

Desigualdades en el ejercicio del cuidado a través del enfoque de género

Autores:

Paula Andrea Ceballos-Vásquez. Enfermera. Doctora en Enfermería. Departamento de Enfermería, Universidad Católica del Maule. Talca, Chile. E-mail: pceballos@ucm.cl

Viviane Jofré-Aravena. Enfermera. Doctora en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. Concepción, Chile. E-mail: vjofre@udec.cl

Sara Mendoza-Parra. Enfermera. Doctora en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. Concepción, Chile. E-mail: smendoza@udec.cl

› Resumen

Este artículo surge con el propósito de reflexionar sobre las diferencias de género presentes en la sociedad, las cuales permean al cuidado. Para ello, se describe el cuidado a lo largo de la historia, luego se desarrolla en forma extensa la temática de sistemas de cuidados, subdividida en cuidados informales y cuidados formales. Se realiza un análisis de las desigualdades de género presentes en ambos sistemas y las implicaciones de ellas para las mujeres y enfermería. Se exponen algunas propuestas para romper con los estereotipos imperantes, incorporar al hombre al cuidado informal y que Enfermería modifique su visión paradigmática. Se concluye que existe desigualdad de género en el sistema de cuidado informal y formal, que es la mujer quien asume el rol de cuidar producto de los estereotipos sociales. Este aspecto afecta a Enfermería porque parte de las desigualdades existentes en su quehacer, derivan de la visión cultural o social hacia el cuidado.

› **Palabras claves:** Género y salud; cuidado; enfermería. (DeCS)

Inequalities in exercise of care from a gender focus

› **Abstract**

This article was created in order to debate about gender differences in society, which permeate healthcare. First, health care is described throughout history; then, healthcare systems are analyzed extensively. Furthermore, the thematic was subdivided into informal and formal care. Subsequently, an analysis about gender inequalities present in both systems and their implications for women and nursing is done. To break with the prevailing stereotypes, incorporate men to informal care and nursing modifying its paradigmatic vision, are some of the proposals exposed. It is concluded that there is gender inequality in the system of informal and formal care; women are who assume the role of caring due to social stereotypes. This aspect affects Nursing, because part of the prevailing inequalities in their work, derive from a cultural or social vision towards its paradigmatic element, healthcare.

› **Keywords:** *Gender and health; care; nursing. (DeCS)*

› Introducción

Desde los orígenes de la humanidad los cuidados han sido vividos y ejercidos por mujeres. Su práctica fue un pilar de supervivencia para las tribus, luego, en el ámbito doméstico, fueron asociados a sentimientos de vocación, altruismo y servicio. Posteriormente, por conflictos bélicos, sirvientas sin preparación y religiosas cuidaban a los heridos, pero esa práctica de cuidados siempre fue infravalorada porque era ejercida por mujeres con poco conocimiento (1). Con el inicio de cambios sociales y políticos en el siglo XIX, aun cuando estos cuidados fueron entregados por personas preparadas, heredaron aquellos estereotipos históricos.

En la actualidad, *cuidar* es una representación social, y el resultado de una construcción propia de cada situación para promover, proteger y preservar la humanidad (2). Esta representación ha sido entregada a la mujer en lo privado, y la estructura social y familiar les ha otorgado a ellas el rol de *cuidadoras*, en algunos casos, como alternativa de sobrevivencia personal, familiar y social, y en otros, como desarrollo profesional (3).

Según lo expuesto, las desigualdades también están presentes en el ejercicio del cuidado y para Enfermería, disciplina instalada en el ámbito del cuidado formal, que también cuida a las mujeres que lo ejercen informalmente, por lo que resulta imprescindible reflexionar sobre las diferencias de género que permean este ejercicio, observar cómo se manifiestan estas desigualdades y proponer acciones en los ámbitos de su desempeño para neutralizarlas.

› Breve reseña del cuidado a través del tiempo

Se presenta un recorrido del ejercicio del cuidado, a través del tiempo, con la finalidad de contextualizar su desarrollo (4-7):

Durante la prehistoria, el protagonismo de los cuidados fue adjudicado a las mujeres, desempeñándose en prácticas encaminadas al mantenimiento de la vida, sin embargo, el papel del sanador se le adjudicaba al hombre.

En las sociedades arcaicas superiores, como babilónicas, hebreos, egipcios, orientales e indígenas del nuevo mundo, la enfermedad se enfrentaba como un castigo de los dioses y dependía del tipo de cultura quién se desempeñaba como responsable del cuidado. Para los egipcios, la mujer tenía poder en todo ámbito, en cambio, en el continente americano, la mujer solo ejercía el cuidado en el ámbito doméstico.

En el mundo clásico, destacan romanos y griegos. En Grecia, el cuidado era realizado por diferentes personas, el médico técnico poseía un vasto conocimiento en el cuidado de la salud. Las parteras brindaban cuidados obstétricos y el cuidado del hogar recaía en la mujer. En este período se sientan las bases del patriarcado como forma de organización social en función de la división del trabajo, los roles y el poder. Existen argumentos históricos que evidencian que antiguas civilizaciones eran lideradas por mujeres, quienes eran seguidas por el poder que les daba su capacidad de reproducción, llamado *Ginecocracia* o sistema de derecho materno (8). Por otra parte, en Roma la enfermedad era originada por fuerzas sobrenaturales y los cuidados eran dispuestos por el *pater familiae*, quien fue la figura central al interior del esquema familiar romano (9). Las mujeres romanas eran independientes y tenían actividades fuera del hogar, aunque su papel principal seguía siendo el cuidado familiar y la atención del parto.

En el siglo II emerge el cristianismo, los cuidados fueron considerados un deber sagrado y adquirieron un enfoque humanitario. Las cuidadoras eran dóciles, pasivas y humildes, sumado a una obe-

diencia incontestable a las decisiones de sacerdotes o médicos.

Posteriormente, en la Edad Media los problemas de salud surgieron por movimientos migratorios, saneamiento deficiente y aparecen plagas por vectores y lepra. Muchos hombres se hicieron cargo del cuidado con el fin de atender a los soldados. Dentro de las organizaciones dedicadas al cuidado destacan órdenes militares, religiosas y seglares.

Luego, emerge el mundo moderno y nace el protestantismo luterano. Las mujeres protestantes creían que el medio de salvación era la fe, por lo que abandonaron el cuidado, trasladándolo a conventos. Así, el cuidado fue voluntario y pasó a manos de seglares de bajo estrato social, prostitutas o carcelarias, quienes cuidaban para asegurar su hospedaje.

En el siglo XIX, con la Revolución Industrial, se generan migraciones desde el campo a la ciudad y surgieron nuevos desafíos para las personas que se dedicaban al cuidado. Es en este siglo cuando emerge enfermería como profesión, de la mano de Nightingale, a quien se le reconoce por ser una pionera, la fundadora de la enfermería moderna y una gran estadística (5), aspectos admirables, sobre todo en los tiempos en los cuales ella se desempeñó. Sin embargo, es importante reconocer que además de estos aspectos positivos, en su legado se observa la subordinación hacia el saber médico, la jerarquización entre enfermeras, la división sexual del trabajo desde un orden patriarcal, en donde la mujer quedaba relegada al ámbito doméstico, excluida de la vida pública y del poder político (10). La enfermería se realizaba desde la vocación, desde la entrega y postergación. Sumado a la herencia de la fundadora, la Enfermería moderna se desarrolló en un contexto social en que la mujer solo tenía como rol la crianza y los deberes de la casa (11).

Finalmente, en el Siglo XX, aparece la medicalización de la salud, todo gira en torno al médico y la atención se centra en lo patológico. En este contexto, Enfermería fue dirigida y ordenada por médicos, se fundaron institutos donde se enseñaba enfermería en un período de formación de tres años y los docentes eran generalmente médicos, quienes educaban para una atención biomédica alejada del cuidado.

› El cuidado: ¿una responsabilidad sólo de la mujer?

Después de visualizar brevemente el cuidado a través del tiempo, se sabe del aporte histórico que a través de los cuidados han realizado las mujeres a la sociedad. Por ejemplo, en lo económico, al contribuir en el espacio familiar o institucional a la recuperación de las fuerzas de trabajo para la sociedad, muchas veces ejerciendo una doble o triple carga laboral y descuidando, en muchas ocasiones, el propio cuidado para brindar cuidados a otros/as (3). Y en lo sanitario, realizando cuidados en los hogares o instituciones como asilos o geriátricos, descongestionando así, la atención en los diversos servicios de salud.

La pregunta que surge entonces es: ¿por qué razón se ha otorgado sólo a las mujeres el rol social de cuidar? ¿se le otorga la responsabilidad de ejercerlo a la mujer, sólo por el estereotipo socialmente imperante? La sociedad le dio un carácter de "tradicional o tradición" al ejercicio de las acciones de cuidado, protagonizado por una mujer subordinada a lo privado, dependiente de otro, que generalmente es un hombre, con una gran necesidad afectiva, entre otros aspectos. La historia señala que la mujer estaba subordinada a lo doméstico, al cuidado de los hijos/as, de los enfermos y ancianos. Al parecer, esta subordinación se

refuerza e impone en el momento en que la iglesia adquirió poder sobre las decisiones de la sociedad y la familia, y las mujeres que participaban en ella debían ser piadosas, devotas, dedicadas al prójimo, donde el cuidado se realizaba por caridad y amor a Dios (5).

› Sistema de cuidados: la mujer en lo informal y enfermería en lo formal

Aunque desde la disciplina de enfermería existen teorías que aportan respecto a este sistema, como la Teoría de los Sistemas de Cuidados de Orem (12), para este escrito el sistema de cuidados se relaciona con el lugar en donde el cuidado se realiza, los/as responsables del mismo y las relaciones entre cuidadores y usuarios/as. Este sistema se subdivide en cuidado informal y cuidado formal.

› El cuidado informal y sus desigualdades

El cuidado informal, corresponde a los cuidados proporcionados por la familia, amigos, vecinos u otros a personas ancianas, enfermas y dependientes, al interior del hogar, en un mundo priva-

do (13,14). En la actualidad, los servicios sociales y sanitarios participan en forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas en el hogar, por lo que la familia, y específicamente la mujer, constituye la principal prestadora de cuidados informales (15). Por ejercer cuidados informales, generalmente no se recibe remuneración económica y siempre existe una relación afectiva definida por el proveedor y la persona receptora de cuidados (16). Sumado a lo anterior, en la mayoría de los casos la preparación del cuidador informal, para ejercer el cuidado, es precaria. De esta forma, el perfil del cuidador/a corresponde a mujeres sin empleo, de bajo nivel educacional, responsables de las tareas domésticas, de clase social baja, que cuida a un familiar directo y que convive con la persona que cuida (15,17).

Estudios evidencian que es la mujer quien realiza los cuidados informales (ver tabla 1) y aunque no se desconoce la realización del cuidado por parte de los hombres, la empírea muestra que el cuidado informal es realizado mayoritariamente por las mujeres (17-19). Incluso pudiera ser que cuando el hombre es el cuidador principal, en algún momento, será ayudado por una mujer cercana: abuela, hermana, sobrina, vecina, etc.

TABLA 1. COMPARACIÓN DE ESTUDIOS EN RELACIÓN AL GÉNERO DEL CUIDADOR/A INFORMAL

México, 2015	España, 2009	Chile, 2012	Costa Rica, 2010
Cuidadores de adultos mayores Estudio cuantitativo, correlacional, de corte transversal n =52, p < 0.05	Cuidadores de adultos mayores Estudio cuantitativo, de corte trasversal. n =128, p <0.05	Cuidadores de usuarios postrados. Estudio cuantitativo, transversal, correlacional y predictivo, n =67, p < 0.05	Cuidados a pacientes psiquiátricos Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. n=37, p (no explicita)
Mujeres cuidadoras: 81 % Hombres cuidadores: 19%	Mujeres cuidadoras: 91% Hombres cuidadores: 9%	Mujeres cuidadoras: 91% Hombres cuidadores: 9%	Mujeres cuidadoras: 89 % Hombres cuidadores: 11 %

Fuente: Elaboración propia (18,20-22)

La pregunta que emerge luego de esta evidencia es ¿existe desigualdad de género en el cuidado informal? Al parecer, la respuesta es que sí, ya que las cuidadoras informales vivencian una serie de situaciones, tanto en lo personal como en lo social, donde se visualizan desigualdades. En relación a lo personal, las mujeres hacen un trabajo muy complejo que produce en ellas aspectos positivos y negativos, mezclados con aspectos estereotipados que les generan conflictos (23). Específicamente, el desarrollo de su quehacer produce sobrecarga mental y física, lo que impacta en su calidad de vida, convirtiéndose este trabajo en un factor de riesgo para la propia salud de la cuidadora (14,24). Depresión, ansiedad, estrés, son algunas de las complicaciones mentales generadas por la doble o triple jornada de trabajo que ellas asumen, sean estas remuneradas o no (21,24,25). En el espacio doméstico esto no les ocurre a los hombres, ya que ellos cumplen con su labor fuera del hogar y en su casa son atendidos por mujeres. Esto hace visible una gran inequidad en relación a la división sexual del trabajo en el hogar, aspecto que también impacta en la salud de estas mujeres (26), con el agravante que muchas veces debe dejar su trabajo remunerado por asumir acciones de cuidado informal (27).

Respecto a las situaciones sociales, y sin desconocer los avances en salud respecto a las personas a quienes se debe cuidar (ej. postrados), especialmente en Atención Primaria de Salud (APS), el apoyo directo entregado a las cuidadoras es aún insuficiente. Aún faltan intervenciones efectivas que produzcan transformaciones educativas, culturales y laborales de la mujer (14). Relevar la importancia social de las acciones de cuidado realizadas al interior del hogar fortalecerá los resultados del cuidado entregado y potenciará el autoestima y bienestar de las cuidadoras.

Finalmente, la violencia, es otro aspecto de desigualdad que se presenta en este tipo de cuidados. Esta problemática pudiera generarse en ambos sentidos, es decir, desde la persona que cuida a la persona que es cuidada, y viceversa (23). Por una parte, el riesgo de maltrato hacia las personas a cuidar puede relacionarse con la personalidad del cuidador, la dependencia con la persona que cuida, el cansancio y, en algunos casos, con el abuso de alcohol y drogas (28). Por otra parte, las desigualdades se pudieran generar cuando la persona a cuidar, sea este hombre o mujer, ejerce poder y abusa de quien lo cuida. Lo expuesto produce sobrecarga mental en el cuidador/a generando un círculo vicioso y perjudicial que requiere atención e intervención.

En resumen, se observa que el cuidado informal en el hogar es una responsabilidad delegada a la mujer, cuestión que en sí misma ya es una desigualdad que impacta en su salud y sus relaciones, más aún, cuando su quehacer es socialmente relevante pero no es reconocido.

› El cuidado formal y sus desigualdades

Este tipo de cuidado también es llamado cuidado profesional y es el otorgado por una institución pública o privada, con y sin fines de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sea en su hogar o en un centro sanitario (29). En este sistema, el acto de cuidar da cuenta del rol profesional de enfermeras/os y exige un profundo conocimiento de lo fisiológico, psicológico, social y espiritual de la persona (30).

Entre médicos/as y enfermeras/os se presenta una de las grandes inequidades que encontramos en el sistema de cuidados formal. Ambos profesionales,

se desempeñan en diferentes roles y su relación profesional históricamente ha respetado la misma asignación de roles de género que las prescritas socialmente para las relaciones entre hombres y mujeres (31,32), y por extensión supone que uno de ellos disfruta de los privilegios del reconocimiento social, de estatus económico y de poder. Del mismo modo que se espera que las mujeres colaboren y reproduzcan en el ámbito doméstico, en el trabajo de los hombres, las enfermeras deben ayudar a los médicos en el desarrollo de su importante misión de curar. Como disciplina esencialmente femenina, Enfermería se ha desarrollado en paralelo a una disciplina esencialmente masculina, la Medicina, y quienes la ejercían tuvieron la responsabilidad de la formación de las primeras enfermeras. De esta manera, existe un poderoso componente histórico instalado en el estatus de la educación de las enfermeras y que aún persiste toda vez que esta formación en muchos países es al alero de facultades de medicina, cuestión que para muchos permite al colectivo médico diseñar “ayudantes” a su medida (1,7,11). Así, aún se generan grandes inequidades entre los profesionales que formalmente curan y los que cuidan, subordinando el cuidado de las personas al poder del curar.

Mientras se mantenga en los recintos asistenciales el modelo biomédico será muy complejo eliminar esta desigualdad, ya que se mantendrá como el profesional más importante aquel que actúa centrado en la enfermedad. Aún falta mucho para que el trabajo colaborativo, en donde cada profesional aporta con sus saberes y todos/as son importantes, permita el pleno desarrollo del cuidado formal, en donde el usuario/a se visualiza como el centro y los cuidados pasan de ser invisibles a ser primordiales.

Otra desigualdad se presenta con los hombres que deciden ejercer Enfermería. Al ser esta una

profesión feminizada, los enfermeros deben dar explicaciones y son cuestionados por la sociedad respecto de sus características personales o íntimas, porque supuestamente un hombre no sustenta aquellos rasgos que se consideran femeninos, tales como la cordialidad, la generosidad y el servicio. Este hecho pone en tela de juicio social la masculinidad del enfermero y se tiene el prejuicio de que si se asume una profesión de mujeres, estos tienen que ser afeminados porque el estereotipo de la enfermera los persigue (33). Otro aspecto, que genera desigualdades para los enfermeros, es aquella *capacidad de cuidar*. Afirmaciones como “*el hombre cuida mal y la mujer lo hace bien*” implican imprimirle al cuidado una condición que naturalmente se le asigna a la mujer, aun cuando se sabe que las capacidades de cuidados son idénticas entre hombres y mujeres, y si hay diferencias en sus características, estas no competen ni es superior una forma de cuidar respecto de la otra. Los enfermeros destacan la independencia y la autonomía conseguida a partir de un mayor dominio y nivel de conocimientos y visualizan estos aspectos como constituyentes de una competencia profesional que influye en la calidad de la asistencia y reconocimiento. Por su parte, las enfermeras destacan la atención, vigilancia, seguridad y protección, sin obviar la competencia (34).

Otra desigualdad se presenta cuando el colectivo de enfermería observa que una enfermera o enfermero, habiendo alcanzado un alto cargo en la gestión asistencial, tiene un actuar que reproduce el sistema patriarcal biomédico. Se cree que estos puestos se reservan para aquellos que aceptan, aprueban y mantienen el statu quo de ese enfoque, convirtiéndose en gestores que representan una elite o un grupo marginado dentro de la misma enfermería y lejana para su propio colectivo (35).

► Propuestas para avanzar

En relación al cuidado como *“responsabilidad sólo de la mujer”*, se plantea que es de suma urgencia romper con estereotipos sociales desde la infancia. En la actualidad, incluso antes de nacer, la familia y la sociedad ya se encargan de iniciar la diferenciación en la crianza de niñas y niños en relación a los colores a utilizar, los juegos que deben seguir y las conductas a adoptar. Poco a poco se van introduciendo elementos de socialización subordinada que instalan a la niña en lo doméstico y al niño en lo público. Revertir esta situación implica que la formación en la escuela y en el hogar debe ser con apertura, respeto y equidad que le permita a los niños y niñas desarrollarse sin que se les imponga en la crianza y la formación estereotipos de género que supongan subordinación o desigualdad. Toda persona manifiesta simultáneamente aspectos de masculinidad y femineidad, y en cada ser humano tiene lugar una combinación específica (36) que debe manifestarse sin que esto implique que uno se deba subordinar o tener poder sobre el otro.

En relación al cuidado informal, es indispensable la incorporación del hombre al trabajo doméstico. Se requiere de la participación equitativa entre hombre/mujer en el espacio doméstico que impacte en aquella dinámica familiar que con igualdad y respeto socializa a hijas e hijos (14). La colaboración en la responsabilidad del cuidado del hogar disminuiría la sobrecarga, tanto física como psicológica, de la mujer y reduciría los riesgos para la salud de las cuidadoras. Los gobiernos deben generar estrategias para cubrir las demandas económicas, sanitarias y sociales que surgen de este tipo de cuidadores. Enfermería tiene un papel fundamental en este tipo de cuidados, educando a la familia para que desarrolle un cuidado sin

distinción de género e incentivar un cuidado participativo y de calidad. También puede pesquisar necesidades, visibilizar las desigualdades ante los equipos de salud y planificar intervenciones directas para revertirlas.

Es necesario desmitificar la Enfermería como práctica naturalmente femenina y subordinada al saber biomédico (11). Una alternativa válida es distanciarse del saber médico para poder visibilizar los elementos que hacen la diferencia entre ambas disciplinas. Enfermería debe tener claro que el cuidado corresponde a *“una transacción terapéutica, interpersonal, única y recíproca de orientación presente y futura, que es multidimensional, contextual y refuerza patrones continuos de experiencia, cuyos resultados se pueden resumir en: crecimiento del sujeto del cuidado y del cuidador y aumento del potencial para el autocuidado”* (37). Se postula que solo de esta forma se hará visible la autonomía que brinda la formación y el ejercicio libre de los cuidados.

La formación profesional de Enfermería no está influyendo para revertir aquellas creencias estereotipadas que se mantienen en la sociedad cuando un hombre estudia enfermería, o cuando se decide que debe ser una mujer la que cuida en el hogar. Los actuales programas educativos de enfermería debieran incluir de forma transversal apartados relacionados con género, desigualdad y justicia social, entre otras (33). La ausencia de estos contenidos sólo permite que el cuidado, sea formal o no, esté representado por un género femenino subordinado. En este sentido, si la formación ha sido uno de los mecanismos para asegurar la subordinación del cuidado y por extensión de enfermería se puede transformar en el principal eje para la reflexión crítica, y así avanzar hacia la liberación (35).

› Consideraciones finales

El cuidado desde la antigüedad ha sido designado socialmente a la mujer. Dicha afirmación deriva de los estereotipos sociales imperantes, en donde la mujer se queda relegada a lo privado/doméstico y el hombre a lo público/productivo. La posibilidad de provocar un cambio está en manos de la sociedad. Reflexionar sobre la temática y lograr discusión es el primer paso para hacer visible y tangible la desigualdad en el ejercicio del cuidado.

Es prioritario que en la formación temprana se incorporen temas de igualdad de género, que aporten a un cambio de mentalidad generacional, esto permitirá avanzar hacia una sociedad que valora por igual las acciones y roles de ambos géneros.

Desconstruir todas las prácticas o tipos de cuidado y reflexionar respecto de las condiciones de las mujeres que lo practican, es el primer paso para evitar el androcentrismo y la visión patriarcal reinante en la sociedad.

El cuidado informal, para la sociedad, es una responsabilidad de la mujer, con efectos positivos y negativos en su salud, en su autonomía y en su desarrollo personal. Dichos aspectos deben ser valorados por el profesional de enfermería a la hora de realizar las intervenciones tanto educativas como de supervisión. Además, es relevante que los organismos gubernamentales reconozcan esta labor como un aporte de la mujer en lo económico, sanitario y social.

› Agradecimientos

Las autoras trabajaron en conjunto todas las etapas de producción del manuscrito, y agradecen al Centro del Cuidado, UC del Maule por la colaboración en la estructura de este documento.

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez M, Martínez E, Tovar A, González H; Godoy C, García J. Deconstrucción de la profesión de enfermería. *Rev Rol Enf.* 2009; 32 (7): 504-10.
2. Reyes J, Jara P, Merino J. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Cienc Enferm.* 2007; 13(1): 45- 57.
3. Romero N, Mesa L, Galindo S. Calidad de vida de las(os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado. *Av Enferm.* 2008; 26(2): 59-70.
4. Hernández F, Gallego R, Alcaraz S, González J. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de cuidados.* 1997;1(2):21-35.
5. Martín-Caro C, Martínez-Martín M. Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Editorial Harcourt. Madrid, España. 2001.
6. Gallego J. Discriminación de género en la profesión de enfermería. Documento máster oficial. Estudios interdisciplinarios de género. Universidad de Salamanca. Curso 2008 – 2009.
7. Mosqueda A, Paravic T, Suazo S. División sexual del trabajo y Enfermería. *Index Enferm.* 2013; 22(1): 70-4.
8. Bachofen J. El matriarcado. Una investigación sobre la ginecocracia en el mundo antiguo según su naturaleza religiosa y jurídica. Ediciones Akal: Madrid, España; 2008.
9. Amunategui C. El origen de los poderes del "Paterfamilias" I: El "Paterfamilias" y la "Patria potestas". *Rev Estud hist-juríd.* 2006;(28): 37-143.

10. Carrasco C, Márquez M, Arenas J. Antropología-Enfermería y perspectiva de género. *Cultura de cuidados*. 2005; 9(18): 52-9.
11. Medina J. La profesión de enfermería: el paradigma de la crítica feminista de la dominación. En: *La Pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Editorial Laetes. 1999; pp. 115- 43.
12. Berbiglia V, Banfield B. Teoría de déficit de autocuidado. En: Raile M. *Modelos y teorías de Enfermería*. 8va ed. Barcelona (España): 2015; pp. 232-48.
13. Jofré V, Mendoza S. Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Cienc y Enferm*. 2005; 11(1): 37-49.
14. Vaqueiro S, Stieповich J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Cienc Enferm*. 2010; 16(2): 9-16.
15. García M, Mateo I, Eguiguren A. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit*. 2004; 18 (supl 1): 132-9.
16. Jofré V. El cuidado informal como objeto de estudios. *Cienc Enferm*. 2011; 17(2): 7-8
17. García M, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004; 18(supl 2): 83-92.
18. González A, Gálvez C. Características socio-demográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. *Gerokomos*. 2009; 20(1): 15-21.
19. Luengo C, Aranedo G, López M. Factores del cuidador familiar que influye en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. *Index Enferm*. 2010; 19(1): 14-8.
20. De Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas ML, Martínez-Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enferm Univ*. 2015; 12(1):19-27.
21. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Cienc Enferm*. 2012; 18(1): 29-41.
22. Britton H. Prevalencia de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico. [Tesis de Especialidad]. San José de Costa Rica: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, 2010.
23. Rogero-García J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: una valoración compleja y necesaria. *Index Enferm*. 2010; 19(1): 47-50.
24. Jofré V, Sanhueza O. Evaluación de sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Cienc Enferm*. 2010; 17(2): 111-20.
25. Melo R, Rúa M, Santos C. Necesidades del cuidador familiar en relación al cuidado de la persona dependiente: una revisión integradora de la literatura. *Referencia*. 2014; 4(2):143-51.
26. García M, Delgado A, Mateo I, Maroto G, Bolívar J. El género como determinante de desigualdades en salud y en la utilización de servicios sanitarios en Andalucía. En: *Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía*, 2008. pp.127-45. Disponible en: http://www.nodo50.org/fadsp/pdf/INDESAN_1.pdf
27. Ruiz-Robledillo N, Moya-Albiol L. El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*. 2012; (1): 22-30.
28. Ortiz D. Experiencia de intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Intervención psicosocial*. 2007; 16(1): 93-105.
29. Boletín Oficial del Estado (BOE) N° 299. LEY 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de

dependencia, 15 de diciembre 2006. [Acceso 22 abr 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>.

30. Núñez V. La responsabilidad como principio en el cuidado de enfermería. *Actual Enferm.* 2010; 13(4): 6-8.

31. Fajardo M, Concha G. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index Enferm.* 2004; 13(46): 9-12.

32. Ramírez N, Alfonso M. Relaciones de poder entre hombres y mujeres: su influencia en el desarrollo de enfermería. *Enfermería en Costa Rica.* 2012; 33 (1): 26-31.

33. Burguete M, Martínez J, Martín G. Actitudes de género y estereotipos de enfermería. *Revista cultura de cuidados.* 2010; 14(28): 39-48.

34. Vía Clavero G, Sanjuán Naváis M, Martínez Meza M, Pena Alfaro M, Utrilla Antolín C, Zarragoikoetxea Jáuregui I. Identidad de género y cuidados intensivos: Influencia de la masculinidad y la femineidad en la percepción e los cuidados enfermeros. *Enfermería Intensiva.* 2010; 21(3):104-12.

35. Medina J, Schubert V, Lenise M, Paz M. La enfermería como grupo oprimido: las voces de las protagonistas. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 19(4): 609-17.

36. Chamizo C. La perspectiva de género en enfermería: comentarios y reflexiones. *Index Enferm.* 2004; 13(46): 40-4

37. Vásquez, E. Experiencia de integrar el concepto de cuidado en el currículo. En: *El arte y la ciencia del cuidado.* Bogotá, Colombia: Unibiblios. 2002, pp. 101-8.