

**Capítulo:**

**El cuidado familiar: Una mirada desde los y las profesionales de la salud**

**CAPÍTULO 28**

**El cuidado familiar: Una mirada desde los y las profesionales de la salud**

Rosa Casado Mejía, Esperanza Ruiz Arias, M<sup>a</sup> Jesús Albar Marín y  
Dolores Torres Enamorado  
*Universidad de Sevilla (España)*

El cuidado se realiza sobre todo en el marco de la dependencia, tradicionalmente atendida en el contexto familiar (Durán, 2002), un verdadero sistema invisible de atención a la salud (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro, 2004). El envejecimiento, aumento de la dependencia en las sociedades occidentales actuales, entre ellas la española, y la incorporación de las mujeres al mundo laboral no en la misma medida que los hombres se incorporan al mundo doméstico, están provocando cambios que han desembocado en una crisis del sistema informal de cuidados (García-Calvente, Del Río-Lozano y Marcos-Marcos, 2011).

El perfil de la persona que cuida es claramente femenino: mujer, normalmente hija o esposa y entre 50-59 años (Casado-Mejía y Ruiz-Arias, 2008; García-Calvente, Del Río-Lozano y Marcos-Marcos, 2011; Zabalegui et al., 2007). Un tercio de las mujeres que cuidan manifiestan haber sufrido problemas de salud derivados de su tarea de cuidar; recorte en su vida social, dificultades para atender otras responsabilidades laborales o perjuicio en la relación con su pareja (Zabalegui et al., 2007).

En el cuidado de personas dependientes se plantean, derivado en gran medida del mandato de género, conflictos, culpa, ambivalencia emocional, frustración cuando las expectativas propias de futuro se ven truncadas por las expectativas familiares y sociales para responder a una situación familiar de demanda de cuidados (Zabalegui et al., 2007; Ekwall, Sivberg y Halberg, 2005; Gil-García et al., 2005).

El *objetivo general* es conocer la opinión de los/las profesionales de la salud sobre los cuidados familiares a mayores dependientes.

*Objetivos específicos:*

- Identificar las estrategias que se desarrollan en los cuidados familiares.
- Identificar los factores del cuidado que influyen en la salud de las personas cuidadoras familiares.
- Indagar en las motivaciones para la elección de las distintas prestaciones institucionales ofertadas, su relación con el género.

**Metodología**

Se ha empleado una metodología cualitativa que permita conocer y comprender las vivencias, opiniones, expectativas, percepciones y sentimientos que presentan las/los profesionales de la salud, a través sus discursos.

El ámbito de estudio es Sevilla, ciudad y área metropolitana.

*Recogida de datos*

Se planteó la realización de grupos de discusión para identificar los conocimientos comunes o compartidos por los grupos de profesionales de la salud relacionados con el fenómeno a estudiar.

Se buscaron unos criterios mínimos de homogeneidad, fundamentalmente en base al grupo profesional, para mantener la simetría del grupo y aprovechar las experiencias comunes; y para que una excesiva homogeneidad no inhibiera al grupo, asegurar la confrontación de hablas y obtener distintas perspectivas, se contemplaron como criterios de heterogeneidad: el sexo, niveles de atención, diferente población atendida, entre otros. Se diseñaron así 3 grupos de discusión: de médicos/as, de enfermeras/os y de trabajadoras/es sociales.

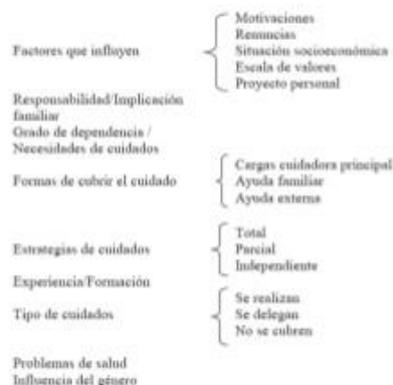
Tuvieron lugar en tres aulas de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, todos el día 21 de Mayo de 2012 a las 17h.

Toda la información vertida en los grupos fue grabada y las moderadoras tomaron notas.

Análisis cualitativo: Se realizó un análisis interpretativo de lo que dicen y piensan los distintos grupos profesionales en relación a los objetivos propuestos. Para el análisis del discurso, se utilizó como herramienta el programa informático QSR-NuDistVivo9. Las transcripciones se convirtieron en "documentos": se codificaron asignando fragmentos de texto a las categorías que se detallan en el siguiente epígrafe, para analizar los documentos y las categorías, cruzándolos entre sí y discutirlos con la bibliografía.

Las unidades de análisis son el cuidado, la salud, y el género transversal a las anteriores.

Se establecieron en principio unas categorías de análisis, a las que se añadieron otras categorías emergentes, que fueron perfilándose y madurando a través de la lectura y discusión del conjunto de los textos, quedando al final el siguiente árbol de categorías:



Para ganar en validez, se planteó una triangulación, de:

Fuentes de obtención de datos: bibliográficas (revisión amplia de literatura general y en bases de datos) y profesionales de la salud.

Perspectivas disciplinares: enfermera, antropológica, psicológica, trabajo social, estudio de mujeres y de género.

Asimismo, para reafirmar la validez interna de los resultados una vez obtenidos, analizados e interpretados, se ofrecerían para su lectura a un/a profesional por grupo de discusión de profesionales para ver su acuerdo o desacuerdo.

*Aspectos éticos*

El proyecto cuenta con el Informe Favorable del Comité de Ética del Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla. Se solicitó el consentimiento a los/las participantes del grupo para grabar y posterior utilización de la información, garantizándoles la confidencialidad y el anonimato.

### Resultados y discusión

Se realizaron los 3 grupos profesionales previstos, atendiendo a los criterios de homogeneidad y heterogeneidad descritos en la metodología: uno con 6 de medicas/os (GDM), uno con 10 enfermeras/os (GDE) y otro con 7 trabajadoras/es sociales (GDTs), que fueron moderados por una de las investigadoras del equipo.

GRUPO DE DISCUSIÓN DE MÉDICOS/AS				
	Género	Nivel Atención	Tº Trabajando (años)	Ámbito
M1	M	A. Primaria	7	Urbano
M2	H	A. Primaria	+25	Rural
M3	H	Gestión	4	Urbano
M4	M	A. Primaria	+25	Rural
M5	H	A. Primaria	17	Rural
M6	H	A. Primaria	11	Urbano

Como ya está constatado en estudios anteriores (Medel y Díaz, 2006; Zabalegui et al., 2007; García-Calvente, Del Río-Lozano y Marcos-Marcos, 2011), se coincidía en afirmar que generalmente es una mujer la cuidadora principal, y si no hay mujeres entre los hermanos entonces lo asume un varón, generalmente si éste es soltero y si vive en el mismo domicilio.

Se considera y comprende que los hombres tengan dificultades, sobre todo para las tareas domésticas (cocinar y lavar), no se les presupone la capacidad "innata" para cuidar.

GRUPO DE DISCUSIÓN DE ENFERMERAS/OS				
	Género	Nivel Atención	Tº Trabajando (años)	Ámbito
E1	M	A. Primaria (EGC)	+15	Urbano
E2	M	A. Primaria (EF)	+20	Rural
E3	M	A. Especializada / A. Primaria (EF)	18/2	Urbano
E4	M	A. Especializada / A. Primaria (EF)	8/1.5	Urbano
E5	M	A. Primaria (EF)	+25	Rural
E6	M	A. Primaria (EGC)	+25	Urbano
E7	M	Gestión / A. Primaria (EGC)	5/25	Urbano
E8	H	Gestión / A. Primaria (EF)	8/2	Urbano
E9	H	A. Primaria (EGC)	+25	Urbano
E10	H	A. Primaria (EF)	+10	Urbano

EGC: Enfermero/a gestor/a de casos. EF: Enfermera de familia

GRUPO DE DISCUSIÓN DE TRABAJADORAS SOCIALES				
	Género	Nivel Atención	Tº Trabajando (años)	Ámbito
TS1	M	A. Primaria	8	Urbano
TS2	M	A. Primaria	3,5	Rural
TS3	M	A. Primaria	10	Urbano
TS4	M	A. Especializada / A. Primaria	1/10	Urbano
TS5	M	A. Primaria	12	Urbano
TS6	M	A. Primaria	8	Rural
TS7	M	A. Primaria	+25	Urbano

#### Tipos de cuidados

Los cuidados que realizan las personas cuidadoras están relacionados con los cuidados de suplencia que genera la dependencia de las personas cuidadas. Son actividades de la vida diaria, básicas o instrumentales. En general los cuidadores hombres, delegan estos cuidados, todas las Actividades Básicas de la Vida Diaria, en otra mujer, familiar, asalariada o del Servicio de Ayuda a Domicilio y realizan ellos las compras domésticas (Zabalegui et al., 2007). *Los hombres, si pueden contratan, se reservan el paseito para comprar el pan. GDE*

#### Experiencia y formación

Para realizar estos cuidados, la experiencia y formación que tienen las distintas personas entrevistadas es variada.

Aunque reconocen que algunas personas cuidadoras cuentan con conocimientos porque previamente ya habían cuidado a personas dependientes y van aprendiendo por intuición y de manera autodidacta, o con ayuda de algunas asociaciones y ONGs, se resalta la labor realizada por las enfermeras de familia fundamentalmente y otros profesionales sanitarios (enfermeras gestoras de casos y fisioterapeutas) sobre la enseñanza de cuidados tanto en el domicilio como en el Centro de Salud. También se nombran los talleres realizados previos al alta en los hospitales.

*... se ha avanzado mucho en el tema de formación e información a cuidadoras tanto en los domicilios como en la asistencia a talleres o grupos de apoyo. GDE*

*...hemos ofertado muchos talleres de formación e información, pero creo que es formación e información ya la tienen, incluso algunas de estas personas que cuidan son expertísimas. GDE*

Aparece también la duda en los grupos profesionales, sobre todo de enfermeras/os, sobre si lo que se oferta a las personas cuidadoras es lo que ellas sienten como necesario o lo que el sistema sanitario decide por ellas, y le conviene, si las consideramos como personas susceptibles de atención, o recurso para el cuidado de la persona dependiente. Y se comenta la necesidad de talleres dirigidos a la gestión emocional más que al aprendizaje de técnicas para cuidar.

*Creo que un reto que tiene ahora mismo el sistema sanitario con las cuidadoras es el tema de las emociones, del apoyo psicosocial que desde mi punto de vista es en el que más hay que avanzar, en el que menos se ha avanzado, se ha abordado mucho el tema de la información-formación, pero creo que siguen teniendo una gran sobrecarga sobre todo psíquica. GDE*

*...yo creo que tenemos que analizar qué estamos ofertando, porque para que sea adecuado, habrá que ver si son adecuados para ellos, para los que cuidan, no para nosotros. GDE*

#### Calidad de vida relacionada con la salud de las personas cuidadoras

Atendiendo al esfuerzo que supone el cuidado prestado y las consecuencias que conlleva en la vida de la persona cuidadora, aparecen alteraciones en la salud, así lo han expresado ya distintas autoras y autores que han investigado

sobre el impacto de los cuidados en la salud (Zabalegui et al., 2007; Larrañaga et al., 2008) y lo expresan los grupos de profesionales entrevistados.

Tanto los profesionales médicos/as como las enfermeras/os y trabajadoras sociales, identifican la afectación del área física, dejando patente la aparición en muchos casos de estas manifestaciones tras el exito de la persona cuidada.

*...cuadros ansiosos depresivos... tristeza... cardiovascular... GDM*

*...el dolor muscular esquelético...osteoarticular..., relacionado con el rol de cuidadora... GDE*

Al igual que en el estudio de M<sup>o</sup> del Mar García-Calvente et al. (2010) nuestros/as profesionales opinan que el cuidado supone un desgaste emocional. Opinan en base a los cambios emocionales que observan en las personas cuidadoras familiares: pérdida de autoestima y de valores personales, tristezas, pesadumbres, discusiones, enfrentamientos con persona cuidada y/o familiares... identificación de comportamientos molestos e identificación de cambios producidos en la persona cuidada que la hacen diferente, desbordamiento, bloqueo ante la complejidad...

Hay similitud entre la literatura sobre la afectación emocional (Ekwall, Sivberg y Hallberg, 2005) y lo referido en los grupos de profesionales, todos/as identifican esta gran área como una de las más frágiles y afectadas, aunque se deleguen los cuidados,

*...conozco a muchos cuidadores a muchas familias que tienen cuidadores contratados y tienen una inquietud y una inseguridad...bastante gorda. GDM*

*...por el lazo afectivo, está el chantaje, quedan atrapadas en una relación. La falta de límites. GDTS*

*...y si que hay, problemas de ansiedad. GDE*

Dentro de las emociones y sentimientos identificados, merece una especial atención el sentimiento de culpa que se integró como categoría emergente en el análisis.

Este sentimiento aparece al entrar en conflicto el mandato social o de género de cuidar como obligación (Larrañaga et al., 2008; Lagarde, 2011) con el tipo de vida que se lleva (trabajo, distancia, vida familiar, ocio). Fina Sanz (1992) profundiza en este sentimiento relacionado con la socialización de las mujeres y consecuencia del mandato de género que hay que cumplir: ante la sospecha de su incumplimiento o cumplimiento imperfecto las mujeres conectan con la culpa.

No se aprecian grandes diferencias en la mayoría de las emociones que provoca el cuidado en hombres y mujeres aunque a los hombres les cuesta más expresar cualquier emoción, con la excepción de la culpa, que se reconoce como un importante factor de riesgo para la salud de quienes la tienen.

Sobre todo en grupo de discusión de médicos/as y trabajadoras sociales, se expresa el convencimiento de que los hombres tienen menor sentido de culpabilidad al no estar con la persona dependiente, es decir que disfrutan más sus momentos de ocio, cuando están en esos momentos no piensan en cómo se encuentran la persona cuidada sin ellos, a diferencia de las mujeres que están en una actividad lúdica pero pensando en la persona dependiente, como si la persona que han dejado al cuidado no sea lo suficientemente capaz de resolver cualquier problema..., se consideran más imprescindibles, y suelen tener más remordimientos que los hombres.

*Los hombres no tienen el sentimiento de culpa, si no están al 100% ni las 24 horas. Sin embargo una mujer sí que... GDTS*

*Hay un sentimiento de culpa grandísimo, más en las mujeres que en los hombres. Ellos son problema ninguno, le dices mira que va a un centro de día, "estupendo, así tengo yo toda la mañana para ir al gimnasio". GDTS*

La función social está influida por la restricción en el tiempo libre disponible, la modificación en la organización familiar, la pérdida de intimidad, cambios en los planes personales, la pérdida de amistades, rechazos de trabajo, pérdidas de vacaciones, modificaciones en la organización personal y de trabajo de la persona cuidadora... La renuncia a un proyecto de vida propio y la soledad que frecuentemente conlleva el cuidado, también se constituyen como factores de riesgo para la salud (Ruiz-Arias et al., 2009).

El cuidar a un familiar dependiente conlleva tener menos tiempo para cónyuge o hijos lo que puede plantear conflictos de familia. El reparto de los cuidados no es por igual entre los familiares hermanos, y ocasiona discusiones. La salud se resiente.

*...yo la experiencia que tengo es que si es hombre (El cuidador) no abandona el puesto de trabajo y no abandona otras tareas que tiene, si es mujer si abandona, por regla general, el puesto de trabajo porque cuida las 24 horas. GDE*

*...el abuelo dentro de casa interfiere un montón en la vida familiar. GDM*

Las manifestaciones físicas, el dolor, la salud mental y la salud en general son peores en las mujeres (Zabalegui et al., 2007):

*...las mujeres se quejan de dolor, de ansiedad, de no poder dormir, de estar muy inquieta, de estar muy nerviosa... GDE*

*...las mujeres vienen más a las consultas por dolor crónico, angustia, depresión... la mayoría le dábamos ansiolíticos y tranquilizantes, ahora pienso que hay que tener que ver con el agobio del cuidado y tendríamos que abordarlo de otra forma... GDM*

Los cuidadores hombres protegen más su espacio personal, sus ratitos de ocio, con ello protegen su salud y no llegan al cansancio excesivo, a diferencia de las mujeres (Ruiz-Arias et al., 2009).

*...los cuidadores varones, pues no, se buscan la estrategia para que alguien cuide mientras él hace sus gestiones. GDE*

**El nivel socioeconómico:** Las mayores posibilidades económicas en las personas de nivel socioeconómico alto les permite, entre otras cosas el contrato externo para el cuidado y tareas domésticas, lo que alivia el cansancio de la persona cuidadora, con repercusiones tanto en la función física, emocional como en la social. Así, pueden acceder a recursos y tener opciones de ocio imposibles cuando no se dan estas circunstancias. Como se refiere en el Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (Escolar, 2007), el pertenecer a las clases con más posibilidades económicas protege frente a las repercusiones negativas del cuidado informal familiar.

*...en clase social media baja y el cuidado corre más a cargo de la familia ¿no? Y en zonas donde en un momento dado el poder adquisitivo les permite contratar a alguien que realice el cuidado, se nota que tienen menos problemas de salud... GDM*

Se identifica con claridad la fuerza del vínculo afectivo y de las relaciones familiares no conflictivas en la salud de la familia en general, y de la persona cuidadora en particular. Cuando las relaciones son relajadas, se buscan soluciones que beneficien y respeten a todos los miembros de la familia.

*...en un pueblo donde la gente se relaciona mucho...es fácil que se organicen porque se relaciona más la familia, hay unos lazos muchísimo más estrechos, los hermanos se ven más, y esto de cara a los cuidados yo creo que es un factor de protección. GDE*

#### *Estrategias de organización de los cuidados*

En nuestro grupo de investigación ya se identificaron y caracterizaron tres estrategias diferentes de provisión de cuidados por parte de las personas cuidadoras familiares informales con al menos una persona dependiente en domicilio (Ruiz-Arias et al., 2009), que se sigue corroborando:

**Exclusiva:** La asunción total de cuidados. Persona cuidadora familiar que convive con la persona que cuida, atrapada por la asunción de toda la responsabilidad en la realización de los cuidados, con poca ayuda familiar muy agotada y manifestando soledad, en algunos casos dejando el trabajo para cuidar a su familiar

**Parcial:** gestión de cuidados en convivencia. Esta situación se presenta más en personas cuidadoras familiares, hijas generalmente, que alternan el cuidado entre las hermanas y los hermanos y con bastante frecuencia tienen contratada a una persona para que ayude en el cuidado, suelen mantener el trabajo fuera de casa, conviven con la persona cuidada.

**Independiente:** gestión de cuidados en domicilios separados. Personas cuidadoras que gestionan los cuidados de su familiar en domicilios separados. Es la situación que más favorece tanto en la salud como en el mantenimiento de su proyecto vital de vida.

Las personas cuidadoras familiares que adoptan una estrategia de cuidados exclusiva tienen peor salud, sin embargo la estrategia más beneficiosa para la salud es la estrategia independiente, donde se gestionan los cuidados en domicilios separados.

*La persona que tiene organizado el cuidado desde su propia casa, sin convivir con su familiar, reparte las tareas y, si puede contrata a alguien está más sana, se protege más. GDM*

#### *Ayuda institucional*

La ayuda institucional a los cuidados familiares aportada por la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LD) (2006) ya ha sido cuestionada, entre otras cosas por no garantizar la igualdad (Hernando, 2006).

El grupo de médicos y médicas reconoce tener un escaso conocimiento de las medidas institucionales que eligen y los motivos de la elección. Por el contrario, tanto las enfermeras/os como las trabajadoras sociales muestran un profundo conocimiento de estas cuestiones.

Estas últimas opinan que el procedimiento está excesivamente burocratizado y con márgenes de espera muy altos: la resolución de problemas se entelece. En estos momentos la demanda es muy superior a la oferta de servicios y de prestaciones disponibles.

*Y ahora la Dependencia lo que dura. Primero tienes que echar los papeles, el enfermero tiene que ir a valorar, que la valoración sea adecuada, luego tiene que ir el trabajador social, luego viene aquí, luego va para allá, luego... No sé, si es un proceso tan largo que cuando llega la ayuda a domicilio o se ha muerto la persona o ya no la necesita porque se ha curado. Para mí la Dependencia es una traba. GDTS*

*Antes tenías la posibilidad de gestionarlo, pero ahora ya no... está más burocratizado el sistema. GDTS*

Comentan que entre los requisitos para acceder a alguna de las ayudas en el marco de la LD, sólo se realiza una valoración de la persona dependiente sin realizar informe alguno sobre las capacidades de la persona cuidadora: esto lo consideran fundamental los grupos de profesionales ya que en ocasiones por su edad, estado de salud u otras circunstancias, resulta poco preparada para realizar cuidados de suplencia.

*...la valoración de la salud de la cuidadora eso no lo hace nadie y sí que conozco situaciones que se están dando, como decía Ana, de familiar que se le ha asignado la prestación económica, después ha salido huyendo y cuando esa persona lo ha necesitado, incluso para una intervención quirúrgica, esa persona no estaba y de esa manera se estigmatiza también a la cuidadora..., tú tiene la prestación económica, no quiero saber más nada. GDE*

Los y las profesionales perciben que a la hora de tramitar ayudas, cuando los hombres son las personas cuidadoras obtienen mayor respuesta de los Servicios Sociales, considerando el ser hombre como un "criterio de riesgo". Esto supone en la práctica que los hombres esperan menos tiempo para que se les conceda la ayuda solicitada. Esta apreciación ya fue cuantificada con significación estadística en un estudio anterior a través de un cuestionario a personas cuidadoras familiares (Casado-Mejía et al., 2012).

*...yo cuando tengo algún caso que el cuidador es hombre, tiene antes arreglado el tema de la ley de la dependencia. Tiene arreglada la situación mucho antes que cuando la cuidadora es mujer. GDM*

*...yo creo que lo viven como un criterio de riesgo ¿no? Como que cuando el cuidador es hombre es como que hay más riesgo familiar allí con.... Con menos capacidad o menos desventura... no sé cómo valoran. GDM*

Las y los profesionales sanitarios refieren que en ocasiones percibir la prestación económica hace que disminuya el apoyo familiar, ya que el resto de los miembros consideran que hay alguien que cobra por realizar esos cuidados y por tanto son su responsabilidad.

*Yo sí he observado que la persona que percibe una prestación por ayuda a la dependencia, resulta que tiene una sobrecarga añadida, es decir, que no hay un beneficio que le haga a la persona que le den un prestación económica, sino al contrario porque son: primero porque tienen una prestación económica, tienen, a lo mejor, el rechazo del resto de los familiares porque está recibiendo una prestación, está mal visto socialmente... GDE*

Los grupos profesionales advierten que a veces la remuneración a la cuidadora la convierte cuidadora por obligación, desentendiéndose el resto de familiares al "pagarse" el cuidado, esto la hunde más en su condición de cuidadora: Si no cambia socialmente el concepto de que son las mujeres las responsables naturales del cuidado, el que cobren la ayuda puede justificar y afianzar este concepto, convirtiéndose en un efecto secundario indeseable de estas ayudas institucionales, que en vez de favorecer la autonomía de las personas cuidadoras, la mayoría mujeres, las hunda más en su situación perjudicial y refuercen las desigualdades de género. Y tiene un impacto negativo en su salud.

*...yo he observado que la prestación económica con un bajo nivel social es para mantener a la familia y la cuidadora está mucho peor. GDE*

*...cuando es cuidadora remunerada por la Ley de Dependencia...hay un impacto negativo en cuanto que la familia da un paso atrás...entonces hay una disfunción familiar y un impacto negativo en la salud de la cuidadora... GDE*

*Motivaciones para adoptar una estrategia de cuidados y elegir entre las distintas prestaciones*

Los hombres buscan ayuda externa: familiar, contratada o del Servicio de Ayuda a Domicilio, con lo cual son mujeres las que realizan los cuidados de suplencia en las personas dependientes. Sin embargo, las mujeres asumen los cuidados y delegan en otra persona cuando su condición física no les permite realizarlos. La prestación económica es la ayuda demandada en caso de nivel sociocultural bajo y/o sin actividad profesional actual.

*Cuando la mujer es cuidadora, lo es desde por la mañana hasta por la noche y asume todos los cuidados, sin embargo un hombre no. El hombre está al cuidado pero tiene apoyo normalmente de familiares, de vecinos, o servicios sociales y encuentra siempre ese momento para irse a jugar al dominó. GDTS*

Se puede concluir que existe concordancia en las opiniones de los tres grupos de profesionales que han sido entrevistados. No obstante, las trabajadoras sociales y las enfermeras y enfermeros ponen de manifiesto un mayor conocimiento de las motivaciones en la elección de ayudas institucionales. Como en la mayoría de los estudios, los y las profesionales muestran su acuerdo con la relación entre cargas del cuidador/a, que está muy influenciada por la

estrategia de cuidados adoptada, y estado de salud. Por otra parte, destacan que el sentimiento de culpa es patógeno y está más presente en las mujeres.

Finalmente, se observa que las medidas institucionales no siempre se están utilizando para beneficiar a quienes cuidan; las mujeres en mayor proporción vuelven a cumplir con su rol de género y ceden las ayudas para otras causas familiares, los hombres están favorecidos en la concesión de las ayudas que solicitan.

#### **Referencias**

- Casado-Mejía, R. y Ruiz-Arias, E. (2008). El cuidado informal a la dependencia desde la perspectiva de género. *Enfermería Comunitaria*, 1(4),10-17.
- Casado-Mejía, R., Ortiz Sánchez, M., Ruiz-Arias, E., Cortés Gallego, J. y Albar Marín, M.J. (2012). Validación y pilotaje de un cuestionario con perspectiva de género para profundizar en el cuidado familiar. *Paraninfo Digital*, 15, 11 páginas. Disponible en <http://www.index-f.com/para/n15/126p.php>.
- Durán, M.A. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Madrid: Fundación BBVA.
- Ekwall, A.K., Sivberg, B. y Hallberg, I.R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *JAN*, 49(1), 23-32.
- Escolar, A. (2007). *Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía*. Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía.
- García-Calvente, M.M., Mateo-Rodríguez, I. y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*, 18, 83-92.
- García-Calvente, M.M., Del Río-Lozano, M., Castaño-López, E., Mateo-Rodríguez, I., Maroto-Navarro, G. e Hidalgo-Ruzante, N. (2010). Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gac Sanit*, 24(4), 293-302.
- García-Calvente, M.M., Del Río-Lozano, M. y Marcos-Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gac Sanit*, 25(S), 100-107.
- Gil-García, E., Escudero-Carretero, M., Prieto-Rodríguez, M.A. y Frías-Osuna, A. (2005). Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. *Enferm Clin*, 15(4), 220-223.
- Hernando, A. (2006). Una crítica feminista a la Ley de Dependencia. *Viento Sur*, 88, 89-95.
- Lagarde, M. (2011). *Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres*. Madrid: Horas y horas. (2ª ed).
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristain, J.M., Valderrama, M.J. y Arregui, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: Análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit*, 22, 443-450.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE nº 299 de 15 diciembre 2006.
- Medel, J., Díaz, X. y Mauro, A. (2006). *Cuidadoras de la Vida. Visibilización de los costos de la producción de salud en el hogar. Impacto sobre el trabajo total de las mujeres*. Centro de Estudios de la Mujer (Proyecto FONIS SA04i2047).
- Ruiz-Arias, E., Casado-Mejía, R., De Llanos-Peña, F., Cortés-Gallego, J. y Gabriel-García, R. (2009). Estrategias de provisión de los cuidados informales familiares a mayores dependientes en el ámbito domiciliario: Una mirada de género. *Gac Sanit*, 23(1), 289-290.
- Sanz, F. (1992). *Psicoerotismo femenino y masculino*. Barcelona: Kairós.
- Zabalegui Yarnoz, A., Juandó Prats, C., Sáenz de Ormijana Hernández, A., Ramírez Llaras, A., Pulpón Segura A., López Rodríguez, L. et al. (2007). Los cuidadores informales en España: perfil y cuidados prestados. *Rev Rol Enferm*, 30(7-8), 513-518.