que se habían estado produciendo en cuanto al rol de las mujeres, el envejecimiento y los cambios en los modelos familiares.

Precisamente es el cambio en el rol de las mujeres, su incorporación al mercado de trabajo, una de las causas más destacables que los autores suelen indicar a la hora de hablar de la "crisis" del modelo tradicional de cuidados. Cuidar y trabajar al mismo tiempo parecen tareas incompatibles dentro de los actuales sistemas de mercados, ya que ambas actividades requieren compartir horarios y experiencias vitales que van en el sentido opuesto.

Según Rodríguez (2005), al ser aparentemente incompatibles, y el hecho de que la atención a las personas sea considerada una prioridad, para las mujeres ha supuesto una intensificación de su trabajo, el cual ahora se divide en trabajo dentro y fuera del hogar. Fundamentalmente esto ha supuesto, por

⁷ Según Rodríguez (2005:216).

un lado, que cada vez se exija más a los hombres que asuman su papel como cuidadores, y por otro lado, que se demande al Estado su participación como proveedor de servicios de carácter formal. En otras palabras, esta "crisis" ha supuesto que el viejo modelo se encuentre en declive y que haya dado paso a la posibilidad de que aparezcan nuevas posibilidades.

2.2.2. Modelos europeos de provisión de cuidados.

Durante todo el siglo XX, la mayoría de los países europeos han ido desarrollando diversos planes de protección social, los cuales iban dirigidos a proporcionar a sus ciudadanos una red de seguridad frente a los riesgos sociales. Estas políticas sociales cuentan con una larga tradición en Europa dedicando gran parte de su PIB a este tipo de actuaciones. Arriba y Moreno (2009) plantean, que pese a todo, la financiación y la provisión de los cuidados de larga duración dependen todavía en gran medida de las familias u de otras redes privadas. Generalmente estas políticas de atención a la dependencia han tenido un marcado carácter asistencialista y según ambos autores "tan sólo en los últimos quince años se ha producido un mayor reconocimiento de la dependencia como un riesgo social en sí mismo y hay un consenso creciente sobre la necesidad de establecer políticas integrales" (Arriba y Moreno, 2009:37).

Y este cambio se ha debido a la nueva conciencia social frente a los nuevos retos que plantea el envejecimiento; la principal consecuencia es que los países europeos están remodelando sus antiguos esquemas de provisiones de cuidados o bien, han establecido nuevas formas de protección social que actúan ante esta necesidad. Además, muchos países en Europa están comenzando a reconocer la contribución esencial del cuidado informal, puesto que sus políticas no cubren la totalidad de las necesidades que se están generando en este ámbito (Hanratty, 2007). Con todo, los países europeos

aún difieren ampliamente en la percepción de responsabilidades públicas y privadas en los cuidados de larga duración.

Arriba y Moreno (2008) sostienen que existen diferencias destacables entre las sociedades del Norte y del Sur de Europa, en lo referente a las familias y a la dispensación de cuidados. Por ejemplo, en los países Nórdicos consideran responsabilidad del estado la provisión de los cuidados de larga duración, los cuales se financian con dinero público o mediante un sistema de copago progresivo en función del nivel de rentas, de manera que el cuidado informal pasa a ser considerado como un complemento.

Siguiendo con Arriba y Moreno (2008), se puede observar cómo en el Reino Unido e Irlanda, la línea divisoria entre las responsabilidades públicas y privadas no es tan explícita. Aunque la provisión es universal, no se realiza de un modo tan completo como en los países Nórdicos, dejando mucha responsabilidad de los cuidados a las familias. Y por supuesto, sin olvidar el ya comentado modelo "mediterráneo de cuidados", en el que se enmarca España.

Pese a las diferencias entre los países europeos, según el "Resumen del informe consolidado: El trabajo con personas ancianas. Estudio de la situación en Suecia, España e Inglaterra con material adicional de Hungría" (Johansson y Moss, 2004), existen una serie de elementos comunes en toda Europa: normas nacionales que están comenzando a normalizar los servicios de cuidados, haciendo hincapié en su calidad, en su financiación pública, y en dar respuesta a las necesidades más acuciantes y exigentes de las personas que más lo necesitan. Así mismo, estas políticas se están encaminando hacia la creación de programas dirigidos a la formación de los cuidadores, abriendo nuevas vías a los cuidados formales.

En definitiva, cuando se habla de modelos de protección a los cuidados dentro del espacio europeo, debe tenerse siempre en cuenta la amplia diversidad entre países, es decir, la ausencia de un modelo único.

Al analizar la situación de este tipo de políticas, todo apunta a que la tendencia europea irá encaminada a crear sistemas de protección "universales", pero de manera contenida, adaptada a las circunstancias de cada zona y de cada ciudadano (Puyol y Abellán, 2006).

En la siguientes tablas, Rodríguez Cabrero (2011) explica las distintas reformas en los modelos de cuidados que han ido realizando los países europeos en los últimos años y en la que además se puede observar cómo durante los últimos diez años, se han producido nuevos avances, encaminados hacia un acceso universal a los servicios, y a una financiación mixta entre pública y el copago.

TABLA 1.1. Reformas en los modelos europeos de cuidados de larga duración.

REFORMAS DEL PERÍODO 1980-2000	Modelo anglosajón (Reino Unido, Irlanda)	Modelo continental (Alemania, Francia, Austria, Holanda, Luxemburgo y Bélgica)	Modelo nórdico (Suecia, Finlandia y Dinamarca)	Modelo mediterráneo (España, Italia y Portugal)
Derecho social a la protección social a la dependencia.	Derecho mixto: universal en atención sanitaria y protección asistencial en servicios sociales.	Derecho universal con dos niveles: contributivo y no contributivo.	Derecho universal.	Derecho mixto: universal en atención sanitaria y asistencial en servicios sociales.
Financiación.	Impuestos y copago en servicios para los que exceden un nivel de renta.	Cotizaciones en el nivel contributivo; impuestos en el nivel no contributivo; copago en la prestación de servicios.	Impuestos generales y locales; copago.	Impuestos generales, cotizaciones y copago para los que exceden un nivel de renta.
Prestaciones sociales.	Servicios y ayudas monetarias. Ayudas técnicas.	Servicios y prestaciones monetarias topadas. Ayudas técnicas.	Servicios sociales y ayudas técnicas.	Prestaciones monetarias, servicios asociales y ayudas técnicas.
Responsabilidad de organización y gestión.	Municipal.	Seguridad Social, Regiones y Municipios.	Municipal.	Regional y Municipal.
Provisión de servicios según importancia.	Empresas, ONGs y ayuntamientos.	ONGs y empresas, papel residual de ayuntamientos en modelo alemán.	Ayuntamientos y creciente importancia de empresas.	Ayuntamientos, ONGs y creciente importancia de empresas.
Políticas de apoyo al cuidado informal.	Apoyo limitado al cuidador y elevada responsabilidad individual.	Amplio apoyo al cuidador informal.	Apoya y sustituye a la familia cuidadora.	Limitado apoyo al cuidador informal.
Situación actual de los modelos.	Debate político sobre la oportunidad de la universalización de la protección social de la dependencia.	Reforma en Alemania en 2007 para lograr nuevos equilibrios institucionales y financieros del modelo. Reformas previstas en Holanda.	Incremento de la prestación de servicios por parte de las empresas privadas en Suecia y, en general, en los países nórdicos.	Aprobación de la ley de la dependencia en España. Libro Blanco de la dependencia en Italia.

Fuente: Rodríguez, C. (2011).

TABLA 1.2. Reformas en los modelos europeos de cuidados de larga duración.
(Continuación).

REFORMAS 2000-2010	Modelo anglosajón (Reino Unido, Irlanda)	Modelo continental (Alemania, Francia, Austria, Holanda, Luxemburgo y Bélgica)	Modelo nórdico (Suecia, Finlandia y Dinamarca)	Modelo mediterráneo (España, Italia y Portugal)
Principios orientadores.	Consumerismo, individualización del riesgo.	Refamiliarización y mercantilización.	Universalización, familiarización y mercantilización dual.	Universalismo, familiarización y mercantilización.
Accesibilidad.	Preferencia personas en grave dependencia sin recursos.	Universal.	Universal.	Transición hacia cobertura universal.
Prestaciones.	Preferencias prestaciones monetarias y presupuesto personal.	Preferencia prestaciones monetarias y programas conciliación.	Servicios: crecimiento prestaciones monetarias y presupuesto personal.	Preferencia prestaciones monetarias; servicios sociales municipales y regionales.
Provisión.	Privada mercantil.	Privada: mercantil; tercer sector en declive.	Pública con crecimiento sector mercantil.	Mixta: provisión tercer sector y crecimiento sector mercantil.
Financiación.	Mixta: pública y copago.	Mixta: impuestos, cotizaciones y copago.	Pública y copago.	Mixta: impuestos y copago. También cotizaciones.
Gobernanza.	Fragmentación institucional y regulación central.	Regulación central y gestión regional con financiación compartida.	Regulación central y gestión municipal.	Fragmentación con tendencia a sistematización.

Fuente: Rodríguez, C. (2011).

2.2.3. La Ley de la Dependencia en España.

Anttonen (2005), en su trabajo "Hacia un mayor cuidado público: cambios en las relaciones y las políticas públicas de cuidado a las personas dependientes", viene a explicar el cambio que los distintos sistemas de bienestar europeos están introduciendo en sus políticas sociales, dada la creciente preocupación por el futuro del cuidado a las personas en situación de dependencia.

Como esta autora señala, los modelos tradicionales de cuidados informales se han ido transformando debido a cambios económicos y sociales significativos, y con el tiempo el cuidado se ha convertido en un asunto público. “El cuidado es una cuestión de política social que levanta pasiones morales y políticas.” (Anttonen, 2005:10).

La aprobación en España de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, conocida como Ley de la Dependencia, ha marcado un hito en lo referente a la provisión de cuidados. Ha sido la respuesta española ante la llamada “crisis del cuidado informal.”

Esta ley, en su preámbulo, reconoce la inviabilidad del modelo tradicional de cuidados en España, y aboga por poner en marcha un sistema de servicios (Sistema de Atención a la Dependencia), frente a las prestaciones económicas. Pero lo cierto es que la práctica está reforzando el cuidado familiar. Los datos ofrecidos por el SAAD-IMSERSO (Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación), a 1 de mayo de 2012, vienen a corroborar esta situación: de las 946.075 prestaciones reconocidas, 428.899 corresponden a prestaciones económicas a cuidados familiares.

Barbadillo y Gómez (2010), también destacaron esta misma situación al estudiar los datos del SAAD-IMSERO, a 1 de septiembre de 2010:

“Como se puede apreciar, prácticamente la mitad de las intervenciones se concretan en prestaciones económicas por cuidados familiares. Y ello ocurre aún a pesar de que la Ley establece que los servicios han de tener carácter prioritario, produciéndose así una clara desviación respecto de las previsiones del legislador. Esta desviación se concreta en la continuidad de la realización de las tareas de cuidado por parte de las mujeres de la familia, que ya

tradicionalmente eran las encargadas de las mismas, pero que ahora reciben una ayuda económica y son incluidas en la Seguridad Social.” (Barbadillo y Gómez, 2010:7).

Por otro lado, se observa que de las 176.529⁸ personas sujetas al convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia, 163.534 son mujeres, frente a 12.995 hombres, lo que demuestra la prevalencia del cuidado informal femenino. Además, si se considera la edad, se observa el envejecimiento de estos cuidadores, pues 39.292 son mayores de 60 años, lo que supone el grupo de edad más numeroso.

Los datos⁹ para la Comunidad Autónoma de Aragón corroboran esta situación. De las 22.548 prestaciones reconocidas, 14.544 son prestaciones económicas a cuidados familiares; es llamativo que no se haya concedido ninguna prestación de prevención de dependencia y promoción de autonomía personal, ninguna de teleasistencia y una única prestación de ayuda a domicilio. Del Rincón y Sanz (2010) destacaban lo siguiente en sus conclusiones:

“Se trata de un problema generalizado en todo el territorio nacional y, posiblemente, inevitable en los comienzos de un proceso que sólo podrá ser valorado en sus justos términos en el largo plazo: el predominio absoluto de las prestaciones económicas sobre los servicios y, en particular, de las prestaciones económicas por los cuidados en el entorno familiar, está perpetuando el modelo tradicional de atención y cuidados. Modelo tradicional *pervertido* ahora por esa prestación económica tan aparentemente satisfactoria

⁸ Datos recogidos a 30 de abril de 2012, por el SAAD-IMSERSO (Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación).

⁹ Extraídos de la misma fuente que la anterior: SAAD-IMSERSO (Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación). Situación a 1 de mayo de 2012.

tanto para las familias, y más en época de crisis, como para las administraciones públicas, especialmente en momentos de recorte de los recursos públicos.” (del Rincón y Sanz, 2010:38).

De esta manera se perpetúa el rol de las mujeres como cuidadoras, pese a que la ley había previsto que la figura del cuidador/a familiar se hubiera ido convirtiendo en un hecho residual, y sin dar solución real al problema de partida que suponía la “crisis” de los cuidados informales.

2.3. Cuidados y cuidadores.

2.3.1. Perfil tradicional de los cuidadores en España.

El art. 2.5. de la Ley de la Dependencia (39/2006), define el cuidado no profesional como “la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada”. Según el Libro Blanco de la Dependencia, el cuidado informal es:

“En su nivel más general y propio, el que se presta por parientes, amigos o vecinos. Este conjunto difuso de redes suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración. Sin embargo, por extensión, el término se aplica también a otros agentes de intervención, como pueden ser las asociaciones de ayuda mutua y el voluntariado.” (Rodríguez, 2005:173).

Tal y como se ha señalado, el modelo de atención a las personas que requieren cuidados en España, corresponde a un modelo familista, (tradicional, mediterráneo y católico), fuertemente ligado a los cuidados informales. Según Jurado y Naldini (2007), pese a la relevancia de estos modelos familistas en los países del sur de Europa, las políticas sociales no han apoyado a las familias.

Del Rincón y Sanz, en su material inédito preparado para el Máster de Gerontología (de la Universidad de Zaragoza), caracterizan este modelo de la siguiente manera:

- La inmensa mayoría de las personas que necesitan cuidados los reciben a través del sistema informal de atención.
- La responsabilidad de la atención a personas dependientes recae en la familia, mientras que los servicios de atención formal tienen un carácter subsidiario, predominando los cuidados familiares.
- Este cuidado familiar recae fundamentalmente en las mujeres, que están responsabilizadas socialmente a proveerlo en base a la división tradicional de los roles de género. Por este motivo el cuidado tiende a asociarse como una responsabilidad de mujeres.
- Se caracteriza por su invisibilidad y el escaso reconocimiento social a estas labores.
- Las principales motivaciones para ejercer como cuidadores informales están relacionadas con el altruismo y al responsabilidad moral.

Por cuidador informal, en esta investigación, se entiende como la persona principal (a veces única), la cual es responsable de proporcionar ayuda, de manera continuada, a un familiar que necesita asistencia, bien por enfermedad, o bien por discapacidad, sin recibir remuneración.

Lo cierto es que cuando se habla de este tipo de cuidadores, se observa como el peso suele recaer sobre las mujeres. Siguiendo a del Rincón (2009),

el apoyo informal representa la fuente fundamental de atención y ayuda más frecuente entre personas mayores dependientes no institucionalizadas. La familia suele ser la principal fuente de cuidados y en su seno casi siempre existe un cuidador principal sobre quien recae la carga de la atención; este cuidador principal habitualmente es mujer (cónyuge, hija o nuera) por lo que la conclusión inequívoca que se puede extraer de la información disponible que el cuidado informal es suministrado en su mayor parte por mujeres, pudiendo establecerse la siguiente ecuación:

Asistencia informal = asistencia familiar = asistencia prestada por mujeres.

Armstrong y Kits (2001), cuando tratan de responder a la pregunta “¿quién es proveedor de cuidados?”, rotundamente afirman que son las mujeres, bien como hijas, madres, compañeras, amigas o incluso voluntarias. Al igual que muchos otros autores, sitúan a las mujeres como la principal fuente de provisión de cuidados, y subrayan, sin retribuir.

A partir del informe del IMSERSO (2005) se puede decir que el perfil predominante de los cuidadores en España corresponde a una mujer de unos 53 años, casada, con estudios primarios y cuya actividad principal ha sido siempre la de realizar tareas del hogar y con escasa participación en el mercado de trabajo. Es decir, son mujeres que continúan representando el rol tradicional femenino como proveedoras de cuidados y afecto dentro de los modelos tradicionales de familia.

A diferencia de otros países europeos, España aún destaca por el predominio de este perfil del cuidador, no observado grandes cambios en su composición desde los años noventa. Según Tobío (2010):

“Tanto la primera Encuesta de Apoyo Informal a Mayores de 1993 (Insero, 1995) como las más recientes coinciden en señalar a la hija como el pilar del cuidado. Por ejemplo, según la Encuesta de

Condiciones de Vida de las Personas Mayores de 2006 (Abellán *et al.*, 2007), es la cuidadora principal en el 39% de las tareas de cuidado. Le sigue la pareja en un 22%, a más distancia aparece el hijo, la empleada de hogar y el resto de las categorías (amistades, vecindario, voluntariado) apenas llega al 10%”.

Con todo, los datos indican¹⁰ que se está produciendo una diversificación del perfil de los cuidadores, de entre los que están aumentando las mujeres ocupadas y el número de varones jubilados o pensionistas. Esto se puede ver representado en la *tabla 2*, que se incorpora al finalizar este epígrafe.

La mayoría de los cuidadores presta la ayuda en solitario, es decir, sin apoyo formal o informal de otras personas o instituciones. Según el informe del IMSERSO (2005), aunque la red de apoyos formales se ha ido ampliando en los últimos tiempos, las mujeres continúan atendiendo principalmente a los dependientes, cubriendo en muchos casos necesidades que sin su labor de cuidadoras, no se verían atendidas.

Crespo y López (2008), en su artículo “Cuidadores y cuidadoras: el efecto de género en el cuidado no profesional de los mayores”, abren una serie de interrogantes realmente interesantes ante esta cuestión, tratando de dilucidar si el cuidado es un asunto exclusivamente femenino, o si por el contrario, existen hombres participando activamente como cuidadores.

Según Tobío (2010) los hombres están comenzando a implicarse más activamente en lo que respecta al cuidado infantil, pero todavía es menor en la vejez. Para esta autora, los motivos de esta escasa presencia de varones son diversos, pero destaca:

¹⁰ IMSERSO/Gfk-Emer (2004): Encuesta de Apoyo Informal a los mayores en España.

- La preferencia de los mayores por ser cuidados por mujeres.
- La justificación social que excusa a los hombres de realizar estas tareas.
- Los hombres suelen excusarse de la provisión de cuidados, refugiándose en el argumento de que ellos realizan un trabajo remunerado fuera del hogar.
- Los varones argumentan no poseer las habilidades suficientes para cuidar (que suelen resumirse en paciencia y capacidad de empatizar con la persona cuidada).

De este modo los prejuicios han etiquetado tradicionalmente a las mujeres como las mejores o más adecuadas para cuidar, estereotipo que se sigue manteniendo hoy en día, pese a que las mujeres han entrado de lleno en el mundo laboral. Ello conlleva dificultades a la hora de compatibilizar ambas tareas y por tanto da lugar a que se hable de "la crisis del apoyo informal".

Para Rodríguez (2006:19-20) se está produciendo un "debilitamiento progresivo de la tradicional red informal de apoyo aportada por la familia en general y las mujeres de manera muy particular". Algunos de los motivos que enuncia la autora son datos puramente objetivos como el envejecimiento provocado por el aumento de esperanza de vida en salud, y la caída de la fecundidad. También enumera las posibles consecuencias de esta evolución en la familia: aumentará el número de personas que vivan solas, además, estas personas mayores al no haber tenido hijos/as, (o al residir en distintas áreas geográficas, tendencia que cada vez cobra más fuerza en nuestra sociedad), no tendrán la posibilidad de que ser atendidas por ellos. Por otro lado, Rodríguez (2006:20), destaca los cambios culturales y de valores, es decir, "la transformación profunda de la posición social de las mujeres y, por ende, de su rol dentro y fuera de la familia".

O dicho de otro modo, tal y como Rodríguez (2006) concluye:

“Como conclusión de este apartado, resulta fácil colegir la dificultad, si no la imposibilidad, de que las familias puedan mantener en el futuro su apoyo a las personas con dependencias, al menos en cuanto atañe a la intensidad de la atención que prestan en la actualidad.” (Rodríguez, 2006:21).

TABLA 2. Perfil cuidadores en España (*).

	Cuidadores/as (A)**	Población 2004 (B)***	Diferencia (A-B)
GÉNERO			
Hombre	16,4	49,1	-32,7
Mujer	83,6	50,9	32,7
EDAD			
Menos de 20 años	1,2	4,9	-3,7
De 20 a 29	3,6	18,3	-14,7
De 30 a 39	11,9	20	-8,1
De 40 a 49	23,8	16,9	6,9
De 50 a 59	28,7	13,9	14,8
De 60 a 69	15,9	11,8	4,1
Más de 69 años	14,9	14,2	0,7
Edad media	52,9	46,2	0,7
ESTADO CIVIL			
Soltero/a	14,8	30,1	-15,3
Casado/a	76,2	58,3	17,9
Viudo/a	5,1	8,1	-3
Separado/a	2,1	2,2	-0,1
Divorciado/a	1,5	1,3	0,2
No consta	0,3		
NIVEL DE ESTUDIOS			
Sin estudios + Analfabetos	17,1	15,9	1,2
Primarios	43	23,3	19,7
Segundo Grado	32,6	46,8	-14,2
Tercer Grado	7,0	14,0	-7
No sabe	0,3		
SITUACIÓN LABORAL			
OCUPADO	26,0	48,7	-22,7
NO OCUPADO	73,1	51,3	21,8
Jubilado/pensionista	20,2	21,1	-0,9
Parado habiendo trabajado	7,0	6,4	0,6
Parado buscando primer empleo	0,3	1,5	-1,2
Tareas del hogar	44,2	14,5	29,7
Estudiante	1,4	6,2	-4,8
No contesta	0,9		

(* **Fuente:** IMSERSO/GFK (2005:17). (Esta tabla puede encontrarse en esa cita. Los asteriscos siguientes aparecen así en el original).

(**) Fuente: IMSERO/Gfk-Emer (2004): Encuesta de Apoyo Informal a los mayores en España.

(***) Fuente: INE (2004): Censo de Población y Viviendas 2001.

2.3.2. Diferencias de género en los cuidados. Varones cuidadores.

Tradicionalmente, se ha enfocado el tema de los cuidados desde una perspectiva de género que dotaba a la mujer de un papel protagonista como cuidadoras, de manera que tan solo desde hace unos años, se ha despertado un interés científico sobre los hombres que cuidan. Crespo y López (2008), destacan la novedad de este campo de investigación y encuentran varias razones para que éste sea estudiado, remarcando que el contexto social e institucional ha asumido que son las mujeres las que cuidan, dejando en el olvido a los hombres dada su escasa proporción. La ciencia ha tratado de comprender el proceso de cuidado que ha implicado a las mujeres, pero no ha profundizado en el que atañe a los varones, haciendo que estos hayan permanecido invisibles, no sólo para sociedad, sino también para la gerontología.

Ambos investigadores sostienen que cuando se habla de los hombres cuidadores, se suelen tratar "como si fuesen un grupo homogéneo", sin tener en cuenta que dentro del mismo existe una pluralidad de casos y circunstancias susceptibles de ser analizadas. Además, mantienen que las aproximaciones hacia los conceptos de cuidadores masculinos, a menudo se realizan en términos de los retos que deben afrontar y las desventajas que presentan en comparación con las mujeres.

Aunque sí es cierto que los varones deben enfrentarse al estereotipo de la feminización del cuidado, y que tradicionalmente se espera de ellos que sean los que sostengan económicamente un hogar; con frecuencia son descritos como personas luchadoras y valientes por afrontar roles que (según modelos tradicionales), no les corresponderían.

Armstrong y Kits (2001), encuentran algunas diferencias entre los cuidados femeninos y masculinos. Estas autoras desatacan que las mujeres proveen cuidados personales y apoyo emocional, mientras que los hombres se

dedican al mantenimiento del hogar, las compras o el transporte; además, éstas pasan más tiempo ejerciendo estas tareas de cuidados. Los hombres suelen acudir más al cuidado formal en busca de ayuda y apoyo en sus labores como cuidadores. Por otro lado, las autoras destacan que los hombres cuidan a sus esposas, compañeros y además ejercen de cuidadores voluntarios; sin embargo, además de a las personas nombradas anteriormente, las mujeres también cuidan a sus hermanos, a sus familiares políticos y otro tipo de familiares.

Crespo y López (2008) exponen mediante cifras algunas diferencias entre hombres y mujeres a la hora de determinar a quién están cuidando:

“De cada 10 *cuidadores varones*, 6 cuidan de su esposa o pareja, 9 cuidan de una mujer y 6 están jubilados. Además su edad media se sitúa en torno a los 67 años, mientras que la de la persona a la que cuidan supera los 76 años. En cambio de cada 10 *cuidadoras*, 7 son hijas que cuidan de su padre, madre o ambos, 6 cuidan de una mujer, 4 trabajan y 4 son amas de casa, estando su edad media entorno a los 54 años y la de la persona mayor a la que atienden cerca de los 80 años.”

Una diferencia importante en cuanto al tipo de cuidados que proporcionan hombres y mujeres, y que se ve reflejada a lo largo de la literatura, está relacionada con la sensación de carga o estrés que los cuidadores pueden sentir ejerciendo ese rol. Un estudio realizado por Sugiura et. al. (2009), titulado “Gender Differences in Spousal Caregiving in Japan” (Diferencias de género en los esposos cuidadores, en Japón), analiza detenidamente esta cuestión. Según los resultados que obtuvieron, los maridos cuidadores presentan menos signos de depresión que las esposas cuidadoras, y esto lo explican porque los hombres suelen acudir más a la red de apoyo formal o profesional, así como a la informal. En otras palabras, según Sugiura (2009),

los hombres cuentan con ayuda a la hora de ejercer como cuidadores, tanto a nivel material, como emocional.

Este mismo estudio encuentra a su vez, diferencias entre la duración de los cuidados, el compromiso que adquieren, las estrategias de afrontamiento a la hora de cuidar y el uso de servicios de corta estancia como medidas de apoyo. Sugiura (2009) mantiene que los maridos utilizan en mayor cantidad los servicios de ayuda a domicilio, mientras que las esposas tratan de buscar apoyo emocional como manera de afrontar las cargas que supone el cuidado. Sin embargo, detectó que las mujeres adoptan mayores compromisos a la hora de ejercer como cuidadoras de sus maridos, ya que estos presentan unas necesidades más altas, las cuales suponen una mayor responsabilidad y que por tanto, trae consigo riesgos de padecer estrés e incluso, depresión.

Todo lo anterior ya aparecía reflejado en un texto adelantado de Arber y Ginn (1996) sobre cuidados y cuidadores; apunta a que estas diferencias pueden deberse a que los hombres han mantenido siempre un rol visible en la sociedad, realizando tareas y manteniendo roles fuera del hogar, mientras que las mujeres se han dedicado siempre a las actividades que tenían lugar dentro del hogar. Aunque tal y como señalan los autores, los roles con la edad se van difuminando, casi siempre en gran parte debido a las necesidades surgidas de situaciones de dependencia, en la que unos y otros deben apoyarse.

2.3.3. Mayores cuidadores.

Pese a existir abundante literatura acerca de los mayores que cuidan a sus nietos, y que cada vez más la sociedad moderna empieza a reconocer la importancia del "rol de abuelo" en la crianza de los hijos, lo cierto es que se ha estudiado poco una realidad que va en aumento, como es la de las personas mayores que están cuidando a otros mayores. En el futuro, crecerá la demanda de cuidados y lo cierto es que la función de los mayores como cuidadores se prevé que aumente (Haberkern, 2011).

Ya en 1998, Velkoff, V y Lawson V. en su trabajo "Gender and Aging: Caregiving", recuerdan que, pese a que el estereotipo del cuidado sea la de una persona mayor que está enferma y recibe ayuda, lo cierto es que estas mismas personas mayores pueden estar ejerciendo como cuidadores, rompiendo así con esa idea estereotipada de la vejez.

Según Tobío (2010), en España casi un tercio de los cuidadores ha cumplido los 60 años, es decir, en ocasiones se está hablando de personas que pueden encontrarse en situación de dependencia, que deberían estar recibiendo algún tipo de ayuda, y que sin embargo, se encuentran cuidando. Es una realidad que todavía pasa desapercibida, pero que afecta a un gran número de personas.

Cada vez es más frecuente encontrar a hijos o hijas de unos 60 años, que están cuidando a sus padres, o incluso, a sus abuelos, y todavía con más frecuencia se pueden observar casos de personas de más de 65 años que están cuidando a sus cónyuges, los cuales son los principales destinatarios de la ayuda que proporcionan los mayores. Tal y como lo describe Tobío (2010), se trata de abuelas/os cuidando a abuelos/as.

Ya unos años antes, en 2005, un estudio pionero llevado a cabo en el zaragozano barrio de San José, planteaba la cuestión de los mayores que ejercen como cuidadores. En esa ocasión se diseñó un cuestionario en el que los resultados reflejan que los mayores "están fuertemente implicados en estas tareas y de forma muy activa desempeñan el rol de cuidadores informales y/o ejercen activamente de abuelos, a pesar de tener una edad avanzada." (del Rincón, 2005:130). Estos datos indican que al menos el 10% de los mayores de San José cuidan de manera informal a personas en situación de dependencia: un 1,8% de los mayores atienden a personas con discapacidad, el 2,6% a enfermos/as y el 6% cuidan a otros mayores.

Generalmente se estudian en mayor profundidad los casos de mujeres que están cuidando, pero como resumen Armstrong y Kits (2001), los hombres también cuidan a sus mujeres, pero al vivir menos que ellas, se dan menos casos.

Se podría afirmar que existe un número creciente de hombres que alcanzada la edad de jubilación, están emergiendo como la primera generación de varones cuidadores: "el 47,5% de los hombres que prestan ayuda a sus parejas tiene más de 65 años, e incluso un 4,3% más de 80 años (Fernández Cordón y Tobío, 2007: 55). Por el contrario, en el caso de las mujeres, la ayuda se reparte más homogéneamente en el ciclo vital: el 31,5% en el grupo de 65 y más y el 41,5% en el de 30-54. El porcentaje de mayores de 80 años que presta ayuda es muy bajo (0,9%) debido a que se trata, sobre todo, de viudas." (Tobío, 2010).

Para Crespo y López (2008) al comparar a los hombres que ejercen como cuidadores con las mujeres, se dan algunas diferencias, pues estos mayores que están comenzando a cuidar a sus esposas o parejas, deben aprender a realizar tareas del hogar que para ellos son totalmente nuevas, y pueden consistir en planchar, lavar, cocinar.... Ambos autores afirman que aunque se podría decir que la mayoría de ellos se han ido adaptando y asumiendo estas tareas que siempre se han considerado típicamente femeninas, lo cierto es que para algunos ha supuesto una dificultad, al tener que romper con ciertos estereotipos de género tan arraigados culturalmente.

A continuación, se van a analizar las características de los varones mayores, que se encuentran cuidando a otros mayores, a través de una serie de entrevistas que se les ha realizado tanto a ellos, como a un grupo de profesionales cuyo trabajo se relaciona con el área de cuidados a dependientes.

3. VARONES MAYORES CUIDANDO A MAYORES. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.

A lo largo de las siguientes páginas se va a proceder a analizar el trabajo de campo que se ha elaborado para esta investigación. El propósito principal es describir las características fundamentales del tipo de cuidados que los mayores varones están ejerciendo, así como conocer las necesidades (expresadas y no expresadas) que pueda tener este colectivo.

Además, este estudio se completará con el punto de vista de diversos profesionales que están en contacto permanente con la realidad de los cuidados informales, siendo clave su aportación para elaborar la propuesta de intervención final. En el *Anexo IV* se pueden consultar una serie de tablas que contienen fragmentos transcritos de las entrevistas, correspondientes a cada punto del análisis.

Las *tablas 3.1 y 3.2*, en la siguiente página, ofrecen un resumen del caso de cada uno de los entrevistados, proporcionando una visión general del conjunto de los datos obtenidos en las entrevistas, a la vez que puede ser una guía útil para la lectura del análisis.

3. Varones mayores cuidando a mayores. Análisis de la situación.

TABLA 3.1. Tabla de datos sobre los varones cuidadores mayores.

	Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3	Entrevistado 4	Entrevistado 5
Edad del entrevistado.	80 años	81 años	61	62	82
Edad de la persona a la que cuida.	76 años	77 años	83	85 el padre y 82 la madre.	85
Relación con la persona a la que cuida.	Esposa	Esposa	Madre	Padre y Madre.	Hermano
Situación de dependencia (enfermedad).	Alzheimer al 80%. Movilidad del 20% Depresión endógena.	Cáncer de pecho, en estado de metástasis.	Columna desviada. Sin visión en ojo izquierdo. Azúcar, colesterol, hipertensión. Invalidez total.	Padre espondilitis: movilidad reducida y Madre Alzheimer.	Párkinson y demencia mixta.
Tiempo desde que empezó a cuidar	12 o 14 años.	14 meses muy enferma. 30 años desde que le diagnosticaron el cáncer.	No lo recuerda. Más de 11 años	11 meses	10 años y anteriormente más
Circunstancias de asunción de los cuidados.	Ha sido progresivo.	Sobreenido. Viven los dos juntos.	No planeado. Comenzó cuidando a su padre.	Desde que le diagnosticaron Alzheimer a su madre.	El hermano tenía buena salud hasta los 75 años.
Derechos generados por la persona a la que cuida.	Por la dependencia le pagan una mensualidad. Por la discapacidad una tarjeta.	No han solicitado nada.	Están reconociendo la dependencia No les han contestado todavía.	Están incluidos en la ley de Dependencia pero aun no han recibido nada.	Aún no han recibido nada. Le retenían menos en la pensión por enfermedad.
Cuida en solitario o con ayuda.	Ayuda de profesional y familiar esporádico. Fue por las circunstancias.	Solo, pero con ayuda esporádica de su hija.	Ayuda de profesional.	Ayuda profesional y familiar. (Supervisor de cuidados).	Está en residencia y familia lo visita todos los días.
Tareas de cuidados	Todas las tareas.	Todas pero no necesita cuidados personales	Ha dejado de realizar tareas de cuidado personal.	Tareas de gestión y supervisión.	Alimentación y compañía.
Motivación para ejercer como cuidador.	Ha sido por necesidad. Porque es su esposa. Por obligación moral.	El amor y el cariño hacia su esposa. La convivencia de 45 años juntos.	Considera a su madre lo más importante.	Es imprescindible, para el algo cultural.	Es su hermano.
Repercusiones de los	Está en un estrés continuo.	El nerviosismo y estrés	Al no trabajar, no trae dinero.	Ninguno, al contrario.	Ninguna, todo bien.

3. Varones mayores cuidando a mayores. Análisis de la situación.

cuidados.		psicológico.	Sale menos con amigos. Con su padre sí sufrió ansiedad.		
Satisfacción en los cuidados.	Sí, pero le gustaría hacer más por ella.	Se sentía realizado, aunque apenado y obligado moralmente.	Se siente feliz.	Está feliz por ver contentas a las personas que cuida.	Se siente realizado y admirado.
Necesidades expresadas	Buscar una residencia para los dos.	Encontrar un piso mejor, sin escaleras y adaptado.	Una persona fija que descargase la responsabilidad. Más ayuda a los familiares.	Tener persona interna en el hogar.	Recibir más dinero para pagar la residencia.

TABLA 3.2. Tabla de datos sobre los varones cuidadores mayores (Continuación).

	Entrevistado 6	Entrevistado 7	Entrevistado 8	Entrevistado 9	Entrevistado 10
Edad del entrevistado.	60	77	78	66	79
Edad de la persona a la que cuida.	85	80	75 esposa y 88 A.	63	82
Relación con la persona a la que cuida.	Madre	Esposa	Esposa y la asistente de hogar.	Esposa	Esposa
Situación de dependencia (enfermedad).	Demencia senil.	Operación de cadera y médula ósea.	Las 2 Alzheimer y la esposa soriasis.	Alzheimer, y cáncer de pecho.	Alzheimer.
Tiempo desde que empezó a cuidar	5 años.	1 año y medio.	10 años.	2 años y medio.	Desde el 2007.
Circunstancias de asunción de los cuidados.	Su deterioro mental y físico fue en aumento.	Porque no podía ella, fue repentino	Desde que se dio cuenta de que les fallaba la memoria.	Paulatinamente la familia observó el deterioro.	Porque empeoró el Alzheimer.
Derechos generados por la persona a la que cuida.	No ha sido valorada ni han recibido nada.	Económicamente hasta el 2013 no van a recibir nada, pero tienen una asistente en el hogar 4 horas a la semana.	A la señora que vive con ellos le han concedido una residencia.	Calculan que unos 300€ mensuales, pero todavía no han comenzado a percibirla.	Si, 3er Grado de dependencia y le dan 400€ mensuales.
Cuida en solitario o con ayuda.	Profesional mientras trabaja y turnos con el hermano.	Profesional de un ayuntamiento gratis 4h semanales y particular 2h. y los hijos esporádicamente.	Profesional 6h diarias, asociación de Alzheimer 2h e hijos apoyo económico.	En solitario y esporádicamente su hijo pequeño.	En solitario, antes la familia.
Tareas de cuidados	Realiza todas excepto la ducha.	Tareas de gestión y supervisión, así	Todas las tareas.	Todas las tareas.	Todas las tareas.

		como de limpieza y cocina.			
Motivación para ejercer como cuidador.	Necesita ayuda y es su obligación.	Porque no le queda más remedio.	Porque no tiene dinero para pagar una residencia.	Por el cariño que le tiene.	Por amor, por el deber con gusto y cariño.
Repercusiones de los cuidados.	Abandonar un poco la familia debido a la necesidad del cuidado.	Nada, alguna vez los riñones y poco más.	Cambio de carácter: Más comprensión con los enfermos.	Bien, ninguna.	Ha cambiado el modo de vida.
Satisfacción en los cuidados.	No, nada de nada.	No.	Si, se siente realizado por poder ayudar.	Contento porque lo hace por cariño.	Satisfacción al verla contenta y feliz.
Necesidades expresadas	Residencia de ancianos y apoyo familiar.	No necesitan nada.	Internarlos en una residencia.	Poder pagar a profesional de confianza.	Atención de centro especializado.

3.1. Perfil del varón que ejerce como cuidador.

Como se puede apreciar la *tabla 3*, siete de los diez entrevistados se encuentran en la llamada 4ª edad. Son personas que han asumido el rol de cuidadores a edades avanzadas, incluso aquellos que llevan mucho tiempo ejerciendo de cuidadores. Tal es el caso del *Entrevistado 1*, que según él, llevaba unos 12 o 14 años cuidando; actualmente tiene 80 años, es decir, comenzó a realizar estas tareas cuando ya tenía más de 66 años.

A excepción de uno de estos cuidadores (el *Entrevistado 5*, que cuidaba a su hermano), el resto estaban cuidando a sus esposas y conviviendo con ellas. Estas parejas eran prácticamente octogenarias y residían solas en su domicilio. Este hecho es muy importante, porque al vivir en el mismo hogar se intensifican los cuidados, de manera que estos tienen lugar las veinticuatro horas del día, de manera cotidiana. El *Entrevistado 1* nos hablaba del **tiempo que dedicaba a los cuidados**:

“Todos los días, todos los días, no tengo prácticamente descanso. Hay días que termino desahuciado, porque además ha sido siempre muy movida y tiene chispazos de rebeldía.”

Tres de los entrevistados (los números 3, 4 y 6), tenían una edad comprendida entre los 60 y los 65 años, y se caracterizaban por estar cuidando a sus ascendientes (generalmente la madre). El *Entrevistado 3* sí convivía con su madre, y por tanto la intensidad del cuidado era mayor; sin embargo, los otros dos no convivían con su familiar, aunque la vivencia de la carga del cuidado difiere: el *Entrevistado 6* se manifestaba insatisfecho, pero seguramente fuese debido a que era el único de todos los entrevistados que estaba en activo, teniendo que compaginar su trabajo, las responsabilidades con su propia familia, y el cuidado de su madre; el *Entrevistado 4* se mostraba satisfecho.

Entre los cuidadores más mayores, destaca su mala situación de salud, algunos incluso aquejados de algunas enfermedades graves, que en el mejor de los casos, deberían estar siendo ellos los que estuviesen recibiendo cuidados. Además, dos de los entrevistados estaban ciudadano a dos personas a la vez: el *Entrevistado 4* a su padre y a su madre y el *Entrevistado 8*, a su esposa y a la asistente interna que había permanecido con ellos una vez jubilada.

3.2. Perfil de las personas que reciben cuidados.

A excepción del *Entrevistado 4*, que cuidaba a su padre y madre, y del *Entrevistado 5*, que cuidaba a su hermano, el resto de las personas a las que estaban atendiendo estos varones cuidadores, era **mujeres**. Además, se podría considerar que todas ellas son **octogenarias**.

Otro dato en común que poseían estas mujeres, era el **alto grado de dependencia que presentaban**. La enfermedad más común que padecían estaba relacionada con Alzheimer (presente en siete de los casos), seguido por problemas de movilidad; en cualquier caso, todas estas dolencias eran de **carácter degenerativo** y generalmente respondían a un cuadro de **pluripatología**.

El *Entrevistado 1* describía así el estado de salud de su esposa:

“Mi esposa está con Alzheimer, al 80%. Ella en realidad está normal, en cuanto a que reconoce a las personas, pero que al momento ya no se acuerda. (...) Luego tiene una movilidad de un 20% y tengo que llevarla de un sitio para otro, y pesa 80 y tantos kilos, y yo no puedo. Además tiene una depresión endógena desde 12 o 14 años y ha llevado un tratamiento que lo ha llevado bastante bien.”

De estas personas, siete de ellas han sido **valoradas** y reconocidas como dependientes, dos de ellas están esperando la resolución; sólo cuatro están recibiendo una prestación económica y tan sólo una cuenta con una profesional que les proporciona la administración durante dos días a la semana, dos horas cada día. Resulta llamativo que alguno de los entrevistados no tuviesen la percepción de que el reconocimiento de la situación de dependencia, fuese un derecho subjetivo. Por ejemplo, el *Entrevistado 6* contaba:

“La verdad es que no hemos solicitado nada, pues nosotros aún tenemos posibilidad de atenderla, mientras podamos atenderla, no vamos a pedir nada.”

En definitiva, la cobertura que el sistema de cuidados formales ofrece a estas personas dependientes es muy escasa, y por tanto, la atención informal que reciben por parte de los entrevistados, es fundamental para ellas.

3. 3. Tipo de ayuda que recibe el cuidador.

A lo largo de las entrevistas se preguntó a los cuidadores si recibían algún tipo de ayuda o si por el contrario, cuidaban en solitario. En general la mayoría de los entrevistados coincidían al señalar que contaban con alguna clase de apoyo, siendo el de tipo profesional al que más acudían, seguido del familiar.

En el estudio llevado a cabo por Sugiura et. al. (2009), corroboran este hecho, pues según estos autores, los maridos cuidadores utilizan los servicios de cuidado en el hogar dos veces más a menudo que las mujeres. Continúan explicando que esta estrategia de búsqueda de apoyo, les ayuda a afrontar las tareas de cuidado y además, evita en mayor medida la aparición de signos de depresión.

En cuanto al **cuidado profesional** (o personal remunerado), la mayoría de los entrevistados relataba que contaban con ayuda de algunas personas, quienes pasaban unas horas al día realizando tareas del hogar y de cuidado, y a las cuales pagaban por realizar esas labores. En general, se podría decir que el perfil de estos profesionales corresponde a mujeres, inmigrantes y que están prestando el servicio de manera privada, o dicho de otro modo, a la mayoría de las personas dependientes la administración no les había concedido este tipo de prestación.

El *Entrevistado 1* tenía contratada a “una chica que viene 2 horas diarias, de lunes a viernes”:

“Ella hace lo que en realidad hacen la mayoría de las mujeres y sobre todo atender a mi mujer, le tengo dicho <<lo primero ella>>. Pues ella la ducha, la limpia, la asea... y luego hace la cama, limpia los dormitorios, planchar... y si se deja alguna cosa, pues para el día siguiente. (...) El gobierno de la casa mientras yo no estoy, lo hace

ella. Todo lo que haga está bien hecho, porque es una chica que es muy fiable.”

En el caso del *Entrevistado 7*, también cuenta con ayuda de dos profesionales que colaboran en el cuidado de su mujer y de la casa, una de ellas está contratada de manera privada, y la otra, forma parte del servicio que les proporciona el Ayuntamiento de Zaragoza:

“La del ayuntamiento que viene dos días a la semana gratis y también una particular que pago yo. Vienen dos horas cada vez que les toca. La una viene el martes y el viernes y la otra viene el jueves. (...) Cuando vienen ellas lo hacen todo menos guisar. Y lo hacen todo, la limpieza, la cama, el baño... y cuando no vienen lo hago yo.”

Como ya se ha dicho, estas cuidadoras profesionales suelen ser inmigrantes. Según datos del resumen del trabajo de Moreno y Bruquetas (2011:2), “las trabajadoras extranjeras (en gran medida latinoamericanas) han pasado a ocupar entre la mitad y dos terceras partes del empleo regular de este sector. En el caso de las cuidadoras de mayores, el 40% son extranjeras y representan hasta el 80% de las cuidadoras en régimen interno.” Además, este tipo de cuidado que proporcionan, está generalmente bien valorado por los entrevistados, frente al que proveen las españolas, así el *Entrevistado 1* relataba:

“Estoy muy contento porque todas las que han venido son muy majas. Todas ecuatorianas, las dos veces que he tenido españolas, de pena. Sabes que pasa, que son más dulces, y para manejar a un anciano, mejor.”

Por otro lado, la mayoría de estos cuidadores contaba con el **apoyo de algún familiar**, aunque de manera esporádica y puntual. Esta ayuda suele ser proporcionada por los hijos e hijas de los entrevistados, y en algunos

casos, también por hermanos. Normalmente se traduce en la realización de tareas concretas, aunque a veces, también a modo de soporte económico. El *Entrevistado 2* cuenta el tipo de ayuda que le brinda su hija:

“Mi hija E. viene cuando puede, no viene todos los días, pero cuando puede la moza. Pues ella hacía la limpieza de la casa, que igual me decía, <<te voy a lavar esto, o te voy a fregar esto>>. Hoy ha estado, y me ha planchado dos pantalones.”

El *Entrevistado 6*, que cuida a su madre, cuenta cómo se turna con su hermano y con una profesional que tienen contratada:

“Por las mañanas viene una mujer mientras trabajo. Después de trabajar, realizo las compras necesarias y acudo a su casa. Estoy acompañándola y preparo la cena. Se la doy y espero la llegada de mi hermano que duerme con ella. Esto me ocupa de 6 a 10 de la noche. Los fines de semana me alterno con mi hermano.”

El *Entrevistado 8* relataba cómo la situación familiar y laboral de sus hijos, les impedía pasar más rato con ellos (con el entrevistado y su madre dependiente), y que en cambio, colaboraban económicamente:

“No pueden venir mucho, de visita sí, pero porque tienen familias, trabajo, el negocio..., y dos viven fuera. (...) Mis hijos, me ayudan entre todos económicamente, todos aportan y me dan algo para pagar a la mujer que viene 6 horas.”

Los principales motivos que argumentaban los entrevistados para la escasa involucración de la familia en el cuidado, estaban relacionados con las cargas familiares que sus hijos o hijas pudieran tener. Por ejemplo, el *Entrevistado 7* comentaba que pese a tener cinco hijos, no pasaban mucho tiempo ayudándoles, pues estaban todos casados:

“Mis hijos vienen de vez en cuando y me hacen alguna cosa, se suben a los altos, colocan alguna cosa... pero poco porque están casados y tienen familias. El que más el pequeño, viene para la compra grande, que nos la trae porque pesa.”

Tan sólo uno de los entrevistados, el *Entrevistado 5*, tenía a su familiar, en este caso hermano, en una **residencia**. Contaba como durante muchos años, mientras su hermano podía estar solo en casa, él pasaba todos los días a cuidarle, pero que llegó un momento en el que lo mejor para su hermano, era la residencia.

“Me turno con un hermano, y un sobrino también ahora, pero en otros tiempos he ido yo solo, no le hemos dejado de la mano. Vamos todos los días a darle la comida, al medio día; vamos todos los días, yo voy 3 días, mi hermano 3 días y mi sobrino pues 1 o 2 días a la semana. (...) Cuando mi hermano estaba en casa, yo estaba siempre encima de él, iba a llevarle la correspondencia, a estar pendiente de todas las cosas...”

Según Velkoff y Lawson (1998), una de las razones para el bajo nivel de institucionalización es que tradicionalmente, los miembros de la familia proveen cuidado a la gente mayor que no es capaz de cuidarse por sí misma, y que por tanto no tienen esa necesidad. Aunque como veremos a lo largo de otro punto de este análisis, destaca el hecho de que muchos de los cuidadores identifiquen una residencia como la mejor opción para ellos y para las personas a las que están cuidando. Llama la atención que ninguno de los familiares de los entrevistados acudiese a centros de día u otro tipo de servicio especializado.

En todo caso, todos los entrevistados coinciden en señalar de gran utilidad el apoyo que reciben, lo **valoran** especialmente, sobre todo el familiar. Por

ejemplo el *Entrevistado 7*, que cuenta con apoyo de dos empleadas y también de sus hijos (aunque esporádicamente) comentaba:

“Sí, sí, sí. Si las valoramos, sí, porque nosotros prácticamente no podemos hacer nada; mira que ahora nos tenemos que poner los calcetines el uno al otro. Y de los hijos, claro que también.”

Además, el *Entrevistado 6* al preguntarle por cómo valoraba la ayuda en los cuidados, destacaba lo siguiente: “Es muy importante, pues de esta manera descanso. La presión psicológica es extrema.”

Pese a la satisfacción general con este tipo de ayuda, cabe nombrar las quejas que algunos entrevistados manifestaban al referirse a los cuidadores profesionales. Esto puede ser debido a que al haber aumentado tanto la demanda en los últimos años de este tipo de servicios, estos empleos se hayan cubierto por personas sin cualificación específica, dando paso al intrusismo profesional, e incluso, tal y como cuenta el *Entrevistado 9*, a grupos criminales organizados:

“Nos recomendaron una chica¹¹, para que limpiara al piso un par de veces por semana, una hora por la tarde, dos veces a la semana. Y un día que nos fuimos a comer con la familia, le dije a mi mujer “espera, que te voy a poner los pendientes que te regalé.” Y fui a la caja en la que estaban, y ni estaban los pendientes, ni el anillo, ni nada... yo calculo que se me llevó más de un millón de pesetas. (...) La policía nos dijo que será muy difícil recuperar, porque se lo pasan y aunque sea, venden una pieza ahora, luego otra... y están muy organizados.”

¹¹ Se la recomendaron de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFEDAZ).

3.4. Tipo de cuidado que realizan los hombres.

En el anterior epígrafe ya se ha destacado que la mayoría de los hombres que cuidan suelen contar con algún tipo de apoyo, y esto obviamente, va a influir en el tipo de tareas de cuidado que van a realizar. Identifican algunas de las tareas como propias de las mujeres y dejan que sean ellas (familiares o personal contratado) las que las realicen, a no ser, que como muchos de ellos dicen, no quede "otro remedio." En un fragmento ya citado de la entrevista número uno, se puede leer la siguiente frase refiriéndose a la persona que tiene contratada: "ella hace lo que en realidad hacen la mayoría de las mujeres."

Además de esta estrategia de afrontamiento de las tareas de cuidados por parte de los hombres, consistente en la búsqueda de apoyos externos, Hequembourg y Brallier (2005), identifican otra en su estudio titulado "Gender stories of parental caregiving among siblings", en el que describen que mientras las mujeres monitorizan constantemente a sus padres y les aconsejan, los hombres mantienen a sus padres independientes el mayor tiempo posible, y sólo intervienen si estos solicitan ayuda. Los hombres suelen verse a sí mismos como supervisores de cuidados y delegan más las tareas de cuidados en otras personas. Curiosamente, el *Entrevistado 4* se nombra a sí mismo constantemente como supervisor:

Entrevistadora: La primera pregunta es ¿a quién cuida usted y desde cuándo?

Entrevistado 4: Yo cuido a mis padres. O más bien, yo soy <<supervisor de cuidados>>. Yo controlo que todo esté en orden, vigilo y ayudo cuando hace falta (...)."

Según Carroll y Campbell (2008), a los hombres y a las mujeres se les suele asociar diferentes "estilos de cuidado." Estos autores mantienen que la literatura existente sobre los cuidados, define el "estilo de cuidados masculino"

por estar caracterizado por una orientación instrumental y directiva, que se centra en actividades específicas concernientes, principalmente, al mantenimiento físico de la persona a la que cuidan, así como en lograr que estén lo más felices posible.

Durante las entrevistas se preguntó a los cuidadores sobre una serie de actividades concretas, que en conjunto suman las principales tareas de cuidados que requiere una persona. En primer lugar, los entrevistados describieron quién desempeñaba cada una de las **actividades de cuidados personales**: en muchos de los casos, si la salud de sus familiares impedía que pudieran realizarlas por sí mismos, contaban con ayuda para realizar la mayoría de ellas.

A la hora del baño o el aseo, los entrevistados tenían el soporte del personal contratado. “La duchan las chicas que van, una vez por semana”, comentaba *el Entrevistado 7*. También *el Entrevistado 8* narraba una situación similar: “a A. la baña una chica de AFEDAZ, mi mujer lo hace sola.” *El Entrevistado 3* sí que supervisaba a su madre en estas tareas, pero cuando el estado de salud de ella empezó a empeorar y ya no podía hacerlas sola, delegó esa responsabilidad en la cuidadora que tiene contratada:

“Si hacía falta cortarle las uñas o lo que sea, lo hacía yo. Pero ahora se lo hace la chica, que la peina, la pinta y le corta las uñas, aunque al principio no quería mi madre, y ahora se fía más de la otra.”

Sin embargo, al no obedecer a ningún momento del día que pueda programarse, estos hombres sí se encargaban de acompañar a sus familiares cuando necesitaban usar el servicio, o bien un cambio de pañales. *El Entrevistado 1* contaba como acompañaba a su mujer al baño, y confesaba el medio que tenía a sufrir un accidente:

“Hazte cargo (...) mi mujer pesa más de 80 kilos. La tengo que llevar, bajarle la ropa interior, y ayudar a que se siente. Y luego limpiarla. Pero lo que pasa es que echa el culo demasiado pronto y no tengo fuerza para frenarla. Un día se me cayó al suelo y no podía levantarla (...) menos mal que pasó un vecino y entre los dos, aún la pudimos levantar.”

El *Entrevistado 8* narraba como entre él y su mujer (enferma de Alzheimer), cambiaban los pañales a A., la mujer que residía con ellos (también enferma de Alzheimer, pero en un estado muy avanzado):

“A mi mujer todavía no hay que hacerle nada, pero a la otra, le vamos, le preguntamos si tiene que ir, nos dice que no, y luego la lavamos y se ha cagado. Yo tengo que ayudar con el pañal también. Entre mi mujer y yo, pues como podemos, que yo estoy operado de un cáncer de colon y con las bolsas no me puedo agachar bien (...) y bueno, eso se lo hacemos las veces que haga falta.”

En cuanto a la movilidad dentro del hogar, si por causa de su enfermedad la tenían reducida, eran estos cuidadores los que tenían que ayudar a trasladar a la persona de un lado a otro. El *Entrevistado 3* cuenta como se desplaza su madre en casa y por la calle:

“Caminar mal, solamente por casa y cuando baja a la calle, con silla de ruedas, y va andando agarrada de mí y con el bastón. En absoluto bajar y subir escaleras.”

El *Entrevistado 7* instaló unas barras en el pasillo de su casa para que su mujer pudiera desplazarse un poco mejor dentro del hogar:

“Sí, camina, con el andador. ¿Ves las barras que puse? y con eso. Y para la calle la silla.”

A la hora de las comidas, algunos entrevistados tenían que ayudar a sus familiares a partir la carne u otros alimentos, triturar las comidas si era necesario, o en su caso incluso dando directamente de comer. El *Entrevistado 5*, cuyo hermano estaba en un centro residencial, acudía periódicamente para dar de comer a su hermano. Sus cuidados además, no se limitan a la mera acción de alimentar, también se preocupa de que coma variado:

“Le damos entre mi otro hermano, mi sobrino y yo. Antes él se controlaba la dieta porque tenía cultura de todo, de cada alimento las grasas, calorías... (...) Cuando voy le doy la comida, le llevo alguna fruta que le saben a gloria, porque allí en la residencia no pierden tiempo en darles de comer, les dan yogurt con trozos y vale. A veces lo meto en el cuarto y le llevo unas poquicas de legumbres caseras y se las come que para qué.”

Las **tareas del hogar** también suelen realizarlas por el personal que tienen contratado estos cuidadores, aunque casi todos ellos participan a la hora de efectuarlas, delegan la responsabilidad última en este tipo de profesionales. La limpieza la realiza casi unánimemente la “chica que viene a limpiar”, “la señora de la limpieza” o “la mujer que viene a fregar”, según frases que los entrevistados utilizan para referirse a estas trabajadoras. De la colada también suelen encargarse estas empleadas, si bien algunos cuidadores preparan la lavadora o tienden la ropa, todavía se resisten a planchar, tal y como explica el *Entrevistado 2*:

“Ella (su mujer) pone la lavadora y va planchando. Aunque yo siempre la ayudo. Planchar no, que no sé.”

A la hora de cocinar se encuentran más diferencias entre estos cuidadores. Unos optan por cocinar ellos, como el *Entrevistado 9*, que cocina siempre él y sin ayuda. Sin embargo, al *Entrevistado 1* relata lo siguiente:

“Lo poco que haya que hacer de cocinar, lo hago yo. Yo ahora he aprendido a hacer huevos fritos, que me salen basten bien. La tortilla, no, pero a mí me gusta mucho la tortilla de patata, y cuando quiero, a lo mejor cojo y le digo a la chica que viene, “oye, hazme una.” Y me hace platos españoles (...) Y mi hija de Barcelona cuando viene me deja la nevera llena de “tappers.”

Hasta ahora se detecta que los hombres no parecían estar totalmente involucrados en las actividades que se han descrito, pues coincide que son acciones que se desarrollan en el ámbito estrictamente privado. Sin embargo, aunque la compra todavía se considera tarea doméstica, al realizarse fuera del hogar, hace que los varones la asuman sin que les suponga apenas esfuerzo. Así el *Entrevistado 3* narraba:

“Yo la hago. Le hago alguna pregunta por si algún día tiene algún apetito. Yo le voy combinando las comidas y depende del azúcar que le sale.”

Casi todos estos varones cuidadores controlan la **medicación y el tratamiento** que deben seguir de sus familiares, salvo que no viva con ellos (como es el caso del *Entrevistado 5*, que es el personal de la residencia en la que vive su hermano la que la administra), o bien que la persona que recibe los cuidados, todavía pueda hacerlo por sí misma. Un claro ejemplo es el que contaba el *Entrevistado 8*:

“Les controlo yo la medicación. Lo primero, les tomo la tensión por la mañana, si lo necesitan se la doy y todas las demás pastillas que se tienen que tomar.”

Los hombres también se responsabilizan de las **visitas al médico** que requieren sus familiares:

“No, yo al médico le he acompañado yo siempre. Y unas cuantas visitas para que le gestionaran la minusvalía psíquica, eso ya todo se lo tuve que gestionar yo.” (*Entrevistado 5*).

En las tareas que sí parece haber unanimidad en su asunción sin reticencias, son aquellas que se identifican como **actividades de gestión y control del hogar**. La economía del hogar suele ser controlada por los hombres cuidadores, como el *Entrevistado 1*:

“Ahora yo, que he sido administrativo toda la vida. Aunque antes el dinero lo llevaba mi mujer, que era la que estaba en casa.”

Otras tareas que los cuidadores realizan están relacionadas con actividades que requieren salidas del hogar, y que no se consideran propiamente domésticas, pero que son igual de necesarias para el bienestar de una persona.

Por un lado se pueden identificar las tareas relacionadas con el uso de los transportes; la mayoría de las personas que están recibiendo cuidados, necesitan asistencia total para desplazarse fuera de casa, y son estos hombres cuidadores los que les acompañan. El *Entrevistado 9* relataba la siguiente anécdota:

“Sí, usa el bus, pero juntos. El otro día, vísperas del Pilar, iba el autobús medio vacío, yo me senté delante, ella se sentó detrás, y le dije que nos bajábamos una más tarde. Yo iba hablando con un amigo y resulta que se bajó en la de siempre y no me di cuenta. Menos mal que el conductor me paró en un semáforo y no tardé en encontrarla.”

Aunque los cuidadores se muestran dispuestos a acompañar a sus familiares a que realicen actividades de ocio, las personas a las que cuidan, no

muestran demasiado interés y en general, renuncian a este tipo de actividades, en ocasiones no les compensa el esfuerzo que tienen que realizar al desplazarse; así nos lo cuenta el *Entrevistado 9*:

“Vamos juntos a todos lados, pero que le digo yo que vayamos al “Pepe Garcés” (es un polideportivo municipal), que hay agua caliente, la bicicleta, pero que no quiere desde que se puso así ya... pues nada.”

Al preguntar a estos varones sobre cómo han ido aprendiendo a realizar estas tareas, cuentan que se han fijado en cómo lo hacían sus esposas (en el caso de los matrimonios) o bien siguiendo las instrucciones de éstas. En otros casos parece que la intuición es la que más les ha guiado en su aprendizaje. El *Entrevistado 2* considera que está satisfecho con sus logros culinarios: “cocina ella a veces, aunque yo ya he aprendido bastante.” El *Entrevistado 3* aprendió mediante la observación a cocinar los alimentos apropiados para su madre, afectada de diabetes:

“Yo le hago todo de comer. Me he ido fijando siempre de ella y he aprendido a las comidas que le tengo que dar según tenga el azúcar ese día.”

Algunos entrevistados contaban a modo de anécdota, como cuidador y cuidado se procuraban ayuda el uno al otro, por ejemplo para vestirse o cortarse las uñas de los pies, cocinar... El *Entrevistado 7* explicaba lo siguiente:

“Nosotros cocinamos a medias. Ésta se sienta ahí en una silla de la cocina y me dice lo que tengo que hacer, si subo el fuego, si bajo el fuego... pelar patatas... (...) Y para ponernos los calcetines también a medias, porque desde que me operaron no me puedo agachar bien. Ahí en la cama ella me pone los calcetines y luego al revés.”

También el *Entrevistado 8*, operado recientemente tenía problemas para efectuar algunos movimientos, y necesitaba esa ayuda puntual de su mujer.

“Como yo ahora no puedo agacharme porque tengo una bolsa aquí atada a la pierna, ella me tiene que cortar las uñas de los pies. Y luego yo se las corto a ella.”

El capítulo “<<Yo soy los ojos y ella los brazos>>: cambios en los roles de género en la vejez avanzada”, escrito por Gail Wilson, e incluido en el texto de Arber y Ginn (1996), viene a ilustrar la realidad de parejas como las de estos entrevistados, en las que a partir de determinadas edades y a causa de algunas de sus enfermedades, deberán establecer un nuevo tipo de relación en la que tendrán que complementarse para poder realizar algunas tareas, que por sí solos no podrían llevar a cabo.

3.5. Circunstancias por las que asumen el rol de cuidadores.

A lo largo del ciclo vital, las personas pueden ejercer como cuidadores en varios momentos, por ejemplo durante la infancia de los hijos o de los nietos, así como también durante la vejez o situaciones de dependencia de un familiar o persona cercana. Pese a que el cuidado entre humanos es algo natural y cotidiano, los hombres entrevistados no identificaban en sus vidas ninguna **experiencia previa como cuidadores**. El *Entrevistado 1* contaba:

“¿Yo? No, nunca había ejercido como cuidador, la casa la llevaba siempre mi mujer, y lo primero, porque yo estaba siempre de viaje. Ella los hijos y la casa, yo el trabajo de fuera.”

El *Entrevistado 4*, que está asistiendo a un curso sobre cuidadores y es más joven que la media de entrevistados, sí que ha aprendido a identificar los distintos momentos en los que ha sido cuidador para alguien:

“No aunque es muy relativo porque a lo mejor es que no lo he pensado nunca pero puede ser que sí lo haya sido toda la vida. (...) A mi hermano, que siempre ha ido en silla de ruedas, y también de mis hijas cuando eran pequeñas. (...) Estoy en el programa ese de cuidadores, y además, por circunstancias de la vida llevo 3 años en terapias y la verdad es que pienso que he madurado bastante y ahora me doy más cuenta de todo eso.”

Esta falta de conciencia e implicación en los cuidados, en parte puede deberse a que tradicionalmente el cuidado ha sido asociado a la identidad de género. Según Tobío (2012:6), “en una argumentación circular se ha dado por supuesto que las cuidadoras lo son por ser mujeres, al tiempo que son mujeres porque cuidan. La masculinidad, por el contrario, se construye como la negación de la femineidad (...): no ser, no actuar como las mujeres y, por tanto, no cuidar.”

Según la misma autora, las mujeres tuvieron que luchar para abrirse camino en el mundo laboral fuera de sus hogares, mientras que a los hombres, que están comenzando a incorporarse a la tarea de los cuidados informales, se les está animando a asumir responsabilidades también en el ámbito de privado de sus casas, “donde sin duda les esperan muchas sorpresas agradables” (Tobío, 2012:6).

La asunción de los cuidados para los entrevistados ha sido generalmente algo **progresivo**, debido al tipo de enfermedades degenerativas que padecen sus familiares (se observa un gran número de casos de Alzheimer y enfermedades que afectan paulatinamente a la movilidad). Este hecho ha propiciado que hayan podido ir asumiendo las implicaciones que derivan de este

tipo de dolencias, así como el aprendizaje de las nuevas tareas que debían realizar. El *Entrevistado 1* observa dos momentos en la enfermedad de su mujer (Alzheimer), cuando todavía ella tenía cierta autonomía, y cuando su estado de salud la limitó enormemente:

“Esto ha sido progresivo, yo siempre he tenido la autonomía de salir de casa por las mañanas, porque mi mujer estaba en condiciones de valerse por sí misma. Pero luego ya cuando empezaba peor, no.”

En el caso del *Entrevistado 7*, fue algo repentino por una operación que sufrió su esposa, y cuenta su experiencia de la siguiente manera:

“Porque no podía ella, no podía y tenía que ayudarle yo. Y al principio la impotencia de verse que no podía y yo que tenía que aprender y hacerlo todo yo. Fue repentino desde que la operaron y hasta ahora, cada vez puedo menos yo y menos ella.”

Además, la **decisión de comenzar a cuidar** no responde a ningún tipo de acto planeado previamente, ni a una solicitud o demanda concreta de la persona en situación de dependencia. El *Entrevistado 10* contaba:

“No había sido planificado, ni lo habría pensado nunca, pero es una decisión que yo mismo tuve que tomar cuando vi que enfermaba. Y ella tampoco querría que hubiera sido otra persona.”

También el *Entrevistado 6* en cierto modo sí era consciente de que su madre iba a necesitar recibir cuidados, pero confesaba no estar preparado para la situación que más tarde le sobrevino:

“No estaba planificado, había pensado que alguna vez acabaría cuidando pero no hasta ese extremo. La decisión se tomo debido a las circunstancias de soledad de mi madre.”

Sin duda, la respuesta más llamativa, y casi frecuente que daban los entrevistados cuando se les preguntaba por la cuestión de la planificación de los cuidados, era que ellos jamás se lo habrían imaginado, pues siempre habían desempeñado roles fuera del hogar. El *Entrevistado 8* contó una imagen típica de su vida cotidiana antes de empezar a ser cuidador:

“¿Yo planificado? Nunca. Yo soy el hombre que en casa como un *Faquir* (refiriéndose a un *Rajá*), o sea todos me servían. (...) Llegaba a mi casa y me traían las zapatillas al sofá y yo a ver la tele, o me iba al fútbol o me bajaba al bar a echar la partidica de guiñote; y a mesa puesta siempre, puntual a mi hora. Ni entendía de cocinas, ni de lavadoras, ni de nada del hogar (...) Fíjate con la A. que estaba de sirvienta, mi mujer y mis hijas, de trabajar nada.”

En los momentos previos a la entrevista, el *Entrevistado 1* comentaba que a su parecer, el tema de la investigación le parecía novedoso, porque según él, en sus tiempos, ver a un hombre cuidando a su mujer hubiera sido impensable. También el *Entrevistado 9* respondía siguiendo la misma línea:

“¿Yo? ¿El niño mimado de la casa? Nunca. Empecé yo porque mis hijos no pueden venir ninguno y la cuido yo porque soy el que está en casa. Nunca lo había pensado.”

O dicho de otro modo, sus respuestas encajan con lo que Constanza Tobío (2012) viene a decir en su trabajo, y es que ciertamente existen hombres que cuidan, pero todavía queda mucho para que estos igualen en número a las mujeres, y para que suceda, es necesario que se derriben obstáculos, algunos tan arraigados como los roles tradicionalmente atribuidos a cada género.

3.6. Motivación para ejercer como cuidadores.

En este apartado se han podido localizar un conjunto de respuestas más heterogéneas que en los anteriores, pues no existe un único **motivo** por el que las personas comienzan a realizar las labores de cuidado, y mucho menos por el que las continúan llevando a cabo.

Según la sección de “Preguntas y respuestas sobre cuidadores” que aparece en el Portal de Mayores¹², son varios los motivos por los que se cuida a una persona mayor: “la mayoría de las personas que cuidan a sus familiares están de acuerdo en que se trata de un deber moral que no debe ser eludido y que existe una responsabilidad social y familiar, unas normas sociales, que deben ser respetadas. Sin embargo, no es ésta la única razón que puede llevar a las personas a cuidar a sus familiares.” Siguiendo los puntos que plantean en la web, y a tenor de las respuestas de los entrevistados, se pueden destacar los siguientes motivos:

- Por motivación altruista, es decir, los cuidadores no necesitan recibir nada a cambio, realizan las actividades con esmero y complacencia, aún a costa de sus propios intereses o bienestar. Este es el caso del *Entrevistado 9*:

“La cuido porque llevamos 45 años juntos, si no fuera por cariño de qué ibas a cuidar a nadie, ni por dinero ni por nada más. Si ella se encuentra bien, yo también, aunque me canse.”

- Por reciprocidad, o dicho de otro modo, ellos sintieron que esa persona realizó esas tareas antes por él y ahora deben corresponder. Es el caso de hijos cuidando a sus madres, como el del *Entrevistado 3*:

¹² Aparecen en una sección interactiva en la que mediante links, se van accediendo a las diferentes secciones de la página web. La dirección completa es la siguiente: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/especiales/cuidadores/pyr/index.html>

“Es mi madre, mi amiga, mi compañera y podemos hablar de lo que sea, hablando serio o gastando bromas, ir a tomar un refresco y como amigos. Y ella me cuidó siempre a mí.”

- Por gratitud y estima, o dicho en otras palabras, por amor y cariño. Esto suele verse reflejado en los maridos que cuidan de sus esposas, tal y como contaba el *Entrevistado 2*.

“El amor que le tienes a la esposa, que es natural, la convivencia de 45 años juntos más 7 años festejando.”

- Para evitar la censura social, puesto que en muchos casos, la presión del entorno obliga a tomar esta opción, aunque pudieran existir otras alternativas, como le ocurrió al *Entrevistado 6*, que a pesar de gozar de una posición económica desahogada, expresaba lo siguiente:

“La principal es que es mi madre y necesita ayuda. La seguiré cuidando porque es mi obligación. En mi familia siempre se ha hecho así, mi hermano soltero y tías no entenderían que fuera de otra manera y delegásemos en otra persona el cuidado de mi madre.”

- Por motivos religiosos, son personas practicantes, con fuertes convicciones y que participan de alguna manera en sus parroquias, identificando la fe y el servicio a Dios, con la preocupación y atención al prójimo. El *Entrevistado 5*, es un ejemplo claro:

“Hombre pues porque es mi hermano, pero si hubiera que hacerlo por otro que no fuera mi hermano lo haría igual. Y lo sigo cuidando por lo mismo: por agradecerle la fe.”

- Por motivos económicos, que aunque no aparecen reflejados en la lista que ofrece el Portal de Mayores, sí se alude a ello en la *entrevista 8*, y

se dejaba traslucir en otras, en las que la falta de recursos obligaba a recurrir a los cuidados informales:

“Pues porque no puedo pagarme una residencia, sencillamente, porque he mirado en muchos lados y con lo que ganamos no puedo y ahora voy a poner en venta el piso y si lo vendo nos vamos a una residencia.”

- Por razones culturales, tal y como menciona el *Entrevistado 4*:

“Porque es imprescindible cuidarlos, para mí en principio es algo cultural, en mi casa vi eso con mis abuelos, y en casa de mi madre mi bisabuela.”

Dentro de los motivos culturales también se puede distinguir entre:

- Familismo, en el que se observan fuertes sentimientos de lealtad entre los miembros de la familia, como el *Entrevistado 10*:

“Porque es mi esposa y la persona que más quiero, junto a mi hijo y nietas y la seguiré cuidando porque es mi deber, así debe ser; lo hago con gusto y mucho cariño. Mi vida, ahora mismo, es ella.”

- Personalismo, pues creen que nadie va a atender tan bien a sus familiares como ellos mismos; así se manifestaba el *Entrevistado 7*:

“Porque no me queda más remedio... ¿Qué hago? ¿La dejo sola? ¿La dejo a cargo de otra persona que no la atiende bien?”

Cuando se les preguntó a los entrevistados por las **perspectivas de futuro** como cuidadores, en concreto, cómo se veían a sí mismos en unos años realizando esas labores, se podrían diferenciar dos tipos de respuestas.

Por un lado algunos entrevistados se muestran más optimistas y positivos a la hora de pensar en el futuro. Coincide con que forman parte del grupo de los más jóvenes de la muestra, y que están cuidando a sus ascendientes, pues biológicamente, parece ser más natural que a ciertas edades los padres requieran cuidados y que los hijos se los procuren. El *Entrevistado 3* afirmaba:

“Pues yo creo que igual porque yo la paciencia no la pierdo con mi madre, contento, feliz, yo me organizo... Me veo igual.”

También el *Entrevistado 4* respondía en la misma línea:

“Me veo más implicado porque van a tener más necesidades, que cuando las tengan se buscará la solución que mejor nos parezca, pero animado y no me quita el sueño.”

Las perspectivas más negativas las aportaban el grupo de cuidadores de mayor edad, posiblemente porque son conscientes de que pronto ellos van a necesitar ser cuidados (algunos ya estarían en posición de recibir ellos las atenciones) y que anímicamente sienten que se encuentran en el final de su ciclo vital, como el *Entrevistado 7*, que decía que en poco tiempo se reuniría con su amigo fallecido. El *Entrevistado 1* relataba así su futuro:

“Yo el futuro lo veo negro. Estoy mirando una residencia para irnos los dos, porque el día que mi mujer no pueda andar, pues yo me voy con ella. Aunque yo soy muy optimista, soy realista, a veces se me cae el alma a los pies, pero me levanto, porque si encima me caigo yo, pues imagínate.”

Además el *Entrevistado 8* comentaba que se encontraba en posición de ser él el receptor de los cuidados, pues su estado de salud no era bueno:

“Pues con ganas de que me cuiden solo a mí, porque ahora me tienen que cuidar a mí, ese es el problema.”

Otro grupo de entrevistados sin embargo, era reacio plantearse el futuro, ya que la mera mención de la pregunta, les causaba desasosiego y preferían pensar sólo en el día a día, como el *Entrevistado 10*:

“El futuro es algo incierto, los dos somos personas mayores.”

Es decir que las condiciones físicas, estado anímico y su carácter o personalidad, influyen notablemente en la forma que tienen de afrontar tanto su vida actual como cuidadores, como su visión de la situación en un futuro.

3.7. Repercusiones y satisfacción de los cuidadores.

El hecho de cuidar puede implicar una serie de repercusiones en la vida de los cuidadores; se pueden traducir en términos de carga de cuidado o costes negativos, o bien en beneficios y satisfacción a la hora de realizar esa actividad.

En el apartado de “Preguntas y respuestas sobre cuidadores” del Portal de Mayores, se enumeran una serie de **consecuencias y repercusiones negativas** que conllevan las tareas de cuidado en las personas que las llevan a cabo. Según esta web, las áreas que se ven afectadas con mayor frecuencia en la vida de los cuidadores o que más cambios sufren, coinciden en gran

medida con las que los entrevistados de este estudio han expresado. Como se verá a lo largo de los siguientes puntos, las repercusiones no dependen de un solo factor, sino que se interrelacionan entre ellas. No obstante, se han seleccionado como ejemplo de cada área, las respuestas que destacaban con mayor claridad algunos de los aspectos, según aquello que los interlocutores iban relatando.

- Área de relaciones familiares: es uno de los cambios que los cuidadores más acusan. Pueden surgir por el desacuerdo a la hora de repartir las cargas que implica el cuidado, o en su caso, por dedicar menos tiempo y desatender algunas responsabilidades en el propio hogar (si la persona en situación de dependencia, no convive con cuidador). El *Entrevistado 6* se muestra tajante en este tema:

“Lo peor es la situación familiar. Si estás atendiendo a un enfermo, abandonas bastante a tu familia. Esto lo haces porque te das cuenta que la persona que atiendes necesita mucho más de tu ayuda que el resto de la familia, o al menos eso crees.”

- En relación al área laboral, se podría decir que si la persona que cuida tiene que compaginar el trabajo fuera de casa, con la atención a la persona dependiente, puede experimentar sentimientos contradictorios, bien de abandono hacia el enfermo por tener que acudir al puesto de trabajo, o bien de intranquilidad por no rendir lo suficiente en su empleo. Lo cierto es que salvo el *Entrevistado 6*, que se encuentra en activo, y el *Entrevistado 3* que actualmente está de baja laboral, el resto de personas entrevistadas, están jubiladas en estos momentos, con lo que no identificaban problemas relacionados con esta área.

En concreto, el *Entrevistado 3* explicaba las dificultades económicas que implicaba para él estar cuidando, pues sus ingresos medios se habían visto reducidos; además, el cuidado estaba generando algunos gastos extra, por lo que optó por trasladarse al hogar de sus padres, cuando su progenitor todavía vivía y comenzó a necesitar cuidados. Actualmente, cuida a su madre, y narra lo siguiente:

“No, no, en absoluto, económico desde luego: no trabajas y no traes dinero, a lo mejor con los amigos que se van a algún sitio y no cuentan contigo, porque no tengo dinero y porque muchas veces no puedo por mi madre. Con mi padre sí que caí enfermo de ansiedad porque mientras estás con él sacas el genio y lo levantas. Y cuando falleció estuve muy bien pero a los 3 meses los nervios se desataron.”

- Cuidar a un mayor dependiente supone dedicar una gran cantidad de tiempo, que generalmente se resta en parte del tiempo libre y de ocio del que antes disponía el cuidador. El *Entrevistado 9* tuvo que dejar su afición a los juegos de naipes por cuidar a su mujer:

“Bien, lo llevo bien, yo no me quejo, ha tocado pues ha tocado y con lo que cobro me arreglo. Lo único, que he tenido que dejar de <<echar la partida>> de después de comer con los amigos en el bar de aquí de la esquina de casa; pero no me quejo, maña.”

- Las repercusiones negativas en el área de salud física y mental, son las que estos entrevistados más mencionaban. Sobre todo referían situaciones de fatiga, estrés y ansiedad. El *Entrevistado 7* refería costes en su salud física:

“De momento nada grave, alguna vez los riñones y poco más. Pero que estoy operado y me dio una embolia, y físicamente me cuesta más cada vez, pero bien.”

El *Entrevistado 1* narra su vivencia como cuidador en términos de estrés:

“No, lo único el estrés continuo, cuando te vas con ella tienes que cambiarla de arriba abajo. (...) a nivel social no tenía tampoco nada, y a nivel económico sí, adaptar el hogar; bueno es llevadero.”

- Por último, el listado del “Preguntas y respuestas de cuidadores” del Portal de Mayores, hace referencia a los costes en el estado de ánimo de los cuidadores. El *Entrevistado 2* contaba lo siguiente:

“A nivel económico no hay y a nivel de pareja pues que a veces discutimos y me entristezco; y eso y yo me siento impotente y con desasosiego, más psicológico que físico.”

Aunque cuidar a una persona mayor pueda suponer una carga en muchos casos, tal y como hemos visto, lo cierto es que pese a lo complicado de esa situación, muchos cuidadores encuentran aspectos **gratificantes y satisfactorios** en los cuidados. Descubren de sí mismos aspectos que desconocían, a la vez que se dan cuenta de son capaces de adaptarse a situaciones difíciles y afrontarlas con éxito.

Según analiza Silverberg (2009) en su estudio “Caregiving for elder relatives: wich caregivers experience personal benefits/gains?”, existen una serie de factores que favorecen que los cuidadores encuentren mayor satisfacción cuando están cuidando. En primer lugar cita factores tales como la propia personalidad del cuidador, de manera que cuando la persona es más

optimista y extrovertida localiza fácilmente los beneficios que le aporta a su vida el cuidado.

Así mismo, la autora destaca que las personas que han ejercido como cuidadores con anterioridad, por pequeña que haya sido la experiencia previa, son capaces de identificar con mayor claridad los beneficios de cuidar, frente a los que lo realizan por primera vez. También señala que el apoyo familiar es crucial para que el cuidador pueda apreciar las ventajas que para él mismo está suponiendo, y en concreto, destaca el apoyo de su cónyuge; es decir, las personas que acompañan al cuidador le aportan una visión más objetiva de su situación, lo que se traduce en que esta persona posee más herramientas para vislumbrar las satisfacciones que le reporta el cuidado.

Silverberg (2009) clasifica estos beneficios que puede encontrar un cuidador realizando esta tarea de la siguiente forma:

- El cuidador se siente más útil. *Entrevistado 8* manifiesta lo siguiente:

“Pues sí, yo no he sido muy trabajador en casa que digamos, he tratado de esconder el hombro siempre que he podido, pero yo he trabajado de otras cosas sin descanso; ahora me siento más útil con mi familia.”

- El cuidador encuentra satisfacción al sentirse que alguien lo necesita, como el *Entrevistado 10*, que así se expresa:

“Siento mucha satisfacción, porque le ayudo en todo lo que ella necesita. Porque ahora ella me necesita. Me gusta verla contenta y que a su manera sea feliz.”

- Los cuidadores logran sentirse realizados a través del cuidado que prestan, como los entrevistados 3 y 5, que son conscientes de ello:

“Yo me siento orgullosísimo de estar con mi madre y que ella esté contenta de que la cuido, nos organizamos muy bien hasta el momento y yo sé que ella está feliz, y yo estoy feliz y me siento realizado. (...) Yo creo que para mantener el cuidado de un hombre a una madre, se tienen que llevar muy bien, tener una confianza como una hermana, como una amiga...” (*Entrevistado 3*).

“Sí, me siento realizado y me admiran muchas personas que se dedican a esto y a lo mejor en algún caso aunque no fuera familiar también lo haría.” (*Entrevistado 5*).

- Aprender nuevas cosas también es una fuente de satisfacción para los cuidadores, pero en el caso de estos entrevistados, no han mencionado este apartado, aunque si bien es cierto que todos han tenido que aprender a realizar tareas del hogar, que antes no hacían, pues se encargaban de ellas sus esposas.

Noonan et. al. (1996) afirman que en ocasiones los cuidadores suelen identificar la satisfacción que encuentran al cuidar, con muy pocas palabras, de manera muy simple, tal y como muchos de los entrevistados hicieron en esta investigación, pero que no por ello la sensación es menor. En este caso, las frases que algunos de ellos emplearon fueron:

“El hecho de verles a ellos contentos pues lógicamente me satisface.” (*Entrevistado 4*).

“Pues hombre claro, me siento pues eso, a la vez obligado moralmente pero me satisface también.” (*Entrevistado 2*).

“Sí, porque como lo haces con cariño... si lo hicieras por dinero pues no.” (*Entrevistado 9*).

3.8. Necesidades expresadas por los cuidadores.

Al finalizar la entrevista, se pidió a los cuidadores que trataran de pensar en aquello que, tanto su familiar como ellos mismos, pudiesen necesitar, es decir, que manifestasen cuáles eran las carencias que ellos sentían en el tipo de cuidado que estaban proporcionando.

En primer lugar se van a analizar las **necesidades de las personas en situación de dependencia**, que los propios cuidadores han percibido en cada caso. Muchos de estos entrevistados pensaban que la mejor opción para la persona a la que estaban cuidando, a corto o medio plazo, sería lograr una plaza en una residencia o centro especializado. En concreto el *Entrevistado 10* expresaba esta necesidad con mucha claridad:

“Conmigo está bien, pero no sé si dentro de un tiempo la enfermedad necesitará otro tipo de atención en una residencia o centro especializado, y yo creo que sería lo más conveniente.”

Algunas de estas personas que están cuidando a sus parejas, incluso van más allá, y manifiestan que para ellos la situación ideal pasaría por encontrar una residencia a la que pudieran ir los dos juntos, tal es el caso del *Entrevistado 1*, y aunque con algunas reticencias, también del 9:

“La residencia también para poder estar juntos...”
(*Entrevistado 1*).

“No lo sé pero la residencia ni quiere ella, ni quiero yo, el día que vayamos a una será porque vayamos los dos juntos.”
(*Entrevistado 9*).

Por otro lado los cuidadores demandaban una mejor adaptación de sus hogares a las nuevas circunstancias originadas por la situación de dependencia de su familiar. Hay que tener en cuenta que estas personas mayores, a menudo viven en edificios antiguos que presentan numerosas barreras arquitectónicas, como por ejemplo, escaleras, ascensores pequeños... que dificultan el acceso y salida del inmueble a personas con movilidad reducida. El *Entrevistado 2*, que vivía en un cuarto piso y sin posibilidad de instalar ningún tipo de elevador, comentaba:

“Excepto por las escaleras mejor en casa que en ningún lado. (...) Lo malo es que ahora ya ni sale a la calle, porque tiene que ir parándose en cada descansillo, le resulta muy penoso y no compensa.”

Otros entrevistados sin embargo, preferían que fuese una persona cualificada y de confianza, la que les sirviera de apoyo para hacer más llevadero su labor:

“Que tuviera un poco más de apoyo, con alguna persona para tener un poco más de libertad, y no ir tan deprisa para fijarte más en las compras, etc. Desahogo en general.” (*Entrevistado 3*).

El *Entrevistado 4* era el que más necesidades expresaba, haciendo hincapié en las de tipo económico; su discurso era el siguiente:

“Seguir igual, mientras siga así estoy pasando una de las etapas más felices de mi vida. Que les diesen dinero claro, pero vamos en principio están bien. El día que sea necesario una persona interna en el hogar, o algún centro de día.”

Pese a haber formulado por separado la pregunta acerca de las necesidades de la persona en situación de dependencia y de las **necesidades**

de los propios cuidadores, algunos tendían a identificar unas con otras, es decir, no distinguían entre ambas necesidades. Por ejemplo, los entrevistados 1 y 10 lo contaban de la siguiente manera:

“Yo, para mí quiero una residencia buena, bonita y barata, para no tener que dejarla y poder estar los dos juntos.” (*Entrevistado 1*)

“Para mí no necesito nada, lo único que necesito es que ella esté bien.” (*Entrevistado 10*).

En algunos casos los entrevistados deseaban más apoyo y comprensión por parte de sus familias, tal y como lo expresaba el *Entrevistado 6*.

“Más apoyo y comprensión por parte de mi familia. (...) Bastaría con ponerse en la situación de cualquiera de los dos (cuidado y cuidador) e intentar comprenderlos.”

Aunque la mayoría de los entrevistados ya cuentan con personas contratadas (o personal remunerado) para realizar tareas del hogar y de cuidados, muchos de ellos perciben esas horas de apoyo como insuficientes, y reclaman más ayudas por parte de las administraciones públicas, ya que ellos no pueden asumir más costes.

“Lo mismo que ella, apoyo físico, una persona. Porque te diviertes cuando sales, pero siempre estas pensando en casa, y estás pensando todo el rato, <<¿Cómo estará? ¿Qué hará?>> (...) Sobre todo me gustaría que hubiera más ayuda a los familiares, que estudiasen el tema, más asistencia de un ATS para gente que no sabe poner bien la insulina..., para dar el alimento,... depende de cada circunstancia. Más apoyo para poder hacerlo todo con más tranquilidad.” (*Entrevistado 3*).

“Una persona que ayude a cuidar (...). Bajo mi punto de vista, las necesidades que puede haber en una casa, la administración las sabe perfectamente, sabe dónde viven y cómo son los cuidados y cuidadores; una persona mayor cuanto más tiempo este en su casa va a estar mejor, con lo cual distribuir la riqueza que tenemos para estas cosas.” (*Entrevistado 4*).

Por último algunos de estos varones cuidadores, señalaban que sus necesidades se orientaban hacia el ocio y tiempo libre, pues echaban de menos algunas de las actividades que realizaban antes de asumir esta responsabilidad y para ello proponían ampliar el horario de las personas contratadas para cuidar de sus familiares, lo cual no podían hacer por las repercusiones económicas que supondría.

“Nada, lo único que echo en falta es dar alguna vueltecica por ahí (...). Que tuvieran más ayuda ellos, compañía, a veces se queda corto el tiempo que ofrecen algunos trabajadores.” (*Entrevistado 7*).

“Lo único que me gustaría poder pagar a alguna vecina o amiga de la infancia de mi mujer para que se fuera con ella a dar una vuelta y así poder tener un rato para mí.” (*Entrevistado 9*).

3. 9. Cuidados informales bajo el punto de vista profesional.

Para completar el presente estudio sobre los cuidadores mayores en Zaragoza, se ha procedido a realizar una serie de entrevistas a distintos profesionales que trabajan en el ámbito de la dependencia, para conocer su punto de vista sobre los cuidadores varones, mayores de sesenta y cinco años.

Se ha contado con la colaboración de seis profesionales del área de la Salud y del Trabajo Social.

En primer lugar, para conocer la **percepción sobre el colectivo de mayores cuidadores**, se les formuló la siguiente pregunta: ¿considera que el colectivo de varones mayores de 65 años, que ejercen como cuidadores de personas en situación de dependencia, está aumentando? ¿Qué podría suceder en el futuro en relación a este grupo de cuidadores?

Todas estas profesionales están de acuerdo en afirmar que efectivamente, el número de cuidadores ha aumentando y lo seguirá haciendo en los próximos años. Aunque sí aprecian un incremento en la cantidad de hombres que proveen cuidados informales, constatan que todavía hay muchas más mujeres cuidadoras que varones.

“Este grupo ha aumentado, pero no en proporción mayor que el grupo de cuidadoras femeninas. Al aumentar el número de personas dependientes mayores de 65 años, ha aumentado el número de cuidadores (sea hombre o mujer). Pero en la actualidad sigue siendo los cuidadores mayoritariamente población femenina.

Sí que es cierto que anteriormente, cuando la persona dependiente de la pareja era la mujer, los cuidados principales recaían en las hijas y no en el cónyuge. Ahora como normalmente los/as hijos/as están trabajando o tienen hijos, es el cónyuge masculino quien se tiene que hacer cargo de los cuidados de la mujer y la casa. Por eso podemos encontrar más casos que antes, en los que es el cónyuge masculino el que lleva la principal carga de los cuidados.

Este sector de cuidadores aumentara probablemente debido a la incorporación al mundo laboral de la mujer (hijas), y al cambio de

mentalidad de la sociedad, pero no alcanzará en número al sector femenino." (*Profesional 4*).

"En un futuro aumentará la demanda de trabajadores sociales y aumentarán las solicitudes de ayudas domiciliarias." (*Profesional 2*).

Estas profesionales identifican que el sector de los cuidados informales, realizados tanto por hombres como por mujeres, está creciendo considerablemente, debido fundamentalmente a factores relacionados con el aumento de la esperanza de vida, así como por factores económicos.

"Sí, este colectivo está aumentando en parte por el incremento de la esperanza de vida, y en parte por la situación económica actual, pues ahora los pacientes dependientes tienden a quedarse en casa y no ingresar en residencias." (*Profesional 2*).

"Creo que aumentarán debido al cambio progresivo de nuestra sociedad y ante situaciones de desempleo, falta de recursos, etc." (*Profesional 5*).

En segundo lugar las profesionales plantearon aquellas **necesidades específicas detectadas en este tipo de cuidadores informales**. De sus discursos se puede deducir la siguiente clasificación de necesidades:

- Apoyo para realizar las tareas domésticas y de cuidados personales. El análisis efectuado anteriormente en este mismo trabajo, sobre el tipo de actividades de cuidado que realizan los varones, viene a corroborar esta afirmación, puesto que la mayoría de ellos, contaban con apoyos para llevar a cabo estas tareas. Tanto la literatura existente, como las propias profesionales, sostienen que esto se debe a que tradicionalmente, este grupo de cuidadores masculinos, nunca habían adoptado el papel de cuidador o de gestionar la casa, ya que

anteriormente este tipo de labores, las realizaban las mujeres con las que convivían en el hogar. Las profesionales cuentan:

“Solicitan información sobre servicios de ayuda a domicilio para limpieza y ayuda en la atención a la persona dependiente” (*Profesional 1*).

“Desarrollar la higiene de la persona cuidada.” (*Profesional 3*).

“Tareas domésticas y tareas de cuidado que principalmente realizaban las mujeres (o todavía realizan).” (*Profesional 6*).

- Programas de formación concreta que tengan en cuenta las peculiaridades de este colectivo, ya que los hombres parten con menos conocimientos previos en materia de cuidados personales y del hogar. Al mismo tiempo, requieren ayuda profesional para llegar a comprender, empatizar y mejorar la comunicación con las personas a las que están cuidando.

“Necesidad de formación específica, en sentido amplio.” (*Profesional 5*).

“Necesidad de apoyo en el cuidado para entender la conducta de la persona dependiente; un profesional, podría ayudarles.” (*Profesional 3*).

- Por último, estas profesionales destacan que los varones cuidadores necesitan un mayor acompañamiento emocional, por una lado para que sean capaces de asumir el duelo que provoca estas situaciones, y por otro, para facilitarles la adaptación que supone el cambio de roles.

“A nivel emocional estos cuidadores, aunque tienden siempre a mantener un espacio propio para ellos, le suele costar más admitir a la enfermedad de su familiar o mujer, por dos motivos:

- Por el mismo proceso de duelo del cambio y la enfermedad de su pareja.

- Porque implica un cambio de rol, y asumir funciones que anteriormente no realizaban (cuidados de la casa, cuidados del familiar), de manera que necesitan un apoyo emocional hasta que asimilan el proceso de enfermedad de su mujer y reubicación de roles.” (*Profesional 4*).

“No están acostumbrados a ser cuidadores. Debido a las características sociales de este país en la generación de los cuidadores actuales, estos han pasado de “ser cuidados” por sus esposas a ser cuidadores. No se adaptan a esta situación, por lo que supone una mayor carga socio-sanitaria y aumentará la carga social.” (*Profesional 2*).

“Reconocimiento. En cuanto a la tarea y a que ha sido algo tradicionalmente delegado a la población femenina.” (*Profesional 5*).

En tercer lugar las profesionales realizaron una serie de **propuestas de intervención**, que bajo su punto de vista, convendría poner en marcha para mejorar la calidad de vida de los cuidadores, y como consecuencia, también la de las personas a las que atienden. Nuevamente, se puede establecer una clasificación:

- Fomentar la educación en igualdad. Es fundamental que desde edades tempranas se fomente este aspecto, para lograr que en el futuro, la sociedad en su conjunto, tenga las habilidades necesarias para afrontar

las fuerte demanda de cuidados informales que se prevén en los próximos años; todo ello, bajo un marco de corresponsabilidad en el hogar.

“Hay que añadir desde edades tempranas a nivel educacional, cultural y social, la igualdad de responsabilidades en la implicación en el cuidado.” (*Profesional 3*).

“Propuesta a nivel educacional, desde el sistema educativo en la igualdad corresponsabilidad doméstica y laboral.” (*Profesional 6*).

- Exigir unos servicios públicos de calidad. Estas profesionales consideran necesario que la administración pública ponga en marcha una serie de medidas concretas, asegurando además la financiación de las mismas. Las personas mayores constituyen un sector de población débil, económicamente hablando, por lo que los poderes públicos deben protegerlos. Las profesionales consultadas, planteaban lo siguiente:

“Sería necesario reformar la Ley de Dependencia en el aspecto de apoyo y asesoramiento al cuidador.” (*Profesional 5*).

“Poner en marcha el servicio de ayuda a domicilio de dependencia y lograr un aumento de la capacidad de asumir usuarios y horas del servicio de ayuda a domicilio municipal.” (*Profesional 6*).

- Planificar servicios de formación y orientación específicos para este colectivo de cuidadores.

“De todas formas para los cuidadores masculinos mayores de 65 años (y todos en general) que inician el proceso de cuidar sería la siguiente intervención:

- Formación sobre el proceso de la enfermedad de su familiar y cuidados de la misma

- Formación sobre las tareas de la casa (limpieza, cocina, adaptación del hogar), concretamente para el cuidador masculino que anteriormente no han realizado estas funciones.

- Información y apoyo en la solicitud de los recursos existentes públicos y privados (SAD, centro de día, comida a domicilio, Teleasistencia, etc.)." (*Profesional 4*).

- Crear grupos de autoayuda que cubran las necesidades emocionales de los hombres que cuidan. Casi todas las profesionales consultadas, coinciden al proponer esta medida de intervención.

"Realización de grupos de educación para la salud de cuidadores de personas dependientes. Formación de grupos de autoayuda para cuidadores." (*Profesional 3*).

"Apoyo emocional al cuidador (los cuidadores masculinos tiende a no hablar de la situación que viven y necesitan un vía de escape)." (*Profesional 4*).

"Trabajo en grupo y creación de grupos de autoapoyo." (*Profesional 5*).

Por último, y dado que un objetivo de este trabajo consiste en elaborar una propuesta de intervención, interesaba saber si actualmente existen algún **tipo de programas o medidas concretas** que actúen sobre las necesidades de estos varones cuidadores. Las profesionales no conocían ningún proyecto

específico que se esté llevando a cabo para este colectivo, pero sí los programas para cuidadores (de ambos sexos), "Cuidarte" y "Cuida-relax".

"Programa específico sólo para varones mayores, no. Sí los recursos a disposición de todos los cuidadores. En el caso de apoyo emocional CUIDARTE. Dentro de nada se iniciará CUIDARELAX." (Profesional 4).

"Para varones no conozco ningún programa ni medida específica, los que existen tipo Cuidarte y Cuida-relax, son para mujeres y hombres." (Profesional 3).

4. CONCLUSIONES.

Si bien podría decirse que no existe un único **perfil de varones mayores cuidadores**, sí es posible identificar algunas características principales:

- Se trata de hombres que habitualmente cuidan a sus esposas y que residen en el mismo domicilio.
- El tipo de enfermedad que sufren las personas a las que están cuidando suele ser de tipo degenerativo, y generalmente referidas a movilidad muy reducida o a Alzheimer.
- Aunque la mayoría cuenta con apoyos familiares o de personal contratado, cuidan de manera permanente y continua.
- Realizan todo tipo de actividades de cuidado, aunque prefieren aquellas que podrían denominarse de supervisión o control.
- No identifican haber realizado otras tareas de cuidado con anterioridad y su labor como cuidadores, obedece a una causa sobrevenida y en ningún caso planificada.

A continuación se van a destacar las principales conclusiones que a las que ha dado lugar el análisis realizado, siguiendo algunos de los puntos más importantes del mismo. En cuanto al **tipo de ayuda que reciben estos cuidadores**, cabe destacar los siguientes puntos:

- La mayoría de los entrevistados cuentan con el apoyo puntual de una persona contratada por horas y de algún otro familiar (sobre todo hijos/as y hermanos/as), pero la carga del cuidado recae en ellos.

- El perfil de la persona contratada que colabora en el cuidado, corresponde a una mujer inmigrante (destacando de origen latinoamericano), contratada de manera privada.
- Los hijos también participan en el cuidado, aunque debido a las propias cargas familiares, dedican poco tiempo a estas tareas.
- Los cuidadores principales valoran muy positivamente cualquier tipo de ayuda que reciben, pues para ellos supone un descanso y la tranquilidad de ver a sus familiares mejor atendidos.
- Muy pocos cuidadores acuden a centros de día, nocturnos o residenciales, para compaginar las tareas de cuidado. Las personas a las que cuidan tampoco suelen ser beneficiarias del servicio de ayuda a domicilio ni de teleasistencia.

La cuestión más llamativa sobre las ayudas que reciben estos cuidadores, es que en general, el personal contratado por ellos posee una cualificación muy escasa. Según Escobedo, Fernández y Moreno (2002:6), esta tendencia puede observarse en toda Europa: "Distintas proyecciones sobre las tendencias de la población y sobre las cualificaciones profesionales apuntan hacia la necesidad de mejorar la calidad de los empleos desempeñados hasta ahora por mujeres jóvenes poco cualificadas: sin esto, este sector laboral sufrirá en un plazo breve de tiempo de serias carencias de mano de obra".

El **tipo de cuidado** que realizan estos mayores cuidadores podría caracterizarse por lo siguiente:

- En cuanto a las tareas de aseo personal, casi todos ellos se encargan del acompañamiento al baño o cambio de pañales. Se responsabilizan también de la alimentación, controlando la dieta y dando de comer o

troceando los alimentos. Asimismo, aunque en menor medida, realizan otro tipo de cuidados personales.

- Realizan labores de limpieza y mantenimiento del hogar, se encargan de la compra, de la colada y de cocinar.
- Estos mayores cuidadores suelen contar con apoyos para llevar a cabo las tareas de cuidado personal (aseo, vestido, baño...) así como de limpieza del hogar, aunque como ya se ha visto, ellos también asumen este tipo de labores.
- Casi la totalidad se responsabiliza de las actividades que se relacionan con la administración y control de medicamentos, así como de las visitas a profesionales de la salud.
- Llevan a cabo el control de la economía del hogar y suelen encargarse de otras tareas que requieren la movilidad de las personas en situación de dependencia, tanto dentro como fuera del hogar.

En relación a las **circunstancias de asunción de los cuidados**, estos entrevistados manifestaban que no responden a ningún tipo de planteamiento, ni previsto ni programado, sino más bien, a la necesidad de dar respuesta a una realidad que reclamaba que ellos asumiesen esa responsabilidad.

- El tipo de enfermedades diagnosticadas a sus familiares determinaba si el convertirse en cuidadores se realizaba de forma paulatina o más bien repentina.
- La mayoría de las situaciones de dependencia de sus familiares estaban provocadas por algún tipo de dolencia de carácter degenerativo, por lo que la toma de responsabilidades se produjo de manera progresiva, adecuándose a las circunstancias particulares de cada caso.

- Identificaban esta experiencia de cuidados como la primera, bien porque realmente nunca la habían tenido antes, o bien porque no equiparaban el cuidado de los hijos con el cuidado de una persona dependiente (como es el caso de los entrevistados de menor edad, que sí manifestaban haber participado en la crianza de sus hijos).
- El elemento común que comparten estos cuidadores, es la ausencia de una figura femenina en la familia que asuma estas tareas de cuidados. Los entrevistados comentaban que sus hijas (en el caso de tenerlas), vivían fuera de la ciudad o bien que trabajaban y tenían su propia familia.
- La falta de implicación y de planificación de los cuidados por parte de los varones, puede responder a la identificación del género femenino como el proveedor principal de cuidados.
- Educar en una cultura igualitaria del cuidado, puede favorecer un cambio en el actual perfil de cuidadores informales (mayoritariamente femenino).

Las **motivaciones** que encuentran los cuidadores para ejercer esta labor, son muy variadas, y en muchos casos responden a motivos personales e íntimos, pero también a factores culturales. En general destacan los siguientes motivos:

- El amor y cariño hacia las personas a las que están cuidando.
- Obligación moral: sienten que es su deber y que no pueden eludirlo.

- Circunstancias económicas difíciles que impiden contratar más ayuda profesional. Además, la escasez de recursos públicos dificulta que puedan acceder a la red de servicios de cuidados formales.
- Motivos culturales: para ellos es algo que han vivido así en sus familias y que lo han aprendido de ese modo. Dentro de estos motivos culturales, los cuidadores destacaban el familismo y el personalismo.
- La reciprocidad se da en los casos de los hijos que cuidan a ascendientes.
- En algunas circunstancias, evitar la censura social sí representa un motivo para ejercer como cuidador.
- Motivación altruista: aunque de manera implícita está reflejada en sus discursos, no parece ser la más significativa.
- Aunque muchos de los entrevistados manifiestan ser creyentes, los motivos religiosos no suelen estar presentes.

El estado anímico determina cómo ellos mismos se ven en un **futuro ejerciendo como cuidadores**. El estado anímico a su vez, depende de factores como la buena salud o la edad.

- Las personas más jóvenes suelen tener una perspectiva más optimista en relación a los cuidados.
- Las personas más mayores, que en muchos casos están también enfermas y necesitarían atención, tienden a que su visión de la situación en el futuro, sea un tanto más negativa.

En cuanto a las **repercusiones** que ocasiona el cuidado, se podrían identificar como las más importantes las siguientes:

- Costes en el área familiar de los cuidadores, generados porque el tiempo que requieren los cuidados, suele restarse del que debería emplearse en las responsabilidades dentro de su propio hogar.
- Si las personas que cuidan están en activo, cuidar crea repercusiones en el ámbito laboral, pues pueden tener la sensación de no poder realizar bien ninguno de los dos trabajos, es decir, si desempeñan correctamente su función en el puesto de trabajo pueden pensar que no están cuidando debidamente, y viceversa.
- A nivel económico cuidar también genera costes, unas veces en forma de inversiones para adaptar los hogares y gastos en productos para el cuidado, y otras supone que el cuidador cese su actividad laboral remunerada, o que deba reducir su jornada, y por lo tanto, tener menos ingresos salariales.
- El ocio y tiempo libre de los cuidadores también se ve afectado, pues esos momentos que antes empleaban para sí mismos, deben invertirlos en los cuidados.
- Aunque físicamente es más difícil comprobar los costes reales que conlleva el cuidado, sobre todo si hablamos de cuidadores mayores que pueden tener problemas de salud derivados de la edad, es más común que los cuidadores perciban que su salud psíquica y emocional ha empeorado; en general hablan en términos de estrés y ansiedad.

Pero no todas las consecuencias del cuidado son negativas. Con frecuencia los propios cuidadores refieren sentir cierta **satisfacción** cuando

ven que su familiar está bien atendido, y destacan algunos beneficios que explican haber obtenido; en concreto se refieren a los siguientes aspectos:

- Cuidar les hace sentirse más útiles.
- Sienten satisfacción al saber que alguien les necesita y que ellos pueden ayudar.
- Cuidar supone un medio para que las personas puedan sentirse realizadas y contentas consigo mismas.
- A menudo, aprender las nuevas tareas que implica el cuidado también supone una fuente de autoestima.

Las **necesidades expresadas** por los cuidadores, tanto para sus familiares como para ellos mismos, podrían categorizarse en las siguientes:

- La mitad de los cuidadores manifiestan que la mejor opción sería poder optar a una plaza en un centro residencial, tanto para las personas en situación de dependencia, como en algunos casos, para ambos miembros de la pareja. En este tipo de casos coincide que la persona que recibe cuidado tiene un estado de salud muy delicado.
- En aquellas situaciones en las que la salud de la persona que está siendo cuidada todavía es buena, los cuidadores identificaban como su mayor necesidad poder contar con más recursos públicos, bien económicos o bien materiales, para poder contar durante más horas con una persona que les ayudase a realizar las tareas de cuidados.
- El hecho de que la persona dependiente pueda mantenerse en el propio domicilio está vinculado a la buena salud del cuidador.

- Generalmente la demanda de poder disponer de más cuidadores informales responde a la necesidad de que la persona en situación de dependencia pueda estar mejor atendida, así como a la carencia de ocio y tiempo libre que los cuidadores acusan.

Las respuestas que las profesionales consultadas proporcionaron, han sido útiles para elaborar las propuestas de intervención que finalizan esta investigación. Asimismo, estas profesionales han detectado un “bloqueo” en la aplicación de la Ley de la Dependencia, lo cual sumando a los costes sociales que la actual crisis económica se está cobrando, está siendo fuente de un aumento de las desigualdades sociales, en lo que a cuidados se refiere.

Existe una clara diferencia de acceso al tipo de servicios de cuidados a los que las personas en situación de dependencia pueden optar, puesto que hay escasa dotación de recursos públicos y por tanto, deben acudir al mercado privado, que como ya se ha visto, está marcado por la baja cualificación de los profesionales. De esta manera, se encarece el coste del cuidado profesional de calidad, introduciendo una brecha social en el acceso a los mismos.

Por otro lado, estas profesionales detectan un aumento sustancial en el número de cuidadores informales de uno y otro sexo, produciéndose una paradoja entre lo que Ley de la Dependencia propone, es decir, el incremento de los cuidados formales, y lo que en la práctica está sucediendo.

La paulatina incorporación del hombre a estas tareas y a las dificultades que algunos presentan para llevarlas a cabo, unida a la realidad de los cuidados informales y su creciente importancia en nuestras sociedades, hace inevitable plantearse una serie de intervenciones concretas que ayuden a mejorar la situación de estos mayores cuidadores, así como destacar la importancia de continuar investigando en esta línea.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

Ya en el año 1999, cuando Braudy y Orpett en su trabajo pionero titulado "Husbands and sons in the United States and Japan: cultural expectations and caregiving experiences", al estudiar la situación de los hombres cuidadores, afirmaban que:

"Los programas necesarios y las políticas no han de ser desarrollados a partir de las nociones abstractas de los roles tradicionales y estereotipos culturales, sino más bien a partir de las propias experiencias de los cuidadores activos. Al proveer cuidados, estos hombres rompen con los estereotipos culturales y los modelos de género de la sociedad, pero en el proceso de hacerlo, aumentan el rango de las opciones de cuidados, reinterpretando y reconstruyendo así las normas culturales.¹³" (Braudy y Orpett, 1999:264-265).

Partiendo de esa premisa, así como de las necesidades detectadas a lo largo de toda la investigación, sumadas a las expresadas por las profesionales consultadas, se pueden elaborar una serie de propuestas de intervención concretas, algunas de las cuales podrían ser abordadas desde la perspectiva del Trabajo Social.

- Diseñar grupos de apoyo y de *counselling*¹⁴, así como talleres especialmente dirigidos a mayores varones cuidadores, que atiendan sus demandas específicas. Por esta línea de trabajo se decantan la mayoría de las profesionales entrevistadas durante esta investigación, así como los autores Martínez y Crespo (2009). Fruto de la

¹³ Texto original en inglés. Traducción propia.

¹⁴ El *counselling* o asesoramiento psicológico consiste en apoyar a un cliente que está atravesando por un momento de crisis, mediante de la relación de ayuda que mantiene con el profesional.

combinación de todas esas ideas, surge la siguiente propuesta de acciones concretas:

- a) Formación específica sobre las enfermedades de las personas a las que cuidan y sus procesos. Con esta medida se pretende lograr que los cuidadores puedan asimilar adecuadamente el proceso de duelo que conlleva este tipo de dolencias, tanto para ellos como para las personas a las que están cuidando.
- b) Formación en tareas del hogar y de cuidados personales. Para la gran mayoría de estos varones cuidadores es la primera vez que deben enfrentarse a la experiencia de cuidar a una persona y/o de mantener un hogar, y por tanto, deben aprender toda una serie de tareas nuevas para ellos, además de tener que asimilar el cambio de roles que ello supone. Por este motivo este tipo de talleres formativos serían muy apropiados para este colectivo de cuidadores.
- c) Talleres de control del estrés, siendo especialmente indicados aquellos que proporcionan habilidades de control de la respiración.
- d) Fomentar el uso y la creación de suficientes recursos denominados de "respiro" para favorecer que los cuidadores dispongan del tiempo libre necesario.
- e) Talleres de comunicación asertiva, con el objetivo de que los cuidadores adquieran herramientas para relacionarse con las personas a las que cuidan de manera adecuada; esto incluye tratar con amabilidad y paciencia, así como aprender a decir "no" en algunas situaciones.
- f) Entrenamiento en habilidades de solución de conflictos y control de pensamiento, con la finalidad de conseguir que estos cuidadores

adquieran la destreza suficiente para enfrentarse a los problemas que puedan surgir mientras ejercen como cuidadores.

g) Talleres de mejora de la autoestima, para evitar que los cuidadores puedan caer en situaciones de depresión, estrés, sentimientos de soledad o culpabilidad.

- Fomentar la educación en igualdad y bajo los principios de corresponsabilidad, llevando a cabo programas concretos a edades tempranas desde los centros educativos, consiguiendo difuminar los roles de género que tradicionalmente atribuyen a la mujer la función de provisión de cuidados. De esta manera, la sociedad estaría más formada y preparada para los nuevos retos en cuestiones de cuidados que depara el futuro, en los que se prevé que los hombres deban asumir un mayor número de responsabilidades.
- Aunque estos hombres cuidadores actualmente representan una minoría, se prevé que su número e importancia irá en aumento, convendría establecer un sistema de indicadores que permitan detectar posibles situaciones de riesgo. Este procedimiento debería efectuarse tanto desde el sistema sanitario como desde el sistema de servicios sociales.
- Crear programas de mantenimiento de la salud de estos cuidadores sería imprescindible, pues su estado físico determina el tipo y la calidad de los cuidados que pueden proporcionar, así como su estado anímico general.
- Desarrollo de un sistema público de cuidados de calidad y accesible para todas las personas en situación de dependencia, pues se ha detectado que todavía la mayoría de ayudas públicas, en el mejor de los casos, se están efectuando en forma monetaria, es decir, fomentando el

cuidado informal en detrimento del cuidado formal por el que la misma Ley de la Dependencia aboga.

Además, son muchos los y las profesionales que están denunciando la paralización de la Ley de la Dependencia¹⁵, y por tanto, es crucial que se dote de recursos para no dejar desprotegido a uno de los colectivos más débiles de nuestra sociedad.

Todas estas propuestas deberían ponerse en práctica teniendo en cuenta las pautas principales que Martínez y Crespo (2006) proponen:

- Procurar que cualquier programa que se oferte no se convierta en un factor estresor más para el cuidador. Para evitar esto se debe tener en cuenta que la duración de estas medidas debe tener una duración breve, que no suponga un desplazamiento largo para el cuidador y que presente unos horarios flexibles.
- Personalizar al máximo los programas y recursos, adaptándolos a las circunstancias, necesidades y preferencias de cada cuidador.
- Conviene recordar que una de las funciones de este tipo de medidas es la de acompañar a los cuidadores, por lo tanto, es imprescindible que se sientan escuchados y atendidos en todo momento.

Para finalizar, y a modo de resumen, conviene citar a Koopmanschap (2003) y su recomendación a las administraciones:

“Nuestra recomendación para las autoridades por lo tanto, sería la siguiente: si usted quiere depender de la asistencia informal como un insumo importante en el cuidado de la salud en el largo plazo,

¹⁵ Según una noticia publicada en el “El País”, el 17 de mayo de 2012 y titulada “El freno a los dependientes leves no ha servido para atender a los graves”.

debe mantener una estrecha vigilancia sobre la carga subjetiva de los cuidadores informales, tratar de identificar a los cuidadores en riesgo y ofrecerles un apoyo hecho a medida y/o servicios de cuidados temporales, es decir, de acuerdo a sus preferencias y *necesidades*.¹⁶” (Koopmanschap, 2003:317).

¹⁶ Texto original en inglés. Traducción propia.

6. BIBLIOGRAFÍA

Abellán, A., & Esparza, C. (2011). Un perfil de las personas mayores en España 2011. Indicadores estadísticos básicos. Informes Portal Mayores, 127. *On-line*. [Última consulta 20 de mayo de 2012]

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos11.pdf>>.

Anttonen, A. (2005). Hacia un mayor cuidado público: cambios en las relaciones y las políticas públicas de cuidado a las personas dependientes. Panorama Social, 2, p. 8-20.

Arber, S. y Ginn, J. (1996). Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico. Madrid: Narcea.

Armstrong, P., & Kits, O. (2001). One hundred years of caregiving. Law Commission of Canada. *On-line*. [Última consulta: 20 de mayo de 2012]. <http://www.cewh-cesf.ca/PDF/health_reform/care-giving-100yrs.pdf>

Arriba, A., & Moreno, F. (2009). El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Babbie, E. (2000). Fundamentos de la investigación social. Madrid: International Thomson Editores.

Barbadillo, P. y Gómez, M. V. (2010). El cuidado como responsabilidad: Consecuencias no deseadas en la aplicación de la Ley de Dependencia. Astrolabio. Revista internacional de filosofía, 11, p. 45-54.

Braudy, P. y Orpett, S. (1999). Husbands and sons in the United States and Japan: cultural expectations and caregiving experiences. Journal of Aging Studies, 13, núm. 3, p. 241-267.

Carroll, M. y Campbell, L. (2008). Who now reads Parsons and Bales?: Casting a critical eye on the "gendered styles of caregiving" literature. Journal of Aging Studies, 22, p. 24-31.

Crespo, M., & López, J. (Octubre 2008). Cuidadores y cuidadoras: el efecto de género en el cuidado no profesional de los mayores. Boletín sobre envejecimiento: Perfiles y Tendencias, 35.

Corbetta, P. (2003). Metodología y técnicas de investigación social. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.

Gómez, R. (Dir.) (2012). Salud, demografía y sociedad en la población anciana. Madrid: Alianza editorial.

Escobedo, A. et. al. Moss, P. (Edit.). Síntesis del informe consolidado: Estudio de la demanda, la oferta y la utilización de servicios de atención y de cuidado a las personas dependientes. En: El trabajo de cuidado a las personas en Europa. Conocimientos presentes y direcciones futuras. Documento de trabajo 4.

Hanratty, B. et. al. (2007). Retirement age caregivers and deprivation of area of residence in England and Wales. European Journal of Ageing, 4, p. 35-43.

Haberkern, K., et al. (2011), "The role of the elderly as providers and recipients of care", in OECD, The Future of Families to 2030, France: OECD Publishing.

Hequembourg, A. y Brallier, S. (2005). Gender stories of parental caregiving among siblings. Journal of Aging Studies, 19, p. 53-71. *On-line*. [Última consulta: 15 de mayo de 2012]

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406504000635>>

IMERSO/Gfk-Emer (2004). Encuesta de Apoyo Informal a los mayores en España. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

IMERSO/GFK (2005). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto Nacional de Estadística. (2009). Encuesta de movilidad hospitalaria. Año 2007. Nota de prensa. *On-line*. [Última consulta: 21 de mayo de 2012] <http://www.ine.es/prensa/np537.pdf>

_____ (2012). Avance explotación Padrón, 2012 (INE). *On-line*. [Última consulta: 9 de junio de 2012].

<<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/&file=inebase>>

_____ (2012). Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Nota de prensa. (INE). *On-line*. [Última consulta: 21 de mayo de 2012] <http://www.ine.es/prensa/np697.pdf>

Jefatura del Estado (15-12-2006), Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, BOE n.º 299/2006

Johansson, S. y Moss, P. (Edit.) (2004) "Resumen del informe consolidado: El trabajo con personas ancianas. Estudio de la situación en Suecia, España e Inglaterra con material adicional de Hungría" En: El trabajo de cuidado a las

personas en Europa. Conocimientos presentes y direcciones futuras. Lote de trabajo 9.

Jurado, T. y Naldini, N. (2007). El papel de la familia en el régimen de bienestar español. En: Jurado, T. (ed.). Cambios familiares y trabajo social. p. 109-136. Madrid: Ediciones Académicas.

Koopmanschap, M. A. et. al. (2003). The desire for support and respite care: preferences of Dutch informal caregivers. Health Policy, 68, p. 309-320.

Larrañaga I. (2005). Relaciones intergeneracionales en la familia y redes de apoyo. En: Arregi B, Davila A, (eds.) Reproduciendo la vida, manteniendo la familia. Reflexiones sobre la fecundidad y el cuidado familiar desde la experiencia de Euskadi. Bilbao: Servicio Editorial de la UPV/EHU. p. 231-262.

Martínez, J. y Crespo, M. (2006). Intervención con cuidadores. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, 54. Lecciones de Gerontología, IV [Fecha de publicación: 09/06/2006]. *On line*:
<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopez-intervencion-01.pdf>>

Morán, C. (2012). El freno a los dependientes leves no ha servido para atender a los graves. (Artículo periodístico). Periódico "El País", 17 de mayo de 2012, núm. 12.744, edición Madrid.

Moreno, F. J. y Bruquetas, M. (2011). Inmigración y Estado de bienestar en España. Colección Estudios Sociales, 31. Barcelona: Obra Social "la Caixa."

Noonan, A. et. al. (1996). Making the best of it: themes of meaning among informal caregivers to the elderly. Journal of Aging Studies, 10, núm. 4, p. 313-327.

Portal de mayores. (2007). "Glosario especializado en Geriátría y Gerontología". [Fecha de publicación *on-line*: 15/02/2007].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentacion/glosario/2007/glosario.pdf>>

_____. Cuidadores. Preguntas y respuestas. *On-line*. [Última consulta: 10 de junio de 2012].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/especiales/cuidadores/pyr/index.html>>

Puyol, R. y Abellán, A. (Coords.) (2006) Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española. Madrid: Mondial Assistance.

del Rincón, M. (1995). Envejecer en Aragón. La vida por delante. Cruz Roja Aragón: Zaragoza.

_____ (2005). Informe sobre las condiciones de vida de las personas mayores de 65 años en el barrio de San José. Material inédito. Informe de investigación. Universidad de Zaragoza y Ayuntamiento de Zaragoza.

_____ (2009). Análisis de los cuidados informales en España y en Europa. Material inédito. Máster de Gerontología. Universidad de Zaragoza.

del Rincón, M. y Sanz, A. (2008). Modelos de cuidados en los sistemas de bienestar. Material inédito. Máster de Gerontología. Universidad de Zaragoza.

_____ (2010). Ponencia: El sistema de "la dependencia" y su desarrollo en Aragón. II Congreso anual REPS. Universidad de Zaragoza. *On-line*. [Última consulta: 9 de junio de 2012]. <http://cg2010.espanet-spain.net/gest/sites/default/files/panel7/3/Ponencia/1/asanz_texto_ponencia_completo_3a_pdf_15937_pdf_19009.pdf>

Rodríguez, A. (Dir.) (2005). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Rodríguez, P. (2006). El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Fundación alternativas. Documento de trabajo, 87.

Rodríguez, C. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. Cuadernos de relaciones laborales, 29, núm. 1, p. 13-42.

SAAD-IMSERSO. (2012). Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. Situación a 1 de mayo de 2012. Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

Sanz, M. (2006). Herramientas para la investigación de lo social en las organizaciones. Técnicas y aplicaciones. Zaragoza: Mira.

Silverberg, S. et. al. (2009). Caregiving for elder relatives: wich caregivers experience personal benefits/gains? Archives of Gerontology and Geriatrics, 48, p. 238-245.

Sugiura, K. et. al. (2009). Gender Differences in Spousal Caregiving in Japan. Journal of Gerontology: Social Sciences, 64B (1), p. 147-156.

Tobío, C. et. al. (2010). El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. Colección Estudios Sociales, 28.

_____ (2012). Cuidado e identidad de género. De las madres que trabajan a los hombres que cuidan. Revista Internacional de Sociología, 70, núm. 2. p. 399-422.

Valles, M.S. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis.

Velkoff, V. A., & Lawson, V. (1998). Gender and Aging: Caregiving. International Brief. Washington, DC: Bureau of the census.

Wilson, G. (1996). <<Yo soy los ojos y ella los brazos>>: cambios en los roles de género en la vejez avanzada. En: Arber, S. y Ginn, J. Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico. p. 141-161. Madrid: Narcea.