

Universidad de Granada
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología
Departamento de Sociología

Programa de Doctorado
«Análisis sociopolítico de la Sociedad Contemporánea»



Tesis doctoral

**DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL CUIDADO INFORMAL
Y SU IMPACTO EN LA SALUD**

MARÍA DEL RÍO LOZANO

Directores:

MARÍA DEL MAR GARCÍA CALVENTE

FRANCISCO ENTRENA DURÁN

2014

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: María del Río Lozano
D.L.: GR 2125-2014
ISBN: 978-84-9083-145-8

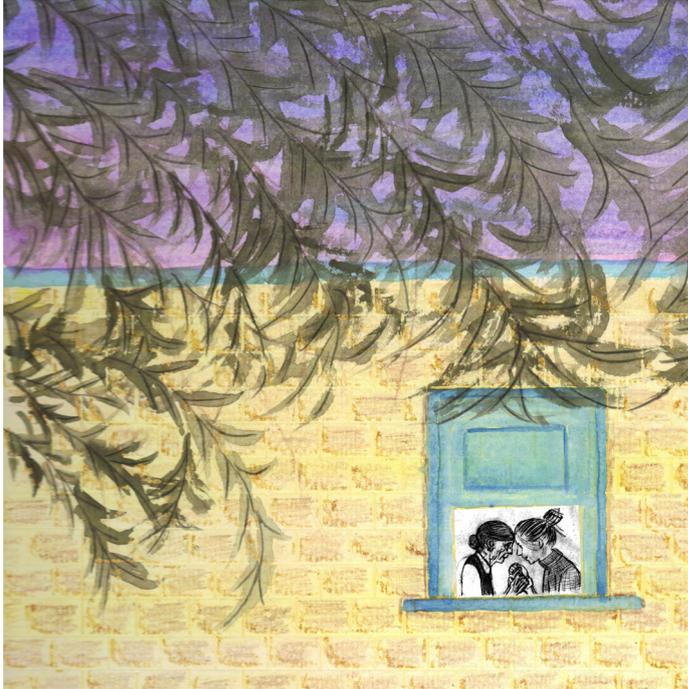


Ilustración de la portada: «De puertas adentro»

Carla María Peña del Río y Carlos Peña Aguilera

Lo privado y doméstico, asociado a lo afectivo, realizado en soledad, se plasma en este cuidado de una hija a su madre. La pared simboliza la invisibilidad, uno de los principales obstáculos para las ayudas públicas. La ventana abierta representa la necesidad de hacer visible lo invisible.

La doctoranda MARÍA DEL RÍO LOZANO y los directores de la Tesis, MARÍA DEL MAR GARCÍA CALVENTE y FRANCISCO ENTRENA DURÁN garantizamos, al firmar esta Tesis Doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de los directores de la Tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, 12 de mayo de 2014

Directores de la Tesis:



Handwritten signature in blue ink, appearing to read 'María del Mar García Calvente'.

María del Mar García Calvente



Handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Francisco Entrena Durán'.

Francisco Entrena Durán

Doctoranda:



Handwritten signature in blue ink, appearing to read 'María del Río Lozano'.

María del Río Lozano

Como Directora de la Tesis y hasta donde mi conocimiento alcanza, el trabajo ha sido realizado por la Doctoranda bajo mi dirección y se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones. Así mismo, el trabajo reúne todos los requisitos de contenido, teóricos y metodológicos para ser admitido a trámite, a su lectura y defensa pública, con el fin de obtener el referido Título de Doctora, y por lo tanto AUTORIZO la presentación de la referida Tesis para su defensa y mantenimiento de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero.

Granada, 12 de mayo de 2014

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'María del Mar García Calvente', written in a cursive style.

María del Mar García Calvente

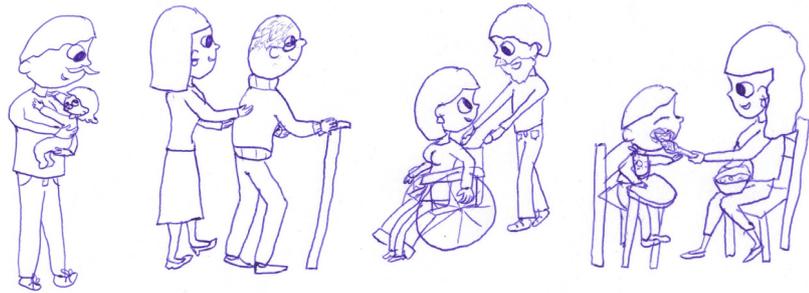
Como Director de la Tesis y hasta donde mi conocimiento alcanza, el trabajo ha sido realizado por la Doctoranda bajo mi dirección y se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones. Así mismo, el trabajo reúne todos los requisitos de contenido, teóricos y metodológicos para ser admitido a trámite, a su lectura y defensa pública, con el fin de obtener el referido Título de Doctora, y por lo tanto AUTORIZO la presentación de la referida Tesis para su defensa y mantenimiento de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero.

Granada, 12 de mayo de 2014

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Francisco Entrena Durán', is written over a horizontal line. The signature is stylized and somewhat obscured by the line.

Francisco Entrena Durán

A Carla y Marcos



Ya todas las personas que cuidan cada día

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis ha llegado a término gracias al apoyo de muchas personas que han contribuido desde lo intelectual, lo material y lo afectivo. Aún no siendo posible nombrarlas a todas, quiero expresar mi más sincero agradecimiento:

A mi director y directora de tesis, Francisco Entrena y María del Mar García, por su apoyo personal, intelectual y académico. Gracias Paco, por tu confianza y compromiso, por trasladarme el gusto por la investigación y abrirme las puertas de ella, por ser mi maestro y amigo. Gracias María del Mar, por dedicarme tu tiempo y esfuerzo, por todo lo que he aprendido contigo desde que llegué a la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), por ser también mi maestra y amiga.

A todas las personas que han participado en los proyectos de investigación, a las informantes y a las cuidadoras, todas ellas me ofrecieron su tiempo y su sabiduría.

A los organismos financiadores de los proyectos: la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, el Instituto de Salud Carlos III, el Ministerio de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo, el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), el CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) y el Observatorio de Salud de las Mujeres. A la EASP, por su apoyo institucional.

A mis compañeros y compañeras, amigos y amigas, de la sala, de dentro y fuera de la EASP, por el apoyo y los ánimos que me han transmitido siempre. A Jorge Marcos y Montse Holgado, por su inestimable colaboración en la revisión de la memoria.

A mis padres, por haberme dado el privilegio de llegar hasta aquí. A mi hermano, por su apoyo incondicional. A Carlos, por ser mi compañero de viaje, un pilar fundamental en mi vida. A mi niña, Carla, y a mi niño, Marcos, por todo lo que me aportan cada día. A todos ellos y ellas, por entenderme, acompañarme y brindarme su amor.

ÍNDICE

RESUMEN	23
ABSTRACT	31
1. INTRODUCCIÓN	37
1.1. Presentación de la tesis como compendio de publicaciones	39
1.1.1. Publicaciones que configuran la tesis.....	39
1.1.2. Homogeneidad y heterogeneidad conceptual y temática	40
1.1.3. Estructura de la memoria de tesis.....	44
1.2. Presentación de una trayectoria de investigación	45
1.3. La importancia de estudiar el cuidado informal en el momento actual	48
2. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES.....	51
2.1. Marco teórico de partida: las desigualdades de género en salud	54
2.1.1. Conceptualización de sexo y género	55
2.1.2. Elementos del sistema de género como categorías de análisis en el estudio del cuidado informal.....	57
2.1.3. Epistemologías feministas	62
2.1.4. Género como determinante de la salud	65
2.2. Conceptualización del cuidado informal y situación actual	73
2.2.1. Cuidado informal, un concepto complejo y multidimensional	73
2.2.2. Diferencias en el cuidado prestado por mujeres y hombres en cifras.....	75
2.2.3. Impacto desigual del cuidado en la salud y la calidad de vida de mujeres y hombres.....	78

2.3. Modelos teóricos para explicar las desigualdades de género en el cuidado informal.....	81
2.3.1. La ética del cuidado y la construcción del <i>self</i> femenino	82
2.3.2. La naturalización del cuidado a través del concepto de <i>habitus</i>	84
2.4. La relación entre el sistema formal e informal de cuidados.....	86
2.4.1. Crisis de los cuidados y replanteamientos desde la Sociología.....	86
2.4.2. Estado de bienestar y cuidados de larga duración.....	90
2.4.3. Medidas de apoyo a las personas cuidadoras.....	92
2.4.4. El papel de las y los profesionales sanitarios	95
3. OBJETIVOS.....	101
3. 1. Objetivo general	103
3. 2. Objetivos específicos.....	103
4. METODOLOGÍA.....	105
4.1. Metodología para el objetivo específico 1.....	109
4.1.1. Diseño	109
4.1.2. Población y muestra	109
4.1.3. Recogida de información.....	110
4.1.4. Análisis de la información.....	111
4.1.5. Producto del estudio y contribución de la doctoranda.....	111
4.2. Metodología para el objetivo específico 2.....	112
4.2.1. Diseño	112
4.2.2. Población y muestra	113
4.2.3. Recogida de información.....	114

4.2.4. Análisis de la información.....	114
4.2.5. Producto del estudio y contribución de la doctoranda.....	115
4.3. Metodología para el objetivo específico 3.....	115
4.3.1. Diseño	116
4.3.2. Población y muestra	116
4.3.3. Recogida de información.....	118
4.3.4. Análisis de la información.....	118
4.3.5. Producto del estudio y contribución de la doctoranda.....	119
4.4. Metodología para el objetivo específico 4.....	120
4.4.1. Diseño	120
4.4.2. Población y muestra	121
4.4.3. Recogida de información.....	123
4.4.4. Análisis de la información.....	123
4.4.5. Producto del estudio y contribución de la doctoranda.....	124
4.5. Metodología para el objetivo específico 5.....	125
4.5.1. Diseño	125
4.5.2. Población y muestra	126
4.5.3. Recogida de información.....	126
4.5.4. Análisis de la información.....	127
4.5.5. Producto del estudio y contribución de la doctoranda.....	127
4.6. Aspectos éticos	128
5. RESULTADOS	129

5.1. Artículos publicados que constituyen los resultados de la tesis	131
5.1.1. Artículo 1: «Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain»	132
5.1.2. Artículo 2: «Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud»	149
5.1.3. Artículo 3: «Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España»	169
5.1.4. Artículo 4: «Gender identity in informal care: Impact on health in Spanish Caregivers»	179
5.1.5. Artículo 5: «Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal»	197
5.2. Síntesis de los resultados incluidos en los artículos.....	209
5.2.1. Percepción de salud y roles de género, una estrecha relación.....	209
5.2.2. Desigual distribución del cuidado, desigualdades en salud	213
5.2.3. Diferentes características del cuidado prestado por mujeres y hombres, diferente deterioro de salud	216
5.2.4. Identidad de género en la asunción y afrontamiento del cuidado, generador de desigualdades en salud.....	219
5.2.5. Percepción y actitud de profesionales ante el cuidado informal, claves para el diseño de apoyos sensibles al género	228
6. DISCUSIÓN.....	231
6.1. Discusión de los principales resultados presentados.....	233
6.1.1. Interpretando las desigualdades de género en la percepción de salud, vulnerabilidad y afrontamiento de la enfermedad	233
6.1.2. Cuidando más y diferente, claves para comprender los peores resultados en salud de las mujeres cuidadoras	236
6.1.3. Interpretando la identidad de género en el cuidado y su impacto en la salud	240

6.1.4. Poniendo el acento en la importancia de diseñar un apoyo formal sensible al género.....	245
6.2. Fortalezas y limitaciones de la tesis	247
6.2.1. Fortalezas.....	247
6.2.2. Limitaciones.....	250
7. CONCLUSIONES.....	253
8. CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES.....	261
8.1. Recomendaciones orientadas a quienes planifican actuaciones dirigidas a las personas cuidadoras.....	264
8.2. Recomendaciones dirigidas a quienes prestan servicios sociosanitarios a las personas cuidadoras.....	266
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	267
10. ANEXOS	299
10.1 Factor de impacto e indicios de calidad de los artículos presentados	301
10.2. Declaración de autoría de artículos	313
10.3. Participación en otras publicaciones relacionadas con la temática de la tesis .	318
10.4. Divulgación de los resultados en comunicaciones científicas	330

Índice de figuras

Figura 1. Esquema de la secuencia temática de los artículos incluidos en la tesis	43
Figura 2. Elementos del sistema de género en interacción	60
Figura 3. Modelo conceptual sobre el género como determinante social de la salud ...	70
Figura 4. Modelos de relación entre personas cuidadoras y servicios formales socio-sanitarios	98
Figura 5. Esquema de resultados del segundo artículo y nuevas preguntas de investigación	216
Figura 6. Esquema de resultados del tercer artículo y nuevas preguntas de investigación	219
Figura 7. Esquema de resultados del cuarto artículo	227

Índice de cuadros

Cuadro 1. Resumen de la metodología de los artículos incluidos en la tesis	108
Cuadro 2. Perfiles de las personas participantes en el cuarto artículo	122
Cuadro 3. Líneas argumentales para explicar la percepción de salud y vulnerabilidad a enfermar	212
Cuadro 4. Líneas argumentales para explicar el afrontamiento de la enfermedad	213

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

AP: Atención Primaria

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CIBERESP: Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública

EAS: Encuesta Andaluza de Salud

EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública

EDAD: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia

FI: Factor de Impacto

H: Hombres

IC: Intervalo de Confianza

INE: Instituto Nacional de Estadística

JCR: Journal Citation Reports

LAAD: Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia

M: Mujeres

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OR: Odds Ratio

SAS: Servicio Andaluz de Salud

SPSS: Statistical Product and Service Solution

SSPA: Sistema Sanitario Público Andaluz

TCD: Trastorno Crónico o Discapacidad

RESUMEN

El cuidado informal, entendido como la atención no remunerada dispensada a personas de la red social o familiar cercana que necesitan ayuda para la realización de actividades de la vida diaria, ha sido tradicionalmente realizado por las mujeres de la familia, en un contexto de privacidad e invisibilidad, ligado al terreno de lo afectivo, con escaso reconocimiento social y no pocos costes para su salud y su calidad de vida. En las últimas décadas, hemos asistido a un creciente interés por el estudio de este tipo de cuidado, motivado por profundos cambios sociales. Un acusado envejecimiento poblacional junto a otros cambios demográficos, nuevos modelos familiares, laborales y culturales, han propiciado el aumento de las personas beneficiarias de este tipo de cuidados, al tiempo que ha disminuido la proporción de mujeres con disponibilidad para cuidar a tiempo completo. Es amplia la literatura que atribuye al cuidado informal un impacto en la salud tanto física como mental de quienes asumen el rol de cuidar, un coste que recae especialmente en las mujeres. Sin embargo, en España se ha puesto en evidencia la escasez de estudios que analicen el impacto desigual en la salud del cuidado que prestan mujeres y hombres, y que lo aborden desde enfoques metodológicos cualitativos o mixtos, necesarios para profundizar en el complejo entramado de factores que intervienen en esta realidad. La identificación de estos factores, en el actual contexto de cambio social, resulta clave para el desarrollo correcto de intervenciones dirigidas a las personas cuidadoras desde los sistemas de bienestar.

Esta tesis se propone analizar las desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto diferencial sobre la salud de las mujeres y los hombres cuidadores; con este objetivo agrupa cinco publicaciones científicas derivadas de cinco estudios diferentes que comparten esta finalidad.

El primero de los artículos, titulado «Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain», analiza las diferentes percepciones y experiencias sobre estado de salud, vulnerabilidad y

afrontamiento de la enfermedad expresadas por mujeres y hombres de distinta clase social en distintas etapas de su ciclo vital y, en especial, las relacionadas con el rol de cuidados. Lo hace con un abordaje cualitativo y se dirige a la población general, cuidadora y no cuidadora, para establecer un primer mapa conceptual de las percepciones en torno a este rol y sus consecuencias en la salud.

Los tres siguientes artículos detienen la mirada en el que va a ser el principal bloque temático de la tesis, el cuidado informal, con la población cuidadora como principal sujeto de estudio. Lo harán secuencialmente, dando pequeños pasos que nos llevarán a plantear diferentes problemas de investigación y diseños metodológicos. El segundo artículo, titulado «Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud», analiza la desigual distribución del cuidado y su impacto en la salud percibida general y mental, comparando la población cuidadora con la que no lo es. Para ello tiene en cuenta también la influencia de los factores socioestructurales. El tercero, «Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España», se centra en las diferentes características del cuidado que realizan las mujeres y los hombres y sus consecuencias en salud. Ambos artículos se basan en diseños cuantitativos, en sendos estudios epidemiológicos transversales mediante la explotación de fuentes secundarias, la Encuesta Andaluza de Salud (EAS), de ámbito regional, y la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), de ámbito nacional. El cuarto de los artículos, titulado «Gender identity in informal care: Impact on health in Spanish Caregivers», analiza con mayor profundidad las diferentes maneras que tienen mujeres y hombres de asumir y afrontar el cuidado, así como las desigualdades que generan en su salud y su calidad de vida, para lo que recurre a un diseño cualitativo centrado en las experiencias de las propias personas cuidadoras.

Por último, el quinto artículo, titulado «Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal», traslada el punto de vista a uno de los principales agentes de apoyo formal de las personas cuidadoras, las y los profesionales sanitarios que les atienden, analizando sus percepciones y actitudes ante el cuidado informal, para lo que utiliza también un abordaje cualitativo. Con esta doble

mirada, la de quienes cuidan en el sistema informal y la de quienes les atienden desde los servicios formales, pretendemos contribuir a mejorar el conocimiento para orientar de forma más equitativa y desde el enfoque de género las políticas y actuaciones dirigidas a la población cuidadora, y así ayudar a reducir las desigualdades en su salud y su calidad de vida.

Los resultados mostraron, en primer lugar, que hombres y mujeres producen discursos diferenciados al valorar y explicar su salud, y que éstos están relacionados con la experiencia diversa de ambos sexos en torno a roles, valores y estereotipos de género. Las mujeres expresaron peor percepción de salud, y destacaron el sentimiento de agotamiento, mientras que los hombres tendieron a sobrevalorarla, ocultando sus problemas de salud tras el estereotipo de «hombres duros». Ambos compartieron la creencia de que las mujeres son más vulnerables a enfermar, mientras que los hombres son más débiles en el afrontamiento de la enfermedad. Las personas entrevistadas expusieron una variedad de líneas argumentales para explicar sus percepciones, desde interpretaciones fundamentalmente biológicas, sobre todo en hombres, hasta modelos biopsicosociales mixtos o exclusivamente culturales, mujeres en su mayoría. Los resultados pusieron de manifiesto la importancia de tener en cuenta los factores derivados de la división sexual del trabajo y, especialmente, las desigualdades de género en torno a la distribución de roles reproductivos y de cuidados, a la hora de interpretar la salud tanto de los hombres como de las mujeres.

En segundo lugar, los resultados pusieron de manifiesto grandes desigualdades de género en la distribución del cuidado, en interacción con otros ejes de desigualdad, como la edad y la posición sociocultural. Las mujeres se ocupaban del cuidado de las personas con las que convivían con mucha mayor frecuencia que los hombres, especialmente si tenían estudios primarios, trabajaban solo en el hogar y estaban casadas o lo habían estado anteriormente. En cambio, los hombres con estudios universitarios y con trabajo remunerado fueron los que más participaron en el cuidado. Cuidar a algún familiar mayor o con problemas crónicos o discapacidad resultó estadísticamente asociado a una salud percibida general y mental deficiente en las mujeres, resultados que no se observaron en el caso de los hombres. El

mayor riesgo de salud deficiente que presentaron ellas no se relacionó únicamente con una mayor exposición a los cuidados, puesto que comparando a las mujeres y los hombres que cuidaban, ellas veían más afectada su salud. Estos resultados se complementaron con los reportados en el tercer artículo, según los cuales, las mujeres realizaban un cuidado de mayor intensidad, duración y frecuencia que los hombres. También constatamos que las mujeres asumían en mayor medida las tareas asociadas a un deterioro de la salud, mientras que los hombres participaban más en aquellas que resultaban protectoras, como las realizadas en el exterior del hogar. No obstante, los resultados del análisis multivariante pusieron de manifiesto la posible influencia de otros factores, en los que se profundizó en el siguiente artículo.

La cuarta publicación mostró unos resultados acordes con la existencia de importantes desigualdades de género en el rol del cuidado informal. La profunda interiorización del rol de cuidadoras que experimentaban las mujeres y la rigidez con la que entendían que debían desempeñarlo, derivó en un ejercicio del cuidado muy intenso, sometido a una elevada presión social por «hacerlo bien» y caracterizado por una escasa búsqueda de apoyos. Las principales consecuencias negativas derivadas de esta manera de experimentar el cuidado fueron la aparición de numerosos problemas de salud crónicos, altos niveles de estrés, ansiedad y depresión, abandono de la propia salud, frecuente renuncia al trabajo remunerado y aislamiento social. Estos resultados estuvieron modulados principalmente por la intensidad del cuidado, el nivel socioeconómico y el parentesco con la persona dependiente. Los hombres, menos identificados con este rol, experimentaron el cuidado de forma más flexible, exteriorizaron más la necesidad de ayuda y presentaron más facilidad para delegar el cuidado en otras personas, antes de que su salud y su calidad de vida se vieran seriamente afectadas. Finalmente, el último artículo mostró que entre profesionales, al igual que había ocurrido con las propias cuidadoras y cuidadores, se reproducían algunas percepciones y actitudes ante el cuidado informal poco sensibles o potencialmente negativas para la equidad de género.

En conjunto, los resultados de las cinco publicaciones llevan a concluir que las mujeres cuidan más, realizan un trabajo más intenso e interiorizan su rol de cuidadoras de acuerdo a

unos mandatos de género que continúan teniendo un gran arraigo social, lo que se traduce en unos peores resultados en salud y unos costes de oportunidad más elevados para ellas. Por otro lado, entre los y las profesionales se atribuye a las familias, y especialmente a las mujeres, la principal responsabilidad del cuidado, lo que dificulta romper el círculo de invisibilidad e infravaloración del cuidado informal como fenómeno femenino.

En base a estas conclusiones, se establecen una serie de recomendaciones finales. Entre ellas, se apunta la necesidad de seguir potenciando estrategias, desde todos los ámbitos, que promuevan la corresponsabilidad en el cuidado y favorezcan la conciliación del ámbito productivo y reproductivo. También se precisa más formación específica en equidad de género dirigida a profesionales, entendida como una poderosa herramienta para cualquier intervención dirigida a reducir las desigualdades de género en este ámbito y a mejorar la salud y la calidad de vida de quienes cuidan.

ABSTRACT

The informal care is defined as the unpaid care provided to people who need help for the activities of daily living. It has traditionally been carried out by women of the family, in a context of privacy and invisibility. It has been linked with the affective, with the low social recognition and with several costs in the health and quality of life of caregivers. In recent decades, the interest in the study of this type of care has increased, motivated by deep social changes. The population aging along with other demographic changes, the new models of family, work and culture, have led to the increase of the beneficiaries of this type of care, while the proportion of women with availability for full-time care has decreased. There is extensive literature that attributes to the informal care an impact on physical and mental health of those who take on the role, a cost that occurs especially in women. However, the lack of studies analyzing the unequal impact of the informal care on the health of women and men has been highlighted in Spain. There is also a lack of studies addressing this complex reality with qualitative or mixed methodological designs. The identification of the factors involved in it, in the current context of social change, it is crucial for the proper development of interventions for caregivers from the welfare systems.

This thesis aims to analyze gender inequalities in informal care and its impact on the health of caregivers. For this purpose, I bring together five scientific publications derived from five different studies that share this goal.

The first article, entitled «Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain», analyzes the different perceptions and experiences on health status, vulnerability and coping with the disease expressed by women and men of different social class and at different stages of their life cycle. In particular, the article is focused on those related to the role of informal care. This article uses a qualitative design and is aimed at the general population, caregivers and non-caregivers, to establish a first conceptual map of perceptions about this role and its impact on health.

The following three articles focus on the main topic of the thesis, informal care, taking the caregiver population as the main object of study. These three articles will elapse

sequentially, with small steps that will lead us to ask different research questions and methodological designs. The second article, entitled «Gender inequalities in the informal care of health», analyzes the unequal distribution of care and its impact on the general and mental health perceived by comparing the caregiver population with which it is not. For this, the article also considers the influence of socio-structural factors. The third one, «Gender inequalities in health deterioration as a result of informal care in Spain» focuses on the different characteristics of informal care performed by women and men. Both articles are based on quantitative designs in two transversal epidemiological studies by the use of secondary sources: the Andalusian Health Survey (EAS), at regional level, and the Survey of Disability, Personal Autonomy and Dependency (EDAD), at national level.

The fourth of the articles, entitled «Gender identity in Informal care: Impact on health in Spanish Caregivers», analyzes in more depth the different ways in which men and women accept and address the informal care, and the inequalities that they generate in their health and quality of life. For this goal, the article uses a qualitative design and it is focused on the experiences of caregivers.

Finally, the fifth article, entitled "Gender analysis and the perceptions and attitudes of primary care professionals to informal care", focus on one of the main agents of formal support of caregivers, the professionals who care for them, analyzing their perceptions and attitudes towards informal care. To do this, the article also uses a qualitative approach. With this double point of view, those who care in the informal system and those who care for them from formal services, we want to contribute to improve the knowledge to guide policies and actions more equally, and to reduce the inequalities in health and quality of life of caregiver population.

The results showed that men and women produce different discourses to evaluate and explain their health, and that these are related to the experience of both sexes around roles, values and gender stereotypes. Women reported poorer health perception, and stressed the feeling of exhaustion, while men tended to overestimate their health, hiding the problems behind the stereotype of 'tough men'. They shared the belief that women are more vulnerable to illness while men are weaker in coping with the disease.

Interviewees exhibited a variety of lines of argument to explain their perceptions, from biological interpretations, especially men, to mixed biopsychosocial models or exclusively cultural ones. The results showed the importance of taking into account the factors derived from the sexual division of labor when we interpret the health of men and women, mainly those regarding to the distribution of reproductive roles.

The results also showed large gender inequalities in the distribution of care, that interact with other axes of inequality, such as age and socio-cultural position. Women took on the care of the dependant people of the home far more often than men, especially if they had primary studies, they were working only at home and they were married or had been previously married. In contrast, men with university education and a paid work were the most involved in the informal care.

Caregiving for an elderly relative or a person with chronic diseases or disability was statistically associated with poor perceived mental health in women, but these results were not observed in the case of men. The greatest risk of poor health of the women was not associated only with a greater exposure to the informal care, since when we compared men and women who cared, women had a greater impact on their health. These results were complemented with those found in the third article, according to which women did care with greater intensity, duration and frequency than men. The results also showed that women assumed further the tasks associated with a decline in health, while men participated more in those that were protective, as those made outside the home. However, the results of multivariate analysis revealed the influence of other factors, that were analyzed in the following article.

The fourth article showed results in line with the existence of significant gender inequalities in informal care. The deep internalization of the role of caregiver in women and the rigidity with which they understood that they had to act, resulted in a realization of an intense care, subjected to high social pressure to "do it right" and characterized by low search of supports. The main negative consequences of this way of experiencing the role were the occurrence of many chronic health problems, high levels of stress, anxiety

and depression, neglect of the own health, frequent renunciation of the paid work and social isolation.

These results were mainly modified by the intensity of care, the socioeconomic status and the relationship to the dependent person. The men, who were less identified with this role, experienced the informal care more flexibly, exteriorized the need for help and delegated the care to other people before that their health and quality of life were seriously affected. The last article showed that professionals also reproduced some perceptions and attitudes towards informal care which were negative or potentially insensitive to gender equity.

The overall results of the publications lead to the conclusions that women care more, make more intense work and internalize their role as caregiver according to gender mandates that have a great social embeddedness. This leads to poorer results in their health and higher costs for their opportunities. On the other hand, professionals attributed to families, and especially to women, the primary responsibility of care. This makes it difficult to break the circle of invisibility and undervaluation of informal care as a female phenomenon.

Based on these findings, the thesis offers some final recommendations. Among them, we aim to further enhance the strategies, from all areas, to promote shared responsibility in informal care and to help conciliate the productive and reproductive spheres. It is necessary more specific training on gender equality for professionals, because it can be understood as a powerful tool for any intervention aimed to reduce gender inequalities in this area and to improve the health and quality of life of caregivers.

1.

INTRODUCCIÓN

EL PUZZLE

[...]

*Volvamos juntos al rompecabezas.
No tengas miedo de elegir en vano,
siempre vale la pena pretender
dar un poco de amor al jeroglífico.
Poco a poco el enigma se resuelve
aunque se quede un cabo por atar.
Hacer un puzzle es conseguir que todo
concuere con los límites del sueño.*

*Porque soñar, jugar, vivir, son solo
formas de despejar la misma incógnita,
fórmulas variadas de escoger
las piezas y limar sus bordes ásperos.
Tantos años y no hemos hecho nada
más que intentar un poco de armonía
entre las ciegas fichas que nos dieron
por si solucionamos lo insoluble.*

LEOPOLDO DE LUIS

1.1. Presentación de la tesis como compendio de publicaciones

Esta tesis doctoral, de acuerdo con el informe correspondiente, autorizado por el director y la directora de tesis y el órgano responsable del programa de doctorado, se presenta como un compendio de cinco artículos originales previamente publicados. En este primer apartado de presentación de la tesis, incluyo las referencias completas de los artículos; explico la unidad y la secuencia temática que siguen, destacando los principales elementos que comparten y en los que difieren; y establezco la estructura de la memoria de tesis. Sirva el símil para decir que aquí presento las piezas de un puzzle, piezas de diferentes formas y tamaños. Cada una ocupa su lugar y relevancia dentro del conjunto, y todas ellas se imbrican cuidadosamente entre sí para lograr el resultado final, esta memoria de tesis.

1.1.1. Publicaciones que configuran la tesis

Las referencias completas de los artículos que constituyen el cuerpo de la tesis son las siguientes:

1. GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; HIDALGO-RUZZANTE, NATALIA; **DEL RÍO-LOZANO, MARÍA**; MARCOS-MARCOS, JORGE; MARTÍNEZ-MORANTE, EMILIA; MAROTO-NAVARRO, GRACIA; MATEO-RODRÍGUEZ, INMACULADA; GIL-GARCÍA, EUGENIA. (2012). Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociology of Health & Illness*, 34 (6). [Revista indexada en ISI JOURNAL CITATION REPORTS, Factor de Impacto: 1,735]
2. GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; **DEL RÍO-LOZANO, MARÍA**; EGUIGUREN, ANA PAMELA. (2007). Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguruak*, 44, 291-308. [Revista indexada en LATINDEX]
3. GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; **DEL RÍO-LOZANO, MARÍA**; MARCOS-MARCOS, JORGE. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como resultado del

cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25 (2), 100-107. [Revista indexada en ISI JOURNAL CITATION REPORTS, Factor de Impacto: 1,116]

4. **DEL RÍO-LOZANO, MARÍA**; GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; MARCOS-MARCOS, JORGE; ENTRENA-DURÁN, FRANCISCO; MAROTO-NAVARRO, GRACIA. (2013). Gender identity in informal care: Impact on health in Spanish Caregivers. *Qualitative Health Research*, 23 (11): 1506-1520. [Revista indexada en ISI JOURNAL CITATION REPORTS, Factor de Impacto: 2,181]
5. GARCÍA-CALVENTE, MAR; **DEL RÍO-LOZANO, MARÍA**, CASTAÑO-LÓPEZ, ESTHER; MATEO-RODRÍGUEZ, INMACULADA; MAROTO-NAVARRO, GRACIA; HIDALGO-RUZZANTE, NATALIA. (2010). Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gaceta Sanitaria*, 24 (4): 293-302. [Revista indexada en ISI JOURNAL CITATION REPORTS, Factor de Impacto: 1,116]

1.1.2. Homogeneidad y heterogeneidad conceptual y temática

Las cinco publicaciones aportadas corresponden a trabajos que han sido desarrollados dentro de la misma línea de investigación, la de los cuidados informales y su impacto en la salud, que a su vez se sitúa al amparo de una línea más amplia sobre las desigualdades de género en salud, desarrollada en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Por tanto, los cinco artículos comparten una serie de elementos comunes e imbricados entre sí, que constituyen su eje vertebrador.

El tema central abordado en los artículos es el **cuidado informal**, que adquiere el significado de la atención dispensada a personas dependientes de manera no remunerada, fundamentalmente por personas del entorno familiar, es decir, por personas ajenas a los servicios formalizados de atención. Se excluyen de esta definición los cuidados prestados por organizaciones de voluntariado o ayuda mutua. Si bien el primer artículo se sitúa en el nivel más amplio de la línea, para analizar las desigualdades de género en las percepciones de mujeres y hombres andaluces, cuidadores y no cuidadores, sobre su estado de salud,

vulnerabilidad y afrontamiento de la enfermedad, el resto de artículos se centra de lleno en las desigualdades relacionadas con el cuidado informal.

Los principales sujetos de interés de este trabajo de tesis son, por tanto, las **personas cuidadoras informales**. Se trata de aquellas personas que, con o sin ayuda de otras y de manera no remunerada, dispensan atención a alguna persona dependiente de su entorno familiar o social. Este colectivo es definido de forma más o menos amplia a lo largo de las distintas publicaciones. Así, mientras que en el segundo de los artículos presentados se incluye dentro de la población estudiada a todas las personas que participan en el cuidado, ya sea de forma principal o secundaria, para compararla con la población que no cuida, en los siguientes artículos se adopta una definición más restringida de la población objeto de estudio. Estos artículos dejan en un segundo plano a quienes cuidan de forma secundaria para centrarse en las **personas cuidadoras principales**, es decir, las que asumen la responsabilidad principal del cuidado de la persona dependiente, ya sea en soledad o con ayuda.

En todos los casos se ha considerado **persona dependiente** aquella que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tiene necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal. El cuidado de menores que no presentan algún tipo de discapacidad o limitación solo se ha incluido en los dos primeros artículos. Debido a las diferentes características que presenta este tipo de cuidado respecto del cuidado dispensado a mayores y personas con discapacidad -y que se pone de manifiesto en los resultados del segundo artículo- ha quedado excluido del objeto de estudio en los siguientes. No por ello se resta importancia a la necesidad de profundizar en este tipo de cuidado en futuras investigaciones.

El fenómeno principal que se estudia a lo largo de la tesis es el **impacto del cuidado en la salud y la calidad de vida** de las personas cuidadoras. Todos los artículos exploran el impacto del rol de cuidados en diferentes aspectos de la salud de las mujeres y los hombres. Cuando hablamos de **salud** nos referimos al término holístico de salud que define la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), entendida como un estado de

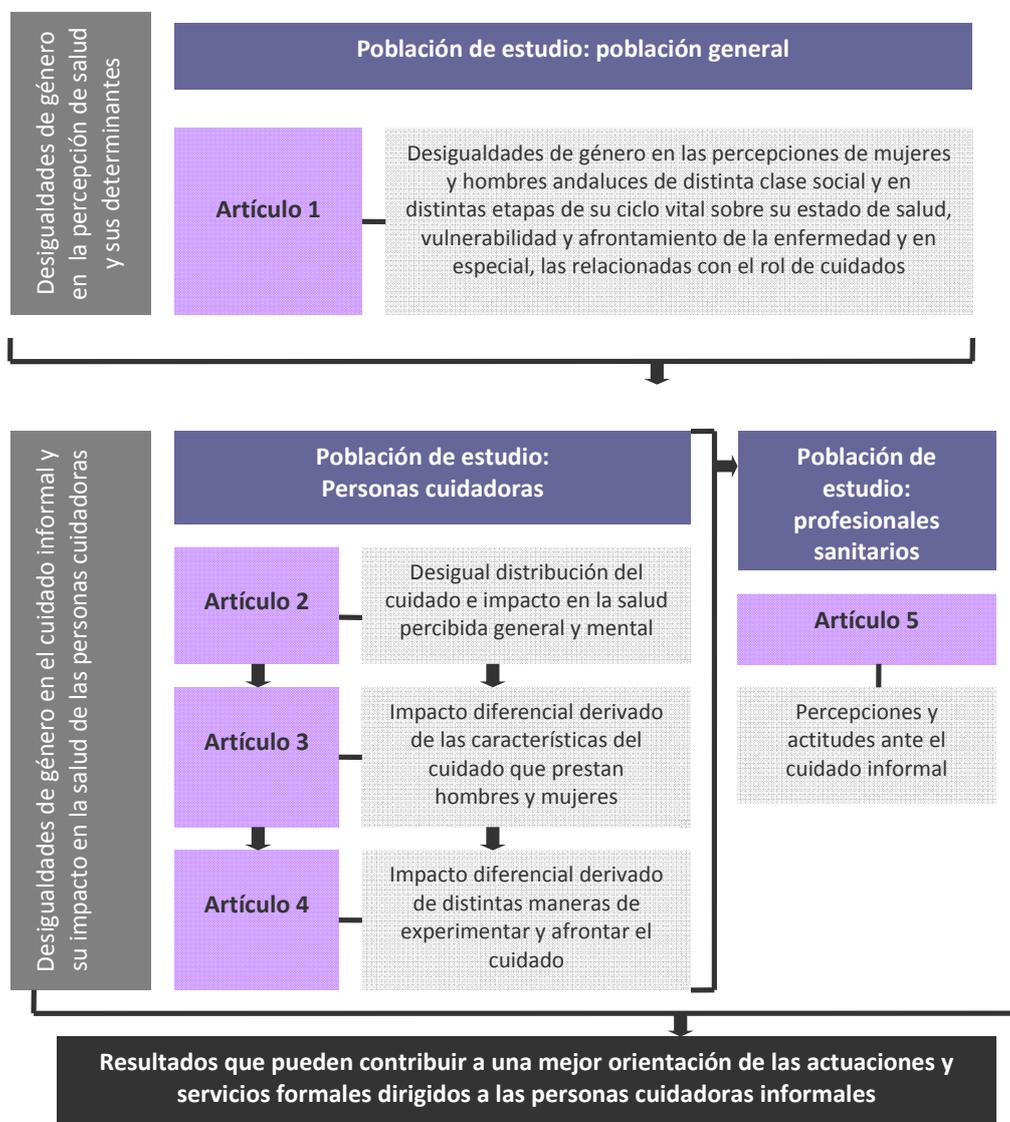
completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. No obstante, este concepto adopta diferentes formas, más o menos específicas, en las distintas publicaciones. En el segundo artículo, con metodología cuantitativa, el estado de salud se mide a través de la escala SF-36 (ALONSO ET AL., 1998), que incluye la percepción de salud tanto general como mental de las personas entrevistadas. En el tercer artículo, en el que también utilizamos metodología cuantitativa, la dimensión de la salud se medirá con una variable específica que recoge el Cuestionario de Cuidadores de la Encuesta EDAD, que se refiere al «deterioro de la salud por el hecho de cuidar». En los artículos abordados con metodología cualitativa, el concepto de salud estudiado se vuelve más amplio y recoge dimensiones como el bienestar, la morbilidad, la salud emocional o el uso de medicamentos, y también otras dimensiones de la **calidad de vida**, como la participación social y laboral, las relaciones familiares, el tiempo para el ocio o para cuidarse a sí mismo/a. Para el estudio de este fenómeno me voy a situar en el **Enfoque de la Salud Pública basado en el Género**, que parte del reconocimiento de las diferencias entre los hombres y las mujeres. Ello nos sirve para determinar cómo difieren los resultados, experiencias y riesgos en salud entre hombres y mujeres, y para actuar en consecuencia (OMS, 2009).

Todos los artículos contemplan el género como un eje transversal de análisis, como una categoría que condiciona todos los procesos de salud de las mujeres y los hombres. Considero esencial abordar el tema del cuidado desde una perspectiva feminista, al tratarse de una actividad fuertemente feminizada, cuyas funciones se asignan mediante la socialización en un rol de género basado en la división sexual del trabajo. Además, en algunos de los artículos exploramos la interacción del género con otros ejes de desigualdad, como la edad, la posición social o el territorio. Por todo ello, la tesis se va a situar también al amparo del marco teórico y metodológico que brinda la **Sociología del Género**.

La tesis contribuye al estudio del fenómeno del cuidado informal desde dos puntos de vista: el primero y fundamental es el de las propias **personas cuidadoras**. Con metodología tanto cuantitativa como cualitativa, se realiza un acercamiento a las percepciones, experiencias y actitudes de quienes realizan el cuidado informal. El segundo punto de vista es el de las y

los **profesionales sanitarios** que les atienden y prestan ayuda desde el sistema formal. Este punto de vista es incorporado en el quinto y último artículo para aportar una posición complementaria y conocer la postura de estos y estas profesionales ante el fenómeno estudiado. La figura 1 sintetiza el orden secuencial que siguen los artículos compilados en la tesis y sus contenidos temáticos. Puede decirse que esta figura permite visualizar el *puzzle*.

Figura 1. Esquema de la secuencia temática de los artículos incluidos en la tesis



1.1.3. Estructura de la memoria de tesis

Esta memoria se divide en los siguientes apartados.

En la **introducción** se presenta la tesis como un compendio de publicaciones y se explica la temática y los conceptos principales que se abordan en ella. Después se presenta la trayectoria de investigación de la doctoranda. Se enmarca el problema de investigación en la línea de las desigualdades de género y salud y, específicamente, en la de los cuidados informales y su impacto en la salud. Se justifica la necesidad de abordar el problema de estudio en nuestro contexto y en el momento actual.

En el siguiente apartado, se establecen los principales **marcos teóricos y antecedentes** que subyacen en el problema de investigación y que servirán de soporte para la interpretación de los resultados.

Seguidamente, se establecen los **objetivos** de la investigación y se desarrolla la **metodología** utilizada para alcanzarlos.

Los **resultados** se presentan en dos bloques. El primero recoge los cinco artículos publicados en el formato original de la revista y, por tanto, en el idioma en que han sido publicados. Cada publicación da respuesta a uno de los cinco objetivos específicos y constituye un producto en sí mismo, que incluye todo el proceso de investigación, desde el diseño del estudio a la discusión de los resultados. No obstante, para facilitar la lectura de este apartado, al tiempo que se relacionan los resultados obtenidos en cada artículo, se incluye un segundo bloque, que ofrece un resumen de los resultados aportados, en castellano y con la secuencia apropiada para dar respuesta a los objetivos de la tesis. Este apartado añade figuras que sintetizan los principales resultados obtenidos, así como la conexión con los artículos posteriores.

A continuación, se incluye un apartado general de **discusión**, que también respeta en gran medida las discusiones publicadas en los artículos, si bien permite su lectura en castellano y

sirve de guía para enmarcar las interpretaciones en cuatro bloques: sobre la percepción de salud, vulnerabilidad y afrontamiento de la enfermedad; sobre el impacto del cuidado en diversos indicadores de salud percibida; sobre las distintas maneras de asumir y afrontar el cuidado; y sobre la percepción de profesionales del sistema sanitario.

Los cinco artículos presentados permiten aportar **conclusiones** y **recomendaciones** que pueden suponer un avance en la relación entre el sistema formal e informal de cuidados. Estas recomendaciones aspiran a contribuir a la reducción del impacto desigual del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las mujeres y los hombres cuidadores, a través de una mejor orientación de los planes, programas y servicios dirigidos a este colectivo.

1.2. Presentación de una trayectoria de investigación

Andalucía fue la primera comunidad autónoma en realizar un estudio poblacional sobre la contribución de las redes familiares al cuidado de la salud, a partir de una muestra de más de 3.000 hogares, que identificó un 57% de hogares andaluces donde al menos una persona necesitaba cuidados (GARCÍA-CALVENTE ET AL., 1999). En este estudio poblacional, realizado en la segunda mitad de la década de los años noventa, una gran mayoría de las personas cuidadoras principales eran mujeres y declaraban realizar este trabajo sin ningún tipo de ayuda (ni formal ni informal). Las propias personas cuidadoras definían el cuidado que prestaban como «hacerse cargo de» la persona a la que cuidaban. La falta de control sobre el uso del tiempo propio se revelaba como un factor muy influyente en la sobrecarga percibida por las mujeres cuidadoras. Las consecuencias de cuidar se mostraron especialmente negativas para ellas, que declararon una peor percepción de su salud y diversos problemas crónicos como consecuencia de un rol que desempeñaban de manera intensiva. De esta forma arrancaba esta línea de investigación en la EASP, con unos resultados que cuanto menos, invitaban a seguir indagando en las desigualdades que los sustentaban, con el anhelo de poder contribuir a reducirlas y mejorar la salud y la calidad de vida de quienes se encargan de cuidar.

De forma paralela a estos comienzos en la línea de investigación sobre el cuidado informal en la EASP, realizaba mi periodo de formación en el programa de doctorado «Análisis Sociopolítico de la Sociedad Contemporánea» de la Universidad de Granada y daba mis primeros pasos en la investigación social. Mediante una beca de investigación y bajo la coordinación de uno de los directores de esta tesis, Francisco Entrena Durán, tuve la oportunidad de participar en un proyecto internacional del V Programa Marco de la Unión Europea (*Urban Pressure on Rural Areas: Mutations and Dynamics of Periurban Rural Processes*). En este estudio, participé en todas las etapas del proceso de investigación: diseño, revisiones bibliográficas, trabajos de documentación, recogida de información mediante la realización de entrevistas en profundidad, análisis de los datos, redacción de informes y participación en las reuniones científicas celebradas en Reino Unido, Francia y Alemania. Esta investigación me brindó la posibilidad de poner en práctica gran parte de los conocimientos adquiridos en Sociología y los referidos al análisis sociopolítico de la sociedad contemporánea, y me aportó el gusto por la investigación, en especial aquella que se compromete con el cambio social.

A continuación, me incorporé como técnica de investigación a la línea de Género y Salud en la EASP. En ella, me encontré entre un equipo multidisciplinar que trabajaba sobre las relaciones entre los cuidados informales y la salud desde una perspectiva de género, liderado por la también directora de esta tesis, María del Mar García Calvente. En los últimos ocho años, me he sentido privilegiada por participar en varios de los proyectos de investigación que han ido alimentando esta línea, y que han configurado el mosaico de resultados que traigo a esta tesis. A lo largo de esta trayectoria, he sido testigo de la forma que se iba dando al problema de investigación, ¿por qué las mujeres son quienes sufren las mayores consecuencias negativas derivadas de los cuidados informales de salud y cómo podemos contribuir a solventarlo en una sociedad en la que imperan rígidos mandatos de género? Las respuestas, nada sencillas, fueron tomando forma de hipótesis en esta línea, que a su vez se volvían a transformar en preguntas e iban dibujando horizontes donde investigar y avanzar, y se veían materializadas en diversos proyectos obtenidos en

convocatorias de concurrencia competitiva, financiados por organismos regionales y nacionales.

Dentro de esta línea, he participado en estudios cuantitativos, de explotación de encuestas, y en otros cualitativos, con métodos hermenéuticos. He trabajado en distintas perspectivas de análisis y conocido nuevos retos de investigación. He investigado en diferentes ámbitos, Granada, Andalucía y España. Actualmente, con la mirada puesta en Europa y en el mundo, me encuentro inmersa en una línea de investigación que no cesa en su empeño de proponer mejoras para reducir las desiguales consecuencias que genera este gran «iceberg» de los cuidados de salud, que siguen protagonizando las mujeres y que continúa oculto a la esfera pública.

Aunque la producción académica e investigadora en este tema ha crecido en los últimos años, cada contexto social se torna importante en el estudio de un fenómeno que es universal. Para poder adaptar las políticas y actuaciones a las necesidades específicas de los hombres y de las mujeres, de cada perfil social y de cada territorio o entorno sociopolítico, se hace necesario ampliar la mirada y recoger cada una de las pequeñas realidades. Los resultados que se agrupan en esta tesis no tienen, por tanto, pretensión de ser exhaustivos, pero sí de contribuir a los estudios de género comprometidos con el cambio social, visibilizar y denunciar algunas diferencias injustas y evitables que rigen nuestra vida cotidiana, como primer paso para poder reducirlas. Por ello, los resultados que presento en esta tesis podrían constituir los primeros pasos de un camino aún largo por recorrer. He considerado útil recurrir a esta fórmula de tesis, que compila una diversidad de artículos procedentes de estudios igual de diversos, pues el mosaico que forma el conjunto puede aportar una nueva mirada con gran riqueza en sí misma. De igual modo, tengo el convencimiento de que lo aprendido en el Programa de doctorado de «Análisis Sociopolítico de la Sociedad Contemporánea», junto con mi formación y experiencia en la línea de las Desigualdades de Género en Salud en la Escuela Andaluza de Salud Pública, me han dotado de un conjunto de herramientas de gran utilidad para interpretar los resultados obtenidos en los diferentes artículos que presento. Otra de las contribuciones de la tesis es, por tanto, esa mirada complementaria resultante, que se plasma a lo largo de todo el

trabajo realizado, una perspectiva situada desde los enfoques de la Salud Pública y de la Sociología del Género.

1.3. La importancia de estudiar el cuidado informal en el momento actual

Definimos cuidado informal como «aquella prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amistades u otras personas, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen» (WRIGHT, 1983). Este tipo de cuidado tiene una serie de rasgos definitorios que son esenciales para entender su funcionamiento y comprender su relevancia social. Se trata de una actividad fuertemente feminizada puesto que la gran mayoría de las personas que cuidan son mujeres, habitualmente del núcleo familiar. El papel de cuidadora está asignado a las mujeres mediante la socialización en un rol de género basado en la división sexual del trabajo. Esta atribución de género a las mujeres como cuidadoras está profundamente arraigada y naturalizada en nuestro contexto, lo que puede suponer un fuerte obstáculo para abordar los problemas derivados de la sobrecarga que sufren muchas mujeres que cuidan y que tienen sus raíces en las desigualdades de género que definen el cuidado informal. Este tipo de cuidado tiene un carácter de actividad no remunerada, ya que no se intercambia en el mercado por bienes o servicios y por tanto no se le asigna un precio. Este rasgo, en sí mismo, supone un importante obstáculo para la valoración social del cuidado informal, e incluso para su visualización como sistema de atención. El cuidado informal se presta mayoritariamente en el ámbito doméstico y privado, «de puertas adentro» (DURÁN, 1988), lo que contribuye a hacerlo aún más invisible a los ojos del cuerpo social y, especialmente, ante los servicios formales de atención.

El cuidado informal ha merecido un creciente interés desde las dos últimas décadas del siglo xx hasta nuestros días, motivado por profundos cambios sociales. La mejora de las condiciones de vida y los avances tecnológicos y biomédicos favorecen una mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y en situación de discapacidad. Este

hecho, junto con los cambios en la estructura demográfica, supone que los principales beneficiarios de este tipo de cuidados sean cada día más numerosos. Se estima que Europa perderá 9 millones de menores de 14 años entre 2010 y 2050, y que simultáneamente ganará 35 millones de personas mayores de 80 años (DURÁN, 2012). Actualmente, España es uno de los países con mayor proporción de adultos mayores (ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO, 2011). Según los datos de la última Encuesta EDAD en 2008 (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA [INE], 2008), el 8,5% de la población española (3.847.854 personas) declara algún tipo de discapacidad o limitación para actividades de la vida diaria y viven en un hogar familiar. De ellas, un 56% (2.148.548 personas) son dependientes, entendiendo como tales aquellas personas que necesitan la ayuda de otras para realizar alguna de estas actividades (ESPARZA, 2011).

En segundo lugar, las transformaciones experimentadas en los hogares, en su estructura y funcionamiento, han sido muy importantes en las últimas décadas, dando lugar a una gran diversidad de tipos, tanto en tamaño como en los vínculos de las personas que los forman (BERICAT Y MARTÍN-LAGOS, 2006). La progresiva incorporación de las mujeres al mercado laboral remunerado, las nuevas formas familiares y el descenso de la fecundidad a mínimos históricos, están transformando el contexto en el que se desarrollará el cuidado informal en un futuro no lejano. La brecha de género en las tasas de empleo ha disminuido en más de 9 puntos entre 2006 y 2010 (INE, 2012). Por otra parte, el nivel educativo de la población española también está cambiando: las mujeres de generaciones jóvenes están superando a los hombres en los niveles de educación superiores (INE, 2012). Esta situación supone que el coste de oportunidad de cuidar para estas mujeres será mayor que para las de generaciones precedentes, de modo que para ellas la renuncia al empleo para dedicarse al cuidado no será una decisión tan «naturalizada» como lo ha sido hasta ahora para las mujeres de mayor edad. Sin embargo, la creciente incorporación de las mujeres al ámbito de lo público ha ido acompañada de una incorporación mucho más lenta de los hombres al ámbito de lo doméstico. De este modo, persisten en el momento actual grandes desigualdades de género en la responsabilidad del cuidado.

Por otro lado, también están cambiando los sistemas formales de atención y la provisión de servicios de bienestar. Desde los servicios públicos de salud y de atención social se enfatiza la desinstitucionalización y se potencia el cuidado de las personas enfermas, mayores y dependientes en su propio entorno, lo cual implica dar un mayor protagonismo a la red de apoyo informal del individuo. Sin embargo, junto a este protagonismo se trasladan también las responsabilidades de cuidar y sus costes, tangibles e intangibles, a las personas que asumen el cuidado en el ámbito doméstico, una tendencia que se ve agravada en la actual situación de crisis financiera. Entre las consecuencias de la actual crisis y las altas tasas de desempleo que ha derivado, podría darse una profundización de los efectos negativos del hecho de cuidar sobre la situación laboral y económica de las personas cuidadoras, una alteración de la capacidad de elección entre cuidado y empleo, y una profundización de las consecuencias negativas sobre la salud y bienestar de las personas que cuidan, especialmente sobre las mujeres (FONDAZIONE, 2011). Se sabe que las crisis tienen un menor coste en salud si las redes sociales de apoyo, formales e informales, consiguen amortiguar este efecto, mientras que sus carencias agravan este impacto (DÁVILA Y GONZÁLEZ, 2009). Las redes informales, en especial las familiares, ejercen un efecto protector (SUHRCKE Y STUCKLER, 2012), pero es necesario evaluar el coste que supone esta situación para la salud y la calidad de vida de las mujeres, principales cuidadoras de la familia. Todos estos cambios sociales están transformando los modelos de cuidado que conocemos hasta la actualidad y suponen un reto para los sistemas de atención a la dependencia.

Por todo ello, es necesario avanzar en este campo, situarnos ante un mejor conocimiento acerca de cuáles son esos costes del cuidado en la salud, cómo se reparten de forma desigual y sobre qué aspectos se debería incidir para cambiar los modelos sociales y reducir esas desigualdades.

2.

MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

No es posible tratar ningún problema humano sin tomar una actitud; la misma manera de plantear los problemas y las perspectivas adoptadas suponen una jerarquía de intereses; toda cualidad envuelve valores; no hay descripción pretendidamente objetiva que no se levante sobre un plan ético.

SIMONE DE BEAUVOIR

Este epígrafe pretende hacer un recorrido por los antecedentes y los marcos teóricos más relevantes que han servido de guía para el diseño de los artículos que componen la tesis. Los antecedentes y el estado actual de la cuestión perfilan una realidad desigual, diferencias injustas entre hombres y mujeres que se plasman en diferentes estados de salud, y que nos conducen hacia los distintos problemas de investigación que van emergiendo. Los modelos teóricos aportan un marco necesario para abordar esta realidad con las epistemologías y metodologías adecuadas. Ambos, antecedentes y teorías, se muestran de forma intercalada, se retroalimentan mutuamente y van de la mano para mostrarnos el camino a seguir.

El orden secuencial de este epígrafe se aproxima al seguido en los cinco artículos presentados, trasladándonos de lo más general a lo más particular. En primer lugar, partiremos del necesario acto de «puesta de las gafas de género» que se requiere para abordar la realidad que nos ocupa. Con esta mirada, y desde la aproximación que nos brindan la Sociología del Género y las epistemologías feministas, nos situaremos ante un problema de Salud pública que nos llevará a definir el papel del género como determinante de la salud, en interacción con otros ejes de desigualdad. Este bloque, si bien podría decirse que corresponde principalmente al marco teórico del primero de los artículos, es en realidad el punto de partida que comparten todos ellos, por lo que se aborda en primer lugar y de manera más minuciosa que otros capítulos posteriores.

Seguidamente, nos introduciremos de lleno en el tema de los cuidados informales, para aportar un marco adecuado a los siguientes artículos. Comenzaremos con un breve recorrido por la situación actual del cuidado informal en el ámbito andaluz y español, y con la comparación de los datos en relación a lo acontecido en otros contextos. Esto nos llevará, primero, al planteamiento de cómo se distribuye el cuidado entre hombres y mujeres, y segundo, a la cuestión de cuáles son las características del cuidado que realizan las mujeres y los hombres y en qué manera pueden afectar de forma desigual a la salud, con el marco de la división sexual del trabajo y las relaciones de poder imperantes en nuestra sociedad. En este momento, y una vez establecido el mapa diferencial del cuidado que sustenta los

artículos de diseño cuantitativo, recurriremos a diversos conceptos, modelos teóricos y enfoques sociológicos que nos ayudarán a explicar por qué suceden tales desigualdades en el cuidado informal, con explicaciones basadas en la ética del cuidado y la naturalización del rol de cuidadora como un fenómeno femenino. Con estas aproximaciones ofreceremos la fundamentación teórica utilizada tanto para diseñar el cuarto de los artículos como para la posterior interpretación de todos los resultados.

En último lugar, nos centraremos en la relación entre el cuidado informal y el sistema formal, para establecer el marco teórico del quinto de los artículos. Partiremos de las reformulaciones surgidas desde la Sociología para afrontar la actual «crisis de los cuidados», haciendo un breve repaso de las relaciones existentes entre las personas cuidadoras y los sistemas de bienestar.

2.1. Marco teórico de partida: las desigualdades de género en salud

Las cinco publicaciones aportadas en esta tesis doctoral comparten un mismo eje transversal: el enfoque de género como categoría de análisis. Así mismo, los estudios que componen la tesis responden a una misma finalidad última: contribuir a la reducción de las desigualdades de género en salud. Es por ello que se ha considerado de especial relevancia dedicar un primer epígrafe de este capítulo a situar el impacto del cuidado informal sobre la salud en la Perspectiva de Género y Teorías feministas y en el Enfoque social de la Salud pública. Ambas perspectivas tienen como meta lograr la transformación necesaria para vivir en una sociedad más justa, y que mujeres y hombres tengan las mismas oportunidades para alcanzar el mejor estado de salud posible.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002), es necesario indagar sobre los procesos y razones por las que mujeres y hombres se ven afectados de manera distinta por distintos procesos de salud-enfermedad. El género se constituye como un determinante social y una categoría que estratifica y condiciona toda una serie de procesos relacionados con los resultados en salud de mujeres y hombres (KRIEGER, 2003).

La Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España (2010), a partir de los modelos propuestos por Solar e Irwin (2010) y Navarro (2004), propuso un marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Este modelo sitúa el género como uno de los ejes de desigualdad que atraviesan la estructura social, y que en interacción con otros, como la clase social, la edad, la etnia o la raza y el territorio, determina jerarquías de poder y conlleva desigualdades en las oportunidades de tener una buena salud. A su vez, estos ejes de desigualdad estructurales repercuten en otros determinantes intermedios, como los recursos o los factores psicosociales, que también determinan las desigualdades en salud de mujeres y hombres. La desigual distribución del cuidado entre hombres y mujeres, así como sus mayores consecuencias negativas sobre la salud de ellas, hacen que el tema analizado en la tesis deba ser inscrito como un problema de Salud pública, y que sea necesario abordarlo desde una Perspectiva de Género.

2.1.1. Conceptualización de sexo y género

El nacimiento de la noción de género se remonta al siglo xvii, cuando Poulain de la Barre defiende que la desigualdad social entre hombres y mujeres no es fruto de una desigualdad natural, sino que es la propia desigualdad social y política la que produce teorías que postulan la inferioridad de la naturaleza femenina (Cobo, 1995). Sin embargo, el concepto de género como diferenciación entre la construcción sociocultural de las características, comportamientos y actitudes de mujeres y hombres, que se superponen a los rasgos biológicos que les diferencian, no se generalizó hasta los años setenta del pasado siglo. Autoras como Ann Oakley (1972) introdujeron la distinción sexo/género para mostrar la existencia de rasgos atribuidos e inculcados por la socialización a mujeres y hombres, no derivados de la biología. Simone de Beauvoir (1981) abrió un nuevo camino en la reflexión sobre la desigualdad entre mujeres y hombres al romper, con su célebre frase «No se nace mujer, llega una a serlo», el determinismo biológico que había imperado hasta el momento. Quedaron así separados los conceptos sexo y género. El primero quedó reservado para la

diferencia biológica entre mujeres y hombres (PHILLIPS, 2008), mientras que el segundo pasó a denominar las ideas, representaciones y prácticas sociales de hombres y mujeres, que implican una diferenciación jerarquizada de espacios y funciones sociales (ESTEBAN, 2001).

No obstante, todavía hoy es frecuente encontrar confusiones en la literatura científica, al utilizar ambos conceptos de forma indistinta, hecho sobre el que han alertado diversas autoras (ORTIZ, 2002; BORRELL Y ARTAZCOZ, 2007). Conviene, por tanto, diferenciar bien las distintas acepciones que adquieren estos conceptos.

Nancy Krieger (2001, pp. 694-695) afirmó que el sexo:

Es un concepto basado en las características biológicas que posibilitan la reproducción sexual. Las categorías sexuales incluyen mujer, hombre, intersexual –persona que nace con características sexuales tanto femeninas como masculinas– y transexual –persona que se somete a intervenciones quirúrgicas u hormonales para cambiar de sexo.

Este concepto suele hacer referencia a las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas de mujeres y hombres (ESTEBAN, 2006; PHILLIPS, 2008).

El género se refiere a un constructo social basado en las convenciones culturales, actitudes y relaciones entre hombres y mujeres (KRIEGER, 2003; COURTENAY, 2000; DOYAL, 2003; BARRES, 2006). Este concepto hace referencia a la jerarquización de espacios y funciones sociales y la diferenciación en el acceso al poder, todo ello implícito en las ideas, las representaciones simbólicas y sociales, y las prácticas de las mujeres y los hombres (ESTEBAN, 2006).

Por tanto, el género no se refiere a mujeres o a hombres aisladamente, sino que es un concepto relacional. No es una categoría estática, sino contextual, cambiante de una sociedad a otra y también a lo largo de la historia. No se refiere a diferencias neutras entre hombres y mujeres, sino que tiende a atribuir mayor importancia y valor a las características y actividades asociadas con lo masculino y a reproducir relaciones desiguales de poder. No se refiere tan solo a las relaciones entre mujeres y hombres a nivel personal y privado, sino a un sistema social que se apoya en valores institucionales, legislación, religión, etc. (OPS, 2004; GARCÍA-CALVENTE, JIMÉNEZ Y MARTÍNEZ, 2010). En definitiva, las

relaciones de género crean diferencias en la posición relativa que ocupan las mujeres y los hombres en la sociedad (ORTIZ, 2002).

La noción del género como construcción social tiene una dimensión política que culmina en la idea de que, en palabras de Kate Millet (1975), «lo personal es político». Politizar el espacio privado, que el pensamiento patriarcal había designado como ámbito de la naturaleza, ha sido una de las principales finalidades políticas del movimiento feminista, al abrir el espacio de la política a cuestiones antes relegadas a lo personal y familiar, a lo privado y doméstico (COBO, 1995). Este va a ser un elemento central de la tesis, al pretender visibilizar un ámbito que ha permanecido oculto a la arena pública. Especialmente con el último de los artículos, se hace constar la necesidad de avanzar en los apoyos a las personas cuidadoras desde el sistema formal y que la relación entre el ámbito privado de los cuidados y el ámbito público adquieran cada vez una relación más estrecha y orientada a la equidad.

2.1.2. Elementos del sistema de género como categorías de análisis en el estudio del cuidado informal

El objeto de la Sociología del Género es analizar y explicar los comportamientos individuales y colectivos en relación a la sociedad, y los mecanismos ideológicos y sociales de opresión patriarcal. Una sociedad dividida simbólicamente y empíricamente según el género significa que su estratificación económico-política y el reparto de sus roles responde a esa división de género. De igual modo, toda sociedad construida sobre una desigualdad genera mecanismos ideológicos, en forma de definiciones sexuales, para legitimar tal desigualdad. Por ello, si se quiere analizar la articulación de una sociedad dividida según el género, es necesario detenerse en los elementos que lo integran: definiciones sexuales, reparto de roles y formas de estratificación (COBO, 1995).

Siguiendo la clasificación de elementos que componen el sistema de género que realiza Sandra Harding (1996), debemos mencionar el simbolismo de género, la estructura de género y el género individual.

El simbolismo de género es el resultado de asignar metáforas dualistas de género a diversas dicotomías percibidas, que en realidad no tienen mucho o nada que ver con las diferencias sexuales. Por ejemplo, el óvulo es pasivo, mientras que el espermatozoide es activo; la mente femenina es intuitiva mientras que la masculina es racional. De esta forma, se va alimentando un pensamiento dicotómico, a través de esquemas de contrastes que tratan de maximizar lo que es distinto y minimizar lo que es común (HARDING, 1996).

Se construye así lo masculino y lo femenino, como sistema basado en las diferencias y en otorgar los atributos mejor valorados en nuestra cultura a lo masculino y los menos reconocidos a lo femenino (HIRATA, 2002). Este simbolismo de género conlleva una estructura social generizada. La atribución de dicotomías a lo masculino y lo femenino se retroalimenta de la asignación del espacio privado a las mujeres y el público a los hombres, de la creencia de que las mujeres están más capacitadas por naturaleza para cuidar y los hombres para dominar los estratos de poder (SHELTON Y JOHN, 1996).

El resultado es una estructura de género, según la cual, los hombres dominan los espacios productivos mientras que las mujeres quedan relegadas al reproductivo, los hombres se encargan de las tareas con mayor reconocimiento social, mientras que las mujeres desempeñan aquellas que carecen de tal valor, las no remuneradas y que se asocian con lo natural (OKIN, 1990; FOTI, 2011).

A través del simbolismo y la estructura de género, en la interacción con el aprendizaje de roles, estereotipos y conductas, se desarrolla el proceso de construcción del tercer elemento, el género individual, que hace referencia a la interiorización y exteriorización del yo que todas las personas realizamos (BARBERÁ, 1998). El simbolismo y la estructura se encargan de que nos veamos como nos vemos y conformemos nuestra propia identidad (HARDING, 1996). Las normas que rigen ese proceso generan unas expectativas que refuerzan los roles, formando el entramado de los valores culturales que adquieren arraigo

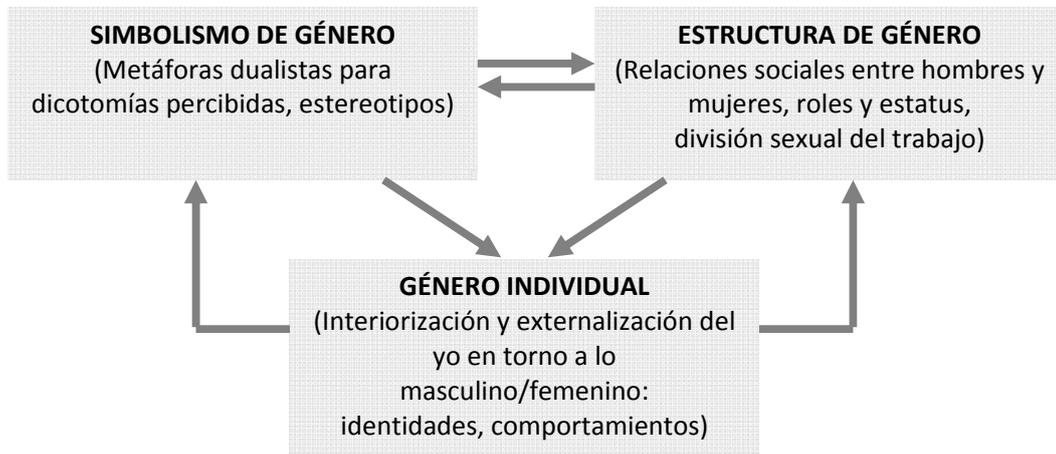
en la sociedad e influyen en el comportamiento de las personas (GEIS, 1993). Los roles tienen un claro efecto en la identidad de género, al definir la mayoría de las actividades de las personas y los mecanismos para participar en la sociedad (ESCARTÍ, MUSITU Y GRACIA, 1988). Según la Teoría del Rol Social de Género, los roles asignados en función del trabajo son el primer eslabón de la cadena de causalidad, ya que de ellos se deriva la estereotipia, y tanto esta como los roles determinan el autoconcepto de género (EAGLY, 1987; EAGLY Y STEFEN, 1984; EAGLY Y WOOD, 1982).

Los roles sexuales adquiridos a través de la cultura y los agentes socializadores, producen una consolidación de lo masculino y lo femenino que dificulta nuevamente las posibilidades de escapar de las dicotomías creadas culturalmente y pensar su reformulación (BUTLER, 2006). La interrelación entre los tres elementos expuestos es continua, de forma que todos ellos se retroalimentan e influyen mutuamente. Cambios en el simbolismo harán variar la estructura y modificarán el género individual, al igual que cambios en el género individual harán modificar la estructura y/o el simbolismo. Tal es la interdependencia entre los elementos que dejar atrás alguno de ellos, puede reforzar otros y llegar a conclusiones erróneas que perpetúen las desigualdades (HARDING, 1996).

De hecho, como señala Harding (1996, p. 47), las ideas parciales caracterizan el pensamiento dominante:

Prestando una excesiva atención a solo una o dos formas de manifestarse el género en la vida social, ocultando las relaciones que existen en toda cultura entre las expresiones preferidas del simbolismo de género, la forma de dividirse el trabajo según el género y lo que se consideran identidades y conductas masculinas y femeninas, que a veces se apoyan entre sí, otras se oponen, pero siempre son importantes.

Figura 2. Elementos del sistema de género en interacción



Fuente: Elaboración propia a partir de Harding (1996)

Algunas de las últimas corrientes para explicar las desigualdades de género desarrolladas desde la Sociología han enfatizado la influencia de la estructura social o las instituciones en el comportamiento individual generizado (Ross, 1987). Según algunos teóricos y teóricas, estas formulaciones pueden resultar deterministas al afirmar que son las estructuras sociales las que marcan las decisiones adoptadas individualmente y en la familia, y obviar otros aspectos del contexto social que son sustanciales en la experiencia de cuidar (RISMAN, 1998; WALKER, 1992). Como señalaron West y Zimmerman (1987), el género no es el resultado de «lo que son» los individuos, sino de «lo que hacen», acuñando así el término de *doing gender*, que precisa de la interacción y el contexto social. Este término refleja de qué manera las rutinas y conductas que las mujeres y los hombres llevan a cabo en su vida cotidiana van haciendo el género y reproduciendo los patrones que tradicionalmente se consideran asociados a lo masculino y lo femenino, llegando a conformar así su identidad de género (LORBER, 1998). Dado que el cuidado forma parte del «hacer género» de las mujeres y no de los hombres, la experiencia de cuidar tiene implicaciones y significados diferentes para ambos (CRESPO Y LÓPEZ, 2008).

Recientemente, Risman y Davis (2013) han realizado una revisión de las teorías predominantes en las Ciencias sociales para explicar las desigualdades de género y concluyen la necesidad de tener en cuenta todos los niveles que intervienen (individual, interaccional e institucional). También instan a no olvidar el contexto social y las características de cada individuo, las cuales, en interacción con el género, van a ser claves para interpretar sus modos de actuar, así como las desiguales posiciones que ocupan.

A través de esta mirada, podremos entender más claramente por qué en nuestro contexto, algunas medidas o acciones emprendidas con la finalidad de reducir las desigualdades de género no solo no han surtido el efecto deseado, sino que pueden estar contribuyendo a afianzar las desigualdades existentes.

En las últimas décadas, hemos asistido a un profundo cambio en la estructura social en nuestro país. Las mujeres se han incorporado al mercado laboral, ocupando el espacio público antes únicamente reservado a los hombres (PEREZ-OROZCO, 2006). Este cambio estructural, favorecido con algunas medidas dirigidas a la conciliación del ámbito laboral y familiar, no ha estado, sin embargo, acompañado de un esfuerzo similar en el plano simbólico, lo cual no ha atajado el entramado de la asignación sexista de roles en los diferentes ámbitos vitales (ESTEBAN, 2004a). Lo constata el hecho de que los hombres no se hayan incorporado en la misma medida a las tareas reproductivas (CARRASCO, BORDERÍAS Y TORNS, 2011; LAGARDE, 2004). En España, 5,3 millones de mujeres se dedican al cuidado informal de alguna persona en situación de dependencia, magnitud que si eleváramos a términos económicos, supondría aproximadamente un 9% del empleo en España y más del 4% del PIB (INSTITUTO DE LA MUJER, 2008). Gran parte de mujeres en edad activa compatibilizan su trabajo productivo con la responsabilidad principal del trabajo reproductivo para atender así las dos esferas que hoy se solapan en la identidad femenina, la tradicional (el «ser para los otros») y la moderna (el desarrollo de la propia individualidad), configurando el denominado *sincretismo de género* (LAGARDE, 2004). Esto se refleja en una mayor sobrecarga para las cuidadoras principales y en un cúmulo de factores de riesgo para la salud y la calidad de vida de las mujeres (LARRAÑAGA, 2008; GARCÍA-CALVENTE, 2004), además de consecuencias no deseadas en la productividad, el salario y la promoción

profesional de estas (Instituto de la Mujer, 2005). Esto nos lleva a pensar que la pieza ausente puede haber sido el descuido en el simbolismo, la ausencia de medidas dirigidas a combatir los estereotipos y falta de una corresponsabilidad efectiva en el ámbito reproductivo, acompañado de la insuficiente implicación institucional para cubrir las crecientes necesidades de cuidado de las familias españolas (DEL RÍO Y OROZCO, 2002; CASTRO ET AL., 2008). De forma similar, algunas voces feministas han criticado el pago de un salario al ama de casa o el que propone la ley de dependencia a la mujer cuidadora, por entender que esto puede contribuir a reducir las desigualdades en la estructura salarial, pero puede reforzar el confinamiento de las mujeres al ámbito privado y lograr la reafirmación social del modelo de mujer cuidadora, en vez de avanzar hacia el reconocimiento y la corresponsabilidad social del cuidado (HERNANDO, 2006; CASTRO ET AL., 2008; LEWIS Y DALY, 2011).

La conceptualización del sistema de género que hemos mostrado, complementada con la interacción con otros elementos del contexto social, sustentará el marco teórico utilizado en el primer artículo de esta tesis.

2.1.3. Epistemologías feministas

Uno de los objetivos de la teoría feminista es poner de manifiesto que las tareas asignadas históricamente a las mujeres no tienen su origen en la naturaleza, sino en la sociedad, cuestionando la idea de la jerarquización de los sexos y de la división sexual del trabajo (COBO, 1995). De esta forma, los estudios de género y teorías feministas se orientan, primero, a analizar críticamente las construcciones teóricas patriarcales y a extraer de la historia las voces silenciadas que defendieron la igualdad entre los sexos, y, en segundo lugar, a acuñar nuevas categorías analíticas para explicar aspectos de la realidad que no habían sido considerados antes de desvelarse el aspecto social del género (COBO, 1995).

Algunas autoras sintetizan en tres los tipos de epistemologías que persiguen mostrar la relación entre el feminismo y la ciencia: el empirismo feminista, el punto de vista feminista y el posmodernismo feminista (HARDING, 1996; ORTIZ, 1997).

El empirismo feminista cuestiona la potencia de las normas metodológicas de la ciencia tradicional para eliminar los sesgos androcéntricos y plantea que el problema es la mala ciencia, que produce conocimientos no válidos para las mujeres. Propone localizar esos sesgos, realizar un diagnóstico crítico y posibilitar perspectivas más amplias del mundo y la sociedad. No cuestiona el aspecto más normativo de la ciencia, sino ciertas incorrecciones de sus métodos, y su objetivo principal es que las mujeres puedan participar también en el mundo científico en igualdad de condiciones (ORTIZ, 1997).

La epistemología del punto de vista feminista, de origen marxista, parte del reconocimiento del carácter socialmente situado de las creencias. La situación de las mujeres les otorga el privilegio epistemológico en un mundo dominado por los hombres, ya que desde su posición marginal pueden ver lo que a los hombres se les escapa desde sus posiciones de poder. Por ello, la perspectiva de las mujeres puede aportar una visión especialmente valiosa para la construcción del mundo científico (ORTIZ, 1997). Algunas de las pensadoras que se circunscriben en esta corriente son Sandra Harding (1996), Donna Haraway (1991) o Helen Longino (1997). Este enfoque considera que la ciencia tradicional ha seguido unas prácticas limitadas desde el plano epistemológico que han generado injusticia social (LONGINO, 1997) y enfatiza la importancia de la selección de los problemas a investigar, la definición de lo que es problema y las prioridades (HARDING, 1996). El punto de vista feminista no únicamente demanda que se tome en serio la experiencia de las mujeres como conocedoras de los problemas de investigación abordados, sino que también propone que traslademos el conocimiento de las mujeres a la práctica, aplicando lo aprendido de sus experiencias al cambio social y la eliminación de desigualdades (BROOKS, 2007, GARCÍA-CALVENTE Y MARCOS, 2011).

La epistemología del punto de vista feminista ha sido criticada desde otras posturas feministas por considerar a la mujer como una categoría homogénea, única y universal (HESSE-BIBER Y LEAVY, 2004). Se plantea la necesidad de pasar del concepto de mujer en

singular, al de mujeres, en plural, de la definición de la identidad en torno a una única categoría a insistir en su multiplicidad (BUTLER, 2001; HARAWAY, 1991; BRAIDOTTI, 2004). El postmodernismo feminista, en este sentido, propone abordar una diversidad de experiencias entre mujeres y también entre hombres, de forma que se pueda superar el concepto esencializado y universalizado de mujer y de hombre, dando paso a experiencias situadas de mujeres y hombres con distintas realidades (TRUJILLO, 2009; OLESEN, 2000; IZQUIERDO, 1998). El posmodernismo feminista complejiza la metodología, introduciendo el concepto de interseccionalidad, que permite comprender la localización de una persona, su multiplicidad identitaria y la interacción de los diversos ejes de dominación en un contexto determinado. Propone para ello un análisis que incluya las complejas relaciones que se dan entre diversos ejes de desigualdad, como el género, edad, clase, etnia y sexualidad (PIEDRA, 2013; GUZMÁN, 2009).

Aunque se trata de tres corrientes epistemológicas distintas y en ocasiones opuestas entre sí, la presente tesis doctoral utiliza algunos elementos de cada una y se acoge a la orientación común que comparten todas ellas: la crítica a la ciencia y la tecnología en su tradición típicamente androcéntrica y patriarcal; la crítica a sus métodos tradicionales y los sesgos que incorporan en sus diseños, es decir, la crítica a la reproducción de la ideología de género (PÉREZ-SEDEÑO, 1997). Los trabajos realizados en este proyecto atienden a esta finalidad última, contribuir al cambio social identificando y haciendo posible actuar sobre aquellos factores que hacen que la salud de las mujeres y los hombres sea desigual.

Por un lado, se acepta el empirismo feminista como una aproximación epistemológica válida para esta investigación, en tanto en cuanto trata de incorporar normas metodológicas con sensibilidad de género que no suelen estar presentes en los métodos tradicionales utilizados. La inclusión de nuevas variables al estudio del cuidado informal, la combinación de diversas fuentes, técnicas y diseños metodológicos, denota el esfuerzo por evitar los sesgos en la investigación realizada hasta el momento. Por otro lado, siguiendo la epistemología del punto de vista feminista, se apuesta por la participación de los agentes involucrados y se recurre a la propia experiencia de las personas cuidadoras para complementar el conocimiento parcial existente, poniendo el énfasis en la peor situación

que ocupan las mujeres. Y se hace incorporando la investigación cualitativa que, como se ha documentado desde esta corriente, resulta la metodología idónea para realizar este acercamiento a las experiencias en salud de las mujeres –y los hombres– y para permitir dar voz a quienes habitualmente no la tienen (GARCÍA-CALVENTE Y MARCOS, 2011; EMSLIE Y HUNT, 2008). Por último, del posmodernismo feminista utilizamos el reconocimiento de la complejidad y la interseccionalidad, incorporando el análisis de diversos ejes de desigualdad. Desde este punto de vista, no es lo mismo ser una mujer cuidadora de clase social alta que ser cuidadora de clase social desfavorecida y presentar, además, una discapacidad. Partimos de que las identidades están fragmentadas (HARDING, 1996), y así lo tenemos en cuenta en los distintos estudios.

La inclusión de la perspectiva de género en los estudios realizados, no solo revela la dinámica de producción de identidades de género diferenciadas, sino lo que es más relevante de esta inclusión, el hecho de que las relaciones entre mujeres y hombres se traducen en relaciones de desigualdad: desigualdades de poder, desigualdades de exclusión, desigualdades en salud (DÍAZ Y DEMA, 2013; GIL Y ROMO, 2007).

2.1.4. Género como determinante de la salud

Mientras que las diferencias en salud entre los sexos se refieren a las diferencias surgidas de las características biológicas entre las mujeres y los hombres, las desigualdades de género en salud hacen referencia a las disparidades entre hombres y mujeres en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas (BRAVEMAN, 2006). Las desigualdades de género en salud surgen de las construcciones socioculturales e históricas que transforman las diferencias sexuales en discriminaciones; estas se expresan en la división sexual del trabajo y en un acceso diferencial y jerarquizado a recursos materiales y simbólicos, así como al poder en sus distintas expresiones (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE [CEPAL], 2004).

La existencia de las desigualdades de género conlleva asimetrías de poder y prestigio, y distintas oportunidades para gozar de la salud, ya que condiciona la mortalidad, la vulnerabilidad a enfermar, la carga de enfermedad y discapacidad, y el acceso y calidad de la atención sanitaria (ANNANDALE Y HUNT, 2000; GARCÍA-CALVENTE ET AL, 2008). Por ello, se ha señalado que tan erróneo es buscar la igualdad en la salud de las mujeres y hombres donde hay diferencias como asumir diferencias donde no existen (MACINTYRE, HUNT Y SWEETING, 1996). Es importante distinguir entre los posibles factores biológicos y sociales para analizar no únicamente las diferencias, sino también las semejanzas en cuanto a la salud de las mujeres y los hombres (ESTEBAN, 2006).

La equidad de género implica la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres y mujeres (SALTZMAN, 1992). La equidad de género en salud se refiere a la ausencia de disparidades de salud injustas y evitables entre personas de distinto sexo (MARMOT Y WILKINSON, 1999).

Por tanto, citando a Krieger (2001, p. 698):

La lucha por la equidad en la salud implica una reducción de la carga excesiva de mala salud entre los grupos más afectados por las inequidades sociales en la salud, minimizando así las desigualdades sociales en este campo y mejorando los niveles medios de salud en general.

En casi todas las sociedades, las mujeres cuentan con una esperanza de vida superior a la de los hombres en similares condiciones socioeconómicas. Sin embargo, a pesar de esta menor mortalidad, existen suficientes evidencias de que ellas padecen más enfermedad y malestar que los hombres (OPS, 2003). Esto es lo que se conoce como «paradoja de la mortalidad» (DANIELSON Y LINDBERG, 2001). La ventaja en supervivencia no equivale a una mejor salud, de forma que las mujeres presentan una peor salud percibida, padecen con mayor frecuencia enfermedades agudas y trastornos crónicos no mortales, y sufren niveles más altos de discapacidad a corto y largo plazo (ARTAZCOZ, 2004). En contraste, los hombres sufren más enfermedades potencialmente mortales que causan más discapacidad permanente y muerte más prematura (VERBRUGGE, 1989). Esta paradoja fue expresada

crudamente por Thorslund et al. (1993), al afirmar que «los hombres mueren de sus enfermedades, mientras que las mujeres tienen que vivir con las suyas».

Los modelos explicativos de las diferencias en el estado de salud están actualmente en pleno debate y desarrollo conceptual. Se pueden identificar dos tipos de modelos (HAMMARSTRÖN, 2000):

1. Los modelos biológicos-genéticos, que propugnan que son las diferencias sexuales biológicas entre mujeres y hombres las que marcan los riesgos diferenciales de enfermar.
2. Los modelos socioculturales, que defienden que son las diferencias de género en comportamientos relacionados con la salud y en las condiciones de vida en áreas como el trabajo remunerado y los roles familiares los que implican riesgos diferentes para la salud de ambos sexos.

Actualmente, se reconoce que ningún modelo por sí solo puede proporcionar un marco completo para analizar las causas de las diferencias y desigualdades de género en salud. Por ejemplo, diversos factores sociales pueden producir estrés, que a su vez puede desencadenar el aumento de determinadas hormonas que producen hipertensión (GARCÍA-CALVENTE, 2004). En relación al estudio de las desigualdades de género en salud, y en el marco de la Epidemiología ecosocial, aparece el concepto de expresión biológica de la desigualdad social, que se refiere a cómo las personas incorporan (literalmente) y expresan biológicamente sus experiencias de desigualdad económica y social, desde la vida intrauterina hasta la muerte, produciendo así desigualdades en una amplia gama de aspectos de la salud (KRIEGER, 2001). Este término ha ido tomando forma en el pensamiento epidemiológico, y ha sido relacionado con otros términos como el de «perspectiva vital» (*lifecourse perspective*) o el *embodiment*. El primero consiste en ver de qué manera el estado de salud de una determinada cohorte a cualquier edad refleja no sólo las condiciones actuales, sino también la incorporación de circunstancias vitales anteriores. Para ello, busca trazar la trayectoria biológica y social de las personas a lo largo del tiempo, modelada por el período histórico que les tocó vivir, en relación con el contexto social, económico, político, tecnológico y ecológico de su sociedad. El segundo, traducido

literalmente como «incorporación», es un concepto fundamental para entender las relaciones entre el estado de nuestros cuerpos y el cuerpo político (KRIEGER, 2001).

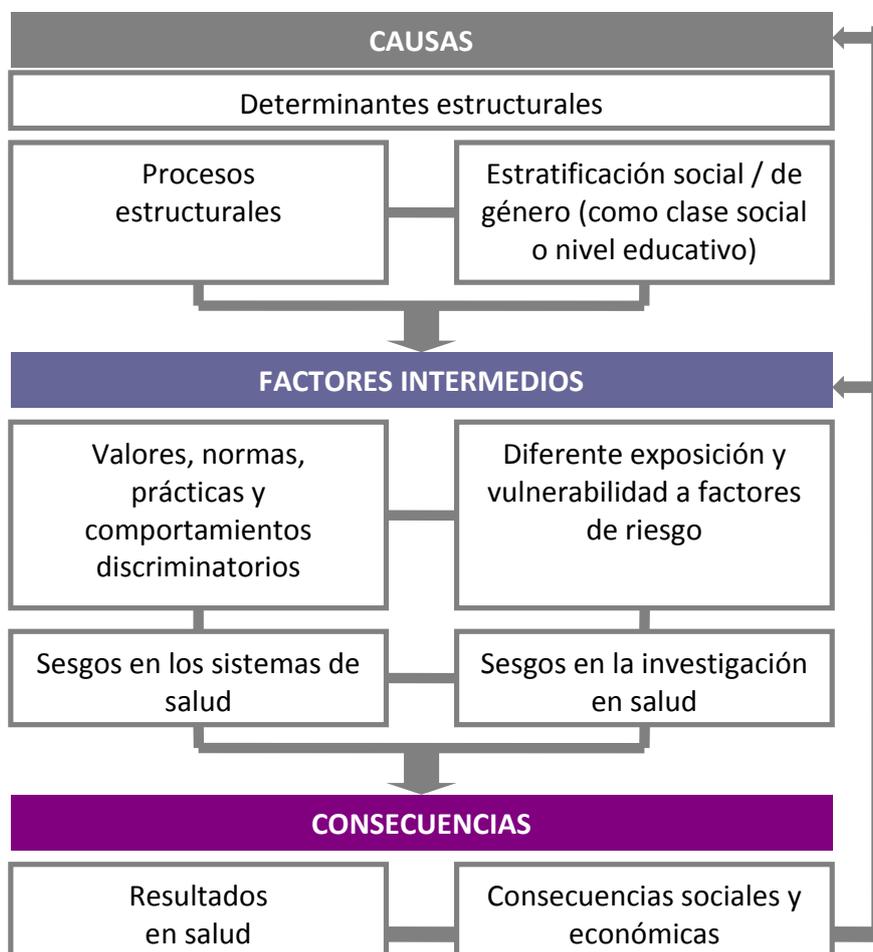
Los marcos explicativos para analizar las diferencias en el estado de salud de las mujeres y los hombres deben combinar e integrar los factores biológicos y los socioculturales, organizando los diversos aspectos que pueden influir en las desigualdades de género en salud en diferentes niveles: el entorno geopolítico, el nivel de hogar y el nivel individual. Entre los factores del entorno geopolítico, se incluyen las políticas y servicios de bienestar, de empleo o de transporte; los derechos legales; el tipo de organizaciones y la política económica del país o región. Entre los elementos sociales, se encuentran las normas y sanciones en relación a la discriminación por género, raza o edad u otras características sociodemográficas. Un nivel específico lo ocupan los roles de género en cuanto a los trabajos productivo y reproductivo. Y finalmente, se identifican como elementos mediadores los factores relacionados con el apoyo social, los comportamientos relacionados con la salud o la accesibilidad a los servicios sanitarios (Moss, 2002).

Sara Velasco (2009) propone un enfoque integrado en la investigación en género y salud, que tenga en cuenta tres líneas básicas: la primera corresponde a la línea de salud de las mujeres –y de los hombres–, e incluye el estudio de las diferencias por sexo en el estado de salud y en la atención sanitaria, las necesidades específicas de las mujeres y de los hombres, la morbilidad diferencial y necesidades específicas de cada sexo en procesos del ciclo vital. La segunda línea es la de las desigualdades de género en salud, que se orienta a identificar la invisibilidad en la morbilidad diferencial (VALLS, 2006) y los sesgos de género en la atención. Los sesgos pueden aparecer en la recepción de demandas, esfuerzo diagnóstico, esfuerzo terapéutico y en la investigación (RUIZ-CANTERO, 2004). Tanto la invisibilidad de la morbilidad diferencial como los sesgos de género se deben a la influencia de estereotipos de género que permanecen activos en la sociedad. La tercera línea es la de los determinantes de género, cuyo objeto de estudio son los modelos sociales, que se reproducen a través de los roles de género y los contenidos de identidades masculina y femenina. Esta última línea tiene como objetivo influir en los modelos sociales para transformar las relaciones de género de poder y subordinación y las posiciones subjetivas

de mujeres y hombres. Este enfoque integrado ha resultado de gran utilidad para el diseño de los estudios que componen esta tesis, que trata de aportar conocimiento en las tres líneas descritas, con el propósito de contribuir en la transformación de las relaciones de poder y subordinación que producen desigualdades en salud.

En consonancia con la última línea descrita, contamos con el modelo conceptual propuesto por la Women and Gender Equity Knowledge Network, en su informe para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (SEN Y ÖSTLIN, 2007). El modelo resulta muy útil para explicar el papel del género como determinante de la salud.

Figura 3. Modelo conceptual sobre el género como determinante social de la salud



Fuente: Sen y Östlin, 2007

Este modelo estará presente en los cinco estudios que integran la tesis, por los motivos que se exponen a continuación:

1) Vincula el género con diferentes determinantes estructurales que a corto, medio y/o largo plazo afectan a la salud.

La literatura científica pone de manifiesto que determinantes como la clase social o el nivel educativo influyen en la salud de manera desigual según el sexo. Las mujeres presentan un mayor riesgo de sufrir pobreza y peor salud a lo largo de sus vidas debido, entre otras

razones, a los menores niveles de educación, los salarios más bajos, la mayor frecuencia de empleos temporales o a tiempo parcial, y la dependencia económica derivada de los roles sexuales adquiridos, principalmente los roles de cuidado familiar (ROHLFS, 2000; ARTAZCOZ ET AL., 1999; BORRELL, GARCÍA-CALVENTE Y MARTÍN-BOSCÀ, 2004; DENTON, PRUS Y WALTERS, 2004; CHUN ET AL., 2008). Como apuntábamos en el apartado anterior, el aumento del trabajo remunerado en las mujeres no se ha traducido en una redistribución de las cargas domésticas, pues son ellas quienes continúan asumiendo la mayor parte del trabajo reproductivo, es decir, el trabajo doméstico y las labores de cuidado en los hogares (INE, 2012; DURÁN, 2012; ENGLAND, 2011; ARBER, BOTE Y MEADOWS, 2009; CRAIG Y SAWRIKAR, 2009). La intersección de las dos esferas, productiva y reproductiva, sitúa a las mujeres en una posición de subordinación y desventaja frente al acceso y el control de ciertos recursos (materiales y no materiales) necesarios para alcanzar un nivel alto de bienestar (HOFMAN, 2010; ENGLAND, 2010; SUGIURA, ITO Y MIKAMI, 2004). La influencia de estos elementos de desigualdad se analiza en profundidad en el primero de los artículos presentados, que tratará de establecer los marcos interpretativos que mujeres y hombres utilizan para explicar su salud y los factores que influyen en ella.

2) Incorpora el género como categoría que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que afectan a la exposición y vulnerabilidad a diferentes factores de riesgo.

Las normas basadas en género se manifiestan en los hogares y las sociedades en base a valores y actitudes sobre el valor relativo que se concede a las chicas frente a los chicos, a las mujeres frente a los hombres; sobre quién tiene la responsabilidad de atender las diferentes necesidades y de asumir determinados roles; sobre la masculinidad y la feminidad, o sobre quién tiene el derecho a tomar determinadas decisiones (SEN Y ÖSTLIN, 2002). Las normas que imponen la división sexual del trabajo resultan en diferentes exposiciones y vulnerabilidades frente a una diversidad de factores de riesgo para la salud (DENTON, PRUS Y WALTERS, 2004; GARCÍA-CALVENTE, 2012). Estos elementos se abordan también en los siguientes artículos presentados. El segundo y tercero ponen el acento en la diferente exposición a factores de riesgo para la salud, en este caso, la desigual

participación en el cuidado, y cómo esta se puede traducir en una vulnerabilidad también desigual. El cuarto artículo incide en los valores, normas y actitudes que revisten ese proceso generizado, que ayudan a perpetuar la división sexual del trabajo, y pretende romper con la esencialización del trabajo de cuidados como algo innato en las mujeres.

3) Tiene en cuenta de qué manera el ordenamiento social de lo masculino y femenino se refleja en unos sistemas de salud que introducen sesgos de género.

Son numerosos los estudios que muestran que mujeres y hombres reciben una atención sanitaria desigual, como en el caso de España se ha evidenciado en relación a las enfermedades cardiovasculares o respiratorias (AGUADO, MÁRQUEZ Y BUZÓN, 2006). No hay que olvidar que el conocimiento científico en el que se han apoyado las prácticas sanitarias de diagnóstico y tratamiento ha estado históricamente basado en un modelo androcéntrico, que ha producido unos resultados sesgados genéricamente (RUIZ-CANTERO ET AL., 2007). De manera similar, los sistemas de información sanitaria han sido construidos en este contexto, produciendo datos que frecuentemente no están desagregados por sexo y basándose en indicadores poco sensibles al género (COLOMER, 2007). Esto será explorado en el quinto y último de los artículos, donde se analizan los posibles sesgos de género cometidos en la atención sanitaria en relación al cuidado informal que dificultan el avance hacia posiciones más equitativas.

Desde el feminismo crítico se apunta la necesidad de explorar más a fondo las interrelaciones entre los comportamientos y los resultados de salud de mujeres y hombres (LOHAN, 2007). Para ello, se ha puesto de manifiesto también la relevancia de los diseños cualitativos para la identificación y comprensión de creencias, valores, expectativas y otros factores psicosociales que pueden modular la percepción de la propia salud y las experiencias ante la enfermedad (JOHANSSON ET AL., 1999; SIMON ET AL., 2005). A pesar de ello, destaca la escasez de estudios sobre desigualdades de género en salud que utilizan metodología cualitativa (HUNT Y ANNANDALE, 1999; POPAY Y GROVES, 2000). Algunos trabajos abordan temáticas puntuales relacionadas con la enfermedad, como la influencia del género en las creencias sobre problemas cardíacos (EMSLIE, HUNT Y WATT, 2001), la demora en la detección de determinadas patologías (ALLOTEY Y GYAPONG, 2008) o el acceso a servicios

sanitarios de mujeres y hombres (THORSON Y JOHANSSON, 2004). Otras investigaciones utilizan metodología cualitativa para identificar aspectos desconocidos de la salud percibida (SIMON ET AL., 2005; EMSLIE Y HUNT, 2008). Pero ha sido escasa, y especialmente en España, la literatura que ha ahondado en la diferente percepción de salud de las mujeres y los hombres, así como sobre los comportamientos de afrontamiento de los procesos de salud-enfermedad, teniendo en cuenta todos los ejes confluyentes que intervienen en los modelos conceptuales expuestos.

2.2. Conceptualización del cuidado informal y situación actual

Los artículos dos, tres y cuatro se centran en investigar el cuidado informal y su repercusión, de forma desigual, en la salud y la calidad de vida de las mujeres y los hombres cuidadores. El primero de estos artículos incide en la desigual distribución del cuidado, el segundo sobre las distintas características del cuidado que prestan ambos sexos en intensidad y tipo de tareas y su impacto en la salud, y el tercero sobre la identidad de género en torno al rol de cuidados y las diferentes maneras de asumirlo y afrontarlo. Para comprender mejor estos aspectos, se ha considerado de interés dedicar este segundo apartado de la introducción a aportar datos relativos al cuidado informal en nuestro contexto y momento actual, para posteriormente elaborar, en el siguiente capítulo, un marco teórico que explique estas desigualdades a través de la socialización de género y la construcción de la identidad en torno al rol de persona cuidadora.

2.2.1. Cuidado informal, un concepto complejo y multidimensional

En esta tesis hemos definido el cuidado informal como la provisión de cuidados a personas dependientes por parte de la red social inmediata sin recibir una retribución económica por ello (WRIGHT, 1983). Sin embargo, el concepto de cuidado informal requiere prestar una

mayor atención a sus distintas acepciones, ya que es un concepto complejo y multidimensional cuyos límites son difíciles de marcar en términos de quién hace qué, a quién y durante cuánto tiempo. Esta complejidad ha propiciado que no exista un consenso en cuanto a su definición y construcción como objeto de estudio (LETABLIER, 2007; TORNS, 2008).

Desde un punto de vista feminista se plantea la necesidad de comenzar con una reflexión y debate en torno al propio concepto de cuidados, dado que la propia definición que se realice puede estar consolidando los patrones de cuidar actuales que mantienen esta función como una responsabilidad fundamentalmente familiar y femenina (ESTEBAN, 2010).

El cuidado debe ser entendido, por un lado, como un trabajo físico y emocional, una actividad que acarrea costes. Como señala la socióloga Ann Oakley (1985), es importante conceptualizar el trabajo doméstico y de cuidados como «trabajo», para alejarnos de la definición únicamente como aspecto asociado al rol femenino que predominó en los comienzos de la sociología de la familia. Igualmente, es importante para desligar la identificación de trabajo con empleo, lo que dificulta enormemente la visibilidad del trabajo producido en los hogares (BORDERÍAS, CARRASCO Y ALEMANY, 1994; DURÁN, 2012). Pero también es importante conceptualizarlo como un «proceso», que requiere identificar necesidades y elegir estrategias, asumir responsabilidades, realizar tareas concretas y relacionarse con la persona cuidada (VAN EWIK, HENS Y LAMMERSEN, 2002; ARMSTRONG Y ARMSTRONG, 2001). Y a su vez como una «ética», es decir, una forma de pensar, valores particulares como responsabilidad, competencia, interés o integralidad, una ética fuertemente relacionada con la identidad moral de género y su construcción (GILLIGAN, 1985).

Otra característica definitoria del trabajo de cuidados es que se trata de un elemento universal, una actividad constante que está presente a lo largo de todo el ciclo vital y que constituye un elemento fundamental del bienestar de la vida cotidiana de las personas (TORNS Y RECIO, 2013, p. 175). Este reconocimiento se hace necesario para quebrar el argumento según el cual el único trabajo básico para la sociedad es la actividad laboral, y para lograr una mayor conciencia de la responsabilidad pública en este ámbito (CARRASQUER, 2013).

2.2.2. Diferencias en el cuidado prestado por mujeres y hombres en cifras

En nuestro país, al igual que ocurre en la mayor parte de los países europeos (COLOMBO ET AL., 2011; PICKARD, 2011), el cuidado informal o no remunerado a personas dependientes del entorno constituye una actividad fuertemente feminizada: la gran mayoría de las personas que cuidan son mujeres, habitualmente del núcleo familiar. Esto ocurre de una manera más acusada en los países del sur de Europa, donde las mujeres dedican más horas al trabajo de cuidados dada la baja dedicación de los hombres a ese tipo de tareas, lo que no sucede en otros países, como los escandinavos, donde la participación masculina en este ámbito es más elevada (ALIAGA, 2006). Según lo expuesto en los modelos teóricos de los epígrafes precedentes, el papel de «cuidadora» está asignado a las mujeres mediante la socialización en un rol de género basado en la división sexual del trabajo (GARCÍA-CALVENTE Y DEL RÍO, 2012).

La gran mayoría de personas cuidadoras residen en el mismo domicilio que la persona a la que cuidan (ESPARZA, 2011). Cuando se trata de familiares, la relación de parentesco difiere según el sexo de la persona dependiente. Así, sobre el total de personas mayores de 6 años con discapacidad que necesitan cuidados personales, el 33% de los hombres los reciben de sus parejas, mientras que el porcentaje se reduce a la mitad (15%) cuando la persona dependiente es una mujer. Las hijas, en cambio, son las cuidadoras más frecuentes de las mujeres (27%) (OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DISCAPACIDAD, 2010). Este hecho es en parte debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, que condiciona la ausencia de pareja de muchas de ellas en edades más avanzadas, aunque también vemos que ellas son cuidadas con mayor frecuencia por otros parientes de la red familiar más lejana, por amistades y vecindario o por personas empleadas (7,4% frente al 4,2% de los hombres) (OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DISCAPACIDAD, 2010). Se da la paradoja, por tanto, de que las mujeres –especialmente las mayores– que han sido las principales cuidadoras a lo largo de sus vidas, reciben con menor frecuencia el cuidado de sus familiares cuando ellas mismas

necesitan ayuda, al igual que ocurre en otros países europeos (SIGURDARDOTTIR Y KAREHOLT, 2014).

El modelo de prestación familiar de cuidados más frecuente en nuestro país es el que pivota sobre una única figura central. En un estudio poblacional realizado en Andalucía a mediados de los años noventa, más de la mitad de personas cuidadoras principales (56%) declaraban realizar este trabajo sin ningún tipo de ayuda (ni formal ni informal) y únicamente el 36% recibía algún apoyo de su red informal (GARCÍA CALVENTE ET AL., 1999), y esta situación no se ha modificado de manera importante en los últimos años (INE, 2008). Las mujeres continúan asumiendo mayoritariamente el rol, tanto de cuidadoras principales como secundarias, de las personas de su entorno que precisan cuidados. El perfil actual de la persona cuidadora principal en España es el de una mujer (3 de cada 4), con una media entre 45 y 64 años (52%), casada (71%), con estudios primarios o inferiores (63%), que suele ser la hija o la pareja de la persona dependiente (INE, 2008).

Según un estudio realizado en Andalucía y publicado en 2013, las mujeres van aumentando el tiempo dedicado a cuidar progresivamente a medida que avanza su ciclo vital (GÁLVEZ, 2013). Cuando estas se hallan en torno a los 30 años y con el nacimiento del primer hijo, aumenta considerablemente su carga doméstica y de cuidados, de 2,6 a 3,9 horas diarias. El pico más elevado de dedicación al hogar se da en las mujeres entre los cuarenta y los cuarenta y nueve años, con una media de 5,1 horas. En ese mismo tramo de edad, los hombres tan solo dedican a estas tareas 2,36 horas. La necesidad de las mujeres de incrementar el tiempo que dedican a los cuidados coincide con una etapa clave en la trayectoria profesional, con elevados costes de oportunidad en su promoción laboral y amplias dificultades en la conciliación de ambas esferas. En cambio, el tramo de edad en el que los hombres dedican más tiempo a cuidar no es cuando tienen los hijos, sino entre los 70 y 74 años (2,71 horas), cuando ya se han retirado del mercado laboral, por lo que asumir este rol a esta edad no puede ya perjudicarles en su trayectoria profesional. No obstante, incluso en esta edad avanzada, siguen estando por debajo del tiempo medio dedicado por las mujeres de la misma edad, que supera las 4 horas diarias (GÁLVEZ, 2013).

Las diferencias de género son también evidentes en las características del cuidado que prestan las mujeres y los hombres. Al igual que ocurre en otros contextos, las mujeres ofrecen formas más intensivas de cuidado, encuentran más dificultades y tienen que compaginarlo con otras responsabilidades familiares y laborales con más frecuencia que los hombres cuidadores (NAVAIE-WALISER ET AL., 2002; INE, 2008). Las mujeres son las personas de la red familiar con una dedicación más extensa al cuidado, que no se contabiliza solamente en el tiempo dedicado al mismo, sino –y más importante– en la «disponibilidad permanente» para cualquier necesidad de atención que presente la persona beneficiaria. Esta falta de control sobre el uso del tiempo propio es un factor muy relevante que influye en la sobrecarga percibida por las personas que cuidan (GARCÍA-CALVENTE, 1999).

En cuanto a las tareas de cuidado realizadas, han sido diversos los estudios que han señalado la mayor implicación de las mujeres en las tareas relacionadas con la atención personal, que a su vez coinciden con aquellas que demandan una mayor dedicación de tiempo, así como una relación más cercana y vinculante con la persona a la que se cuida (IMSERSO, 2005; LARRAÑAGA, 2008).

Las tareas de gestión, que usualmente se realizan fuera del hogar e implican la socialización con terceras personas, han sido tradicionalmente realizadas más por los hombres que por las mujeres, y continúa siendo así, según demuestran los datos más recientes de usos del tiempo en Andalucía y en España (GÁLVEZ, 2013; INE, 2010).

Especial mención merecen también los abuelos y abuelas, que han adoptado un papel crucial en el cuidado de menores derivado de los cambios sociales y laborales, asumiendo algunas de las funciones que el Estado deja al descubierto (TOBÍO, 2013). Un estudio realizado en Andalucía indica que casi el 40% de los abuelos y abuelas dedica algún tiempo a atender a las criaturas, sin que el sexo suponga casi diferencia. En cambio, la intensidad del cuidado y el tipo de tareas concretas que realizan sí siguen una clara diferenciación por sexo, en consonancia con las características antes descritas para el conjunto de personas que cuidan (TOBÍO, 2010).

También encontramos algunos estudios que han analizado las diferencias en los apoyos que reciben las mujeres y los hombres cuidadores. Yee y Schulz (2000) apuntan que los hombres que cuidan son más susceptibles de recibir apoyo informal que las mujeres que lo hacen, ya que ellos lo demandan en mayor medida, muestran menos reticencias para recibir este tipo de ayuda y también la sociedad se presta más a ofrecerla a los hombres cuidadores que a las mujeres cuidadoras.

Los perfiles descritos en la distribución del cuidado, en la intensidad y las tareas de cuidado realizadas, responden a unos marcados roles de género y estereotipia que se transmiten de generación en generación, de forma que el cambio hacia posiciones más equitativas se está produciendo muy lentamente. Así, por ejemplo, un estudio realizado en España sobre estereotipos, valores y actitudes igualitarias señala que algunos rasgos tradicionalmente atribuidos a hombres y a mujeres están viendo modificada o reducida su estereotipia en los últimos años. Sin embargo, el estereotipo de «sensible a las necesidades de los otros» ha aumentado en las mujeres (INSTITUTO DE LA MUJER, MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES, 2007).

2.2.3. Impacto desigual del cuidado en la salud y la calidad de vida de mujeres y hombres

Aunque supone un recurso muy beneficioso para la sociedad (DURÁN, 2012; OLIVA ET AL., 2011), es amplia la literatura que atribuye al cuidado un claro impacto en la salud tanto física como mental de las personas que cuidan (HANSEN Y SLAGSVOLD, 2013; SCHULZ Y SHERWOOD, 2008; PINQUART Y SORENSEN, 2007; VITALINO ET AL., 2003), y estos efectos son más marcados en las personas que cuidan de forma intensiva (más de 20 horas a la semana) y en las co-residentes (MASANET Y LA PARRA, 2011).

Los mecanismos por los cuales el cuidado produce efectos negativos sobre la salud se han asimilado a la experiencia de un estrés crónico, debido a la sobrecarga física y psicológica que soportan las personas que cuidan y que se prolonga en el tiempo (GUEDES Y PEREIRA,

2013; PINQUART Y SORENSEN, 2006; CRESPO Y LÓPEZ, 2008, SCHULZ AND SHERWOOD, 2008; VITALINO ET AL., 2003). Podemos entender por sobrecarga el impacto o repercusión que las tareas de cuidado tienen en las diferentes facetas de la persona cuidadora (vida social, tiempo libre, salud, privacidad), y que representan una de las variables más estudiadas y utilizadas en la literatura como referencia del malestar de las personas cuidadoras (SEGUÍ ET AL., 2008). En términos de Durán (2012, p. 473), «la sobrecarga es el exceso de carga de trabajo (físico y mental), y a ella contribuye no solo la cantidad de trabajo, sino la intensidad y las condiciones inadecuadas en que se produce». La medición de la sobrecarga en las personas cuidadoras se ha realizado tradicionalmente mediante el cuestionario elaborado por Zarit para tal fin (ZARIT, REEVER Y BACH-PETERSON, 1980).

Distintos estudios han señalado que la sobrecarga derivada del cuidado, especialmente en las mujeres, está mediada por pensamientos disfuncionales (LOSADA ET AL., 2006; STEBBINS Y PAKENHAM, 2001). Las creencias disfuncionales pueden afectar a la forma en que interpretamos nuestra realidad e incidir directamente en nuestro estado de salud, al tiempo que afectan a la utilización de determinados estilos de afrontamiento, algo que está estrechamente vinculado con los mandatos de género recibidos durante la socialización (SAAVEDRA, 2013; BARBERÁ, 2004).

Factores como el tipo de discapacidad o los problemas de conducta de la persona cuidada, en especial la demencia, así como el tipo e intensidad del cuidado prestado, actúan como estresores que producen efectos negativos sobre la salud física, mental, hábitos de vida e incluso mortalidad (MASANET Y LA PARRA, 2011; SCHULZ Y SHERWOOD, 2008; VITALINO ET AL., 2003; PINQUART Y SORENSEN, 2003, 2007). La literatura científica muestra de manera consistente que las mujeres cuidadoras padecen más morbilidad psiquiátrica (YEE Y SCHULZ, 2000), mayores niveles de estrés (PEARLIN, TURNER Y SEMPLE, 1989), sobrecarga y depresión (BOOKWALA Y SCHULZ, 2000; SUGIURA ET AL., 2009; BEDARD, 2005) y peor percepción de su salud (PINQUART Y SORENSEN, 2006).

Además del sexo, otras características de las personas cuidadoras moderan e influyen en los efectos del cuidado en la salud. De esta forma, las mujeres, mayores, de nivel socioeconómico desfavorecido, con mala salud previa y escaso apoyo social, sufren un peor

impacto sobre su salud física y psicológica (ALPASS ET AL., 2013; COLOMBO ET AL., 2011; GARCÉS, 2009; SCHULZ Y SHERWOOD, 2008). Otro factor que puede modificar los resultados del cuidado en la salud es el hábitat o lugar de residencia, ya que, según algunos estudios, cuidar en una zona rural puede suponer una dificultad añadida, cuando no una fuente de discriminación, debido a la mayor escasez de recursos de apoyo formal, mayores dificultades de acceso a los servicios y mayor control social (MARTÍNEZ-RODRÍGUEZ, 2009).

Pero no todas las personas que cuidan muestran un impacto negativo. En estudios poblacionales, casi un tercio de las personas cuidadoras no padecen sobrecarga ni efectos negativos sobre su salud, particularmente las que se encuentran en las etapas precoces del proceso de cuidado (HIRST, 2005). El apoyo social ha sido considerado uno de los principales factores protectores y amortiguadores de los efectos negativos del cuidado en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras (BIURRUN, ARTASO Y GOÑI, 2003; CLYBURN ET AL., 2000).

El cuidado tiene también efectos sobre otras dimensiones de la calidad de vida: cuidar disminuye la probabilidad de tener un empleo, reduce el número de horas de trabajo remunerado y aumenta la temporalidad. Así mismo, el cuidado aumenta el riesgo de pobreza (COLOMBO ET AL., 2011). Más mujeres que hombres han tenido que renunciar a un empleo y han sufrido consecuencias económicas por cuidar (COLOMBO ET AL., 2011; LIMA, 2008). Algunos estudios recientes matizan que el coste de oportunidad de cuidar en el ámbito laboral se produce especialmente en las mujeres de mediana edad que residen en el mismo hogar que la persona a la que cuidan (GARCÍA-GÓMEZ, 2013).

Además, más mujeres que hombres cuidadores señalan que han tenido que reducir su tiempo de ocio y que no disponen de tiempo para cuidar de sí mismas (JIMÉNEZ-MARTÍN Y VILAPLANA, 2012). La reducción de las actividades sociales y del tiempo de ocio asociada al cuidado, principalmente en las mujeres, se ha relacionado con mayores tasas de depresión y de soledad en estas (TOLJAMO, 2012). El cuidado, en suma, interfiere en la vida cotidiana de las mujeres mucho más que en la de los hombres (MORRIS, 2001).

No obstante, tanto en España como en otros contextos similares, se ha puesto en evidencia la falta de estudios que analicen tanto el impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de los hombres cuidadores como el impacto desigual en la salud del cuidado que prestan mujeres y hombres (PINQUART Y SORENSEN, 2003). Del mismo modo, también se ha puesto en evidencia la falta de estudios que analicen esta realidad desde abordajes metodológicos cualitativos y longitudinales, lo que permitiría profundizar en el complejo entramado de factores relacionados con las desigualdades de género en el impacto en la salud del cuidado informal (DOYAL, 2003; PINQUART Y SORENSEN, 2003). La identificación de estos factores y el análisis de su influencia sobre las desiguales consecuencias de cuidar en mujeres y hombres, resulta clave para el desarrollo correcto de intervenciones dirigidas a las personas cuidadoras desde los sistemas de bienestar. Los artículos dos, tres y cuatro, incluidos en esta tesis, suponen un aporte a este ámbito de conocimiento, desde un abordaje metodológico mixto.

2.3. Modelos teóricos para explicar las desigualdades de género en el cuidado informal

Este apartado pretende explicar, con fundamentación teórica, los datos que se acaban de exponer. Es decir, intentaremos encontrar respuestas teóricas a las cuestiones de por qué las mujeres asumen en mayor medida el rol de cuidadora, por qué lo hacen de forma más intensa, frecuente y con mayor dedicación a determinadas tareas de cuidado que los hombres, y por qué lo afrontan de manera diferente. Las respuestas, estrechamente relacionadas con la naturalización del cuidado tejido desde construcciones sociales, nos situarán en un plano más cercano a comprender las desigualdades que todo ello conlleva en el impacto sobre la salud y la calidad de vida de las mujeres y los hombres. Vamos a utilizar dos tipos de aproximaciones teóricas, complementarias entre sí y válidas para explicar estas desigualdades: la ética del cuidado, como teoría feminista, para explicar la

construcción del *self* femenino en torno al cuidado; y el concepto de *habitus*, desde la Sociología, para explicar la naturalización del cuidado en las mujeres.

2.3.1. La ética del cuidado y la construcción del *self* femenino

La ética del cuidado, desarrollada por Carol Gilligan (1985), se ha considerado la teoría moral feminista más importante de los últimos años (COMINS, 2003). Con ella, la autora pretendía mejorar la teoría de desarrollo moral de Kohlberg, que había clasificado el desarrollo moral de los sujetos en varios niveles, en función de si sus estructuras de razonamiento para alcanzar la justicia y el bien moral eran el placer individual, las convenciones sociales o los principios universales. En su estudio con niños varones, Kohlberg obvió la perspectiva de las mujeres y utilizó para su análisis dilemas hipotéticos en lugar de reales, con lo que llegó a la conclusión de que las mujeres alcanzaban un estadio de desarrollo moral inferior al de los hombres (COMINS, 2003).

Gilligan comenzó un estudio sobre el desarrollo moral en el que utilizó como sujetos a las mujeres y utilizó dilemas reales a las que estas se enfrentan, llegando a la explicación de la ética del cuidado como comportamiento femenino, mediante las teorías del diferente desarrollo moral de las mujeres y los hombres (1985).

El concepto central de la ética del cuidado es la responsabilidad. El actuar moral de las mujeres se centraría –más que en juicios generales abstractos como se atribuía a los hombres–, en la responsabilidad que surge de la conciencia de formar parte de una red de relaciones de interdependencia. Esto se debe a que su identidad está fuertemente constituida de manera relacional, en relación a *otro* (llámese hija o hijo, esposo, padres, amistades, etc.) (GILLIGAN, 1985). En cambio, el modelo moral masculino se fundamenta más en la noción de «derechos del individuo», de separación y de autonomía. De esta forma, la agresividad, la competitividad y el egoísmo pasan a ser elementos constitutivos de la ética masculina, frente al cuidado y la responsabilidad hacia los demás que subyacen en la actitud femenina. En términos de Marcela Lagarde (2004, p. 2), «la organización genérica

hace que las mujeres estén políticamente subsumidas y subordinadas a los otros, y jerárquicamente en posición de inferioridad en relación a la supremacía de los otros sobre ellas».

Gilligan, en esta y otras publicaciones más recientes, ha dejado claro que el *self* femenino resultante no es más que un producto del patriarcado, el cual define como las «actitudes y valores, códigos morales e institucionales, que separan a los hombres de los hombres y de las mujeres, y dividen a las mujeres en las buenas y las malas» (GILLIGAN 2011, p. 177). Para la mayoría de las mujeres, en este universo generizado creado por el patriarcado «cuidar es lo que hace buena a una mujer» (GILLIGAN 2011, p. 19). De esta forma, bajo la ética del cuidado atribuido a las mujeres, el capitalismo patriarcal asegura que se cubre el trabajo de cuidados, tan necesario para garantizar la reproducción de los trabajadores y la fuerza de trabajo (KITTAI Y MEYER, 1987).

La ética del cuidado ha venido a sustituir la perspectiva del *otro generalizado* por la del *otro concreto*. La primera provenía de la filosofía moral representada por pensadores como Kant o Kohlberg, que utilizaban pensamientos hipotéticos-imaginativos y entendían el cuidado como algo abstracto y etéreo (TORRALBA, 1998). En cambio, desde la reflexión feminista en teoría moral y principalmente desde la ética del cuidado, se ha enfatizado el establecimiento de una situación de diálogo real con el otro, una escucha y una relación multidireccional con la persona cuidada (BENHABIB, 1990; HEKMAN, 1995; COMINS 2003). Benhabib (1990) advierte que no podemos imaginarnos aisladamente en nuestro foro interno cuál es el cuidado que el otro necesita, sino construir una relación de interconexión conjuntamente. La teoría de Benhabib se asienta en el deseo y la posibilidad de complementar la perspectiva del *otro generalizado* con la del *otro concreto*.

Otras pensadoras como Noddings (1984) o Ruddick (1989), continuaron reflexionando sobre la ética del cuidado como característica del comportamiento femenino, y rechazaron en todos los casos posibles las interpretaciones de tipo biologicista o esencialista. Según estas autoras, que las mujeres tengan una especial predisposición para el cuidado y una actitud moral propia no es más que el resultado de la socialización femenina desde la primera infancia, el contexto de relaciones que entablan y las expectativas que se generan

hacia ellas. Por tanto, no son todas las mujeres las que desarrollan esa disposición al cuidado, ni se excluyen necesariamente los hombres de la ética del cuidado (Tobío, 2012). Esta óptica, más cercana al punto de vista sociocultural, puede resultar de gran utilidad para interpretar los fenómenos estudiados.

2.3.2. La naturalización del cuidado a través del concepto de *habitus*

Pierre Bourdieu (1997) explicó, a través del concepto de *habitus*, cómo se produce la naturalización de las prácticas sociales y culturales que conforman la identidad de género, de tal manera que se perpetúa la dominación masculina. Bourdieu advierte que el orden social masculino está tan profundamente arraigado que no requiere justificación. Este orden es considerado natural gracias al acuerdo que obtiene de estructuras sociales tales como la organización de espacio y tiempo y la división sexual del trabajo, y también gracias a los *habitus*, que son estructuras cognitivas o «esquemas de pensamiento no pensados» inscritos en los cuerpos y en las mentes. Estos *habitus* son producto de la encarnación de la relación de poder, que lleva a conceptualizar la relación dominante-dominado como natural. Bourdieu (1997, p. 11) documenta así la manera como la dominación masculina está anclada en nuestros inconscientes, en las estructuras simbólicas y en las instituciones de la sociedad.

Al estar incluidos hombres y mujeres en el objeto que nos esforzamos en aprehender, hemos incorporado, bajo la forma de esquemas inconscientes de percepción y apreciación, las estructuras históricas del orden masculino; nos arriesgamos entonces a recurrir, para pensar la dominación masculina, a formas de pensamiento que son ellas mismas producto de la dominación.

Para que la labor de domesticación y dominación funcione y se perpetúe, como dice Bourdieu (1997, p. 171), «es necesario que esté apoyada por toda la estructura social, y por tanto por las estructuras mentales y las disposiciones producidas por esa estructura social».

Este concepto nos puede ayudar a entender por qué la orientación femenina hacia los cuidados es aparentemente innata, como también parecen innatos los conocimientos y habilidades necesarios para su desarrollo, cuando en realidad responden a un imperativo social cuyo objetivo, la reproducción y la sostenibilidad de la vida humana, favorece la naturalización y la ocultación de esa actividad y de quien la lleva a cabo (CARRASCO, 2001; PÉREZ-OROZCO, 2006).

Algunos mandatos sociales y esquemas de pensamiento no pensados tradicionales se han empezado a ver modificados en las últimas décadas por diversas razones ligadas a la crisis de los cuidados –que desarrollaremos más adelante– y adopta distintas formas según factores como la edad o la posición social. Según estudios recientes, la promulgación difusa de esquemas simbólicos de evaluación de la práctica del cuidado genera tensiones en los esquemas mentales de mujeres jóvenes: «entre lo que se debería hacer y se hace; entre lo que se piensa que se está haciendo y en la práctica se hace, entre lo que gustaría hacer y lo que se tendría que hacer» (CANO Y PARADA, 2013, p. 8). Por su parte, las clases sociales altas disponen de *habitus* en torno al cuidado diferenciados de las clases menos privilegiadas. Las mujeres de clases menos privilegiadas o medias rechazan la compra de cuidados en el mercado, asumiendo un trabajo que puede resultar muy duro y haciéndolo, en muchos casos, en soledad. Esto, que puede parecer una elección tomada en base a la libertad de acción, no es sino una «elección forzada», respondiendo a los esquemas de lo que se entiende en estos estratos sociales por el «buen cuidado». En cambio, en las clases sociales superiores, el buen cuidado se relaciona con la mercantilización del mismo, manteniendo a la persona dependiente en el hogar, pero relevando a otras personas el trabajo cotidiano que conllevan los cuidados, lo que se traduce en una amortiguación de los efectos sobre la propia salud física y psíquica. Esta situación asimétrica coloca a los cuidados como productores y acrecentadores de desigualdades sociales, al tornarse en espiral que retroalimenta la inequidad de género y entre clases sociales (CANO Y PARADA, 2013).

Estos postulados resultan de utilidad para analizar la capacidad de elección real ante el cuidado de las mujeres y los hombres, así como para interpretar el impacto diferencial del cuidado según el sexo y el nivel socioeconómico de la persona que lo asume.

2.4. La relación entre el sistema formal e informal de cuidados

En este apartado, se aporta la fundamentación teórica que justifica la necesidad de abordar la relación de las personas cuidadoras informales con los servicios formales de atención sociosanitaria. Porque, como apunta María Angeles Durán (2012, p. 476):

El cuidado puede transformarse, pero no suprimirse, y cada sociedad tiene que encontrar el mejor modo posible de conciliar los derechos y obligaciones de quienes necesitan los cuidados y de quienes de un modo u otro han de proporcionárselos.

Por ello, el último artículo pone el foco en este aspecto, en la necesaria relación de los sistemas formal e informal de cuidados.

2.4.1. Crisis de los cuidados y replanteamientos desde la Sociología

La conceptualización inicial de la crisis de los cuidados aludía a la tensión generada por el distinto papel de las mujeres en las sociedades desarrolladas de finales del siglo xx (HOCHSCHILD, 1995). Esta conceptualización se basaba fundamentalmente en la doble presencia que estas comenzaban a protagonizar, al acceder al ámbito público sin reducir su protagonismo como cuidadoras en el ámbito doméstico (BALBO, 1978), lo que ya de por sí pone en entredicho la viabilidad de la provisión de cuidados sustentada sobre las mujeres, al tiempo que supone mayor trabajo para ellas (CARRASQUER, 2013).

Sin embargo, este concepto ha adquirido en los últimos años un sentido más amplio para referirse a los cambios en los contenidos, protagonistas y circunstancias en las que se desarrolla el cuidado (PÉREZ-OROZCO, 2006; CARRASQUER, 2013), cambios que se insertan a su vez en las transformaciones del capitalismo global en las sociedades de bienestar (BENERÍA, 2011). Por crisis de los cuidados entendemos hoy la puesta en evidencia y agudización de la

incapacidad social y política de garantizar el bienestar de amplios sectores de la población (EZQUERRA, 2010) y la generalización de la dificultad de estos para poder cuidarse, cuidar o ser cuidados (DEL RÍO, 2004). Tales dificultades se manifiestan tras un complejo proceso de desestabilización del modelo tradicional de reparto de responsabilidades sobre los cuidados y la sostenibilidad de la vida y una reestructuración del conjunto del sistema socioeconómico (PÉREZ-OROZCO, 2006). Esta desestabilización conlleva una reorganización simultánea del trabajo remunerado y no remunerado, sin que se haya producido una alteración de la división sexual del trabajo en los hogares ni la segmentación del género en el mercado de trabajo remunerado (RICO, 2009).

El envejecimiento de la población, los cambios en los modelos de familia, la mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo formal, así como el declive de los instrumentos colectivos de protección social están en la base de esa transformación (FERNÁNDEZ-VILLANUEVA ET AL., 2013).

Aunque sabemos que ha aumentado el papel de las personas mayores como cuidadoras (AGULLÓ Y MARTÍN-PALOMO, 2011), no podemos obviar que la inversión de la pirámide demográfica en las sociedades desarrolladas está suponiendo un incremento de las necesidades de cuidados de personas mayores (CARRASQUER, 2013). De hecho, esto se perfila como una necesidad perentoria en Europa (CAMERON Y MOSS, 2007; DURÁN, 2005) y en España (DURÁN, 2011; ABELLÁN, ESPARZA Y PÉREZ-DÍAZ, 2011).

Por otro lado, la crisis de los cuidados está relacionada con los cambios en los modelos familiares y en los roles e identidades de género, tal y como han abordado ampliamente autoras españolas como Inés Alberdi (1999) o Constanza Tobío (2012). La disminución de la proporción de familias numerosas, el retraso en la edad del matrimonio, la movilidad y consiguiente separación geográfica de sus miembros; el incremento de las familias monoparentales; el aumento con tendencia al alza de los hogares unipersonales, resumen algunos de estos cambios en los modelos familiares (RUBIO Y MADARIAGA, 2013). El fenómeno que ha mediatizado la mayor parte de estos cambios ha sido la radical transformación del rol social de las mujeres (RODRÍGUEZ-CASTEDO, 2005). Todas estas circunstancias han provocado y siguen provocando que se reduzca drásticamente la cantidad de personas en

disposición de cuidar, dado que los hombres no se han incorporado a este rol (EZQUERRA, 2011; CRESPO Y LÓPEZ, 2007).

Por todo ello, la crisis de los cuidados se ha convertido en la actualidad en un concepto heurístico que pretende, no únicamente llamar la atención sobre los cambios sociales y demográficos que han llevado a las mujeres a la doble presencia, sino también sobre los cambios económicos y políticos que inciden directamente sobre las necesidades y la provisión de cuidados (RODRÍGUEZ-CABRERO, 2011) y que están ligados al cuestionamiento del estado de bienestar. Valga como ejemplo el propuesto por Carrasquer (2013, p. 94): «la deriva de uno de los principales instrumentos previstos en España para afrontar las necesidades de cuidados, la conocida como Ley de dependencia de 2006, a cuyas insuficiencias de origen se añade su limitado desarrollo». Esta idea ha sido ampliamente compartida por otras autoras feministas, que han cuestionado si las medidas que dirige esta ley a los cuidadores y cuidadoras no profesionales son suficientes y si contribuyen a reducir las desigualdades o, por el contrario, tienden a afianzarlas. La principal medida propuesta por la ley sobre las personas cuidadoras informales ha sido la prestación económica por cuidados en el entorno familiar, que puede contribuir a que las mujeres sigan asumiendo en solitario un rol que las excluye socialmente (DURÁN, 2012; FERNÁNDEZ-VILLANUEVA, ARTIAGA Y DÁVILA, 2013; HERNANDO, 2006).

En definitiva, tal y como sustenta Carrasquer (2013, p. 94):

La crisis de los cuidados remite a todo un conjunto de fenómenos que ponen en entredicho el «status quo» en torno a las necesidades y a las formas de provisión de cuidados, propio de unas sociedades sustentadas en el modelo ganapán/ama de casa.

La crisis de los cuidados ha propiciado la discusión en torno a un trabajo imprescindible pero desigualmente repartido. Diversas corrientes feministas confluyen para abordar estos replanteamientos. Por un lado, el feminismo de la igualdad postula que se hace necesario fomentar el cuidado como valor humano, en el que todas las personas, hombres y mujeres, estamos envueltos en diversos momentos de nuestra vida, y por tanto, debemos

corresponsabilizarnos en este ámbito. Por otro, el feminismo de la diferencia trata de visibilizar el cuidado como una práctica que continúa siendo femenina, otorgándole valor y reconocimiento social (COMINS, 2003; PIEDRA, 2003). A estos enfoques se han sumado las voces que en los últimos años han comenzado a exigir un replanteamiento de los cuidados como una responsabilidad colectiva y no como una cuestión individual y privada, y a reclamar el derecho a unos servicios de cuidados accesibles y profesionalizados y el reconocimiento material y simbólico del valor de los cuidados como pieza clave para el bienestar y la reproducción social (CARRASQUER, 2013; CASTRO ET AL., 2008).

La ausencia de actuaciones públicas para dar respuesta a esta crisis de los cuidados se ha visto agravada en la situación actual de crisis económica o sistémica. La profundización de políticas neoliberales durante los últimos años, que se han caracterizado por una desaparición, disminución o privatización de servicios y prestaciones sociales, así como la supresión de las ayudas a la dependencia, ha afectado principalmente a las mujeres (EZQUERRA, 2011). Esto se debe, fundamentalmente, a que la ausencia de ayudas públicas, unido a la pervivencia de la división sexual del trabajo, hace que sean las mujeres quienes asuman la mayor parte de los cuidados e incrementen su carga total de trabajo (GÁLVEZ Y TORRES, 2009; EZQUERRA, 2011).

Para atajar esta crisis de los cuidados, es necesario que se pongan en marcha más actuaciones políticas y leyes dirigidas a lograr una mayor equidad entre hombres y mujeres. Los resultados de la Ley de Igualdad (3/2007) para lograr la igualdad efectiva entre mujeres y hombres constituyen una referencia tanto en el ámbito laboral como en el reparto del trabajo de cuidados. Aunque las leyes por sí solas no cambian la realidad, sí son importantes para dar amparo y soporte a la lucha de las mujeres para que su empleo y su vida cotidiana sean cada día mejores y más compatibles (TORNOS Y RECIO, 2013, p. 178). La organización social del cuidado, es decir, el cuidado y los servicios públicos necesarios para afrontarlo, parece ser una de las claves para alcanzar una mayor equidad democrática entre hombres y mujeres.

2.4.2. Estado de bienestar y cuidados de larga duración

En el conjunto de los países de la OCDE, el 10% de personas adultas está implicada en actividades de ayuda para el cuidado personal a algún familiar, amigo o vecino, siendo dos terceras partes de estas personas mujeres (COLOMBO ET AL., 2011). España es uno de los países en los que el cuidado informal es más frecuente (PICKARD ET AL., 2011). La literatura pone de manifiesto que en el sur de Europa el cuidado es de alta intensidad, especialmente en España, donde la mitad de las personas cuidadoras cuida durante más de 20 horas semanales (COLOMBO ET AL., 2011).

La mayor relevancia que tiene el cuidado informal en países del sur de Europa, como España, Italia o Portugal, está estrechamente relacionada con el hecho de que en tales países predomine lo que se conoce como el modelo mediterráneo del Estado de Bienestar (RODRÍGUEZ-CABRERO, 2009). Dicho modelo se diferencia del elevado nivel de prestaciones sociales y del universalismo típicos de sistema de bienestar nórdico (asentado en países como Dinamarca, Noruega, Suecia y Finlandia), así como del sistema continental (vigente en Francia o Alemania), caracterizado por su alto gasto en programas de seguridad social que, sin embargo, no llegan a toda la población (ESPING-ANDERSEN, 1990; ARRIBA Y MORENO, 2009; DEL PINO, 2009).

A diferencia de ello, el modelo mediterráneo está basado también en programas de seguridad social, pero con menor cobertura y nivel de prestaciones, lo cual está en consonancia con el hecho de que su desarrollo haya sido relativamente tardío y sus gastos sociales sean sensiblemente más bajos (RODRÍGUEZ-CABRERO Y MARBÁN, 2013; MORENO, 2009; BONOLI, 1997).

Por consiguiente, el mayor peso del cuidado informal en los países del sur de Europa, y particularmente en España, está relacionado con el menor apoyo que en tales países reciben las políticas públicas al respecto. De todos modos, este menor apoyo no es la única causa, sino que también influyen las actitudes culturales y sociales ante el cuidado

(COLOMBO ET AL., 2011; ALIAGA, 2006). La provisión de cuidados de larga duración en España se caracteriza por la alta participación de las familias y de las mujeres en el cuidado, siguiendo el paradigma del llamado modelo de bienestar «familista» (ESPING-ANDERSEN, 2002).

En las últimas décadas, en España se ha producido una mercantilización a través de la contratación de servicio doméstico, fundamentalmente de mujeres inmigrantes (MARTÍNEZ-BUJÁN, 2010), lo que ha dado lugar a lo que conocemos como «cadenas globales de cuidado», flujos migratorios masivos en las que las inmigrantes de países del Sur asumen el trabajo de cuidados que han dejado de proporcionar mujeres del Norte debido a su incorporación al mercado de trabajo (LÓPEZ-GIL Y PÉREZ-OROZCO, 2011). En esta dinámica, que está provocando la feminización de las migraciones, las mujeres que emigran delegan el cuidado de sus hijos e hijas a otras mujeres en sus países de origen, para cuidar a otras personas dependientes, principalmente mayores, en España u otro país de destino, a cambio de un salario. Esto genera una relación jerárquica entre mujeres de distintas nacionalidades y clases sociales, es decir, afianza las desigualdades intragénero (BENERÍA, 2011). Pese a estas transformaciones, las mujeres siguen siendo quienes mayoritariamente se encargan de dar respuesta a las necesidades de cuidado, dentro y fuera de las familias, ya sea directamente o bien organizando su provisión a través de los recursos públicos o del mercado (MARTÍN-PALOMO, 2008). Principalmente entre las mujeres de clases sociales más desfavorecidas, sigue estando socialmente arraigada la idea de que los cuidados personales pertenecen a la esfera íntima de los hogares y tanto personas dependientes como sus cuidadoras continúan considerándolo un ámbito irrenunciable (BARRETT ET AL., 2014; OLSON, 2003).

Se socializa una parte del coste, pero la organización de los cuidados sigue perteneciendo al ámbito privado (RODRÍGUEZ-CABRERO Y MARBÁN, 2013). En nuestro país, la atención que las administraciones prestan, desde el sistema sanitario y desde el ámbito de los servicios sociales, tiene una cobertura insuficiente, con importantes desigualdades y diferencias entre Comunidades Autónomas y entre las áreas urbanas y rurales (RODRÍGUEZ-CABRERO Y MARBÁN, 2013; GARCÍA-CALVENTE, 2007). Además, la crisis financiera y las políticas de

consolidación fiscal, con sus efectos de recorte en el gasto público, han puesto al descubierto la debilidad y ambivalencia de las políticas de los cuidados de larga duración, lo que está conllevando una cierta refamiliarización y refeminización de los cuidados, con variaciones que dependen de la clase social y el papel de la mujer en el proceso de cuidados (BETTIO, SIMONAZZY Y VILLA, 2006; MARTÍNEZ-BUJÁN, 2010; COLOMBO ET AL., 2009).

2.4.3. Medidas de apoyo a las personas cuidadoras

Un informe de la OCDE (COLOMBO ET AL., 2011) sintetiza en tres grupos los principales recursos de apoyo formal que actualmente se dirigen a las personas cuidadoras en los países que lo integran:

a) Un primer grupo de medidas lo constituyen las orientadas a facilitar la conciliación del trabajo remunerado con el cuidado informal. Entre ellas destacan los permisos laborales para cuidar y la flexibilización de horarios de trabajo. Aproximadamente la tercera parte de los países de la OCDE disponen de permisos de trabajo para el cuidado, con amplias variaciones entre ellos. Si bien en los países escandinavos y Polonia, el 60% de las empresas dispone de este recurso, en el sur de Europa el porcentaje no alcanza el 25%. Además, a excepción de Bélgica, que ofrece los permisos retribuidos para cuidar de mayor duración (de hasta 12 meses), la mayoría de los países únicamente contempla la posibilidad de excedencias y permisos no retribuidos, o bien solo los conceden por breves periodos de tiempo (inferior a un mes) o a quienes cuidan a enfermos en situación terminal. La flexibilización de horarios de trabajo también constituye una medida eficaz para conservar el empleo entre personas cuidadoras y contribuir al mantenimiento de sus recursos económicos y sociales (PAVALKO Y HENDERSON, 2006). Sin embargo, aceptar un empleo a tiempo parcial suele ser la única opción disponible para que estas personas puedan cuidar al mismo tiempo que percibir unos ingresos. En España, casi un tercio de las personas cuidadoras que han tenido que prescindir o recortar su contrato de trabajo lo atribuyen, como causa principal, a la ausencia de recursos formales para el cuidado de personas

dependientes (INE, 2012). Otras medidas que podrían conllevar un menor impacto económico sobre las personas cuidadoras, como la adaptación de horarios a las necesidades del cuidado, está menos presente en todos los países. En España, solo un 13% de las mujeres asalariadas y un 11% de los hombres pueden fijar su horario de trabajo, aunque solamente sea en parte (INE, 2012).

b) Un segundo grupo de medidas son las orientadas a mantener y restaurar el bienestar de las personas cuidadoras, en parte con la finalidad de que no abandonen el cuidado tan valioso que prestan. En este grupo de medidas se encuentran los servicios de respiro, de formación y asesoramiento, y de información y coordinación del cuidado. Algunos estudios han constatado la utilidad práctica de estas medidas para reducir la sobrecarga y el estrés de quienes cuidan (VAN EXEL ET AL., 2006). Los servicios de respiro consisten en liberar a las personas cuidadoras de la responsabilidad de cuidar durante un periodo de tiempo (horas o algunos días), para lo que aportan un relevo en el cuidado a través de centros de día, atención en el domicilio o residencial. Casi todos los países de la OCDE ofrecen servicios de este tipo a las personas cuidadoras. Sin embargo, la financiación pública para ello es muy variable entre países, continúa siendo escasa (como ocurre en España) y en la mayoría de los casos queda reservada a las personas con recursos limitados.

Dentro de este segundo grupo, también con escasa presencia en España, los servicios de formación y asesoramiento (*counseling*) constituyen herramientas cada vez más demandadas por las personas cuidadoras para mejorar la realización del cuidado diario y mejorar su satisfacción con el rol asumido (PICKARD, 2004). La mayor parte de estos servicios proviene de iniciativas locales y se basa en gran medida en el voluntariado. Destacan las experiencias puestas en marcha en algunos países, como Suecia, que promueve un sistema integrado de servicios de respiro y de apoyo para cuidadores y cuidadoras informales. Completan las medidas dirigidas al bienestar de las personas cuidadoras otros servicios de información y coordinación, como la planificación diaria de las tareas de cuidado, de los periodos de descanso o las citas médicas. Para un buen funcionamiento de estas medidas, la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios en una ventanilla única o centros de información puede convertirse en la pieza clave. Algunos países como Francia, Alemania o

Austria cuentan con iniciativas locales de este tipo que han resultado positivas para ayudar a las personas cuidadoras a afrontar las dificultades diarias del cuidado.

c) Un último grupo de medidas de apoyo formal a personas cuidadoras lo constituyen las dirigidas a compensar el valor económico y social del cuidado que realizan. Un gran número de países de la OCDE proporcionan apoyo financiero al cuidado informal a través de prestaciones económicas. Estas pueden estar dirigidas directamente a las personas cuidadoras o bien ofrecerse a través de subsidios para las personas dependientes. Algo menos de la mitad de los países se acogen a la primera opción y algo más de la mitad a la segunda, entre los que se encuentra España. Tan solo unos pocos, como Noruega, Nueva Zelanda, Suecia o Reino Unido ofrecen ambos tipos de prestaciones económicas, y alrededor de la quinta parte de los países no ofrece prestación económica alguna (COLOMBO ET AL., 2011).

En España, la promulgación en 2006 de la Ley de promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (Ley 39/2006) supuso un gran avance en el reconocimiento social de las personas cuidadoras en la atención a la dependencia, aunque no ha estado ajena a la controversia, como hemos comentado en apartados anteriores. Uno de los aspectos más debatidos de la ley ha sido la generalización de la prestación económica a personas cuidadoras, a pesar de que en su formulación se contemplaba como una medida de «carácter excepcional». Esta medida, que en nuestro país no tiene un sentido compensatorio como en otros países de nuestro entorno, puede aportar un valor práctico pero consecuencias indeseables de tipo estratégico. En un contexto de escasez de servicios formales para la atención a las personas en situación de dependencia, esta prestación económica, que reciben las mujeres en su mayoría, puede ser utilizada como sustitución de la escasa provisión de servicios formales de atención, además de que puede consolidar que sean las mujeres quienes asuman este rol en solitario (DURÁN, 2012; GARCÍA-CALVENTE Y DEL RÍO, 2012).

Algunas personas expertas en este tema han señalado que un adecuado planteamiento de intervención sobre la salud de las personas cuidadoras debería «ir de la mano de potenciar el reparto del cuidado, más que en hacer a las mujeres todavía más competentes en la

gestión de la enfermedad» (MURILLO, 2003). Por otro lado, actuaciones dirigidas a promover una mayor autonomía de las personas dependientes se han apuntado como una necesidad de primer orden para dar respuesta a los cambios sociales (GARCÍA-CALVENTE ET AL., 2007). Para ello será necesario que los sistemas públicos asuman, cada vez más, esta responsabilidad (CARRASQUER, 2013).

2.4.4. El papel de las y los profesionales sanitarios

Desde una perspectiva de Salud pública, el sistema de salud debería partir de la idea de que la igualdad en la oferta de servicios no asegura la equidad en el acceso y la efectividad de los mismos en toda la población por igual. Es necesario, por tanto, atender las necesidades diversas de la población y actuar en consecuencia, pasando de la igualdad a la equidad, si se quiere conseguir que los servicios no incrementen las desigualdades existentes (COLOMER, 2007).

Por ello, resulta muy relevante la implicación de las y los profesionales sanitarios en la atención a las personas cuidadoras para reducir los efectos negativos del cuidado informal sobre su salud (CHIOU ET AL., 2005; MCCONAGHY Y CALTABIANO, 2005). Es necesario conocer la opinión y las actitudes que adoptan estos/as profesionales ante el cuidado informal para dinamizar la interacción entre ambos sistemas de cuidados (formal e informal) y diseñar acciones que favorezcan un intercambio eficaz y adecuado entre ambos colectivos.

Siguiendo a Twigg y Atkin (1994), la relación entre el cuidado informal y los servicios formales se puede abordar desde dos perspectivas: el enfoque del sistema informal y el enfoque de la persona encargada del cuidado informal. El primero se basa en el análisis de las redes informales de apoyo y se centra en los aspectos estructurales y relacionales del sistema informal que definen en contraste con el sector formal. Este enfoque es básicamente descriptivo y menos adecuado en su interpretación en términos de equidad, derechos y otros aspectos orientados a la planificación de políticas. El enfoque centrado en la persona cuidadora informal centra su interés en las cargas y consecuencias del cuidado y

en el desarrollo de estrategias de alivio de la sobrecarga. La definición de la persona cuidadora se realiza en base a sus roles sociales y se construye en torno a un concepto mixto de realización de tareas de apoyo y de relaciones sociales y familiares. Se trata de un enfoque más adecuado para utilizar argumentos como la equidad o los derechos en el desarrollo de políticas. Los servicios formales no operan únicamente en el contexto de un sistema informal existente, sino que interactúan dinámicamente con él. Las personas que cuidan no son simplemente fenómenos o recursos cuyas características deben ser analizadas y comprendidas por los servicios formales, sino que son una categoría social hacia la cual el sistema formal tiene obligaciones y requerimientos en términos de formulación de políticas de bienestar.

Desde esta perspectiva, Twigg y Atkin (1994) plantearon diferentes modelos que resultan útiles para analizar la relación de las personas cuidadoras con los servicios formales sociosanitarios, modelos que tienen implicaciones directas en las estrategias de intervención y de apoyo a cuidadoras (Véase figura 4).

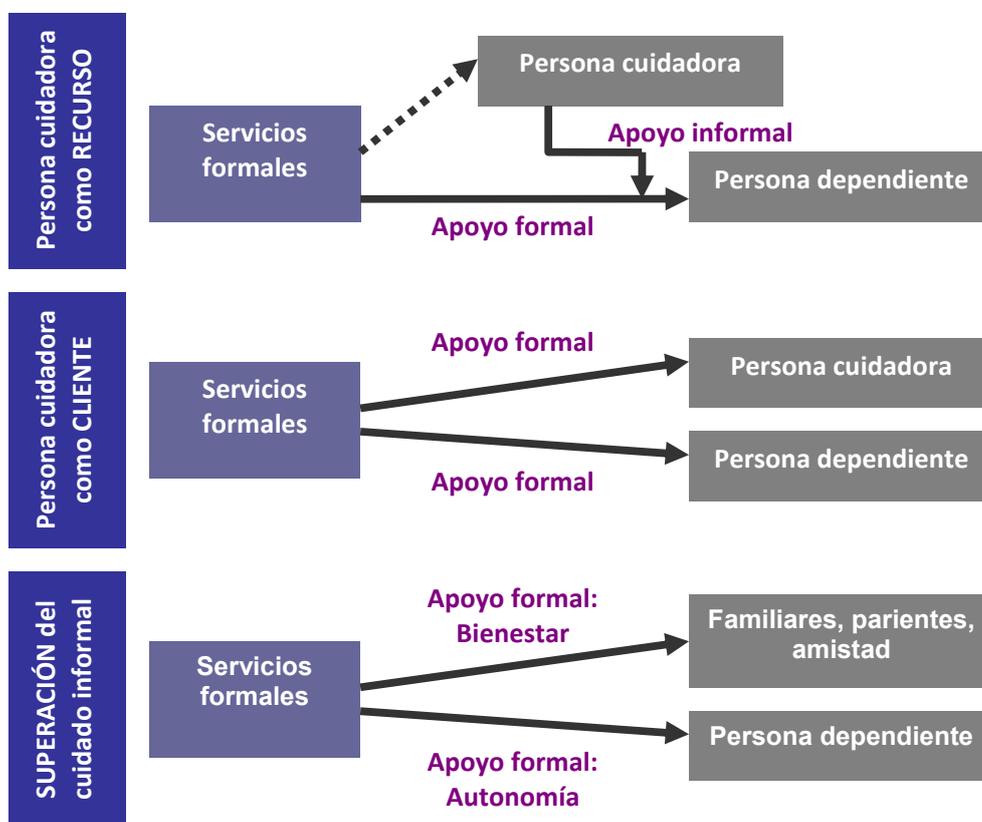
El primer modelo es el que entiende a la persona cuidadora como recurso, y se da cuando el principal objetivo de las intervenciones del sector formal es el mantenimiento de este apoyo tanto como sea posible y asegurar que los cuidados que prestan las personas cuidadoras se realizan con la mejor calidad. En este modelo, la preocupación por el bienestar de la persona cuidadora tiene un carácter que podríamos calificar de «instrumental» y los posibles conflictos que se puedan presentar entre el bienestar de la persona beneficiaria y la cuidadora son ignorados.

En el modelo de persona cuidadora como cliente, la persona que cuida es un foco de atención de los servicios formales sociosanitarios. En este modelo se tiene en cuenta el bienestar de la persona cuidadora por sí mismo, se plantea como objetivo de las intervenciones mejorar la calidad de vida de la propia persona que cuida y se reconoce de forma explícita que puede existir un conflicto de intereses entre esta y la persona beneficiaria. Aunque en el nivel teórico los modelos plantean diferencias importantes, en el terreno de la acción ambos modelos no son excluyentes y de hecho coexisten en la práctica profesional.

Esta clasificación puede complementarse con una tercera opción, que sería la de la superación del cuidado informal, más propia de los regímenes de bienestar universalistas (TWIGG Y ATKIN, 1994; GARCÍA-CALVENTE ET AL., 2007). Este modelo, que no emplearía el término de cuidadores y cuidadoras, sino el de parientes y amistades, centraría su interés en las personas con dependencia y en las cuidadoras y cuidadores informales como entidades separadas, y su objetivo sería alcanzar la autonomía de la persona en situación de dependencia y el bienestar de sus familias y amistades de forma independiente. Así mismo, el conflicto de intereses entre quienes dan y reciben cuidados sería reconocido en ambas direcciones.

En términos de la equidad de género, este sería el modelo más saludable, que precisaría un mayor gasto público en sistemas de atención a la dependencia y potenciar la corresponsabilidad ante los cuidados (MURILLO, 2003; PÉREZ-OROZCO, 2006).

Figura 4. Modelos de relación entre personas cuidadoras y servicios formales sociosanitarios



Fuente: García-Calvente a partir de Twigg y Atkin (1994)

Para reducir las desigualdades existentes en el cuidado informal es necesario que las medidas de apoyo a las personas cuidadoras informales incorporen la perspectiva de género. Un estudio que analizaba las políticas de apoyo a personas cuidadoras en el ámbito internacional (GARCÍA-CALVENTE ET AL., 2007) concluía que estas no incorporan el enfoque de género de forma sistemática, aunque sí recogen algunos aspectos desde esta perspectiva en los niveles simbólico y operativo, como medidas dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras. Algunos de los sesgos de género que ocurren en el tratamiento del cuidado informal son el «familismo», que considera a la familia como unidad de análisis, ignorando las desigualdades de género existentes entre sus miembros, o el «síndrome del

cuidador», que trata a las mujeres cuidadoras como enfermas, describiendo los «síntomas», sin hacer un análisis de la desigualdad de género que está en la base del fenómeno (GARCÍA-CALVENTE Y LA PARRA, 2007). La transversalidad o *mainstreaming* de género requiere intervenciones capaces de eliminar estos sesgos y transformar las desigualdades de género que se dan en el cuidado informal a largo plazo.

Las actitudes de profesionales ante las personas cuidadoras pueden tener repercusiones sobre las desigualdades de género en el cuidado informal. Así, por ejemplo, ante una actitud que considere a las personas cuidadoras como un recurso del sistema sanitario o como co-trabajadoras, sin promover una mayor implicación de los hombres en el cuidado, se pueden estar reproduciendo los roles sexistas establecidos. Además, esto puede suponer un obstáculo para que el cuidado sea entendido como un problema social en lugar de individual-familiar (TWIGG Y ATKIN, 1994). Como han señalado algunas autoras, «no habrá igualdad para las mujeres mientras sigan estando obligadas a cuidar, y esto y la necesidad de un sistema público y universal de atención a la dependencia, son condiciones *sine qua non* para avanzar hacia una sociedad igualitaria y justa» (CASTRO ET AL., 2008, p. 17).

Por todo ello, se ha considerado de relevancia completar esta tesis con un último artículo orientado al punto de vista de las y los profesionales sanitarios, cuya finalidad es analizar las percepciones y actitudes que presentan ante el cuidado informal.

3.

OBJETIVOS

3. 1. Objetivo general

Analizar las desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto diferencial sobre la salud de las mujeres y los hombres cuidadores.

3. 2. Objetivos específicos

1. Analizar las diferentes percepciones y experiencias sobre el estado de salud, vulnerabilidad y afrontamiento de la enfermedad expresadas por mujeres y hombres de distinta clase social en distintas etapas de su ciclo vital, y en especial, las relacionadas con el rol de cuidados.

2. Analizar la desigual distribución del cuidado informal entre mujeres y hombres y su impacto en la salud percibida general y mental.

3. Describir las diferentes características del cuidado que prestan mujeres y hombres, y analizar si dichas características se asocian a la percepción del deterioro de la salud de ambos sexos.

4. Analizar las desigualdades de género en las maneras de asumir y afrontar el cuidado y si se relacionan con un impacto diferencial en la salud y la calidad de vida de las mujeres y los hombres cuidadores.

5. Analizar, desde una perspectiva de género, las percepciones y actitudes de profesionales sanitarios ante el cuidado informal.

4.

METODOLOGÍA

Esta tesis agrupa diversos diseños metodológicos, con técnicas tanto cuantitativas como cualitativas. Así mismo, ha abarcado diversos ámbitos, desde el ámbito local en Granada capital hasta el ámbito nacional en todo el conjunto del estado español. La complementariedad metodológica de los diseños utilizados y la diversidad de los ámbitos estudiados han aportado al conjunto de la investigación una visión amplia y adecuada para abordar los objetivos planteados en la tesis. De esta forma, las ventajas de unos diseños han permitido superar las limitaciones de otros, logrando un equilibrio necesario para abordar la compleja realidad que nos ocupa en esta tesis. Se incluye un mayor detalle de las ventajas que ha conllevado esta complementariedad metodológica en el apartado de «fortalezas y limitaciones de la tesis», dentro de la discusión.

En el Cuadro 1 se han sintetizado los principales aspectos metodológicos contemplados para abordar cada uno de los objetivos específicos.

Cuadro 1. Resumen de la metodología de los artículos incluidos en la tesis

Objetivo	Tipo de estudio y ámbito	Población	Técnicas de recogida y análisis de la información	Artículo
Analizar las diferentes percepciones y experiencias sobre el estado de salud, vulnerabilidad y afrontamiento de la enfermedad expresadas por mujeres y hombres de distinta clase social en distintas etapas de su ciclo vital, y en especial, las relacionadas con el rol de cuidados	Estudio cualitativo Ámbito local (Granada capital)	Mujeres y hombres adultos, cuidadores y no cuidadores	Recogida con entrevista en profundidad Análisis sociológico del discurso	GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; HIDALGO-RUZZANTE, NATALIA; DEL RÍO-LOZANO, MARÍA; MARCOS-MARCOS, JORGE; MARTÍNEZ-MORANTE, EMILIA; MAROTO-NAVARRO, GRACIA; MATEO-RODRÍGUEZ, INMACULADA; GIL-GARCÍA, EUGENIA. (2012). Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. <i>Sociology of Health & Illness</i> , 34 (6).
Analizar la desigual distribución del cuidado informal entre mujeres y hombres y su impacto en la salud percibida general y mental	Estudio cuantitativo Ámbito andaluz (todas las provincias de la Comunidad Autónoma de Andalucía)	Mujeres y hombres adultos	Recogida: Fuentes secundarias procedentes de Encuesta (EAS-1999) Análisis estadístico: descriptivo y bivalente	GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; DEL RÍO-LOZANO, MARÍA; EGUIGUREN, ANA PAMELA. (2007). Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. <i>Inguruak</i> , 44, 291-308.
Describir las diferentes características del cuidado que prestan mujeres y hombres, y analizar si dichas características se asocian a la percepción del deterioro de la salud de ambos sexos	Estudio cuantitativo Ámbito nacional (todas las provincias del estado español)	Mujeres y hombres adultos cuidadores principales	Recogida: fuentes secundarias procedentes de Encuesta (EDAD-2008) Análisis estadístico: descriptivo, bivalente y multivalente	GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; DEL RÍO-LOZANO, MARÍA; MARCOS-MARCOS, JORGE. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como resultado del cuidado informal en España. <i>Gaceta Sanitaria</i> , 25 (2), 100-107.
Analizar las desigualdades de género en las maneras de asumir y afrontar el cuidado y si se relacionan con un impacto diferencial en la salud y la calidad de vida de las mujeres y los hombres cuidadores	Estudio cualitativo Ámbito andaluz (Granada, Málaga y Sevilla)	Mujeres y hombres adultos cuidadores principales	Recogida: entrevista semiestructurada Análisis sociológico del discurso	DEL RÍO-LOZANO, MARÍA; GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; MARCOS-MARCOS, JORGE; ENTRENA-DURÁN, FRANCISCO; MAROTO-NAVARRO, GRACIA. (2013). Gender identity in informal care: Impact on health in Spanish Caregivers. <i>Qualitative Health Research</i> , 23 (11): 1506-1520.
Analizar, desde la perspectiva de género, las percepciones y actitudes de profesionales sanitarios ante el cuidado informal	Estudio cualitativo Ámbito local (Distrito Sanitario de Granada)	Mujeres y hombres profesionales sanitarios de Atención Primaria	Recogida: entrevista semiestructurada y grupo de discusión Análisis de contenido	GARCÍA-CALVENTE, MAR; DEL RÍO-LOZANO, MARÍA; CASTAÑO-LÓPEZ, ESTHER; MATEO-RODRÍGUEZ, INMACULADA; MAROTO-NAVARRO, GRACIA; HIDALGO-RUZZANTE, NATALIA. (2010). Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. <i>Gaceta Sanitaria</i> , 24 (4): 293-302.

A continuación, se detalla la metodología utilizada para la consecución de cada uno de los objetivos específicos de la tesis.

4.1. Metodología para el objetivo específico 1

El primero de los objetivos específicos de la tesis es «analizar las diferentes percepciones y experiencias sobre el estado de salud, vulnerabilidad y afrontamiento de la enfermedad expresadas por mujeres y hombres de distinta clase social en distintas etapas de su ciclo vital, y en especial, las relacionadas con el rol de cuidados».

4.1.1. Diseño

Para la consecución de este objetivo, se realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas en profundidad, en el ámbito de Granada¹.

4.1.2. Población y muestra

La población del estudio estuvo formada por hombres y mujeres mayores de 25 años residentes en la ciudad de Granada.

Mediante un muestreo intencional no probabilístico, se seleccionó una muestra de 40 personas, compuesta por 20 mujeres y 20 hombres mayores de 25 años que residían en la

¹ La metodología para la consecución del primer objetivo específico corresponde al proyecto «DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y SUS DETERMINANTES», que ha recibido financiación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (actualmente la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales) (Exp. 8/2004), el Instituto de Salud Carlos III (Exp. PI04/1751) y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) (Exp. PI06/1491).

capital granadina. Para ello, se contó con la ayuda de informantes clave, que eran trabajadores y trabajadoras sociales, animadores y animadoras socioculturales y profesionales de la sanidad pública. Estas personas seleccionaron, de acuerdo con los perfiles solicitados por el equipo de investigación, a los y las participantes y realizaron los contactos necesarios para su inclusión en el estudio.

Para definir los perfiles se utilizaron dos tipos de criterios. Por un lado, se ha contemplado un eje personal (DEL VALLE ET AL., 2002), resultado del análisis del contexto de los sujetos, definiendo perfiles de hombres y mujeres en función de la clase social ocupacional, situación laboral y estado de salud. Por otro lado, se ha incorporado un eje temporal (ESTEBAN, 2006), acercándonos a las distintas etapas del ciclo vital, utilizando la edad como variable «proxy»: edad joven (25-35 años), edad adulta (45-55 años) y edad mayor (65 años en adelante). Se buscó la máxima heterogeneidad en los perfiles.

4.1.3. Recogida de información

La recogida de la información se realizó entre 2004 y 2006. La técnica utilizada para ello fue la entrevista en profundidad, usando un guión de temas para orientar las entrevistas. En la elaboración del guión de entrevista se tuvo en cuenta la variedad de contextos sociales y el hecho de que los perfiles eran muy heterogéneos, por lo que la redacción de las preguntas fue abierta. Así mismo, se incluyó un apartado inicial en el guión sobre el contexto de cada persona, para aproximarnos a su realidad y abarcar las diversas esferas de la vida cotidiana.

El guión fue evaluado por personas expertas en metodología cualitativa y en análisis de género. Fue el mismo para hombres y mujeres. Se realizaron dos entrevistas piloto en las que se comprobó su adecuada comprensibilidad por las personas participantes, introduciendo algunos matices. A continuación, se realizaron las entrevistas a 40 personas con perfiles diversos.

El guión se aplicó de forma flexible y abierta, adaptándose al discurso de los y las participantes. El lugar de realización de las entrevistas fue muy variado, ya que se ofreció a las personas entrevistadas la posibilidad de elegir el sitio donde se encontrarán más cómodas. Las entrevistas duraron entre una y tres horas, fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas literalmente. Cada transcripción se completó con un resumen global sobre cada participante usando fichas de control de entrevista.

4.1.4. Análisis de la información

El análisis se realizó mediante una perspectiva hermenéutica interesada en la experiencia personal (fenomenológica heideggeriana), de acuerdo con el proceso propuesto por Dieckelman et al. (1989): lectura general de textos, revisión de temas emergentes y ejemplos, análisis de contenidos comunes y no comunes y sus significados a la luz de cada perfil e identificación de temas interrelacionados.

Las categorías analizadas fueron: la percepción de la propia salud, la vulnerabilidad a la enfermedad y el afrontamiento de la enfermedad. Los determinantes de desigualdades de género en salud fueron tenidos en cuenta de forma transversal a todas las categorías.

Se realizó un análisis de contenido y del discurso del texto de las entrevistas transcritas. Se tuvo en cuenta el contexto de la persona entrevistada y la etapa del ciclo vital. Se utilizó el programa Nudist-Vivo como herramienta de ayuda. La triangulación de la información entre investigadoras del equipo del estudio y la elevada saturación de los discursos constituyeron un indicador de validez de los resultados.

4.1.5. Producto del estudio y contribución de la doctoranda

Este estudio dio como resultado el primero de los artículos que configura esta tesis:

GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; HIDALGO-RUZZANTE, NATALIA; DEL RÍO-LOZANO, MARÍA; MARCOS-MARCOS, JORGE; MARTÍNEZ-MORANTE, EMILIA; MAROTO-NAVARRO, GRACIA; MATEO-RODRÍGUEZ, INMACULADA; GIL-GARCÍA, EUGENIA. (2012). Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociology of Health & Illness*, 34 (6). [Revista indexada en el ISI JOURNAL CITATION REPORTS, Factor de Impacto: 1.735]

He contribuido, de manera sustancial, en la realización de las siguientes actividades: el análisis de la información, la redacción del artículo para su envío a la revista «Sociology of Health and Illness» y las revisiones requeridas hasta su publicación.

4.2. Metodología para el objetivo específico 2

El segundo objetivo específico de la tesis es «analizar la desigual distribución del cuidado informal entre mujeres y hombres y su impacto en la salud percibida general y mental».

4.2.1. Diseño

Para la consecución de este objetivo, se realizó un estudio epidemiológico transversal con metodología cuantitativa, mediante la explotación de datos secundarios procedentes de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) de 1999 (SÁNCHEZ-CRUZ ET AL., 2003). El ámbito fue la Comunidad Autónoma de Andalucía².

² La metodología para la consecución del segundo objetivo específico corresponde al proyecto «DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD Y EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ANDALUCÍA 1999», financiado por la Consejería de Salud (actual Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales), con el Expediente 01/257.

4.2.2. Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por todas las personas mayores de 15 años no institucionalizadas residentes en hogares de Andalucía.

La EAS 1999 utilizó un muestreo probabilístico, por conglomerados, polietápico y estratificado. Las unidades muestrales fueron los municipios en la primera etapa, las secciones censales en la segunda, los hogares en la tercera y los individuos en la cuarta. Se utilizaron dos criterios básicos de estratificación, atendiendo al área geográfica: la provincia y el tamaño del hábitat de residencia. Según la provincia se obtuvieron 8 estratos. Según el tamaño de hábitat resultaron 5 estratos: capitales de provincia, otros municipios con más de 50.000 habitantes, municipios de 10.001 a 50.000 habitantes, municipios de 2.001 a 10.000 habitantes y municipios de hasta 2.000 habitantes. La afijación muestral por cada estrato resultante del cruce de hábitat y provincia se llevó a cabo de forma proporcional a la población existente en los mismos. Para un nivel de confianza del 95%, un porcentaje poblacional esperado del 50% ($P=Q$), un error muestral para estimaciones globales de ± 1.413 , un efecto de diseño de 1.35, se prefijó un tamaño muestral de 6.496 personas. Tras el trabajo de campo, la muestra terminó siendo de 6.484 individuos, distribuidos en 95 municipios y 742 secciones censales de todas las provincias andaluzas.

El criterio de inclusión para formar parte de nuestro estudio fue haber respondido al Cuestionario de personas adultas de la EAS de 1999. Se utilizó el total de la muestra de esta encuesta, formada por 3.241 mujeres y 3.243 hombres.

4.2.3. Recogida de información

Se utilizaron los datos procedentes de la EAS 1999, recogidos mediante entrevista personal para cumplimentar el Cuestionario de adultos/as.

4.2.4. Análisis de la información

Se realizó un análisis estadístico de los datos procedentes de la EAS 1999. Se analizaron variables socioestructurales, variables sobre el cuidado informal y variables de salud. Las socioestructurales o de posición social fueron el sexo, la edad, el nivel máximo de estudios alcanzado, la situación laboral y la clase social ocupacional. Las variables de carga reproductiva y de cuidado informal fueron la situación marital, el número de miembros en el hogar, la convivencia con personas menores de 16 años, la convivencia con personas mayores de 65 años, la convivencia con personas que padecen algún trastorno crónico o discapacidad (TCD), si se ocupa o no de los cuidados de alguna persona del hogar menor de 16 años, mayor de 65 o con TCD, y si se ocupa del cuidado sin ayuda. Las variables de salud fueron: la salud percibida, categorizada como «buena» y «deficiente»; y la salud mental, esta última fue medida con la sub-escala de salud mental del cuestionario SF-36 (ALONSO ET AL., 1998) y categorizada como «buena» y «deficiente».

Se realizó un análisis descriptivo inicial, usando el número de casos y porcentajes para las variables cualitativas, y la media y desviación típica para las cuantitativas, para analizar la distribución por sexo.

La asociación entre las variables dependientes y cada una de las variables independientes se analizó utilizando el test Chi-cuadrado (χ^2). Inicialmente se midió la asociación entre las variables socioestructurales (variables independientes) y la participación en los cuidados (variable dependiente). Posteriormente se midió la asociación entre las variables de cuidados (variables independientes) y las variables de salud (variables dependientes). Se

estimó una significación estadística para $p < 0.05$. La magnitud de la asociación fue estimada mediante la *odds ratio* (OR) ajustando por edad, con un intervalo de confianza del 95%. El análisis se realizó con ayuda del paquete estadístico SPSS.

4.2.5. Producto del estudio y contribución de la doctoranda

Este estudio dio como resultado el segundo de los artículos que configuran la tesis:

GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; DEL RÍO-LOZANO, MARÍA; EGUIGUREN, ANA PAMELA. (2007). Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguruak*, 44, 291-308. [Revista indexada en LATINDEX]

Participé en todas las etapas del proceso de investigación de este estudio, contribuyendo de manera sustancial en la realización de las siguientes actividades: el diseño, la preparación de la base de datos de la EAS 1999 para su explotación de acuerdo a las variables seleccionadas, el análisis estadístico de los datos, la interpretación de los resultados, la elaboración de informes con tablas y gráficos, la redacción del artículo para su envío a la revista *Inguruak*, las revisiones requeridas hasta su publicación y difusión de los resultados en congresos de ámbito nacional.

4.3. Metodología para el objetivo específico 3

El tercer objetivo específico de la tesis es «describir las diferentes características del cuidado que prestan mujeres y hombres, y analizar si dichas características se asocian a la percepción del deterioro de la salud de ambos sexos».

4.3.1. Diseño

Estudio epidemiológico transversal, mediante la explotación de datos secundarios procedentes de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) 2008 (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, 2008), realizada en el ámbito de España³.

4.3.2. Población y muestra

La población de estudio estuvo formada por todas las personas de 16 o más años residentes en viviendas familiares del ámbito español que asumían, de forma no remunerada, el cuidado principal de alguna persona con discapacidad (limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria derivadas de una deficiencia), ya conviviera con ella o no.

La EDAD 2008 utilizó un muestreo bietápico estratificado. Las unidades de primera etapa fueron las secciones censales y las unidades de segunda etapa fueron las viviendas familiares principales. En cada provincia se diseñó una muestra independiente que la representaba.

Se establecieron 9 estratos: municipios capitales de provincia; municipios autorrepresentados, importantes en relación con la capital; otros municipios autorrepresentados, importantes en relación con la capital o municipios mayores de 100.000 habitantes; municipios entre 50.000 y 100.000 habitantes; municipios entre 20.000 y 50.000 habitantes; municipios entre 10.000 y 20.000 habitantes; municipios entre 5.000 y 10.000 habitantes; municipios entre 2.000 y 5.000 habitantes; municipios

³ La metodología para la consecución del tercer objetivo específico corresponde al proyecto «ANÁLISIS DEL IMPACTO DE CUIDAR SOBRE LA SALUD DE MUJERES Y HOMBRES: EXPLOTACIÓN DE LA ENCUESTA EDAD 2008», financiado por el Observatorio de Salud de las Mujeres a través del CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

menores de 2.000 habitantes. Se determinó un tamaño muestral final de 96.075 viviendas distribuidas en 3.843 secciones censales. En cada sección se seleccionaron 25 viviendas para ser entrevistadas.

La realización de la EDAD 2008 se planteó en tres fases, cada una de ellas identificada con un cuestionario: un Cuestionario de Hogar en la primera fase, un cuestionario individual en la segunda fase (Cuestionario de Discapacidades para las personas de 6 o más años y Cuestionario de Limitaciones para los niños y niñas de 0 a 5 años) y un Cuestionario dirigido a las personas cuidadoras principales, en la tercera y última fase. En el Cuestionario de Hogar se intentó captar a todas las personas del hogar entrevistado que presentaban alguna discapacidad. Se realizó a la persona de referencia del hogar, cónyuge o pareja u otra persona que estuviera en el hogar en ese momento, y que estuviese suficientemente informada sobre las discapacidades que tenía cada persona residente en el hogar. En esta primera fase, se solicitó también información sobre el tipo de hogar y la composición del mismo. Con el Cuestionario de Discapacidades, se entrevistó, en la medida de lo posible, a las personas de 6 o más años que presentaban alguna discapacidad (en el caso de que la persona en situación de dependencia tuviera menos de 6 años, se le pasó el Cuestionario de Limitaciones). En este cuestionario se preguntó por las características de las discapacidades. El Cuestionario de Cuidadores/as principales abordó las características de las personas cuidadoras y debió responderlo, en la medida de lo posible, la persona cuidadora principal. La finalidad de este cuestionario fue obtener información de las características sociales y demográficas de las personas cuidadoras; del grado de profesionalización, del tiempo dedicado y tipos de cuidados, sobre las dificultades para prestar los cuidados, sobre su estado de salud y sobre aspectos profesionales, familiares o de ocio de los que habían tenido que prescindir por dedicarse a prestar cuidados.

El criterio de inclusión fue haber respondido al Cuestionario de Cuidadores/as de la EDAD 2008. Las personas que cuidaban a menores de 6 años con limitaciones quedaron excluidas del estudio, ya que los datos de menores se recogieron en un cuestionario propio con variables específicas y no fue posible reunir a toda la población dependiente

en una misma base de datos. Otro criterio de exclusión fue percibir algún tipo de remuneración por el cuidado desempeñado. La muestra final estuvo compuesta por 7.512 personas cuidadoras principales, de las cuales 5.588 fueron mujeres y 1.924 fueron hombres.

4.3.3. Recogida de información

El método de recogida de la información de la EDAD 2008 fue el de la entrevista personal. Se cumplimentó un cuestionario de Cuidadores/as principales por cada una de las personas que, en los cuestionarios de Hogar y de Discapacidad, hubieran informado que tenían alguna discapacidad y que recibían ayuda de otra persona.

Para nuestro estudio, se utilizaron los microdatos procedentes de los tres cuestionarios de la EDAD 2008, que se reunieron en una misma base de datos para su posterior explotación.

4.3.4. Análisis de la información

Se realizó un análisis estadístico de la base de datos resultante. La variable dependiente fue la percepción de las personas cuidadoras de que «se ha deteriorado su salud» (sí/no). En el cuestionario, se incluía esta opción como una de las posibles consecuencias derivadas del cuidado y se pedía a la persona cuidadora marcarla solo si ocurría «por tener que ayudar a la persona que cuida». Se estudiaron como variables independientes: las tareas de cuidado realizadas, agrupadas en 7 tipos (ayuda para comer; ayuda para vestirse; asistencia en el aseo personal; cambio de pañales; ayuda en la movilidad física dentro del hogar; tareas de cuidado fuera del hogar; otras tareas domésticas y de acompañamiento dentro del hogar); la intensidad del cuidado (horas diarias y semanales dedicadas); la frecuencia (días a la semana) y la duración (años cuidando). Se utilizó el

sexo como variable de estratificación. Las variables sociodemográficas, utilizadas como variables de ajuste, fueron: la edad, el estado civil, el nivel educativo y la situación laboral como variables de ajuste.

Se realizó un análisis descriptivo inicial para conocer la distribución de todas las variables por sexo, usando el número de casos y porcentajes. La asociación entre la variable dependiente y cada una de las independientes, se analizó mediante tablas de contingencia y el test de Chi-cuadrado, con un nivel de significación del 5%, estratificando por sexo. Posteriormente, se efectuó un análisis de regresión logística multivariante para calcular el riesgo de percibir un deterioro de salud derivado del cuidado según las características del cuidado y las variables sociodemográficas. Se realizó un test de colinealidad utilizando el factor de inflación de la varianza, para comprobar si existía colinealidad entre las variables independientes incluidas en el modelo. Se construyó un modelo conjunto para conocer la asociación del sexo con la variable dependiente, controlando por las variables de cuidado y sociodemográficas. Seguidamente, se creó un modelo para hombres y otro para mujeres, para conocer la asociación, en cada sexo, de las variables sociodemográficas y de cuidado con la variable dependiente. La magnitud de la asociación fue estimada mediante la *odds ratio* (OR), con un intervalo de confianza del 95%. El análisis se realizó con la ayuda del programa estadístico SPSS.

4.3.5. Producto del estudio y contribución de la doctoranda

Este estudio dio como resultado el tercero de los artículos que configuran la tesis:

GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; DEL RÍO-LOZANO, MARÍA; MARCOS-MARCOS, JORGE. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como resultado del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25 (2), 100-107. [Revista indexada en el ISI JOURNAL CITATION REPORTS, Factor de Impacto: 1.116]

Participé en todas las etapas del proceso de investigación de este estudio, contribuyendo de forma sustancial en la realización de las siguientes actividades: el diseño, la preparación de la base de datos de la EDAD 2008 para su explotación de acuerdo a las variables seleccionadas, el análisis estadístico de los datos, la interpretación de los resultados, la elaboración de informes con tablas y gráficos, la redacción del artículo para su envío a la revista *Gaceta Sanitaria*, las revisiones requeridas hasta su publicación y la difusión de los resultados en congresos de ámbito nacional.

4.4. Metodología para el objetivo específico 4

El cuarto objetivo específico de la tesis consiste en «analizar las desigualdades de género en las maneras de asumir y afrontar el cuidado y si se relacionan con un impacto diferencial en la salud y la calidad de vida de las mujeres y los hombres cuidadores».

4.4.1. Diseño

Para la consecución del cuarto objetivo se diseñó un estudio de naturaleza cualitativa⁴, mediante entrevistas semiestructuradas, realizadas en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía. El equipo de investigación seleccionó tres provincias andaluzas para su inclusión en el proyecto, al considerar que podían representar al conjunto de la comunidad para la consecución de los objetivos planteados. Estas provincias fueron Granada, Málaga y Sevilla.

⁴ La metodología para la consecución del cuarto objetivo específico corresponde al proyecto «DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL CUIDADO INFORMAL Y ANÁLISIS DE MEDIDAS DE APOYO A CUIDADORAS Y CUIDADORES EN LA ATENCIÓN SANITARIA A LA DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA», que ha recibido financiación del Instituto de Salud Carlos III (Exp. PI06/1491), el Ministerio de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) (P08-CTS-4321).

4.4.2. Población y muestra

La población objeto de estudio estuvo compuesta por las personas cuidadoras informales principales de alguna persona en situación de dependencia de su entorno social o familiar cercano, ya conviviera con ella o no.

Definimos personas en situación de dependencia a aquellas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental o intelectual, necesitaban cuidados o ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria, especialmente las relacionadas con el cuidado personal. Incluimos en esta definición a las personas menores de edad, adultas y mayores.

Mediante un muestreo intencional no probabilístico, y con la ayuda de profesionales informantes clave del sistema sanitario público andaluz, servicios sociales y asociaciones, seleccionamos una muestra de 32 personas cuidadoras informales principales que residían en las provincias de Granada, Málaga y Sevilla. De ellas, 16 eran mujeres y 16 eran hombres.

Se estableció como criterio de inclusión el ser la persona cuidadora principal de al menos una persona en situación de dependencia, de forma no remunerada, desde hacía al menos 6 meses. Se excluyeron del estudio las personas que cuidaban a alguna persona en situación terminal.

Se elaboró un registro con los datos necesarios para la definición de los perfiles. El criterio fundamental de segmentación fue el sexo, con lo que se constituyeron 2 segmentos de igual tamaño. Para conseguir una diversidad de perfiles se utilizaron, además, otros criterios relativos tanto a las características de las personas cuidadoras (edad, nivel socioeconómico, situación laboral, tamaño del lugar de residencia y parentesco con la persona cuidada), como de las personas cuidadas (tipo y grado de dependencia).

En el Cuadro 2 se aporta un mayor detalle de los perfiles de las personas participantes.

Cuadro 2. Perfiles de las personas participantes en el cuarto artículo

		Sexo	
		Mujeres (n)	Hombres (n)
Características de las personas cuidadoras	Edad:		
	- Adultas jóvenes	3	1
	- Adultas	11	8
	- Adultas mayores	2	7
	Nivel educativo:		
	- Bajo	5	6
	- Medio	5	6
	- Alto	6	4
	Situación laboral:		
	- Sin trabajo remunerado	9	10
- Con trabajo remunerado	7	6	
Tipo de hábitat:			
- Rural	8	7	
- Urbano	8	9	
Relación de parentesco con la persona receptora de los cuidados:			
- Padre/madre	7	1	
- Pareja	3	8	
- Hijo/a o sobrino/a	6	7	
Características de las personas receptoras de los cuidados	Grado de dependencia:		
	- Moderada o severa	6	6
	- Gran dependencia	6	6
	Tipo de dependencia:		
	- Física	5	5
- Psíquica	6	5	
- Ambas	5	6	

4.4.3. Recogida de información

El trabajo de campo para la realización de las entrevistas se desarrolló entre mayo y julio de 2009.

La recogida de información se realizó mediante entrevista semiestructurada, con un guión de temas flexible y abierto, adaptándose al discurso de los y las participantes. El lugar de realización de las entrevistas fue el domicilio de las personas entrevistadas o, de forma excepcional, otro lugar que les resultara cómodo. La duración media de las entrevistas osciló entre 60 y 90 minutos. Se realizó un registro de observaciones sobre incidencias del trabajo de campo.

Las entrevistas fueron grabadas en audio, transcritas de forma literal y posteriormente revisadas para verificar su contenido. Las anotaciones de las observaciones de campo se integraron en los *verbatim*s, por lo que también formaron parte del cuerpo de información para el análisis.

4.4.4. Análisis de la información

Tras la lectura preliminar de las transcripciones, se identificaron los temas emergentes y se establecieron las dimensiones y categorías de análisis. La clasificación conceptual de estas categorías se realizó mediante procedimientos tanto inductivos como deductivos. Posteriormente se diferenciaron los discursos según sexo para su posterior comparación. Además, se agruparon los discursos para compararlos según los distintos perfiles de los y las participantes.

Se analizaron las siguientes dimensiones y categorías:

- Mecanismos que influyen en la decisión de asumir el rol de persona cuidadora, estereotipos y otros mecanismos.
- Actitudes relacionadas con el cuidado y con las maneras de afrontarlo: reparto de tareas, roles de género adquiridos, estrategias de afrontamiento y otras actitudes.
- Impacto de los roles de género e identidad de género relacionados con el cuidado sobre la salud y la calidad de vida.

En primer lugar, se realizó un análisis de contenido, comparando los discursos y textos generados por los perfiles establecidos. Se analizó el contenido por categorías y las relaciones entre las categorías.

En segundo lugar, se realizó un análisis sociológico del discurso, realizando una aproximación holística del texto como un todo, diferenciando y comparando los discursos producidos por los hombres y los producidos por las mujeres. Se estableció un orden preestablecido de lectura literal de los textos transcritos, se enumeraron los contenidos temáticos, se realizaron anotaciones a los textos de acuerdo a intuiciones analíticas y se interpretaron las posiciones discursivas, relacionando el contexto social, las características del diseño y el texto producido.

4.4.5. Producto del estudio y contribución de la doctoranda

Este estudio dio como resultado el cuarto de los artículos que configuran la tesis:

DEL RÍO-LOZANO, MARÍA; GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; MARCOS-MARCOS, JORGE; ENTRENADURÁN, FRANCISCO; MAROTO-NAVARRO, GRACIA. (2013). Gender identity in informal care: Impact on health in Spanish Caregivers. *Qualitative Health Research*, 23 (11): 1506-1520. [Revista indexada en el ISI JOURNAL CITATION REPORTS, Factor de Impacto: 2.181]

Participé en todas las etapas del proceso de investigación de este estudio, contribuyendo de forma sustancial en la realización de las siguientes actividades: el diseño, el reclutamiento de participantes, la realización del trabajo de campo en la provincia de Granada, la transcripción de las entrevistas en profundidad, el análisis sociológico del discurso de la información, la elaboración de informes finales, la redacción del artículo para su envío a la revista *Qualitative Health Research*, las revisiones requeridas hasta su publicación y la difusión de los resultados en congresos nacionales.

4.5. Metodología para el objetivo específico 5

El quinto objetivo específico de la tesis es «analizar, desde la perspectiva de género, las percepciones y actitudes de profesionales sanitarios ante el cuidado informal».

4.5.1. Diseño

Para la consecución de este objetivo se realizó un estudio cualitativo, mediante entrevistas individuales en profundidad y grupo de discusión, realizado en el ámbito de los Centros de Atención Primaria (AP) del Distrito Sanitario de Granada⁵.

⁵ El proyecto de investigación «PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE EL CUIDADO INFORMAL» ha recibido financiación del Observatorio de Salud de las Mujeres, mediante el contrato con referencia 224/2006.227.06.

4.5.2. Población y muestra

La población de estudio estuvo formada por profesionales de medicina de familia, enfermería, trabajo social y psicología que trabajaban en centros de AP del Distrito Sanitario de Granada.

Mediante muestreo intencional no probabilístico, se seleccionaron 18 profesionales sanitarios. Se contó con la ayuda de informantes clave para identificar personas con perfiles concretos a entrevistar.

Los criterios de inclusión fueron tener más de un año de experiencia y atender a cuidadoras y cuidadores informales en consultas de AP y atención domiciliaria, a través de los servicios de atención sanitaria a domicilio a problemas específicos. Estos servicios fueron: alta hospitalaria, personas inmovilizadas, personas en situación terminal y mayores en riesgo, de las unidades clínicas de los centros de salud del Distrito Sanitario. Todos ellos se incluían en la cartera de servicios de AP del Servicio Andaluz de Salud (SAS) en el momento de la realización del estudio.

Los criterios de segmentación de la muestra fueron el sexo y la profesión. Como criterios de diversidad muestral se contemplaron: la edad, el centro de salud, los años de experiencia y haber sido o no cuidador o cuidadora informal.

4.5.3. Recogida de información

La información se recogió durante el mes de septiembre de 2006. Para ello, se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas y grupo de discusión.

Las entrevistas semiestructuradas duraron una media de 60 minutos y el grupo de discusión 90. Se grabaron en audio y posteriormente fueron transcritas.

4.5.4. Análisis de la información

Se realizó un análisis del contenido pragmático explícito de los textos procedentes de las entrevistas semiestructuradas siguiendo las recomendaciones de Denzin y Lincoln (1994). El análisis se realizó con ayuda del soporte informático Nudist Vivo. Se identificaron los párrafos relevantes y los nodos principales y secundarios, en base a categorías predefinidas según los objetivos del estudio y a categorías adicionales surgidas del análisis preliminar de los discursos. Las categorías definitivas fueron: a) percepciones sobre cuidado informal: concepto de dependencia y de cuidado informal, diferencias de género en el cuidado informal e impacto en la salud, y b) actitudes relacionadas con el cuidado informal: actitud conservadora, actitud hacia el cambio y derecho a no cuidar.

La información aportada por el grupo de discusión sirvió para profundizar en el tema y asegurar la confiabilidad de los resultados obtenidos en las entrevistas.

4.5.5. Producto del estudio y contribución de la doctoranda

Este estudio dio como resultado el quinto de los artículos que configuran la tesis:

GARCÍA-CALVENTE, MAR; DEL RÍO-LOZANO, MARÍA, CASTAÑO-LÓPEZ, ESTHER; MATEO-RODRÍGUEZ, INMACULADA; MAROTO-NAVARRO, GRACIA; HIDALGO-RUZZANTE, NATALIA. (2010). Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gaceta Sanitaria*, 24 (4): 293-302. [Revista indexada en el ISI JOURNAL CITATION REPORTS, Factor de Impacto: 1.116]

He contribuido, de manera sustancial, en la realización de las siguientes actividades: el análisis de la información, la redacción del artículo para su envío a la revista «Gaceta Sanitaria», las revisiones requeridas hasta su publicación y la difusión de los resultados en congresos de ámbito nacional e internacional.

4.6. Aspectos éticos

Los protocolos de investigación de todos los proyectos, incluidos los aspectos éticos, fueron aprobados por la Comisión de Investigación de la EASP y por los organismos financiadores correspondientes.

Todas las personas participantes en los estudios que utilizaron fuentes primarias de datos recibieron información de los objetivos de los mismos, participaron de forma voluntaria y firmaron un consentimiento informado de forma previa a la recogida de información. Se garantizó su anonimato y confidencialidad a lo largo de todo el proceso, de acuerdo con la actual legislación española (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre). Sus datos personales fueron guardados en ficheros de seguridad y sus nombres reales fueron sustituidos por otros ficticios. Los estudios que utilizaron fuentes secundarias de datos también respetaron todos los aspectos éticos recogidos en la legislación vigente.

5.

RESULTADOS

Este bloque de resultados contiene dos apartados. El primero expone los cinco artículos publicados en el formato original de la revista y, por tanto, en el idioma en que fue publicado. Cada publicación da respuesta a uno de los cinco objetivos específicos de la tesis y constituye un resultado en sí mismo, que incluye todo el proceso de investigación, desde el diseño del estudio a la discusión de los resultados. No obstante, para facilitar la lectura de los artículos, se ofrece un segundo apartado con un resumen de los resultados más relevantes en castellano.

5.1. Artículos publicados que constituyen los resultados de la tesis

Se adjuntan las cinco publicaciones que constituyen el cuerpo de la tesis, en su edición original. Aquí es donde se muestran los resultados de forma más completa, donde puede leerse un mayor detalle de los mismos y donde se pueden visualizar todos los datos en gráficos, tablas y selección de citas textuales.

5.1.1. Artículo 1

GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; HIDALGO-RUZZANTE, NATALIA; **DEL RÍO-LOZANO, MARÍA**; MARCOS-MARCOS, JORGE; MARTÍNEZ-MORANTE, EMILIA; MAROTO-NAVARRO, GRACIA; MATEO-RODRÍGUEZ, INMACULADA; GIL-GARCÍA, EUGENIA. (2012). Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociology of Health & Illness*, 34 (6). [Revista indexada en el ISI JOURNAL CITATION REPORTS, Factor de Impacto: 1.735]

SOCIOLOGY OF HEALTH & ILLNESS

Sociology of Health & Illness Vol. 34 No. 6 2012 ISSN 0141-9889, pp. 911-926
doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01440.x

Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain

María del Mar García-Calvente^{1,2}, Natalia Hidalgo-Ruzzante², María del Río-Lozano¹, Jorge Marcos-Marcos², Emilia Martínez-Morante¹, Gracia Maroto-Navarro^{1,2}, Inmaculada Mateo-Rodríguez^{1,2} and Eugenia Gil-García³

¹Andalusian School of Public Health, Spain

²CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain

³University of Seville, Spain

Abstract This study analyses different perceptions by women and men, from different social backgrounds and ages, regarding their health, vulnerability and coping with illness, and describes the main models provided by both sexes to explain determinants for gender inequalities in health. The qualitative study involved in-depth interviews with women and men resident in Granada (Spain). The women rated their health worse than men, associating it with feelings of exhaustion. However, men tended to overrate their health, hiding their problems behind the 'tough guy' stereotype associated with masculinity. Both women and men shared the belief that women are more vulnerable, while men are weaker at coping with illness. The explanatory models offered for this paradox of 'weak but strong women' and 'tough but weak men' were different for each sex. Men used biological arguments more than women, centred on the female reproductive cycle. Women used more cultural models and identified determinants relating to social stratification, gender roles and power imbalances. In conclusion, gender constructions affect the health perceptions of both women and men at any social level or age. 'Exhausted' women and 'tough' men should form preferential target groups for intervention to reduce gender inequalities in health.

Keywords: gender identity, women's health, men's health, lay accounts, qualitative research

Introduction

Many of the differences in women's and men's health outcomes cannot be attributed to biological differences (Phillips 2005). It is necessary to stress the importance of gender in such differences that are in permanent interaction with all elements that shape social reality (Courtenay 2000a, Macintyre *et al.* 2005). This research forms part of the study of gender

© 2012 The Authors. *Sociology of Health & Illness* © 2012 Foundation for the *Sociology of Health & Illness*/Blackwell Publishing Ltd. Published by Blackwell Publishing Ltd., 9600 Garsington Road, Oxford OX4 2DQ, UK and 350 Main Street, Malden, MA 02148, USA

912 María del Mar García-Calvente *et al.*

inequalities in health and their determinants, and adopts a hermeneutic approach focusing on the experiences of women and men living in an Andalusian city, in southern Spain.

In Spain, for decades, marked gender roles attributed tasks within the home to women and those relating to the public arena and professional development to men. This dichotomy was especially clear from the 1930s under the Franco dictatorship (Martínez-Quintero 2003). It was only with the passing of the Spanish Constitution in 1978 that the first real progress was made in equal opportunities for women and men. Since then, there have been important social changes in Spain – older average age at marriage, increase in divorce rates, legalisation of abortion or the fall in the birth rate. Over recent decades, not only have women risen to form the majority of students in Spanish universities, but also the number of women paying social security contributions has risen from 15 per cent in the 1960s to 49 per cent today (Iglesias and Llorente 2008). New models for gender relations are slowly emerging (Del Valle *et al.* 2002), and there is a political commitment towards equality while social awareness of gender discrimination is developing swiftly, especially since the enactment in 2007 of the Law on Effective Equal Opportunities for Women and Men (Ministerio de Igualdad 2007).

In spite of such progress, and in line with the increase in the overall working population over recent years for both men and women, the time devoted to paid work has continued increasing to a greater extent for men than for women (Instituto de la Mujer 2007). There is yet a clear gender segregation in the labour market in Spain, both horizontal and vertical, with men occupying the higher ranks and enjoying less temporary work and better remuneration (Vicente-Merino 2010). Women continue to devote more than twice as much time to domestic activities, whatever their labour situation and civil status (Instituto de la Mujer 2007), and also continue taking greater responsibility for informal care (García-Calvente *et al.* 2007). These two aspects, together with others, continue to exert a powerful negative influence on social recognition for women in this social situation (García-Calvente *et al.* 2004). Moreover, a higher percentage of men than women perceived their health to be good at every stage of life, with the gap being greatest in people aged over 65 (Instituto Nacional de Estadística 2006). It is noteworthy that the higher levels of tiredness, physical and mental exhaustion and worse health reported by women are often associated with their reproductive roles, in both national and international studies (Borrell *et al.* 2004a, García-Calvente *et al.* 2004, Markey *et al.* 2005, Mellner *et al.* 2006), or by the multiple roles they play (Popay 1992, Rohlfs 2003).

This imbalance in roles and in social structure places men and women in an unequal position for access to, and control of, both physical and non-physical resources relating to wellbeing and quality of life markers. A gender approach to the study of health has led to great progress in explaining how cultural conventions, roles and social behaviour that differentiate women and men also produce inequality in health (MacIntyre *et al.* 1996). Women's and men's health is different partly because of biological factors that take different forms in health, but it is also unequal because there are social factors that establish systematic, avoidable and unfair differences (Levy *et al.* 2006). But the gender system not only establishes values, norms, customs and behaviour. It also contributes to differences in exposure and vulnerability to health risk factors for women and men, which lead to different experiences in the process of health-illness healthcare (Barker *et al.* 2007, World Health Organization 2007). It is therefore important not only to recognise the biological differences and characteristics of women and men but also to understand how the social gender roles interact in both the construction of identities and in the allocation of expectations and responsibilities (Sabo 2000). If the study of men's health is framed within the theories of equity and gender analysis, it is important to stress the health risk and problems faced by men as a consequence of the social interpretation of their role (García-Calvente 2004).

© 2012 The Authors.
Sociology of Health & Illness © 2012 Foundation for the Sociology of Health & Illness/Blackwell Publishing Ltd

In most European countries, men have higher death rates while women live longer, and report higher levels of illness and worse perceived health (Moller-Leimkuhler 2003, White and Cash 2004). It is accepted today that certain constructions of masculinity can be damaging for the health of males. In Spain, there is also the paradox that, although women show worse perceived health, mortality rates are higher for men. The small number of studies on this subject indicates that this higher masculine mortality in Spain is related to more widespread smoking (lung cancer), alcohol consumption (cirrhosis), drug-taking (HIV/AIDS) and injuries caused by high-risk activities (Artazcoz *et al.* 2004). In the literature, healthy and unhealthy behaviour can be interpreted as ways of reinforcing or resisting hegemonic masculinity (De Visser 2009), that is, the type of masculinity that is most praised and idealised in a specific historical context (Connell and Messerschmidt 2005). More specifically, the higher male mortality is mainly attributed to the exercise of symbolic power by men, because social practices assume that their physical and mental health is stronger and less vulnerable than that of women (Stanistreet *et al.* 2005). This leads them to adopt risky behaviours in order to show their manliness and set themselves apart from what is feminine (Courtenay 2000b). Moreover, although men have always been presented in literature as members of the patriarchy (Scott-Samuel 2009), recently studies based on the gender approach have focused on the oppression not only of women but also of other types of subordinated masculinity or resistant forms of masculinity (Kimmel and Messner 1997). However, it must be realised that all 'masculine traits' or forms of masculinity do not imply a risk for men, nor do all men make the same efforts to conform to traditional definitions of masculinity (Connell 1995). In the same way, not all social norms and typically-defined roles are expressed clearly with regard to their involvement in health. At all times in history, there have been different forms of masculinity, some dominant, some marginal, some stigmatising, which compete with each other and possess their own structural, psychosocial and cultural supports (Sabo and Gordon 1995). For some authors, structural and psychosocial factors are more important for explaining the health of women, while behavioural factors are more relevant for men (Denton *et al.* 2004). Whether or not this is so, vulnerability to illness is also affected by different social and family gender roles, lifestyles and preventive practices in men and women, and the structural conditions in which these take place (Arber and Cooper 1999).

All this indicates that health is determined by a complex set of interrelated elements. Gender, as a determinant of men's and women's health, must be considered in interaction with other inequality axes (Macintyre *et al.* 1996). Over recent years, research based on the paradigm of intersectionality has reaffirmed the confluence of gender, in its impact on health, with the context and other dimensions of social stratification (Hofman 2010). In this sense, one of the areas regarding social inequalities in which the relationship between gender and social class has experienced a greater interest in Spain has been the informal care and dependency (Borrell *et al.* 2004b).

In this connection, it must be remembered that it is critical feminism that has insisted on the need to explore in greater depth the interrelation between behaviour and outcomes for men's and women's health (Lohan 2007). However, there is not much literature in Spanish on the different perceptions of health in men and women or on coping behaviour in health-illness processes. In Andalusia, the region providing the context for this study, the 3rd Andalusian Health Plan (Junta de Andalucía 2003) was designed to promote policies to reduce social inequalities in health, including gender inequality, based on the understanding that it was first necessary to make such inequalities visible and to study the determinants involved. In the specific case of the gender approach, in Spain many of the studies performed have been more influenced by political trends in the country than by social transformations.

914 María del Mar García-Calvente *et al.*

Many researchers have pointed to the lack of knowledge in Spain stemming from studies based on a sociological gender perspective, and the limited dissemination of this knowledge among the international community. This occurs especially in areas that analyse life experiences, the everyday interaction of small groups or individual behaviour (Valiente 2002). For all these reasons, the purpose of this study is to analyse the different perceptions and experiences of health, vulnerability and coping with illness as expressed by women and men of different social classes and at different stages of life, and to explore models to explain gender inequality in health.

Methods

This qualitative study is based on in-depth interviews, focusing hermeneutically on the analysis of life experiences and everyday relations. The study protocol was reviewed and approved by the Internal Research Commission of the institution responsible on the project. This Commission did not consider it necessary to submit the project to a specific process of ethical review, as this is only mandatory for studies of a clinical nature in Spain.

The interviews were carried out from 2004 to 2006 by four interviewers who had received training and guidance and were supervised by members of the research team. The sample was made up of 20 women and 20 men aged over 25 and resident in the city of Granada in Spain. The participants were selected by non-probabilistic, intentional sampling based on profiles that were pre-defined by the research team in charge of the project. In order to ensure the external validity of the process, strict controls were enforced to avoid bias in the selection of participants. All the interviewees participated in the study voluntarily, without receiving any sort of compensation or incentive. Contacts were made by telephone by mediators (social workers, socio-cultural workers and health care professionals) belonging to independent networks not connected with the research team.

Two main criteria were used to define the profiles: (1) a personal criterion, based on analysis of the subject's context, defining men's and women's profiles mainly by their occupational social class and labour situation;¹ and (2) a time-based criterion taking age as a proxy variable: young adult (aged 25–35), middle aged (aged 45–55) and elderly (aged 65 or over) (see Table 1). A topic guide drawn up in advance by the research team was followed but with sufficient flexibility to allow maximum adaptation to the participants' discourse. Each interview began with the participant's life story. Interviews lasted from 1 to 3 hours and were carried out in participants' homes in order to ensure a confidential, relaxed atmosphere. Confidentiality was guaranteed throughout the study in compliance with the Spanish law on personal data protection (Organic Law 15/1999, of 13 December). For this purpose, participants' personal details were kept in secure files so that only the people responsible for the field work had access to them. The real names were replaced by fictitious ones. In addition, participants were asked to give their informed consent for the interviews to be recorded and for use to be made of the information given in them, and they were informed of both the purpose of the research and of the institutions involved in the process.

All the interviews were recorded and then transcribed verbatim by persons not involved in the research. The transcriptions were completed with details on each participant using the interviewer field notes. After a general review of all the transcriptions, the analytical categories were established, being the data coded and triangulated among various members of the research team in order to check validity. The most essential categories were: (1) conceptions on health and illness; (2) self-rating of health; (3) experience of illness; (4) health-related living conditions; and (5) gender experience and health. The research team conducted

Table 1 Participant profiles

Women				Men			
Number of participants in each profile	Age interval	Social class*	Labour situation	Number of participants in each profile	Age interval	Social class*	Labour situation
2	25-35	Manual	Paid employment	1	25-35	Manual	Unemployed
2	25-35	Manual	Unemployed	1	25-35	Non-manual	Paid employment
2	25-35	Non-manual	Paid employment	2	25-35	Non-manual	Unemployed
2	25-35	Non-manual	Unemployed	3	25-35	Manual	Paid employment
2	45-55	Manual	Housewife	1	45-55	Manual	Unemployed
2	45-55	Manual	Paid employment	2	45-55	Non-manual	Paid employment
3	45-55	Non-manual	Paid employment	2	45-55	Non-manual	Unemployed
1	45-55	Non-manual	Housewife	3	45-55	Manual	Paid employment
1	65 or over	Manual	Retirement	2	65 or over	Non-manual	Retirement
1	65 or over	Manual	Housewife	2	65 or over	Manual	Retirement
2	65 or over	Non-manual	Housewife				

*Spanish Society of Epidemiology. Classification by occupation (Álvarez-Dardet *et al.* 1995)

916 María del Mar García-Calvente *et al.*

the analysis using the NVivo software and following the model proposed by Diekelmann *et al.* (1989): a) general reading of the texts; b) review of any topics and examples arising, with analysis of shared and unshared content and their significance in the light of each profile; c) identification of interrelated topics.

Findings

Our findings are taken from the five analytical categories outlined in the methodology, although they are divided into two main sections: self-perceived health and vulnerability to illness on the one hand, and coping with illness on the other.

Self-perception of health and vulnerability to illness

The women participants described their health as 'poor' or 'good, but ...'. These descriptions were mostly from middle aged and elderly women, from less privileged classes. These discourses came from women who attributed to health a meaning of personal balance that they lose gradually over the years while experiencing a sensation of constant exhaustion. They offered a variety of explanations for their more compromised health – age, reproductive history, abuse, domestic and caring responsibilities, harsh labour conditions and other stressful life situations.

María: My health is very poor ... from when I worked with fish as a young girl, that really ruined my bones ... When my son was born, I had back problems. I was really in a bad way, then soon after, just one year later, I had my daughter and I had a terrible time ... Then I had to have an operation on my womb ... I've had lots of illnesses ... because I was getting sick all the time and I had to look after the house, my parents-in-law. I had him (her husband), and I had to look after my sick children. I was exhausted (Woman, aged 65 or over, manual, housewife).

The male participants tended to overrate their health but, as we went further into what they said, we discovered their health was not so good. Some of them displayed a 'tough guy' stereotype, but they stated that when they were sick they had a hard time, they complained and were afraid of suffering.

Juan: Well, I don't think I've ever been sick ... I have the usual things for my age, a bit of arteriosclerosis, my memory isn't as good as it used to be, my digestion is slower ... But I still have energy, vitality, I don't feel tired, I don't have any aches or pains. I think I am totally healthy (Man, aged 45–55, non-manual, unemployed).

Both men and women shared the belief that women are more vulnerable to illness. Several explanations were given for this phenomenon, including biological, educational and cultural factors, and unequal living conditions. An initial theme in the discourse, expressed by men of different ages and social levels, was the so-called 'biological weakness' of the female sex, related to reproductive and hormonal factors in women.

Luis: Women are subject to a clearer biological cycle. It starts with their periods, then the menopause and that's where I think there are objective differences. For us, it's more gradual. Something like menopause exists. You can feel it in your sexuality and in lots of things, but our process is much more gradual, and perhaps more

difficult to perceive, and that might have an effect (Man, aged 45–55, non-manual, paid employment).

Another discourse, expressed mainly by women of intermediate generations from different social backgrounds, pointed to the combination of biological and social factors as determinants for this different vulnerability to illness for men and women. Such biologically-biased explanations usually went hand in hand with arguments of a cultural nature, especially those relating to their own system of values and differences in living conditions.

Adela: Women get ill more, especially because we go through more things like periods, childbirth, the menopause ... and also because we have a harder life, we have to watch over everything and that gradually undermines our health. We have a different feeling of responsibility for things. Sometimes you're not satisfied with your life, you feel subjected ... and that can do damage. Women have a difficult role to play (Woman aged 45–55, manual, paid employment).

Finally, some women from less privileged classes, expressed disagreement with the idea that women are weaker 'by nature'. They attribute the different predisposition to illness of men and women to unequal living conditions related to gender socialisation.

María: Whether you get more or fewer illnesses is not just a question of being stronger or weaker, which is what people say. I'm sure I was strong when I was born, wasn't I? It's partly the life we lead. I started working hard as a girl then at a very early age I took on responsibilities caring for my parents-in-law, my parents, my children (Woman, aged 65 or over, manual, housewife).

These women stressed the importance of gender-related power relationships and focused their arguments on the impact on their health of situations they considered discriminatory – caring for dependents, suffering violence from their partners, or taking on great responsibilities. These situations are seen as deprivation of freedom and are considered to have a negative impact on health. The cause of this was identified by the women as power imbalance, which they called 'machismo'.

Ana: [Illness] comes, and so does abuse ... because I suffered a lot of abuse (lowering her voice) from my family and from him [former husband] ... They say that such things take their toll when a person gets older, don't they? Well, that's what's happening to me ... He was a man with strict ideas, a macho man. So I wasn't able to fulfil myself, my wings were clipped ... They used to have to sign everything, so you couldn't do anything on your own. Now I can do whatever I like (Woman, aged 45–55, manual, housewife).

In the discourse of men of all ages, especially from lower social classes, explanations also stemmed from gender-based determinants such as certain types of behaviour related to traditional male stereotypes. They talked of 'excesses' – both at work and from consuming damaging substances – as risk factors for their health.

Manuel: I have two slipped discs because I worked so hard. I used to be a real brute at work lifting heavy weights and doing all sorts of things, and now I realise ... And I think if I didn't smoke, it would be better... because I think smoking kills you

918 María del Mar García-Calvente *et al.*

off. That's where I see the greatest problems (Man, aged 45–55, manual, paid employment).

The men stated that it used to be men who engaged in most risk behaviours but that women were now imitating the same patterns.

Nacho: I think women were always more vulnerable. But, before, women didn't have the bad habits they have now. Before, it was men who had bad habits so we were on a par with women. Women used to be healthier but now they have the same bad habits as men and, since they are more vulnerable by nature, they are worse off. It's also true that they live longer but that was women before, not today's women. With time, you'll see them dropping off like flies (Man, aged 65 or over, manual, retired).

According to this discourse, the migration of women towards patterns of behaviour that were traditionally male is due to a search for equality, greater personal freedom, less social criticism and normalisation of this type of behaviour.

Miguel: They're becoming as twisted as us. If you can do it, why shouldn't I? Before, people didn't like women smoking, and were more afraid of what others would say. But not now. They are losing that sort of fear (Man, aged 45–55, manual, paid employment).

None of the women interviewed expressed these arguments.

Coping with illness

Although women were considered more vulnerable, the two sexes agreed that men were weaker when ill, that they adopted a fearful and dependent attitude when faced with distress and illness.

Jesús: But when men get ill they behave like hypochondriacs, they are afraid, they don't know how to react properly. But women, I think they know how to react when they're sick ... they complain less. At least that's how I see it (Man, aged 25–35, manual, paid employment).

Elena: Although there are studies stating that women tend more towards depression, I think there are no differences. So I think we have the same likelihood of falling ill, but men are more afraid of going to the doctor and more afraid of facing up to an illness. Women cope better (Woman, aged 25–35, non-manual, paid employment).

An initial discourse, expressed by both men and women, gives biological reasons for women's ability to cope with illness and especially pain. They withstand it better because they are biologically prepared for procreation and their reproductive cycle keeps them in constant, regular contact with pain.

Isabel: I think men are worse at putting up with physical pain than women. I've seen it for myself. We are more likely to put up with physical pain, and we may be ill more often. We generally have period pains every month so when we have something a bit more serious we know how to put up with it. I think men place much more importance on it. I've seen it in my partner. When he's ill, he seems worse than I

would be if I had the same illness. They don't get ill so often, but it affects them more and they take it worse (Woman, aged 25–35, non-manual, paid employment).

Paco: No, women put up with more. The fact that they have babies means they have to put up with more than men. You always have to study humans in comparison with animals. If you give a poison to a male animal and to a female with cubs, the male dies but the female has an instinct to survive and give life. Males are sillier (Man, aged 65 or over, non-manual, retired).

Alongside this approach, there is another discourse linked to cultural determinants which accounts for this pattern of fragile behaviour as a result of upbringing based on social norms associated with masculinity. Both men and women argued that society requires men to adopt an attitude of being strong, even though they consider this is damaging for their health.

Luis: I think we men have been taught to deny that there is a problem. There are women who are more aware of their bodies but who then do the same. They go to work because they have no alternative. But we don't take any notice of the signs and we go on until we collapse, until you can't get up because of the pain in your belly, or things like that. What we need is more education (Man, aged 45–55, manual, paid employment).

Beatriz: Men, as the strong male, are supposed to be strong and they are more ashamed of complaining ... Men – a thousand times more [worse at coping]. I know this from experience because he [her partner] has never been ill and let's hope he never gets a headache. As far as I remember, he's had a headache three times and those were the worst days of my life, because he gets really sick. He's the sickest person in the world. And he's just like all the men I know when they are ill (Woman, aged 25–35, non-manual, paid employment).

Based on this cultural model, both women and men agreed that women are stronger because they take on family care responsibilities, a value that is traditionally associated with women. Caring for others, a role expected of women, means they neglect their own health, ignore their symptoms and do not allow themselves to become ill.

Ana: Since I cannot be ill, well I'm not. Even if I'm nearly dying, I can't lie down because you have to keep going. You have to be OK because everyone depends on you. It has to be something really, really serious for me to go to bed. When anyone in my family has a cold, they take a pill and spend the day in bed. But I can't. The headaches and everything just have to go away. That's the way it is (Woman, aged 45–55, manual, housewife).

Ángel: It's not that we get ill more. I think there are men who put up with more. But women, even if they have all sorts of medical problems, they have to be up. If they have children and are ill, they still have to be up. That doesn't happen in my house because at home if I see my wife is ill, well, I try to get her to stop, but she says there are lots of things to do, that even if she's sick she still has to get up to make lunch and do things. And men when they're sick they go to bed and that's that. From that point of view, women work more, even if they are ill. They work more than men. That's a fact (Man, aged 25–35, manual, paid employment).

Discussion

The findings show that men and women share some discourses in describing their own health and in relation to the explanations for sex differences in health, but mostly men's and women's discourses differed. Women tend to express a worse perception of their health, and emphasise the feeling of exhaustion. By contrast, men tend to overrate their health, concealing their health problems behind the 'tough men' stereotype. Although some patterns of exposure to health risk factors which were previously associated with either men or women are now converging, both sexes agree that women are more vulnerable to illness while men cope with illness worse. This paradox of 'weak but strong women' and 'tough but weak men' was explained by participants with a number of arguments, from essentially biological interpretations to mixed biopsychosocial or exclusively cultural models.

The qualitative approach proved to be a valuable and efficient methodological strategy allowing us, in daily life scenarios, to analyse gender inequalities in assessment of health from the point of view of the subjects involved in the process. Certain key points can be drawn from this study for learning more about gender inequalities in health in the context analysed. Moreover, the design used allows analysis of this situation in a heterogeneous sample of men and women that is defined mainly by social class, labour situation and age. In this study, social class was determined by occupation, a widely-used indicator (McFadden *et al.* 2008), but one which has certain limitations when applied to women: they are less likely to be in paid employment than their partners and they frequently interrupt their working life to deal with domestic and family responsibilities (Borrell *et al.* 2004a). The use of additional segmentation criteria, such as educational level or family type, might add useful information regarding the diversity of experiences of women and men in different living conditions.

From the findings, no clear differences by age were seen in the discourses of participants about explanations for sex differences in health, mainly among men. When interpreting this finding, it must be remembered that all the participants were aged over 25. This criterion was established by assuming that to this age much of the gender roles are well defined. The research team recognises that could be useful to conduct similar projects in younger generations as a way to analyse the identity construction and the gender development.

Among the women, the main discourse in relation to their own health was exhaustion, mainly accounted for by reference to socially-acquired roles. Women give health a meaning of personal balance, which they consider themselves to have lost as a result of the excessive burden of what are still considered to be women's responsibilities (care of the home and the family). To an increasing degree in middle-aged women, everyday life is described as a series of time-consuming situations, creating a vicious circle of constant exhaustion. There is extensive literature offering explanations for women's poorer perceived health, especially at this stage of life, because of systematic acceptance of both reproductive and productive roles. (Popay and Groves 2000, García-Calvente *et al.* 2007). The lack of time for themselves and the need to necessarily adapt to life situations generate a 'code of endurance' that is related to the emergence of health problems (Conde and Gabriel 2002). In addition, the way women are socialised makes it easier for them to speak about themselves, to answer questions about their health and express their complaints, which may suggest they are more prepared to talk openly about a worse state of health (Velasco 2006).

Women's perception of their health varies not only by age but also by social class. It is mostly middle-aged and elderly women and those from less privileged classes that rate their health badly. The literature from contemporary Spain that analyses jointly the impact of both areas of inequality on health is very recent (García-Calvente *et al.* 2008). In a study

performed among persons in employment in Catalonia (Spain), aged 25 to 64 and living in couples, family demands were not related to health markers in either men or women in more advantaged social classes. However, in manual workers there was a link between family demands and poor perceived health, chronic limitations on activity and the presence of chronic disorders (Artazcoz *et al.* 2001). Gender inequalities might, therefore, be emphasised by the lack of opportunities and resources for maintaining wellbeing and health among less privileged classes (Denton *et al.* 2004).

In contrast, our results indicate that men tended to overrate their health, based on the 'tough man' stereotype associated with the masculine image. Other studies also indicate that it is difficult for men to recognise and express their needs, feelings and emotions as this is considered to be a sign of weakness and feminisation (Keijzer 2003). In Spain, the most marked masculine stereotypes – aggressive, risk-loving, athletic, acting as a tough leader – have remained practically unchanged over recent decades, which might mean that the idea prevails among men that they have stronger health and are less vulnerable to illness (Instituto de la Mujer 2007). Some recent studies show that men often associate healthcare with the feminine and therefore tend to avoid it (Verdonk *et al.* 2010). The literature consistently shows that men more often deny the possibility that they might be ill, only calling on health services as a last resort. Doing otherwise would indicate they were accepting a role of dependence and fragility associated with what is feminine (Addis and Mahalik 2003).

The results show that, in the context studied, age does not alter men's discourse about vulnerability to illness as much as social class. This differs from the findings in other studies showing that, throughout their lives, men gradually renegotiate the patterns of masculinity associated with health risk-related behaviour that they had established at earlier ages. The literature shows that events such as paternity, illness or ageing may modify certain concepts and/or practices that are traditionally seen as masculine (O'Brien *et al.* 2007), such as drinking too much (De Visser and Smith 2007), or considering sexual activity to be the key area representing masculinity (Sand *et al.* 2008). However, the perception of the men in this study was seen to be fairly static at every stage of the life cycle. This was not the case with the perception of coping with illness, which changed with age. Along the same lines, other studies have found greater reluctance to seek medical advice among younger men than older men, also associated with patterns of masculinity (O'Brien *et al.* 2005, Noone and Stephens 2008). The literature on healthcare services does not make a clear distinction between what men say that they do, as a means of 'doing gender', and what in fact they do, taking into account the actual consultation rates, as some authors suggest (Hunt 2010). In the case of Spain, this is one of the topics that should be included in the list of strategic priorities within the studies of gender and health.

The main discourse in relation to sex differences in health, which explains women's greater vulnerability and better coping with illness using biological arguments, ties in with other studies (Bromberger 2004) in that a dual mechanism is seen: the reproductive cycle keeps women in touch with regular pain, and procreation makes them stronger. The second line of discourse, alongside biological vulnerability, identifies structural factors, such as social and gender stratification, and intermediate factors, such as norms and stereotypes about masculinity and femininity, power relations that grant privileges to men, and differences in exposure to health risks. These are also provided by other models for explaining gender influence as a determinant of health and mechanisms that produce gender inequalities (Sen *et al.* 2007). Moreover, some discourses give examples as to how gender constructions can have an effect on biology in a similar way to the 'embodiment' concept related to the biological inclusion of social inequality (Krieger 2005, Robertson 2006). This was mainly the case with the women. The third line of discourse, based on socio-cultural determinants, is similar to certain models proposed in the literature (Denton *et al.* 2004), and in this case includes the

922 María del Mar García-Calvente *et al.*

influence of the socioeconomic position on the perception of structural, psychosocial and behavioural determinants (McFadden *et al.* 2008). In line with other authors (Popay 1992), in our study the women, especially those from less privileged classes, talked more about illness, pain, tiredness and discomfort, which they related to unequal living conditions and to the stress and burden of combining productive and reproductive work.

The male participants identified to a lesser extent the social determinants that affect women's health, but acknowledged that certain risk behaviour affects men more than women. These behaviours are often associated with performances of masculinity (Smiler 2004), which explain men's lower life expectancy (Emslie and Hunt 2008, Pietilä and Rytönen 2008). Along these lines, our results note the gradual migration of women's behaviour towards patterns that are traditionally masculine, involving health risks. But this perception appeared only among the men. This might be explained by the fact that they are more aware of the risks of traditional masculine behaviour and even, as stated by some authors, that they see this migration of behavioural patterns as a sort of conquest by women of men's privileges (Keijzer 2003). In the Spanish context, some studies explain the changes that have taken place over recent decades in mortality patterns, shortening the life expectancy gap between men and women, by a drop in men's exposure to certain risk factors or by a change in women's exposure to risk factors that are traditionally male (Ruiz-Cantero 2006, Romo-Avilés *et al.* 2009). A very interesting example in our context has been the major consumption of tobacco among teenage girls compared to boys during recent decades (Observatorio Español Sobre Drogas 2008). This trend is closely associated with the transformation of cultural and gender values and meanings attributed to smoking, and the adaptation of smoking to, and its compatibility with, the hegemonic roles, needs, expectations and social and bodily models of femininity (Jimenez-Rodrigo 2008).

In conclusion, the findings of this research show how gender is constructed by internalising roles, stereotypes, norms and values that affect the health of men and women, in all social classes and at all ages. The groups of 'exhausted' women and 'tough' men, which are based on stereotyped gender roles, should form preferential target groups for intervention to reduce health inequalities, both in Spain and other contexts where these stereotypes prevail. Future research including the perspective of the subjects involved – women and men alike – on individual, family and community determinants for protecting health or placing it at risk, would expand knowledge on health determinants from the gender standpoint (Esteban 2003). They would help us to address the root causes of inequality that have a negative influence on women's and men's health and to improve the orientation of public health interventions.

Address for correspondence: María del Mar García Calvente, Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Universitario de Cartuja, Cuesta del Observatorio, 4, Ap. Correos 2070. Granada 18080, España
e-mail: mariadelmar.garcia.easp@juntadeandalucia.es

Acknowledgements

The authors would like to thank the editors of the journal and the reviewers of the manuscript for their suggestions and useful comments on a previous version of this paper. They would also like to thank all the people who voluntarily participated in the project. The study would not have been possible without financial support from the Department of Health of the Regional Government of Andalusia (Exp 8/2004), the Carlos III Institute's Healthcare Research Fund (Exp PI04/1751) and the European Regional Development Fund (Exp PI06/1491).

© 2012 The Authors.
Sociology of Health & Illness © 2012 Foundation for the Sociology of Health & Illness/Blackwell Publishing Ltd

Note

- 1 The social class of women was defined by their own occupation, in the cases in which they had ever worked. In the case of women who had never worked, social class was defined by the husband's occupation.

References

- Addis, M.E. and Mahalik, J.R. (2003) Men, masculinity, and the contexts of help seeking, *American Psychologist*, 58, 1, 5–14.
- Álvarez-Dardet, C., Alonso, J., Domingo, A. and Regidor, E. (1995) *La Medición de la Clase Social en Ciencias de la Salud*. Barcelona: SG Editores-SEE.
- Arber, S. and Cooper, H. (1999) Gender differences in health in later life: the new paradox? *Social Science and Medicine*, 48, 1, 61–76.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C. and Cortès, I. (2004) Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class, *American Journal of Public Health*, 94, 1, 82–8.
- Artazcoz, L., Borrell, C. and Benach, J. (2001) Gender inequalities in health among workers: the role of family demands, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 9, 639–47.
- Barker, G., Ricardo, C. and Nascimento, M. (2007) *Engaging Men and Boys in Changing Gender-Based Inequity in Health: Evidence from Programme Interventions*. Geneva: World Health Organization.
- Borrell, C., Muntaner, C., Benach, J. and Artazcoz, L. (2004a) Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Social Science and Medicine*, 58, 10, 1869–87.
- Borrell, C., García-Calvente, M.M. and Martí-Boscà, J. (2004b) La salud pública desde la perspectiva de género y clase social, *Gaceta Sanitaria*, 18, 1, 2–6.
- Bromberger, J. (2004) A psychosocial understanding of depression in women: for the primary care physician, *Journal of the American Medical Women's Association*, 9, 3, 198–206.
- Conde, F. and Gabriel, C. (2002) La evolución de las representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madrileñas, 1993–2000, *Revista Española de Salud Pública*, 76, 5, 493–507.
- Connell, R.W. (1995) *Masculinities*, Cambridge: Polity Press.
- Connell, R.W. and Messerschmidt, J.W. (2005) Hegemonic masculinity. Rethinking the concept, *Gender & Society*, 19, 6, 829–59.
- Courtenay, W. (2000a) Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health, *Social Science and Medicine*, 50, 10, 1385–401.
- Courtenay, W.H. (2000b) Engendering health: A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviours, *Psychology of Men and Masculinities*, 1, 1, 4–15.
- Del Valle, T., Apaolaza, J.M., Arbe, F., Díez Mintegui, M.C., Cucó, J., Díez, C., Esteban, M.L., Etxeberria, F. and Maquieira, V. (2002) *Modelos Emergentes en los Sistemas y las Relaciones de Género*, Madrid: Narcea.
- Denton, M., Prus, S. and Walters, V. (2004) Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health, *Social Science and Medicine*, 58, 12, 2585–600.
- De Visser, R. (2009) I'm not a very manly man. Qualitative insights into young men's masculine subjectivity, *Men and Masculinities*, 11, 3, 367–71.
- De Visser, R. and Smith, J.A. (2007) Alcohol consumption and masculine identity among young men, *Psychology and Health*, 22, 5, 595–614.
- Diekelmann, N., Allen, D. and Tanner, C. (1989) *The NLN Criteria for Appraisal of Baccalaureate Programs: A Critical Hermeneutic Analysis*. New York: The National League for Nursing.
- Emslie, C. and Hunt, K. (2008) The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: a qualitative study, *Social Science and Medicine*, 67, 5, 808–16.

924 María del Mar García-Calvente *et al.*

- Esteban, M.L. (2003) *Cuidado y Salud: Costes en la Salud de las Mujeres y Beneficios Sociales. Género y Cuidados: Algunas Ideas para la Visibilización, el Reconocimiento y la Redistribución*. Bilbao: Emakunde.
- García-Calvente, M.M. (2004) Género y salud: un marco de análisis e interpretación, *Diálogo Filosófico*, 59, 2, 212–28.
- García-Calvente, M.M., Delgado, A., Mateo, I., Maroto, G. and Bolívar, J. (2008) Las desigualdades de género en salud. In Daponte, A., Bolívar, J. and García-Calvente, M.M. (eds.) *Las desigualdades sociales en salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- García-Calvente, M.M., del Río, M. and Eguiguren, A.P. (2007) Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud, *Inguruak Revista Vasca de Sociología*, 44, 3, 291–308.
- García-Calvente, M.M., Mateo, I. and Eguiguren, A.P. (2004) El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad, *Gaceta Sanitaria*, 18, 1, 132–9.
- Hofman, N.G. (2010) Understanding women's work through the confluence of gender, race, and social class, *Cultural Dynamics*, 22, 3, 179–95.
- Hunt, K., Adamson, J. and Galdas, P. (2010) Gender and help-seeking: towards gender-comparative studies. In: Kuhlmann, E. and Annandale, E., (eds.) *Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*. Basingstoke: Palgrave.
- Iglesias, C. and Llorente, R. (2008) Evolución reciente de la segregación laboral por género en España. Instituto Universitario de Análisis Económico y Social. Serie Documentos de Trabajo.
- Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2007) *Usos del tiempo, estereotipos, valores y actitudes*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Instituto Nacional de Estadística (2006) *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Available from: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- Jiménez-Rodrigo, M.L. (2008) Una profecía que se cumple a sí misma: Tras los mitos del consumo femenino adolescente de cigarrillos, *Liberaddictus*, 101, 11–6.
- Junta de Andalucía (2003) III Plan Andaluz de Salud. Available from: <http://www.samfyc.es/descargas/IIIPAS.pdf>
- Keijzer, B. (2003) Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres, C., Cueto, M., Ramos, M. and Vallens, S. (eds.) *La Salud como Derecho Ciudadano: Perspectivas y Propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Herrera.
- Kimmel, M.S. and Messner, M.A. (1997) *Men's Lives*. New York: MacMillan.
- Krieger, N. (2005) Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 5, 350–5.
- Levy, J.L., Chemerynsky, S.M. and Tuchmann, J.L. (2006) Incorporating concepts of inequalities and inequity into health benefits analysis, *International Journal for equity in health*, 5, 2 (open access article containing 19 pages).
- Lohan, M. (2007) How might we understand men's health better? Integrating explanations from critical studies on men and inequalities in health, *Social Science and Medicine*, 65, 3, 493–504.
- MacIntyre, S., Hunt, K. and Sweeting, H. (1996) Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science and Medicine*, 42, 4, 617–24.
- MacIntyre, S., McKay, L. and Ellaway, A. (2005) Who is more likely to experience common disorders: men, women, or both equally? Lay perceptions in the West of Scotland, *International Journal of Epidemiology*, 34, 2, 461–6.
- Markey, C.N., Markey, P.M., Schneider and Brownlee, S. (2005) Marital status and health beliefs: different relations for men and women, *Sex Roles*, 53, 443–51.
- Martínez-Quintero, M.E. (2003) Los derechos humanos y los de la mujer en el franquismo, 1939–1969. In Cuesta-Bustillo, J. (ed.) *Historia de las Mujeres en España. Siglo XX*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- McFadden, E., Luben, R., Bingham, S., Wareham, N., Kinmonth, A. and Khaw, K. (2008) Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22,457 middle-aged men and women, *BMC Public Health*, 8, 8 (open access article containing 8 pages).

- Mellner, C., Krantz, G. and Lundberg, U. (2006) Symptom reporting and self-rated health among women in mid-life: the role of work characteristics and family responsibilities, *International Journal of Behavioral Medicine*, 13, 1, 1–7.
- Ministerio de Igualdad (2007) Ley Orgánica 3/2007, de 22 de Marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, BOE nº 71 de 13/3/2007. Available at http://www.amites.org/assets/files/varios/ley_203_2007.pdf, date last consulted 19 November 2010.
- Moller-Leimkuhler, A.M. (2003) The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 1, 1–8.
- Noone, J.H. and Stephens, C. (2008) Men, masculine identities and healthcare utilisation, *Sociology of Health & Illness*, 30, 5, 711–25.
- O'Brien, R., Hunt, K. and Hart, G. (2007) Standing out from the herd: men renegotiating masculinity in relation to their experience of illness, *International Journal of Men's Health*, 6, 3, 178–200.
- O'Brien, R., Hunt, K. and Hart, G. (2005) It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate: men's accounts of masculinity and help seeking, *Social Science and Medicine*, 61, 503–16.
- Observatorio Español Sobre Drogas (2008) *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Phillips, S.P. (2005) Defining and measuring gender: a social determinant of health whose time has come, *International Journal for Equity in Health*, 4, 1, 11–15.
- Pietilä, I. and Rytönen, M. (2008) 'Health is not a man's domain': lay accounts of gender differences in life-expectancy in Russia, *Sociology of Health and Illness*, 30, 7, 1070–85.
- Popay, J. (1992) 'My health is all right, but I'm just tired all the time': women's experience of ill health. In Roberts, H. (ed.) *Women's Health Matters*. London: Routledge.
- Popay, J. and Groves, K. (2000) Narrative in research on gender inequalities in health. In Annandale, E. and Hunt, K. (eds.) *Gender Inequalities in Health*. Cambridge: Open University Press.
- Robertson, S. (2006) 'I've been like a coiled spring this last week': embodied masculinity and health, *Sociology of Health & Illness*, 28, 4, 433–56.
- Rohlfs, I. (2003) Desigualtats de gènere en la salut. In Borrell, C. and Benach, J. (eds.) *Les Desigualtats en la Salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània.
- Romo-Avilés, N., Marcos-Marcos, J., Rodríguez, A., Cabrera, A. and Hernán, M. (2009) Girl power: risky sexual behaviour and gender identity among young Spanish recreational drug users, *Sexualities*, 12, 3, 359–81.
- Ruiz-Cantero, M.T., Papí, N., Cabrera, V., Ruiz-Martínez, A. and Álvarez-Dardet, C. (2006) Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud, *Gaceta Sanitaria*, 230, 6, 427–34.
- Sabo, D. (2000) *Comprender la Salud de los Hombres: Un Enfoque Relacional y Sensible al Género*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Sabo, D. and Gordon, D. (1995) *Men's Health and Illness: Gender, Power and the Body*. Thousand Oaks, CA: Sage Publishers.
- Sand, M.S., Fisher, W., Rosen, R., Heiman, J. and Eardly, I. (2008) Erectile dysfunction and constructs of masculinity and quality of life in the multinational men's attitudes to life events and sexuality (MALES) study, *The Journal of Sexual Medicine*, 5, 3, 583–94.
- Scott-Samuel, A. (2009) Patriarchy, masculinities and health inequalities, *Gaceta sanitaria*, 23, 2, 159–60.
- Sen, G., Ostlin, P. and George, A. (2007) *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient: Gender Inequity in Health - Why it exists and how we can change it (Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health: Women and Gender Equity Knowledge Network)*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Smiler, A.P. (2004) Thirty years after the discovery of gender: psychological concepts and measures of masculinity, *Sex Roles*, 50, 1, 15–26.
- Stanistreet, D., Bamba, C. and Scott, A. (2005) Is patriarchy the source of men's higher mortality? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 10, 873–6.

926 María del Mar García-Calvente *et al.*

- Valiente, C. (2002) An overview of research on gender in Spanish society, *Gender & Society*, 16, 6, 767–92.
- Velasco, S. (2006) *Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Verdonk, P., Seesing, H. and de Rijk, A. (2010) Doing masculinity, not doing health? A qualitative study among Dutch male employees about health beliefs and workplace physical activity, *BMC Public Health*, 19, 10, 712–23.
- White, A. and Cash, K. (2004) The state of men's health in Western Europe, *Journal of Men's Health & Gender*, 1, 1, 60–6.
- World Health Organization (2007) Changing men's behaviour can improve women's health. *Bulletin of the World Health Organization*, 85, 7, 505–6.

5.1.2. Artículo 2

GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; DEL RÍO-LOZANO, MARÍA; EGUIGUREN, ANA PAMELA. (2007). Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguruak*, 44, 291-308. [Revista indexada en LATINDEX]

Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud

María del Mar García-Calvente, María del Río Lozano
y Ana Pamela Eguiguren

Helburuak: gizonen eta emakumeen zaintza informala banatzeko desoreka, eta horrek osasunean oro har eta mentalki dakartzan eraginak aztertzea.

Metodologia: Pertsona helduei egindako (3241 emakume eta 3243 gizon) Encuesta Andaluza de Salud 1999 delakotik ateratako datuak erabiltzen dira. Sexuaren araberrako zaintzaren aldagaiak deskriptiboki aztertzen dira, eta bi aldagaietako analisi deskriptiboa egiten da, aldagai soziokulturalak, zaintza prestazioak eta osasun-perzeptzioak (osasun orokorra eta osasun mentala) gizonetan eta emakumeetan neurtzeko.

Emaitzak: Zaintza behar duten pertsonekin gizonak baino gehiago emakumeak bizi dira (%61 emakume vs. %30 gizon), bereziki, oinarritzko ikasketak izan badituzte, etxean lan egiten badute edo ezkondua badaude edo lehen ezkondua bazeuden. Zaintza behar duten pertsonekin gehien egoten diren gizonak unibertsitateko ikasketak izaten dituzte, lan ordaindu bat dute, ezkondua daude edo lehen ezkondua zeuden. Pertsona nagusiak, gaixotasun kronikoak dituztenak edo minusbaliotasunen bat dutenak zaintzea osasunarentzat kaltegarria izan daiteke emakumeentzat (EA antzemandako osasun eskasaren 1.42 [1.07-1.89]; EA osasun mental eskasaren 1.47 [1.12-1.94]). Gizonen kasuan ordea, ez dira arrisku horiek antzematen.

Ondorioak: Zaintza informalarri dagokionez, generoaren araberrako desberdintasun asko dira, emakumeen osasunarengan, adibidez, ondorioak oso kaltegarriak izan daitezke. Mendeko pertsonen zaintzaren inguruan egindako ikerketetan, beraz, kontuan izan behar dira aipatutako genero-desberdintasunak.

Objetivos: Analizar la desigual distribución del cuidado informal entre mujeres y hombres y su impacto en salud percibida general y mental.

Metodología: Realizamos una explotación de los datos de la Encuesta Andaluza de Salud 1999 en población adulta (3241 mujeres y 3243 hombres). Se aporta un análisis descriptivo de las variables de cuidados según sexo, y bivariante para medir la asociación entre variables socio-estructurales, prestación de cuidados y percepción de salud, general y mental, en mujeres y en hombres.

Resultados: Las mujeres se ocupan del cuidado de las personas con las que conviven con mucha mayor frecuencia que los varones (61% vs. 30%), especialmente si tienen estudios primarios, trabajan solo en el hogar y las casadas o anteriormente casadas. Los hombres con estudios universitarios, trabajo remunerado, casados o anteriormente casados, participan más en los cuidados. Cuidar a algún familiar mayor o con problemas crónicos o discapacidad supone riesgo para la salud en mujeres (OR salud percibida deficiente 1.42 [1.07-1.89]; OR salud mental deficiente 1.47 [1.12-1.94]). Estos riesgos no se observan en el caso de los hombres.

Conclusiones: Existen fuertes desigualdades de género en el cuidado informal, que suponen un impacto desfavorable para la salud de las mujeres. Las intervenciones dirigidas a la atención de personas dependientes deberían reconocer estas desigualdades.

MARÍA DEL MAR GARCÍA-CALVENTE, doctora en Medicina, es profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), **MARÍA DEL RÍO LOZANO** es socióloga y técnica de investigación de la EASP y **ANA PAMELA EGUIGUREN BRAVO** es licenciada en Obstetricia, Máster en Salud Pública y profesora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. **E-MAIL:** mariadelmar.garcia.easp@juntadeandalucia.es

1. Introducción

El interés por el cuidado informal, prestado mayoritariamente por las mujeres, ha ido en aumento durante las últimas décadas, y el cuidado de las personas dependientes se ha situado en el centro del debate sobre las políticas de bienestar (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004). Con el envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacidades, no sólo aumenta la necesidad de cuidados, también supone una mayor exigencia en su prestación (Armstrong, 2001).

La progresiva incorporación de las mujeres (principales cuidadoras) al mercado laboral es un fenómeno consistente en nuestro contexto; sin embargo, la incorporación de los hombres al trabajo reproductivo se está produciendo a un ritmo mucho más lento (Larrañaga, 2004). De hecho, la mayoría de las mujeres, con empleo o sin él, siguen asumiendo la responsabilidad del cuidado y pagando el elevado coste de cuidar para su propia calidad de vida. Por otro lado, la orientación de los servicios sanitarios hacia la atención a la salud en el propio entorno de los individuos, transforma el hogar en un escenario fundamental de la atención sanitaria, donde confluyen el sistema profesional y el informal (National Coordinating Group on Health Care Reform and Women). Esto supone un desplazamiento de más cuidados, y más complejos, hacia el sistema informal (Donelan, 2002; IMSERSO, 2002).

Diversas investigaciones realizadas en nuestro país durante las últimas décadas confirman consistentemente que *la familia* es la principal proveedora de cuidados de salud (INSERSO, 1995; García-Calvente, 1999; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004). Cuando se habla de *cuidadores*, se está hablando mayoritariamente del apoyo ofrecido por miembros de la red familiar inmediata; pero, la distribución del rol de *cuidador* no es homogénea en las familias. Género, convivencia y parentesco son los factores más importantes que parecen predecir qué persona del núcleo familiar asume el papel de cuidadora principal (García-Calvente, 1999). El hecho de que la atención informal sea mayoritariamente atención femenina, pone en evidencia las cargas diferenciales de cuidado entre hombres y mujeres.

Determinados rasgos del cuidado informal afectan muy directamente a su visibilidad y reconocimiento social. Se trata de un trabajo no remunerado, prestado en virtud de relaciones afectivas y de parentesco, y que se desarrolla en el ámbito privado de lo doméstico (Durán 1988, García-Calvente, 2002). En nuestras sociedades, cuidar de las criaturas, personas mayores o enfermas de la familia forma parte de una función adscrita a las mujeres como parte de los roles de género. Las mujeres cuidadoras han sido, por estas mismas características, un grupo social "invisible" y particularmente débil en la sociedad.

Las cifras que ilustran el predominio de las mujeres como cuidadoras son abrumadoras: el 60% de las cuidadoras principales de personas mayores (IMSERSO, 2002; INSERSO, 1995), el 75% en el caso de personas con discapacidad (Jiménez, 2002), y el 92% de las cuidadoras de las personas que necesitan atención por cualquiera de los motivos, son mujeres (García-Calvente, 1999). Sin embargo, no todas las mujeres participan por igual en el cuidado: son las mujeres de menor nivel educativo, sin empleo, y de niveles inferiores de clase social las que configuran el gran colectivo de cuidadoras informales (INSERSO, 1995; La Parra, 2001).

Las diferencias de género no sólo son evidentes en la proporción de mujeres y hombres que asumen el papel de cuidadores, también existen diferencias en las propias características del cuidado que prestan. Las mujeres cuidadoras asumen con mayor frecuencia los cuidados de atención personal e instrumentales, y están más implicadas en las tareas de acompañamiento y vigilancia (IMSERO, 2002; García-Calvente, 1999), es decir, los cuidados más pesados, cotidianos y que exigen una mayor dedicación. Las investigaciones sobre cuidado informal y reparto del tiempo indican que las mujeres dedican más tiempo a cuidar que los hombres (Eurostat, 2002).

En definitiva, las mujeres cuidadoras experimentan diferentes contextos socioeconómicos y expectativas respecto a su rol de género en comparación con los hombres que cuidan, que resultan en una mayor dedicación en tiempo de las mujeres al cuidado y en que asumen con mayor frecuencia la responsabilidad de cuidar a más de una persona (Morris, 2001). Igualmente, las mujeres cuidadoras ofrecen formas más intensivas y complejas de cuidado, enfrentan más dificultades para cuidar y tienen que balancear con más frecuencia el cuidado con otras responsabilidades familiares y laborales, en comparación con los hombres cuidadores (Navaie-Waliser, 2002). El cuidado, en suma, interfiere en la vida cotidiana de las mujeres mucho más que en la de los hombres, y las pone en mayor riesgo de asumir consecuencias negativas de cuidar sobre sus vidas (Morris 2001).

El impacto de cuidar sobre la salud es un aspecto frecuentemente abordado en los estudios sobre cuidado informal (García-Calvente, 2004). En un estudio realizado sobre 1000 personas cuidadoras en Andalucía, casi la mitad opinaba que cuidar tenía consecuencias negativas sobre su propia salud en algún grado, y cerca del 15% percibían este impacto con una intensidad muy elevada (García-Calvente, 1999). El impacto negativo sobre la esfera psicológica fue mucho más evidente y era percibido intensamente en una proporción de cuidadoras que duplicaba a las que percibían impacto sobre su salud física.

Diversas investigaciones realizadas en otros contextos han puesto en evidencia que cuidar supone un riesgo para la salud, en términos de salud percibida, morbilidad e incluso mortalidad (Pinquart, 2003; Brehaut, 2004; Li, 2004; Schultz, 1999). La evidencia no es tan concluyente acerca de las diferencias de género en el impacto en salud, aunque son diversos los estudios que muestran que cuidar afecta negativamente a la salud de las mujeres más que a la de los hombres que cuidan (Chiou, 2005; Argimon, 2004). En un reciente meta-análisis se encontraron menores diferencias de las esperadas en las variables de cuidados según sexo (Pinquart, 2006). Los hallazgos indican que son las desigualdades de género en las condiciones en las que se prestan los cuidados (más horas de cuidado, más tareas demandantes), en acceso y control a los recursos materiales y simbólicos (mayor obligación social de cuidar, menor capacidad de elección real) y en costes de oportunidad (Navaie-Waliser, 2002), las que podrían condicionar un mayor impacto de cuidar en la salud de las mujeres.

El propósito de este trabajo es analizar cómo la desigual distribución del cuidado informal entre hombres y mujeres resulta un elemento fundamental para comprender las desigualdades de género en salud. Para ello, hemos analizado: a) las diferencias en la participación en los cuidados entre mujeres y hombres; b) su relación con variables

de posición social o socio-estructurales (edad, nivel educativo, clase social, situación laboral) y con otras variables indicadoras de roles reproductivos (situación marital, número de personas del hogar) y c) la asociación entre la participación en los cuidados y la salud percibida general y mental.

2. Metodología

Hemos realizado una explotación de los datos de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) de 1999 (Sánchez-Cruz, 2003). La población de estudio está constituida por todas las personas mayores de 15 años no institucionalizadas residentes en Andalucía. Se aplicaron 6.484 entrevistas personales (3.241 mujeres y 3.243 hombres), distribuidas en 95 municipios y 742 secciones censales de todas las provincias andaluzas.

Las variables incluidas en este estudio son las siguientes:

1. Variables socio-estructurales o de posición social:

- Sexo
- Edad
- Nivel máximo de estudios alcanzado: universitarios; secundarios; primarios; y sin estudios.
- Situación laboral: trabajo remunerado; desempleado/a; jubilado/a (incluye la categoría "otros", que contiene a los que presentan incapacidad o invalidez permanente y otras situaciones); ama de casa; y estudiante.
- Clase social ocupacional ¹: manual (clases III, IV y V) o no manual (clases I y II). En el caso de las personas sin trabajo remunerado, la clase social se obtuvo a través de la ocupación del cabeza de familia.

2. Variables de carga reproductiva y de cuidado informal:

- Situación marital: soltero/a; casado/a o viviendo en pareja; separado/a o divorciado/a; y viudo/a.
- Número de miembros en el hogar: uno, dos, tres, cuatro o más.
- Convive con personas menores de 16 años.
- Convive con personas mayores de 65 años.
- Convive con personas que padecen algún trastorno crónico o discapacidad (TCD).
- Se ocupa de los cuidados: recoge si participa habitualmente o no en los cuidados de al menos una persona del hogar menor de 16 años, mayor de 65 o con TCD.
- Es cuidadora o cuidador principal: si se ocupa de cuidar sin ayuda.

3. Variables de salud:

- Salud percibida: categorizada en buena (incluye las categorías "excelente",

¹ Según clasificación de la SEE en Álvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A et al. *La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG Editores-SEE; 1995.

“muy buena” y “buena”) y deficiente (incluye las categorías “regular” y “mala”).

- Salud mental: se utilizó la sub-escala de salud mental del cuestionario SF-36. Para el análisis descriptivo se utilizó esta variable en continua (escala de 0 a 100). Para el análisis bivalente se utilizaron las categorías “buena” (sobre el percentil 25) y “deficiente” (bajo el percentil 25).

Se realizó un análisis descriptivo inicial, usando el número de casos y porcentajes para las variables cualitativas, y la media y desviación típica para las cuantitativas, para analizar la distribución por sexo.

La asociación entre las variables dependientes y cada una de las variables independientes se analizó utilizando el test Chi-cuadrado (χ^2). Inicialmente se midió la asociación entre la participación en los cuidados (variable dependiente) y las variables socio-estructurales (variables independientes). Posteriormente se midió la asociación entre las variables de salud (variables dependientes) y las variables de cuidados (variables independientes). Se estimó una significación estadística para $p < 0.05$. La magnitud de la asociación fue estimada mediante la odds ratio (OR) ajustando por edad, con un intervalo de confianza del 95%.

3. Resultados

La tabla 1 describe las diferencias entre los hombres y mujeres de la muestra en cuanto a sus características socio-estructurales y estado de salud. El porcentaje de hombres con estudios secundarios o superiores supera al de las mujeres, mientras que éstas predominan en las categorías inferiores de estudios. Casi la mitad de los hombres tiene trabajo remunerado (48%), frente al 19% de las mujeres. La mitad de las mujeres de la muestra se agrupa en la categoría de “amas de casa”. Las diferencias en la situación marital se encuentran en las categorías de solteros/as y viudos/as, siendo los varones más numerosos en la primera categoría y las mujeres en la segunda. El porcentaje de varones que son cabeza de familia supera notablemente al de las mujeres en esta situación. En lo referente al estado de salud, comprobamos que los hombres se encuentran en una posición favorable, con mejor estado de salud percibida, tanto general como mental.

La tabla 2 muestra cómo las mujeres conviven en el hogar, con mayor frecuencia que los hombres, con personas que necesitan algún tipo de cuidados. Desagregando por grupos, vemos que las mujeres que conviven con menores y con personas con TCD son más numerosas que los varones, mientras que la convivencia con mayores de 65 años es similar en ambos sexos.

Como puede observarse en el gráfico 1, las mujeres son quienes se ocupan mayoritariamente del cuidado de los miembros del hogar que lo necesitan (61% frente al 30% de los hombres). Además, las mujeres asumen el papel de cuidadoras principales en un porcentaje que supera ampliamente al de los varones. Este hecho ocurre en los tres grupos de personas que podrían requerir cuidados, como muestra el gráfico 2. La diferencia más notoria entre los hombres y las mujeres que cuidan se da en el cuidado de menores, seguido del cuidado de personas con TCD y por último en el de las personas mayores.

La diferente percepción que tienen hombres y mujeres sobre su implicación en las tareas de cuidados queda patente en la tabla 3. Los porcentajes de quienes se ocupan de los cuidados difieren notablemente dependiendo de si la persona entrevistada es hombre o mujer. La proporción de mujeres que dice cuidar sola supera en todos los grupos a la de varones que lo declaran, y estas diferencias son máximas en el cuidado de menores (49% mujeres y 1,3 % varones). Por el contrario, el porcentaje de varones que dicen que comparten el cuidado con su pareja es superior al de mujeres que se adscriben a esta opción en todos los grupos.

En relación al número de personas que reciben los cuidados por parte de la persona entrevistada, no se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres: aproximadamente el 15% de quienes cuidan lo hacen a más de una persona del hogar.

El gráfico 3 muestra las diferencias en la participación de hombres y mujeres en las tareas de cuidados, según grupos de edad. El porcentaje de personas que participan en los cuidados de algún miembro del hogar va en aumento a partir de los 16 años, alcanzando un máximo entre los 25 y 44 años, tanto para hombres como para mujeres. Aun cuando la tendencia es similar, la curva de participación en los hombres es mucho más suave, de modo que ambas curvas alcanzan su máxima cercanía en las personas mayores de 75 años, y su máxima distancia en el grupo de 35-44 años. Las diferencias por sexo son significativas al interior de todos los grupos de edad, con mayor riesgo para la mujer respecto del hombre, a excepción del grupo mayores de 65 años.

La tabla 4 proporciona un mayor detalle del perfil de las personas cuidadoras, arrojando importantes diferencias entre las mujeres y los hombres que se ocupan de los cuidados, en relación a variables como el nivel educativo, la situación laboral o la situación marital. Los porcentajes de participación en los cuidados son mayores cuando las personas encuestadas están casadas o viven en pareja, seguidos de las que están separadas o divorciadas, lo que se confirma después de ajustar por edad.

A menor nivel de estudios, los hombres tienen menos probabilidades de ocuparse del cuidado de algún miembro del hogar. De esta forma, los que carecen de estudios presentan la mitad de probabilidades de cuidar que los que han alcanzado estudios universitarios, una vez ajustado por edad. Para ellas, en cambio, son las mujeres con estudios primarios las que presentan un riesgo dos veces superior de ser cuidadoras que las que tienen estudios universitarios. El riesgo es aún mayor para las mujeres con estudios primarios que cuidan a mayores o personas con TCD (OR= 2.19), incluyendo en este caso también a las que no tienen estudios (OR=2.14).

La situación laboral también se asocia de forma diferencial a la participación en los cuidados de hombres y mujeres. Entre las mujeres, el grupo con mayor riesgo para cuidar es el de las "amas de casa", una vez ajustado por edad. Para todos los grupos de personas cuidadas, las mujeres que trabajan solo en el hogar presentan una mayor probabilidad de ocuparse de los cuidados que las que tienen trabajo remunerado, y este riesgo es máximo cuando se trata del cuidado de menores (OR=3.14, IC 2.08-4.75). En cambio, las mujeres estudiantes presentan una probabilidad de cuidar muy inferior a la de las mujeres empleadas. Los hombres jubilados y los estudiantes son los que presentan una probabilidad inferior de ser cuidadores respecto de los que tienen un trabajo remunerado.

En cuanto a la clase social, se aprecian diferencias entre los hombres y las mujeres que se ocupan de los cuidados, si bien no alcanzan la significación estadística. Mientras que los hombres de clases manuales participan en menor medida en los cuidados que los de clases privilegiadas, en el caso de las mujeres son las de las de clases manuales las que se ocupan en mayor medida de los cuidados de alguna persona que los requiere en el hogar.

En relación al número de miembros en el hogar, encontramos diferencias significativas tanto en hombres como en mujeres, entre encontrarse en hogares de tres y de cuatro o más miembros, respecto a los hogares de dos miembros ($p < 0.001$). Para ambos sexos, la participación en los cuidados aumenta cuando el número de miembros pasa de dos a tres, para descender ligeramente cuando pasa de tres a cuatro. No obstante, el riesgo para las mujeres es mayor en todas las categorías, de manera que las mujeres que viven en hogares de tres miembros tienen un riesgo tres veces mayor de ser cuidadoras que las que viven en hogares de dos personas.

Los gráficos 4 y 5 muestran, respectivamente, el riesgo de declarar una mala salud percibida y mala salud mental, para mujeres y hombres, según cuiden a menores o a personas mayores y/o con TCD y ajustado por edad. En el caso del cuidado de menores, los riesgos no son significativos para salud percibida y no se aprecian diferencias entre mujeres y hombres que se ocupan de este tipo de cuidados. En cambio, sí se observan diferencias entre hombres y mujeres que cuidan a alguna persona mayor y/o con TCD. Para los hombres que cuidan, el riesgo de mala salud no resulta significativo, en cambio sí lo es para las mujeres, que presentan un riesgo superior de percibir peor su salud cuando se ocupan del cuidado de alguna persona de este grupo (OR=1.42; IC 1.07-1.89) respecto de las que no cuidan.

El patrón se repite en el caso de la salud mental. El gráfico 5 muestra que el cuidado de menores no supone mayor riesgo para la mala salud mental de mujeres y hombres, aunque el valor de la OR es superior en ellos. Sin embargo, cuando se proporcionan cuidados a mayores de 65 o a personas con TCD, el riesgo de declarar mala salud mental se torna significativo para las mujeres (OR= 1.47; IC 1.12-1.94), no así para los hombres.

4. Discusión

La mayor parte de la literatura reciente pone de relieve la mejor salud percibida, tanto general como mental, que declaran los hombres respecto de las mujeres. Estas diferencias han sido explicadas a partir de diversas hipótesis, entre otras las que atribuyen a las mujeres una mayor exposición y vulnerabilidad a determinados factores de riesgo para la salud (Verbrugge, 1985). Sin embargo, algunos autores y autoras advierten que, en general, los estudios realizados hasta el momento no han tenido en cuenta un marco conceptual adecuado que explique estas diferencias desde la óptica de las relaciones de género que imperan en nuestra sociedad (Artazcoz, 1999). Diversos estudios de ámbito internacional y nacional ya han comenzado a contextualizar estas diferencias en el estado de salud en el reparto desigual de las cargas de trabajo reproductivo (Mellner, 2006; Markey, 2005; Sugiura, 2004; Borrell 2004; Arber, 1991). Nuestro trabajo pone el énfasis en estable-

cer el marco sobre el que se sustentan las desigualdades de género en el cuidado informal, estudiando el contexto andaluz. A su vez, pretende arrojar luz acerca del posible impacto diferencial de esas desigualdades sobre la salud de hombres y mujeres.

Para analizar las diferencias de género en la influencia de cuidar sobre la salud se han utilizado, como variables dependientes, el estado de salud percibida y la salud mental. El primero de estos indicadores, aunque criticado por la subjetividad de las respuestas, goza de una gran aceptación en nuestro medio por haberse demostrado un buen predictor de otros indicadores más objetivos, como la mortalidad, mejor incluso que el diagnóstico médico (Idler, 1997; Milunpalo, 1997; Singh-Manoux, 2006).

Para medir la salud mental, se ha utilizado la sub-escala de salud mental del cuestionario SF-36. Este instrumento, ampliamente utilizado para medir el estado de salud de la población general y subgrupos específicos, ha sido validado en España por diversos estudios, demostrando que la versión española puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales (Vilagut, 2005; Alonso, 1998).

Los resultados de nuestro estudio muestran importantes desigualdades sociales entre hombres y mujeres en factores determinantes de la salud. El menor nivel de estudios de las mujeres y su menor participación en el trabajo productivo muestran la persistencia de unos roles socialmente definidos y fuertemente arraigados, según los cuales, los hombres son los que mayoritariamente trabajan fuera del hogar y las mujeres las que lo hacen en su interior.

Algunas consecuencias derivadas de la división sexual del trabajo, como los mayores ingresos aportados por el hombre al seno familiar, le han otorgado tradicionalmente el estatus de "cabeza de familia". Esta desigualdad se ve agudizada si observamos que quienes principalmente encabezan familias monoparentales son las mujeres. En estos tipos de familia, parece pesar más el rol de cuidadoras que tienen las mujeres que la mayor estabilidad económica que aportan los hombres, ya que son ellas las que, en mayor medida, llevan consigo a los menores dependientes tras la separación de la pareja. Nuestros resultados recogen esta realidad, presentando un riesgo de participar en los cuidados muy superior para las mujeres anteriormente casadas (separadas, divorciadas y viudas) que para los hombres en esta situación.

Podríamos considerar la subjetividad de las respuestas cuando se pregunta a hombres y mujeres sobre su implicación en las tareas de cuidados como una limitación del estudio. Esto podría explicar en parte que la valoración personal sobre la realización de estas tareas en solitario difiera tanto entre ambos sexos. Sin embargo, estas diferencias también puede ser entendidas como una evidencia de los roles distintos que ambos sexos tienen adscritos en función del género. Las diferencias entre ellos y ellas acerca de la participación en las tareas de cuidados son, efectivamente, muy notables, visto como hecho objetivo. Pero si además medimos esta realidad con las opiniones que aportan hombres y mujeres bajo su propia óptica del fenómeno, las diferencias se distancian aún más. Esta percepción distinta de hombres y mujeres sobre el trabajo reproductivo ya ha sido constatada en otros estudios (Navaie-Waliser, 2002).

Teniendo en cuenta que las respuestas corresponden a personas pertenecientes a hogares distintos, se dan grandes diferencias entre los hombres y las mujeres que dicen ocuparse habitualmente del cuidado de los miembros que lo requieren. La tendencia indicaría que los hombres sobrestiman su contribución a los cuidados o que las mujeres

minusvaloran la de los hombres. Las respuestas masculinas podrían verse afectadas por la deseabilidad social que empieza a imperar en la sociedad relativa a la participación de los hombres en estas tareas. En cambio, las mujeres tienen la idea de que los hombres, en general, pueden suponer una ayuda, con el matiz de complementariedad que encierra el término ayuda, sin que éstos lleven la carga principal o participen de manera igualitaria en estas tareas. Tal y como señalan algunos estudios realizados en nuestro contexto, el aumento más significativo en los últimos años se ha experimentado en la categoría en la que son ambos miembros de la pareja los que realizan las tareas, pero de manera que la participación masculina en los cuidados parece tomar la forma de auxiliar de la mujer, en lugar de la responsabilidad compartida (ERB, 2000). En este sentido, otra limitación del estudio podría ser la ausencia de categorías intermedias entre la opción de “el o la entrevistada sola” y “ambos miembros de la pareja”, que permitan a hombres y mujeres posicionarse en el grado de participación que desempeñan. Los hombres que realizan algunas tareas, aunque sean minoritarias, contestarán “ambos miembros”, mientras que las mujeres, probablemente, darán esta respuesta cuando consideren que el trabajo realizado por ambos es paritario. Estas consideraciones plantean la complejidad que entraña la diferente manera de entender el trabajo de cuidados que pueden adoptar los hombres y las mujeres.

La edad con la que, tanto hombres como mujeres, participan en mayor medida en los cuidados de menores es la etapa comprendida entre 25 y 44 años, cuando la convivencia con criaturas es más probable. Al término de esta etapa comienza la edad en que aumenta la probabilidad de ocuparse de los cuidados de alguna persona mayor conviviente en el hogar, que llega hasta los 64 años. Tras esta etapa, tanto los hombres como las mujeres experimentan un descenso en los cuidados que proporcionan, probablemente porque es entonces cuando pasan a ser más el foco de los cuidados que sus prestadores. Estas tendencias quedan ilustradas en el gráfico 1, donde lo que principalmente queda patente es la gran desigualdad existente entre la responsabilidad asumida por hombres y mujeres frente a los cuidados, y la importancia de tener en cuenta la etapa del ciclo vital en la que se encuentran.

Pero no todas las mujeres participan de igual manera en estas tareas. En este sentido, la desigualdad de género se cruza con otras desigualdades sociales, cuyos indicadores pueden ser la clase o el nivel educativo. Los resultados del estudio dejan constancia de esta realidad, mostrando que, en nuestro medio, las mujeres con menor nivel de estudios, sin empleo remunerado y pertenecientes a clases sociales menos privilegiadas, son las que en mayor medida asumen las tareas de cuidados en los hogares, de acuerdo con otras investigaciones recientes (La Parra, 2001; IAM, 1998; García-Calvente, 1999).

El aumento del tamaño del hogar incrementa significativamente la dedicación femenina al trabajo reproductivo y las diferencias de género en el uso del tiempo. Tener empleo a tiempo completo o un mayor nivel de estudios e ingresos reducen considerablemente la dedicación de tiempo de las mujeres a este tipo de tareas, disminuyendo las diferencias entre ambos sexos (García Calvente, 2004). Sin embargo, la reducción en las diferencias de dedicación parece sustentarse más en la externalización de tareas, mediante la contratación o delegación en otros miembros de la familia –con frecuencia, otras mujeres–, que en la asunción masculina de dichas tareas (Larrañaga, 2001). Pero la necesidad de contar con elevados ingresos para contratar a una persona para estas tareas y la ausencia de afectividad en esta relación hacen que la externalización sea una opción

minoritaria. Según muestran los resultados de nuestro estudio, en casi la mitad de los hogares en los que vive al menos una persona que requiere cuidados, las mujeres asumen solas la responsabilidad de estos cuidados, de manera similar a lo ya constatado en otras investigaciones (García-Calvente, 1999).

Es un fenómeno conocido que, cuando una mujer que se ocupa de los cuidados necesita ayuda, recurre principalmente a otra mujer de su familia (madre, hija, hermana) (García-Calvente, 1999). Este hecho podría explicar los resultados del análisis bivalente, que muestra un riesgo significativamente superior de cuidar para las mujeres que viven en familias con tres miembros que las de cuatro o más. Y es que, según determinados estudios, en muchos hogares en los que cohabitan otras mujeres de la familia -como las abuelas- éstas pueden suponer, más que una carga en los cuidados, el reparto y alivio de estas tareas (García-Calvente, 2001; Artazcoz, 2002; Muñoz MA, 2006). En nuestro estudio, podemos comprobar que el porcentaje de mujeres que cuida a los menores del hogar sola es significativamente mayor en las familias nucleares que en las extensas (50,2% frente al 41,2%). De manera inversa ocurre en los cuidados de personas mayores o con algún TCD, sin que la relación sea significativa. Por ello, podemos pensar que la presencia de otras personas en el hogar supone principalmente una ayuda en el cuidado de las criaturas, mientras que en el caso de las personas mayores, estas personas podrían ser más el foco de los cuidados que las cuidadoras.

Al separar en dos grupos a las personas cuidadoras según el tipo de personas que reciben los cuidados (menores de 16 años, por un lado, y mayores de 65 o con algún TCD, por otro) comprobamos que, si bien en ambos casos las tareas de cuidados suponen un riesgo para la salud percibida de las mujeres, la asociación sólo es significativa en el caso de las que cuidan a personas mayores o con algún TCD. Otros estudios sobre la influencia del cuidado de menores en la salud de las mujeres, muestran un mayor riesgo de mala salud asociado al número de hijos e hijas y al cuidado de menores en edad preescolar (Verbrugge, 1984; García-Calvente, 2004). Sin embargo, la carga de trabajo representada por las criaturas que han superado la edad preescolar es menor que la de las más pequeñas, y esto podría explicar que la variable "número de miembros del hogar" utilizada no se asocie al estado de salud percibida en el caso de menores.

Según muestran los resultados de nuestro estudio, el mayor riesgo de salud percibida deficiente que presentan las mujeres no sólo tendría que ver con una mayor exposición a los cuidados (ya que son ellas las que mayoritariamente se ocupan), sino que comparando a los hombres y las mujeres que cuidan, observamos que ellas ven más afectada su salud. Esto nos hace pensar que la carga derivada del rol de cuidados es muy diferente en ambos sexos, y que no sólo hablamos de desigualdades de género "cuantitativas", en la cantidad de cuidados asumida, sino también "cualitativas", en el tipo y la forma en que se cuida. Investigaciones recientes concluyen que los cuidados provistos por las mujeres son más intensos y complejos, y conllevan una mayor implicación personal (Zhan, 2005; Navaie-Waliser, 2002). Es evidente que las tareas desempeñadas por ambos sexos son cualitativamente diferentes y como tal afectarán de forma desigual a la salud.

La salud mental de las mujeres también podría verse seriamente afectada por su mayor implicación en los cuidados, tanto por la cantidad de cuidados que éstas asumen como por la calidad de los mismos. Diversos estudios advierten que la alta dedicación a los cuidados conlleva una elevada exclusión del mercado laboral, además de una impor-

tante restricción de la vida social de las cuidadoras, lo que puede tener efectos muy negativos en la autoestima y en el propio cuidado personal (García-Calvente, 2004; Santolaria, 2004). Algunos apuntan a determinadas consecuencias emocionales que resultan del hecho de involucrarse en los cuidados, como ansiedad, estrés, insomnio o merma de la calidad de vida (Roca, 2000; Santiago, 1999). Otros, en cambio, reconocen efectos muy variables en las personas que cuidan, de modo que para algunas el trabajo de cuidar puede resultar perjudicial para la salud, a la vez que otras pueden considerarlo reconfortante (Schumacher, 2006).

Las características familiares no influyen de la misma manera en la salud mental de hombres y mujeres. Si bien los hombres casados son los más protegidos ante una mala salud mental, no ocurre así en el caso de las mujeres. Para ellas, la situación marital más ventajosa es la de las solteras, y la peor, la de aquellas que han estado anteriormente casadas. Estos resultados indicarían que en la estrecha relación que existe entre las características familiares y el estado de salud mental puede estar mediando de forma directa la carga de trabajo reproductivo. Es un hecho conocido que las mujeres casadas suman las responsabilidades derivadas del trabajo doméstico y del cuidado de las criaturas. Por otro lado, las anteriormente casadas, grupo que se compone en gran parte por las separadas y divorciadas, ven incrementada la carga de los cuidados al hacer frente a estas tareas sin ayuda. Estos resultados se hallan en consonancia con los encontrados en la mayoría de estudios que analizan la relación existente entre la situación marital o la estructura familiar y la salud mental de las mujeres (Zunzunegui, 1998; Aguiar, 1998; Strohschein, 2005; Dennerstein, 1995; Denton, 2004).

Futuras investigaciones deberían superar algunas de las posibles limitaciones del estudio, derivadas del carácter transversal del diseño, del análisis bivalente, que no permite controlar por múltiples factores, y el tratarse de datos puramente numéricos. Los diseños cualitativos permitirían profundizar en la diversidad de experiencias de cuidar entre mujeres y hombres, y en el interior de ambos grupos.

En conclusión, los resultados de este estudio apuntan a un efecto perjudicial de la carga derivada de los cuidados informales sobre todo en la salud de las mujeres. Y este impacto está relacionado, no sólo con una mayor exposición de las mujeres al rol de cuidadoras, sino también a las diferentes experiencias de cuidar en mujeres y hombres. Las desigualdades de género en el cuidado informal, y sus consecuencias para la salud, son tanto cuantitativas como cualitativas. Los hallazgos comentados apuntan a la necesidad de estrategias de intervención dirigidas a potenciar la conciliación de la vida familiar y laboral, y a una necesaria adecuación de los recursos comunitarios al creciente aumento de los cuidados informales que tienen lugar en el interior de los hogares. Igualmente, se precisan medidas que incrementen la implicación de los hombres en las tareas domésticas y de cuidados.

Las medidas de atención a las personas dependientes no pueden ser planteadas desde una perspectiva "ciega al género", se hace imprescindible atender a las necesidades de las personas que las cuidan, no sólo desde un punto de vista práctico, sino también estratégico. En definitiva, el llamado cuarto pilar del estado de bienestar no sólo tendrá que mostrar "sensibilidad de género", sino aportar soluciones que sean verdaderamente "transformadoras" si se pretende eliminar las desigualdades de género en nuestra sociedad.

Tabla 1. Características socio-estructurales y estado de salud de la muestra según el sexo (N=6484).

Edad	Hombres		Mujeres	
	Media 42,9 N	n=3243 D. típica 18,8 %	n=3241 Media 43,3 N	D. típica 18,8 %
Nivel educativo				
Universitarios	438	13,5	366	11,3
Secundarios	782	24,1	631	19,5
Primarios	1465	45,2	1511	46,6
Sin estudios	557	17,2	733	22,6
Clase social				
No manual	870	27,8	828	27,2
Manual	2261	72,2	2214	72,8
Situación laboral				
Con trabajo remunerado	1546	47,7	620	19,1
Desempleado/a	425	13,1	340	10,5
Jubilado/a	873	26,9	248	7,7
Ama de casa	0	0,0	1630	50,3
Estudiante	399	12,3	403	12,4
Situación marital				
Soltero/a	1215	37,5	949	29,3
Casado/a o en pareja	1861	57,4	1875	57,9
Separado/a	58	1,8	67	2,1
Viudo/a	108	3,3	348	10,7
Número miembros en el hogar				
Uno	207	6,4	223	6,9
Dos	730	22,5	604	18,6
Tres	647	20,0	728	22,5
Cuatro o más	1659	51,2	1686	52,0
Encuestado/s cabeza de familia	2146	66,2	487	15,0
Percepción de estado de salud				
Excelente	496	15,3	412	12,7
Muy bueno	1639	50,6	1423	43,9
Bueno	801	24,7	961	29,7
Regular	266	8,2	356	11,0
Malo	40	1,2	89	2,7
	Media	D, típica	Media	D, típica
Estado de salud mental (escala 0-100)	68,59	14,74	63,77	16,20

Tabla 2. Convivencia con personas que requieren cuidados según sexo (N=6484).

	Hombres n=3243		Mujeres n=3241		χ^2 p
	n	%	n	%	
Convive con algún menor de 16 años	1014	31,3	1182	36,5	<0,001
Convive con algún mayor de 65 años	779	24,0	776	23,9	0,942
Convive con alguna persona con TCD	419	12,9	489	15,1	0,012
Convive con algún miembro que podría requerir cuidados (menor de 16, mayor de 65 y/o persona con TCD)	1843	56,8	2002	61,8	<0,001
Convive con alguna persona que se declara que requiere cuidados	1171	36,1	1340	41,3	<0,001

Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud

Tabla 3. Personas que se ocupan de las tareas de cuidados según el sexo y el grupo que recibe los cuidados.

	Participación en los cuidados					
	Menores de 16 años		Mayores de 65 años		Personas con TCD	
	H	M	H	M	H	M
Personas que se ocupan:						
Persona entrevistada sola	13 (1.3)	571 (48.8)	60 (6.5)	195 (20.3)	34 (5.0)	149 (22.3)
Pareja del/la entrevistado/a	334 (33.4)	3 (0.3)	57 (6.2)	10 (1.0)	59 (8.7)	10 (1.5)
Ambos miembros pareja	316 (31.6)	241 (20.6)	77 (8.4)	51 (5.3)	62 (9.2)	45 (6.7)
Entrevistado/a junto a otra persona	26 (2.6)	81 (6.9)	29 (3.2)	47 (4.9)	28 (4.1)	48 (7.2)
Otra persona del hogar que no es la pareja	200 (20.0)	151 (12.9)	90 (9.8)	46 (4.8)	85 (12.6)	61 (9.1)
Una persona pagada para ello	16 (1.6)	7 (0.6)	15 (1.6)	12 (1.2)	13 (12.6)	15 (2.2)
Ellos/as solos/as	90 (9.0)	111 (9.5)	422 (45.9)	388 (40.4)	253 (37.5)	228 (34.1)
Otra situación	5 (0.5)	5 (0.4)	11 (1.2)	10 (1.0)	15 (2.2)	17 (2.5)

Porcentajes calculados sobre las personas que conviven con al menos un menor de 16, mayor de 65 o persona con TCD (n=3845).

Gráfico 1. Porcentaje de personas entrevistadas que se ocupa de los cuidados de algún miembro del hogar

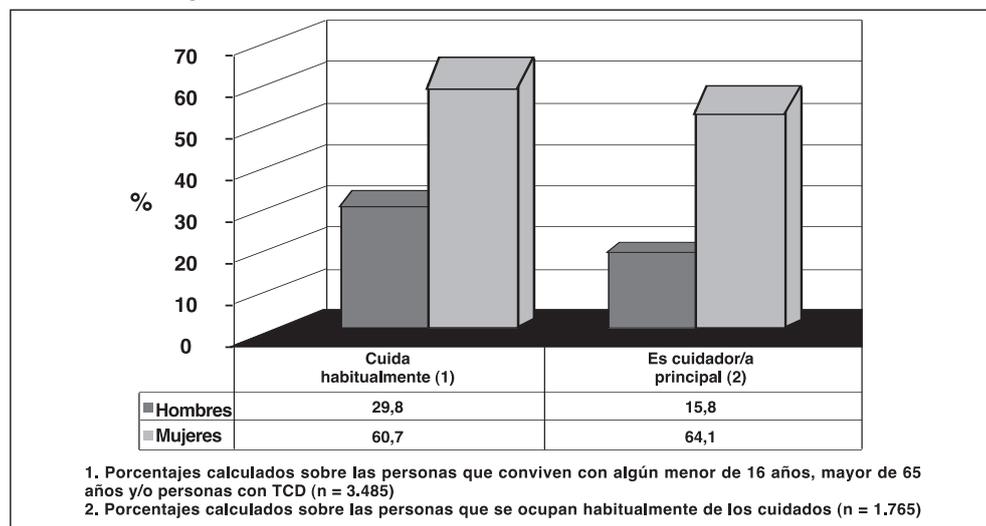


Gráfico 2. Porcentaje de personas entrevistadas que se ocupa de los cuidados según el grupo que los requiere y el sexo

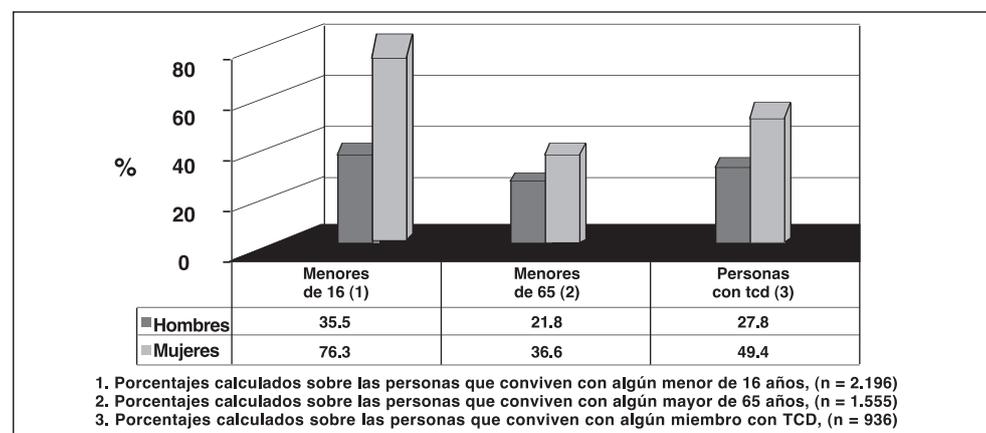


Gráfico 3. Participación en los cuidados, según el sexo y la edad (en porcentajes)

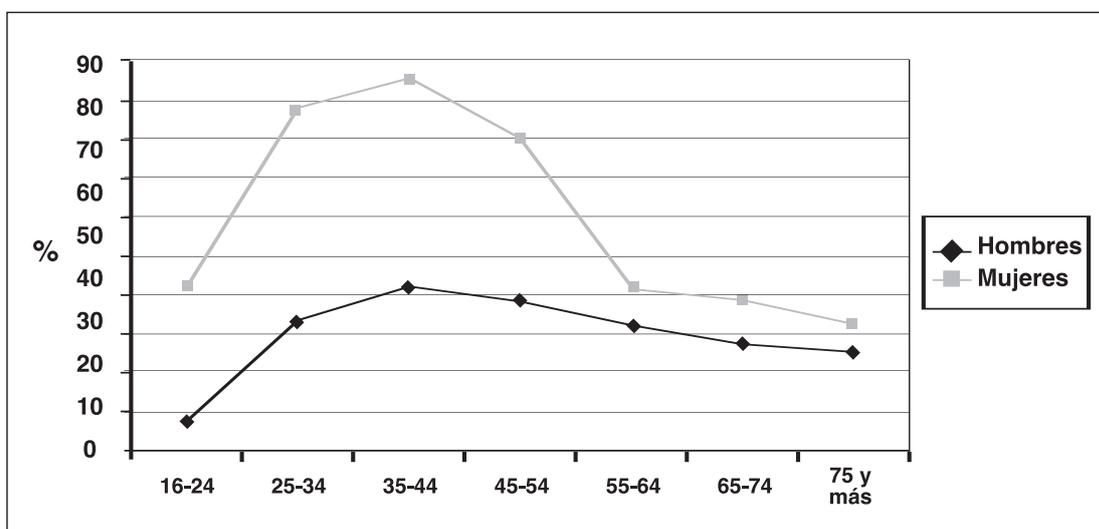


Tabla 4. Participación en los cuidados de algún miembro del hogar según las características socio-estructurales y el sexo. (Porcentajes crudos y OR ajustadas por edad) (N=3.845)

	Participación en los cuidados			
	N (%)		OR (IC 95%)	
	H	M	H	M
Nivel de estudios:				
Universitarios	89 (37.6)	106 (52.7)	1	1
Secundarios	108 (26.1)	203 (55.3)	0.65 (0.46-0.92)*	1.05 (0.74-1.48)
Primarios	252 (29.2)	681 (69.1)	0.68 (0.50-0.92)*	2.10 (1.54-2.87)*
Sin estudios	100 (30.3)	226 (50.3)	0.54 (0.37-0.79)*	1.20 (0.83-1.76)
Clase social:				
No manual	173 (36.3)	302 (60.4)	1	1
Manual	353 (27.1)	876 (60.5)	0.64 (0.51-0.81)	1.07 (0.87-1.32)
Situación laboral:				
Con trabajo rem.	312 (34.6)	240 (63.3)	1	1
Desempleado/a	69 (27.9)	120 (55.0)	0.79 (0.58-1.08)	0.56 (0.39-0.79)*
Jubilado/a	117 (28.3)	34 (32.7)	0.28 (0.18-0.42)*	1.28 (0.75-2.19)
Ama de casa		775 (72.2)		2.86 (2.15-3.81)*
Estudiante	51 (18.1)	47 (20.7)	0.51 (0.36-0.72)*	0.08 (0.05-0.12)*
Número de miembros en hogar:				
Dos	104 (29.1)	125 (38.8)	1	1
Tres	142 (36.3)	334 (68.6)	1.95 (1.38-2.76)*	3.37 (2.45-4.64)*
Cuatro o más	303 (27.7)	757 (63.5)	1.38 (1.01-1.91)*	2.67 (1.99-3.58)*
Situación marital:				
Soltero/a	78 (12.3)	139 (27.4)	1	1
Casado/a	460 (39.5)	995 (72.9)	6.54 (4.79-8.93)*	32.21 (23.19-44.74)*
Anterior. casado/a	11 (25.6)	80 (62.5)	3.85 (1.80-8.22)*	37.17 (21.62-63.91)*

* Significativos: p<0.05

Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud

Gráfico 4. Riesgo de mala salud percibida según la participación en los cuidados

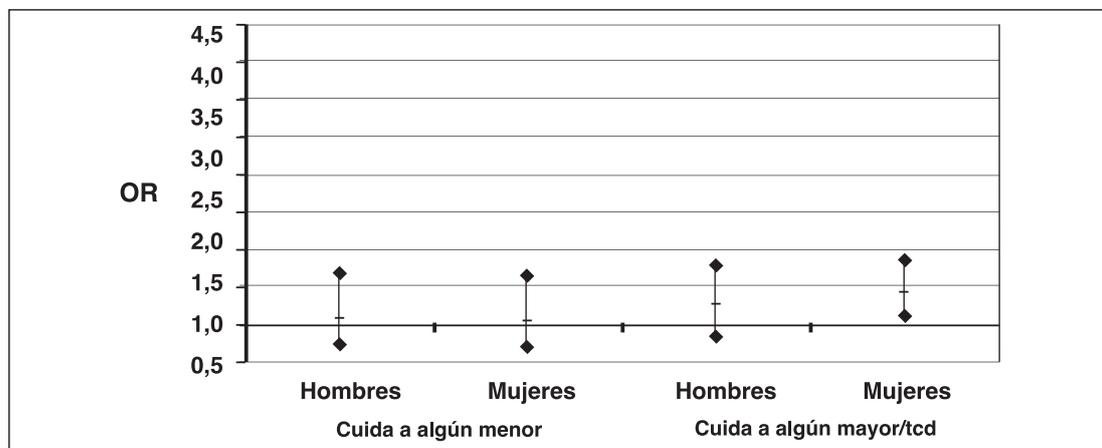
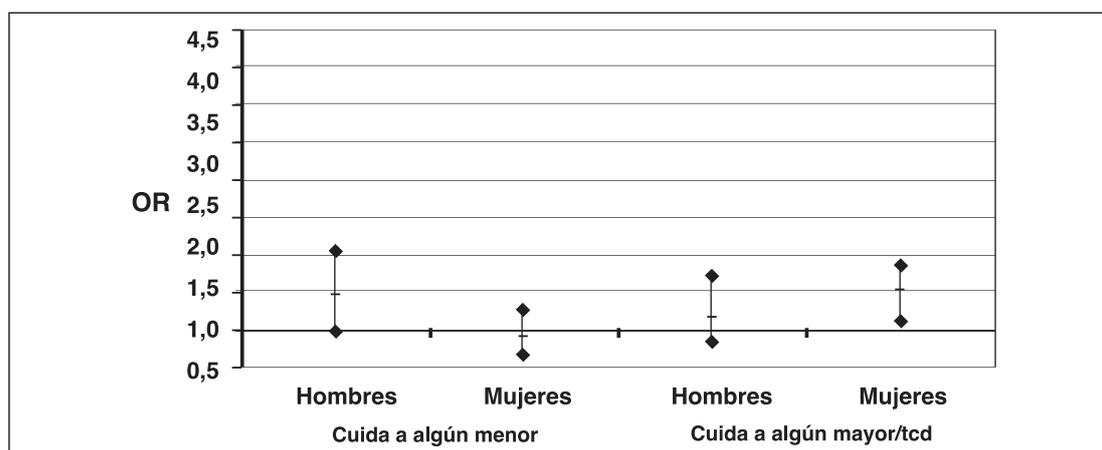


Gráfico 5. Riesgo de mala salud mental según la participación en los cuidados



Bibliografía

- Aguiar, F. García, I. (1998). "Mujer y trabajo doméstico en Andalucía: desigualdad de género y calidad de vida", en Aguiar, F. García, I. Pérez-Yruela, M. La situación social de las mujeres en Andalucía. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Alonso, J. Regidor, E. Barrio, G. y otros (1998). "Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36". Medicina Clínica (Barc) 111:410-6.
- Arber, S. (1991). "Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status". Social Science And Medicine 32:425-36.
- Argimon, JM. Limon, E. Vila, J. y otros (2004). "Health-related quality of life in carers of patients with dementia". Fam Pract 221 (4): 454-7.
- Armstrong, P. Armstrong, H. (2001). "Thinking it Through: Women, work and caring in the New Millennium". Disponible en: <http://www.medicine.da.ca/mcewh>
- Artazcoz, L. Cortés, I. Moncada, S. y otros (1999). "Gender differences in the influence of housework on health". Gaceta Sanitaria 13:201-7.

- Artazcoz, L. Borrell, C. Merino, J. y otros (2002). *“Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar”*. Informe SESPAS 2002.
- Borrell, C. Muntaner, C. Benach, J. y otros (2004). *“Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour?”*. *Social Science And Medicine* 58:1869-87.
- Brehaut, J.C. Kohen, D.E. Raina, P. y otros (2004). *“The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: how does it compare with that of other Canadian caregivers?”*. *Pediatrics* 114 (2):e182-91.
- Chiou, C.J. Chen, I.P. Wang, H.H. (2005). *“The health status of family caregivers in Taiwan: An analysis of gender differences”*. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20:821-6.
- Dennerstein, L. (1995). *“Mental health, work, and gender”*. *International Journal of Health Services* 25:503-9.
- Denton, M. Prus, S. Walters, V. (2004). *“Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health”*. *Social Science And Medicine* 58:2585-60.
- Donelan, K. Hill, C.A. Hoffman, C. y otros. (2002). *“From the field: Challenged to care: Informal caregivers in a changing health system”*. *Health Affairs* 24 (4):222-35.
- Durán, M.A. (1988). *De puertas adentro*. Madrid: Ministerio de Cultura. Instituto de la Mujer.
- ERB (2000). *Enquesta de la Regió de Barcelona. Informe general. Annex estadístic*. Barcelona: Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona.
- Eurostat (2002). *“The life of women and men in Europe”*. A statistical portrait 1980-2000. Disponible en: <http://europa.eu.int/comm/eurostat>
- García-Calvente, M.M. Mateo, I. Gutierrez, P. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: EASP-Instituto Andaluz de la Mujer.
- García-Calvente, M.M. Mateo, I. (2001). *“El sistema informal de atención a la salud”*, en De la Revilla (ed.). *Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales*. Granada: Fundesfam, pp. 279-300.
- García-Calvente, M.M. (2002). *“Cuidados de salud, género y desigualdad”* (editorial). *Comunidad* 5:3-4.
- García-Calvente, M.M. Mateo-Rodríguez, I. Eguiguren, A.P. (2004). *“The system of informal caregiving as inequality”*. *Gaceta Sanitaria* 18:132-9.
- INSERSO (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. INSERSO.
- IMSERSO (2002). *“Las personas mayores en España. Informe 2002”*. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/estadísticas/informacion/informe2002>
- Instituto Andaluz de la Mujer (1998). *La medida del mundo. Género y usos del tiempo en Andalucía*. Sevilla: Consejería de la Presidencia. Estudio N° 9.
- Jiménez, A. Huete, A. (2002). *“La discapacidad en España: datos epidemiológicos”*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, Documentos 62/2002.
- La Parra, D. (2001). *“Contribution of women and low-income households to the provision of informal home healthcare”*. *Gaceta Sanitaria* 15:498-505.
- Larrañaga, I. Arregi, B. Arpal, J. (2004). *“Reproductive or domestic work”*. *Gaceta Sanitaria* 18:31-7.

- Li, TC. Lee, YD. Lin, CC. y otros (2004). "Quality of life of primary caregivers of elderly with cerebrovascular disease or diabetes hospitalized for acute care: assessment of well-being and functioning using the SF-36 health questionnaire". *Quality of Life Research* 13(6): 1081-8.
- Markey, CN. Markey, PM. Schneider, C. y otros (2005). "Marital status and health beliefs: Different relations for men and women". *Sex Roles* 53:443-51.
- Mellner, C. Krantz, G. Lundberg, U. (2006). "Symptom reporting and self-rated health among women in mid-life: the role of work characteristics and family responsibilities". *International Journal of Behavioral Medicine* 13:1-7.
- Ministerio de trabajo y asuntos sociales (2004). *Libro blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Disponible en: http://www.tt.mtas.es/periodico/serviciosociales/200501/libro_blanco_dependencia.htm
- Morris, M. (2001). "Gender-sensitive home and community care and caregiving research: a synthesis paper. National Coordinating Group of Health Care Reform and Women, Health Canada". Disponible en <http://www.cewh-cesf.ca/healthreforms/publications>.
- Muñoz, MA. Zapater, F. (2006). "El impacto del cuidado de los nietos en la salud percibida y el apoyo social de las abuelas". *Atención Primaria* 37(7):374-8.
- National Coordinating Group on Health Care Reform and Women. "Women and home care. Why does home care matter to women?". Documento electrónico disponible en: <http://www.cewh-cesf.ca/healthreforms/publications>
- Navaie-Waliser, M. Spriggs, A. Feldman, PH. (2002). "Informal caregiving: differential experiences by gender". *Medical Care*. 40(12):1249-59.
- Pinquart, M. Sorensen, S. (2003). "Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis". *Psychol Aging* 18 (2): 250-67.
- Pinquart, M. Sorensen, S. (2006). "Gender differences in caregivers stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis". *Journal Of Gerontology Series B: Psychological Sciences* 61 (1):P33-45.
- Roca Roger, M. Ubeda Bonet, I. Fuentelsaz Gallego, C. y otros. (2000). "Impact of caregiving on the health of family caregivers". *Atención Primaria* 15, 26:217-23.
- Sánchez-Cruz, JJ. García-Calvente, MM. Ortiz, J. y otros (2003). *Encuesta Andaluza de Salud 1999: muestra de adultos*. Sevilla: Consejería de Salud.
- Santiago Navarro, P. Lopez Mederos, O. Lorenzo Riera, A. (1999). "Morbidity in the caregivers of patients confined to their homes". *Atención Primaria* 24:404-10.
- Schultz, R. Beach, SR. (1999). "Caregiving as risk factor for mortality. The caregiver health effects study". *JAMA* 282(23):2215-9.
- Schumacher, K. Beck, CA. Marren, JM. (2006). "Family caregivers: caring for older adults, working with their families". *American Journal Of Nursing* 106:40-9.
- Singh-Manoux, A. Martikainen, P. Ferrie, J. y otros (2006). "What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies". *Journal of Epidemiology and Community Health* 60:364-372.
- Strohschein, L. McDonough, P. Monette, G. y otros. (2005). "Marital transitions and mental health: are there gender differences in the short-term effects of marital status change?" *Social Science And Medicine* 61:2293-303.
- Sugiura, K. Ito, M. Mikami, H. (2004). "Evaluation of gender differences of family caregivers with reference to the mode of caregiving at home and caregiver distress in Japan". *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 51:240-51.

M. M. Garcia-Calvente, M. del Río Lozano y A. P. Eguiguren

- Verbrugge, LM. (1985). "*Gender and health: an update on hypotheses and evidence*". *Journal of Health and Social Behavior* 26:156-82.
- Vilagut, G. Ferrer, M. Rajmil, L. y otros (2005). "*The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments*". *Gaceta Sanitaria* 19(2):135-150.
- Zhan, HJ. (2005). "*Aging, health care, and elder care: perpetuation of gender inequalities in China*". *Health Care for Women International* 26:693-712.
- Zunzunegui, MV. Beland, F. Llacer, A. y otros. (1998). "*Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly*". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33:195-205.

5.1.3. Artículo 3

GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; DEL RÍO-LOZANO, MARÍA; MARCOS-MARCOS, JORGE. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como resultado del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25 (2), 100-107. [Revista indexada en el ISI JOURNAL CITATION REPORTS, Factor de Impacto: 1.116]

Original

Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España

Mar García Calvente^{a,b,*}, María del Río Lozano^a y Jorge Marcos Marcos^b

^a Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Granada, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de junio de 2011

Aceptado el 20 de septiembre de 2011

On-line el 16 de noviembre de 2011

Palabras clave:

Cuidado informal
Desigualdades de género
Deterioro de la salud
Dependencia

R E S U M E N

Objetivos: Analizar las diferencias en las características del cuidado que prestan mujeres y hombres a personas dependientes, y su asociación con la percepción del deterioro de la salud como consecuencia de cuidar.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal de ámbito nacional sobre la muestra de 7.512 personas cuidadoras principales de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Dependencia 2008. Se realizó un análisis descriptivo de características del cuidado (tareas realizadas, intensidad, frecuencia y duración) según sexo. Mediante regresión logística multivariada se analizó la asociación entre la percepción de deterioro de la salud y las variables de cuidado, ajustando por características sociodemográficas.

Resultados: El 74% de las personas cuidadoras son mujeres y perciben con mayor frecuencia que los varones un deterioro de su salud como consecuencia de cuidar (37% y 21%, respectivamente). Ellas prestan un cuidado de mayor intensidad y asumen con mayor frecuencia tareas de ayuda para el aseo personal, comer y vestirse, asociadas a un mayor riesgo de percepción de deterioro de la salud. Los hombres realizan más tareas de cuidado fuera del hogar (ir al médico, hacer compras y gestiones), que resultan protectoras para la percepción de deterioro de la salud. La intensidad del cuidado es un factor de riesgo para la percepción de deterioro de la salud en ambos sexos, y en las mujeres se añaden la frecuencia y duración.

Conclusiones: El mayor deterioro de la salud derivado del cuidado que perciben las mujeres está relacionado con desigualdades de género en las características del cuidado. Las intervenciones orientadas a personas cuidadoras deberían ser sensibles a las desigualdades de género existentes en el cuidado informal.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Gender inequalities in health deterioration as a result of informal care in Spain

A B S T R A C T

Keywords:

Informal care
Gender inequalities
Health deterioration
Dependency

Objectives: To analyze differences in the characteristics of care provided by women and men to dependent persons, and their association with the perception of health deterioration in both sexes.

Methods: We performed a nationwide cross-sectional study with data obtained from the 2008 Spanish Survey on Disability, Personal Autonomy and Dependence, based on a sample size of 7,512 principal caregivers. A descriptive analysis was performed of the characteristics of the care provided (tasks performed, intensity, frequency and duration) by sex. A multivariate logistic regression analysis was carried out to explore the association between the caregivers' perceptions of deteriorated health and the variables related to care, adjusted by sociodemographic characteristics.

Results: Most (74%) of the caregivers in the sample were women. Women more frequently perceived a deterioration in their health as a result of providing care than did men (37% and 21%, respectively). Women provided care with greater intensity and more frequently performed the tasks most associated with deteriorated health (personal hygiene, assistance in feeding, etc.). Men more frequently carried out tasks related to care outside the home (going to the doctor, shopping, etc.), all of which acted as a protective factor against health deterioration. The intensity of care was a risk factor for the perception of health deterioration in both sexes, while frequency and duration were also risk factors in women.

Conclusions: The greater health deterioration perceived by women is related to gender inequalities in the characteristics of the care provided. Interventions in informal caregivers should be sensitive to these gender inequalities.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mariadelmar.garcia.easp@juntadeandalucia.es (M. García Calvente).

Introducción

El cuidado informal puede definirse como la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares u otras personas de la red social inmediata, sin recibir una remuneración económica profesional por ello¹. La percepción por parte de las personas dependientes de la prestación económica por cuidados familiares, contemplada recientemente en España, no excluye de esta definición a las personas que las cuidan por razones de parentesco o afectivas. A pesar de que supone una importante contribución social^{2,3}, se trata de una actividad con un escaso reconocimiento, fuertemente feminizada y ligada al ámbito doméstico⁴. En España, son mujeres el 75% de las cuidadoras de personas con discapacidad y el 60% de las personas cuidadoras principales de mayores⁵. Las mujeres cuidadoras suelen ser también responsables de las tareas domésticas del hogar y tener una relación de parentesco directa con las personas a quienes cuidan⁵.

Asumir el cuidado de una persona en situación de dependencia constituye un factor de riesgo para la salud. Se sabe que el cuidado informal se relaciona con niveles más altos de estrés y síntomas de depresión⁶, menores bienestar subjetivo y salud física⁷, y menos probabilidad de las personas cuidadoras de involucrarse en actuaciones preventivas⁸. Así, la mayor implicación de las mujeres en el cuidado se ha señalado como un elemento clave para entender el impacto de los roles de género sobre las desigualdades en salud^{9,10}.

La literatura reciente demuestra que la interacción de los determinantes socioestructurales con el sistema de género potencia estas desigualdades¹¹, de modo que el estatus socioeconómico tiene un efecto modificador sobre el impacto de cuidar en la salud¹². En España, son las mujeres de clases más desfavorecidas y menores niveles educativos las que soportan mayores cargas de cuidado^{13,14}, y disponen de menos recursos materiales y simbólicos para hacerles frente^{2,15}. Igualmente, se sabe que determinadas características familiares y del hogar (número de miembros, parentesco, situación de convivencia) resultan factores determinantes de esta carga diferencial de cuidados en mujeres y en hombres, y de sus consecuencias para la salud^{5,16}.

Sin embargo, no existe en la literatura un consenso acerca del impacto en la salud que conlleva compatibilizar roles reproductivos y productivos. Mientras unos estudios acentúan los beneficios de asumir múltiples roles, al proporcionar recursos, autoestima y apoyo social^{17,18}, otros hacen hincapié en las consecuencias negativas de las dificultades para compaginar ambas esferas, que sitúan a las mujeres en una posición de desventaja ante el acceso y el control de los recursos materiales y no materiales necesarios para alcanzar un grado óptimo de bienestar^{19,20}. Sea como fuere, la participación en los cuidados, así como los costes de oportunidad que conlleva, varían considerablemente entre hombres y mujeres a lo largo del ciclo vital^{9,13}.

Si bien hay un creciente interés sobre el papel de los hombres como cuidadores²¹, en nuestro contexto son escasos los estudios que abordan las diferencias en el cuidado que prestan mujeres y hombres y sus implicaciones en el desigual impacto del hecho de cuidar sobre su salud²².

El desarrollo progresivo de la Ley de Dependencia en España, y sus implicaciones sociosanitarias, requieren profundizar en la investigación sobre las características del cuidado informal para la puesta en marcha de intervenciones sensibles al género y capaces de responder a las demandas y necesidades específicas de las personas que cuidan. La Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008)²³ ofrece una valiosa información sobre variables de cuidado, que permite analizar las disparidades existentes entre mujeres y hombres cuidadores.

El objetivo de este estudio es conocer las características del cuidado que prestan mujeres y hombres, y analizar si dichas

características se asocian a la percepción del deterioro de la salud de ambos sexos.

Métodos

Estudio epidemiológico transversal a partir de los datos procedentes de la EDAD 2008²³. Se incluyó en el estudio a todas las personas de 16 o más años de edad residentes en viviendas familiares del ámbito español que asumían, de forma no remunerada, el cuidado principal de alguna persona con discapacidad (limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria derivadas de una deficiencia), ya convivieran con ella o no, y que respondieron al cuestionario de cuidadores/as de la EDAD 2008. Las personas que cuidaban a menores de 6 años con limitaciones quedaron excluidas del estudio, ya que los datos de menores se recogieron en un cuestionario propio con variables específicas, y no fue posible reunir a toda la población dependiente en una misma base de datos. La muestra fue de 7.512 personas cuidadoras principales (5.588 mujeres y 1.924 hombres).

La variable dependiente fue la percepción de las personas cuidadoras de que «se ha deteriorado su salud» (sí/no). En el cuestionario se incluía esta opción como una de las posibles consecuencias derivadas del cuidado, y se pedía a la persona cuidadora marcarla sólo si ocurría «por tener que ayudar a la persona que cuida». Se estudiaron como variables independientes las tareas de cuidado realizadas, agrupadas en siete tipos (ayuda para comer, ayuda para vestirse, asistencia en el aseo personal, cambio de pañales, ayuda en la movilidad física dentro del hogar, tareas de cuidado fuera del hogar, otras tareas domésticas y de acompañamiento dentro del hogar); la intensidad del cuidado (horas diarias y semanales dedicadas); la frecuencia (días a la semana) y la duración (años cuidando). Las variables sociodemográficas utilizadas fueron el sexo como variable de estratificación, y la edad, el estado civil, el nivel educativo y la situación laboral como variables de ajuste.

Se realizó un análisis descriptivo inicial para conocer la distribución de todas las variables por sexo, usando el número de casos y los porcentajes. La asociación entre la variable dependiente y cada una de las independientes se analizó mediante tablas de contingencia y el test de ji al cuadrado, con un nivel de significación del 5%, estratificando por sexo. Posteriormente se efectuó un análisis de regresión logística multivariado para calcular el riesgo de percibir un deterioro de la salud derivado del cuidado según las características del cuidado y las variables sociodemográficas. Se realizó un test de colinealidad utilizando el factor de inflación de la varianza, para comprobar si había colinealidad entre las variables independientes incluidas en el modelo. Se construyó un modelo conjunto para conocer la asociación del sexo con la variable dependiente, controlando por las variables de cuidado y sociodemográficas. Seguidamente se creó un modelo para hombres y otro para mujeres. La magnitud de la asociación se estimó mediante *odds ratio* (OR), con un intervalo de confianza del 95% (IC95%).

Resultados

Las características sociodemográficas de las personas cuidadoras del estudio se muestran en la tabla 1. El 74% de quienes asumen la responsabilidad principal de cuidar a una persona dependiente son mujeres, en edades medias de la vida (el 52% entre 45 y 64 años), casadas (71%) y que no han superado los estudios primarios (63%). El 43% se dedica exclusivamente a las tareas del hogar. Los hombres cuidadores presentan un perfil más envejecido (el 46% supera los 64 años, el 57% son jubilados), y un mayor nivel de educación que las mujeres (38% estudios secundarios o superiores).

Se observan tanto semejanzas como diferencias en las características del cuidado que prestan ambos sexos (tabla 1). La gran

Tabla 1
Distribución por sexo de las variables sociodemográficas y de cuidado

Variables	Mujeres, N = 5.588		Hombres, N = 1.924		Total, N = 7.512	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
VARIABLES SOCIODEMOCRÁFICAS						
<i>Edad (años)</i>						
16-24	76	(1,4)	18	(0,9)	94	(1,3)
25-44	1.181	(21,1)	316	(16,4)	1.497	(19,9)
45-64	2.898	(51,9)	715	(37,2)	3.613	(48,1)
65 y más	1.433	(25,6)	875	(45,5)	2.308	(30,7)
<i>Estado civil</i>						
Soltero/a	830	(14,8)	418	(21,7)	1.248	(16,6)
Casado/a	3.977	(71,2)	1.385	(72,0)	5.362	(71,4)
Anteriormente casado/a	776	(13,9)	118	(6,1)	894	(11,9)
NS/NC	5	(0,1)	3	(0,2)	8	(0,1)
<i>Nivel educativo</i>						
Sin estudios	1.515	(27,1)	540	(28,1)	2.055	(27,4)
Primarios	2.011	(36,0)	641	(33,3)	2.652	(35,3)
Secundarios	1.564	(28,0)	505	(26,2)	2.069	(27,5)
Superiores	486	(8,7)	230	(12,0)	716	(9,5)
NS/NC	12	(0,2)	8	(0,4)	20	(0,3)
<i>Situación laboral</i>						
Con trabajo remunerado	1.423	(25,5)	588	(30,6)	2.011	(26,8)
Desempleado/a	496	(8,9)	161	(8,4)	657	(8,7)
Jubilado/a	1.120	(20,0)	1.101	(57,2)	2.221	(29,6)
Estudiante	31	(0,5)	11	(0,6)	42	(0,6)
Dedicado/a al hogar	2.418	(43,3)	26	(1,3)	2.444	(32,5)
Otros	82	(1,5)	35	(1,8)	117	(1,5)
NS/NC	18	(0,3)	2	(0,1)	20	(0,3)
VARIABLES DE CUIDADO						
<i>Días a la semana que cuida</i>						
Menos de 1	62	(1,1)	17	(0,9)	79	(1,0)
1	46	(0,8)	14	(0,7)	60	(0,8)
2 a 3	111	(2,0)	52	(2,7)	163	(2,2)
4 a 5	105	(1,9)	49	(2,5)	154	(2,0)
6 a 7	5.221	(93,4)	1.785	(92,8)	7.006	(93,3)
NS/NC	43	(0,8)	7	(0,4)	50	(0,7)
<i>Tiempo que lleva cuidando</i>						
Menos de 1 año	343	(6,1)	123	(6,4)	466	(6,2)
1 a 2 años	503	(9,0)	181	(9,4)	684	(9,1)
2 a 4 años	954	(17,1)	353	(18,3)	1.307	(17,4)
4 a 8 años	1.169	(20,9)	448	(23,3)	1.617	(21,5)
Más de 8 años	2.589	(46,3)	814	(42,3)	3.403	(45,3)
NS/NC	30	(0,5)	5	(0,3)	35	(0,5)
<i>Horas diarias que cuida</i>						
Menos de 4	1.228	(22,0)	605	(31,4)	1.833	(24,4)
4 a 7	1.054	(18,9)	370	(19,2)	1.424	(19,0)
8 a 15	1.191	(21,3)	332	(17,3)	1.523	(20,3)
Más de 15	2.043	(36,6)	588	(30,6)	2.631	(35,0)
NS/NC	72	(1,3)	29	(1,5)	101	(1,3)
<i>Horas semanales que cuida</i>						
Hasta 20	1.299	(23,3)	630	(32,7)	1.929	(25,7)
20 a 40	912	(16,3)	328	(17,1)	1.240	(16,5)
40 a 60	681	(12,2)	177	(9,2)	858	(11,4)
60 a 80	418	(7,5)	127	(6,6)	545	(7,3)
De 80 a 100	293	(5,2)	80	(4,2)	373	(4,9)
Más de 100	1.887	(33,8)	547	(28,4)	2.434	(32,4)
NS/NC	98	(1,7)	35	(1,8)	133	(1,8)
<i>Ayuda para comer</i>						
No	4.609	(82,5)	1.704	(88,6)	6.313	(84,0)
Sí	979	(17,5)	220	(11,4)	1.199	(16,0)
<i>Ayuda para vestirse</i>						
No	2.683	(48,0)	1.075	(55,9)	3.758	(50,0)
Sí	2.905	(52,0)	849	(44,1)	3.754	(50,0)
<i>Asistencia en el aseo personal</i>						
No	1.449	(25,9)	780	(40,5)	2.229	(29,7)
Sí	4.139	(74,1)	1.144	(59,5)	5.283	(70,3)
<i>Cambio de pañales</i>						
No	4.677	(83,7)	1.715	(89,1)	6.392	(85,1)
Sí	911	(16,3)	209	(10,9)	1.120	(14,9)
<i>Movilidad física dentro del hogar</i>						
No	3.311	(59,3)	1.094	(56,9)	4.405	(58,6)
Sí	2.277	(40,7)	830	(43,1)	3.107	(41,1)
<i>Acompañamiento y cuidados fuera del hogar</i>						
No	2.358	(42,2)	566	(29,4)	2.924	(38,9)
Sí	3.230	(57,8)	1.358	(70,6)	4.588	(61,1)
<i>Otras tareas domésticas y de cuidados dentro del hogar</i>						
No	1.984	(35,5)	620	(32,2)	2.604	(34,7)
Sí	3.604	(64,5)	1.304	(67,8)	4.908	(65,3)

Tabla 2
Prevalencia de percepción de deterioro de la salud, según las variables sociodemográficas y las tareas de cuidado realizadas. Análisis bivariado para hombres y mujeres

Variables ^a	Mujeres, N = 5588			Hombres, N = 1924		
	Sí, n (%)	No, n	p	Sí, n (%)	No, n	p
<i>Edad (años)</i>						
16-24	11 (14,5)	65	<0,001	4 (22,2)	14	0,023
25-44	324 (27,4)	857		55 (17,4)	261	
45-64	1.124 (38,8)	1.774		139 (19,4)	576	
65 y más	618 (43,1)	815		214 (24,5)	661	
<i>Estado civil</i>						
Soltero/a	238 (28,7)	592	<0,001	75 (17,9)	343	0,142
Casado/a	1.545 (38,8)	2.432		311 (22,5)	1.074	
Anteriormente casado/a	291 (37,5)	485		26 (22,0)	92	
<i>Nivel educativo</i>						
Sin estudios	661 (43,6)	854	<0,001	148 (27,4)	392	<0,001
Primarios	741 (36,8)	1.270		133 (20,7)	508	
Secundarios	537 (34,3)	1.027		90 (17,8)	415	
Superiores	134 (27,6)	352		40 (17,4)	190	
<i>Situación laboral</i>						
Con trabajo remunerado	388 (27,3)	1.035	<0,001	84 (14,3)	504	<0,001
Desempleado/a	172 (34,7)	324		34 (21,1)	127	
Jubilado/a	501 (44,7)	619		275 (25,0)	826	
Estudiante	6 (19,4)	25		3 (27,3)	8	
Dedicado/a al hogar	970 (40,1)	1.448		10 (38,5)	16	
Otros	37 (45,1)	45		6 (17,1)	29	
<i>Ayuda para comer</i>						
No	1.546 (33,5)	3.063	<0,001	325 (19,1)	1.379	<0,001
Sí	531 (54,2)	448		87 (39,5)	133	
<i>Ayuda para vestirse</i>						
No	807 (30,1)	1.876	<0,001	173 (16,1)	902	<0,001
Sí	1.270 (43,7)	1.635		239 (28,2)	610	
<i>Asistencia en el aseo personal</i>						
No	365 (25,2)	1.084	<0,001	114 (14,6)	666	<0,001
Sí	1.712 (41,4)	2.425		298 (26,0)	846	
<i>Cambio de pañales</i>						
No	1.596 (34,1)	3.081	<0,001	342 (19,9)	1.373	<0,001
Sí	481 (52,8)	430		70 (33,5)	139	
<i>Movilidad física dentro del hogar</i>						
No	1.043 (31,5)	2.268	<0,001	198 (18,1)	896	<0,001
Sí	1.034 (45,4)	1.243		214 (25,8)	616	
<i>Acompañamiento y cuidado fuera del hogar</i>						
No	1.071 (45,4)	1.287	<0,001	195 (34,5)	371	<0,001
Sí	1.006 (31,1)	2.224		217 (16,0)	1.141	
<i>Otras tareas domésticas y de cuidado dentro del hogar</i>						
No	864 (43,5)	1.120	<0,001	160 (25,8)	460	0,001
Sí	1.213 (33,7)	2.391		252 (19,3)	1.052	
Total	2.077 (37,2)	3.511		412 (21,4)	1.512	

^a Todas las variables presentan una asociación estadísticamente significativa con la percepción de deterioro de la salud (p <0,05 en las pruebas de ji al cuadrado), excepto el estado civil en los hombres.

mayoría de hombres y de mujeres que asumen el cuidado principal de personas dependientes lo hacen durante 6 o 7 días a la semana (93%). Sin embargo, las mujeres cuidan con mayor intensidad, tanto diaria (el 58% dedica 8 horas o más diarias, frente al 48% de los hombres) como semanal (el 60% de las mujeres y el 48% de los hombres cuidan 40 horas o más), y acumulan más años de cuidado (el 46% lleva más de 8 años cuidando, frente al 42% de los hombres). Algunas tareas son asumidas mayoritariamente por las mujeres (ayudar a comer, a vestirse o a realizar el aseo personal). Los hombres, en cambio, realizan más tareas de movilidad física dentro del hogar y de cuidado fuera de éste (ir al médico, hacer compras y gestiones, o ayudar a utilizar el transporte público). Las mayores brechas de género en las tareas realizadas se dan en las de aseo personal (15% más en las mujeres) y las de fuera del hogar (13% más en los hombres).

La prevalencia de deterioro de la salud derivado del cuidado y su asociación con diferentes variables del estudio se muestran en la tabla 2. El 37% de las mujeres y el 21% de los hombres perciben que su salud se ha deteriorado por cuidar. En los hombres, esta percepción se mantiene relativamente estable en los distintos grupos de edad, mientras que en las mujeres aumenta a medida que avanza la edad. A mayor nivel educativo, la percepción de deterioro de la salud disminuye, tanto en las mujeres como en los hombres. Las personas que compatibilizan las responsabilidades de cuidado con un trabajo remunerado presentan un menor porcentaje de deterioro de la salud (27% de las mujeres, 14% de los hombres). Tanto en los hombres como en las mujeres, las tareas de cuidado relacionadas con la asistencia personal en las actividades de la vida diaria (comer, vestirse, aseo personal y cambio de pañales) y las de movilidad física dentro del hogar se asocian con una mayor prevalencia

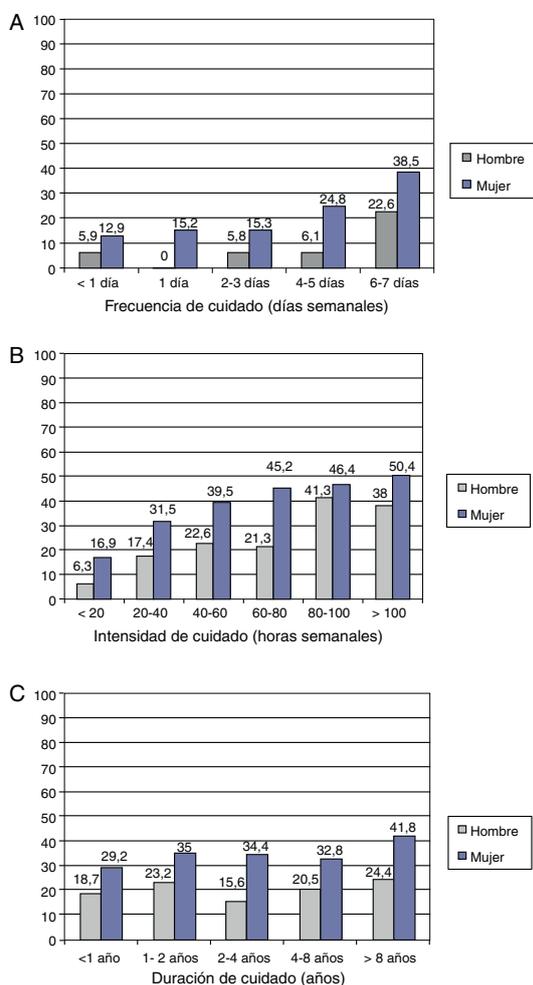


Figura 1. Porcentaje de hombres y mujeres que perciben un deterioro de su salud, según la frecuencia (A), la intensidad (B) y la duración (C) del cuidado. Las tres variables presentan una asociación estadísticamente significativa con la percepción de deterioro de la salud ($p < 0,05$ en las pruebas de ji al cuadrado).

de percepción de deterioro de la salud (tabla 2), y dichas tareas son, con la excepción de las de movilidad física, más realizadas por las mujeres. También en ambos sexos, salir del espacio doméstico para realizar tareas de acompañamiento y de cuidado resulta ser un factor protector.

El porcentaje de mujeres que perciben un deterioro de su salud es superior al de hombres en todas las categorías de frecuencia, intensidad y duración del cuidado (fig. 1). En los hombres, el deterioro de la salud aumenta considerablemente cuando la frecuencia de cuidado se sitúa en 6-7 días semanales (23%) y no permite descansos de más de un día. En cambio, un 25% de las mujeres percibe un deterioro de su salud con frecuencias de 4-5 días a la semana. Más de un tercio de las mujeres que llevan cuidando 2 años o menos ya perciben su salud deteriorada. En cuanto a la intensidad, la mitad de las mujeres que dedica más de 100 horas semanales al cuidado reportan deterioro de su salud, porcentaje que se reduce al 38% en los hombres para la misma intensidad de cuidado.

Del modelo multivariado conjunto para mujeres y hombres (tabla 3) se desprende que el sexo está asociado al deterioro de la salud como consecuencia del cuidado, una vez ajustado por el resto de las variables sociodemográficas y de cuidados incluidas en el estudio. Las mujeres cuidadoras presentaron un mayor riesgo de percibir dicho deterioro respecto a los hombres (OR = 2,18, IC95%: 1,88-2,53). El test de colinealidad realizado, utilizando el factor de inflación de la varianza, obtuvo valores inferiores a 1,25 para todas las variables, lo que sugiere la ausencia de colinealidad entre las variables independientes y, por tanto, un buen ajuste del modelo en este sentido. La tabla 3 muestra también los modelos multivariados separados para hombres y mujeres. Para ellos, la tarea de «ayudar a comer» comporta un 57% más de riesgo de percibir un deterioro de la salud (OR = 1,57, IC95%: 1,10-2,24), mientras que las que están relacionadas con el espacio público reducen dicho riesgo casi en la misma proporción (OR = 0,54, IC95%: 0,40-0,73). Para el resto de las tareas de cuidado, los riesgos no alcanzaron la significación estadística. En el caso de las mujeres, las casadas y de bajo nivel educativo presentaron mayores grados de deterioro de su salud. Igualmente, realizar tareas de ayuda para comer, vestirse, aseo personal, cambio de pañales y movilidad física comportaron mayor riesgo. En las mujeres, una mayor intensidad, frecuencia y duración del cuidado son factores asociados a la percepción de deterioro de la salud, mientras que en los hombres la asociación es estadísticamente significativa sólo en el caso de la intensidad.

Discusión

Este estudio profundiza en el conocimiento de las desigualdades de género que imperan en el cuidado informal y su diferente repercusión en la salud de mujeres y hombres. Los resultados confirman que el cuidado de personas dependientes continúa siendo un trabajo altamente feminizado. La mayor percepción de deterioro de la salud como consecuencia del cuidado que muestran las mujeres respecto de los hombres que cuidan se relaciona tanto con la mayor asunción de las responsabilidades de cuidado como con las características del cuidado que prestan, más intenso y con mayor dedicación a tareas asociadas a un riesgo para la salud. Los hombres cuidadores presentan en menor medida un deterioro derivado del cuidado, entre otros aspectos, por su dedicación a las tareas de cuidado relacionadas con la esfera pública, que resultaron protectoras para la salud. Por otra parte, a igual intensidad, duración y frecuencia de cuidado, las mujeres refieren en mayor medida un deterioro de su salud.

Estos resultados deben interpretarse a la luz de las limitaciones de los diseños epidemiológicos transversales. Sin embargo, debemos destacar como fortaleza que proceden de un cuestionario diseñado para conocer las consecuencias que se derivan expresamente del cuidado (en este caso, el deterioro de la salud por cuidar), hecho que minimiza el posible sesgo de transversalidad. El diseño de la EDAD 2008, aunque proporciona un menor detalle en variables relacionadas con la salud (en comparación con las encuestas de salud), resulta de mucha utilidad para explorar en toda España las características del cuidado que prestan ambos sexos. En cualquier caso, algunas variables relevantes, como la clase social o el parentesco, no se han analizado por las dificultades encontradas para conseguir esta información, al tener que relacionar los distintos cuestionarios de la EDAD. Del mismo modo, el diferente tamaño muestral entre mujeres y hombres cuidadores condiciona la probabilidad de hallar diferencias estadísticamente significativas en la asociación de las variables independientes con el deterioro de la salud. Esto podría explicar que el modelo de mujeres incluya más variables asociadas estadísticamente a dicho deterioro que el de hombres.

Tabla 3
Riesgo de percibir un deterioro de salud, según variables sociodemográficas y de cuidado. Análisis de regresión logística multivariado. Modelo conjunto y por sexo

Variables	Riesgo de deterioro de salud por el cuidado					
	Modelo conjunto, N = 7.512		Modelo mujeres, n = 5.588		Modelo hombres, n = 1.924	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Sexo						
Hombre	1					
Mujer	2,18 (1,88-2,53)	0,000				
Edad (años)						
16 a 24	1		1		1	
25 a 44	1,40 (0,73-2,68)	0,306	1,49 (0,72-3,07)	0,281	0,96 (0,20-4,65)	0,955
45 a 64	1,72 (0,90-3,30)	0,100	1,96 (0,95-4,03)	0,069	0,70 (0,14-3,48)	0,666
65 y más	1,65 (0,85-3,19)	0,140	1,95 (0,94-4,09)	0,075	0,58 (0,11-3,00)	0,514
Situación laboral						
Con trabajo remunerado	1		1		1	
Desempleado/a	1,15 (0,93-1,42)	0,205	1,17 (0,92-1,48)	0,198	0,98 (0,60-1,61)	0,939
Jubilado/a	1,47 (1,22-1,76)	0,000	1,52 (1,24-1,88)	0,000	1,62 (1,06-2,46)	0,025
Estudiante	1,58 (0,67-3,73)	0,299	1,26 (0,46-3,45)	0,648	2,00 (0,32-12,52)	0,461
Dedicado/a a las tareas del hogar	1,13 (0,96-1,32)	0,133	1,13 (0,96-1,34)	0,145	1,72 (0,70-4,24)	0,240
Otras	1,28 (0,84-1,94)	0,255	1,49 (0,92-2,40)	0,102	0,80 (0,31-2,10)	0,654
Nivel de estudios						
Superiores	1		1		1	
Secundarios	1,19 (0,96-1,47)	0,117	1,23 (0,96-1,57)	0,097	0,98 (0,62-1,54)	0,934
Primarios	1,07 (0,87-1,33)	0,517	1,10 (0,87-1,41)	0,426	0,95 (0,61-1,47)	0,810
Sin estudios	1,31 (1,05-1,63)	0,017	1,29 (1,00-1,67)	0,051	1,41 (0,89-2,21)	0,141
Estado civil						
Soltero/a	1		1		1	
Casado/a	1,27 (1,08-1,50)	0,003	1,34 (1,11-1,62)	0,002	1,27 (0,90-1,80)	0,181
Anteriormente casado/a	1,03 (0,83-1,28)	0,774	1,05 (0,83-1,33)	0,674	1,13 (0,65-1,97)	0,669
Ayuda a comer						
No	1		1		1	
Sí	1,42 (1,22-1,65)	0,000	1,40 (1,19-1,65)	0,000	1,57 (1,10-2,24)	0,012
Ayuda a vestirse						
No	1		1		1	
Sí	1,17 (1,03-1,32)	0,017	1,16 (1,01-1,33)	0,042	1,23 (0,92-1,64)	0,156
Realiza tareas de aseo personal						
No	1		1		1	
Sí	1,41 (1,23-1,62)	0,000	1,47 (1,26-1,73)	0,000	1,18 (0,88-1,59)	0,267
Realiza cambio de pañales						
No	1		1		1	
Sí	1,44 (1,24-1,68)	0,000	1,57 (1,32-1,86)	0,000	0,99 (0,68-1,44)	0,953
Realiza tareas de movilidad física						
No	1		1		1	
Sí	1,33 (1,18-1,49)	0,000	1,44 ^a (1,26-1,64)	0,000	0,98 (0,75-1,28)	0,901
Realiza tareas de acompañamiento y cuidados fuera del hogar						
No	1		1		1	
Sí	0,87 (0,76-0,99)	0,038	0,99 (0,85-1,15)	0,886	0,54 (0,40-0,73)	0,000
Realiza otras tareas domésticas y de cuidados dentro hogar						
No	1		1		1	
Sí	1,11 (0,97-1,26)	0,135	1,09 (0,94-1,27)	0,234	1,16 (0,86-1,57)	0,329
Días a la semana que cuida (cont.)	1,28 (1,13-1,46)	0,000	1,25 (1,10-1,44)	0,001	1,50 (0,97-2,32)	0,071
Horas al día que cuida (cont.)	1,05 (1,04-1,05)	0,000	1,04 (1,03-1,05)	0,000	1,07 (1,05-1,08)	0,000
Años que lleva cuidando						
Menos de 1	1		1		1	
De 1 a 2	1,55 (1,16-2,05)	0,003	1,56 (1,14-2,15)	0,006	1,51 (0,80-2,82)	0,202
De 2 a 4	1,32 (1,02-1,71)	0,036	1,45 (1,09-1,94)	0,011	0,88 (0,49-1,59)	0,674
De 4 a 8	1,29 (1,00-1,66)	0,047	1,30 (0,98-1,73)	0,065	1,23 (0,70-2,16)	0,465
Más de 8	1,78 (1,41-2,26)	0,000	1,90 (1,46-2,47)	0,000	1,37 (0,80-2,33)	0,252

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

Nuestros resultados están en consonancia con los de otros estudios que, en nuestro contexto, atribuyen al cuidado informal un perfil altamente feminizado^{2,3,14} y confirman que son las mujeres las que cuidan con mayor intensidad y realizan en mayor medida las tareas relacionadas con la atención personal^{5,22}, que suponen, además de una mayor dedicación de tiempo, una

relación más cercana y vinculante con la persona a quien se cuida.

La literatura internacional contextualiza las diferencias en el estado de salud de ambos sexos en este reparto desigual de las cargas de cuidado^{24,25}. Esto también se ha puesto de manifiesto en recientes estudios en nuestro país^{2,14,26}, en algún caso señalando

que cuando los hombres aumentan dicha carga, las desigualdades de género en la salud se reducen o se invierten²². Nuestros hallazgos apoyan esta tesis, al tiempo que relacionan determinadas tareas de cuidado, en combinación con la intensidad, con un mayor deterioro de la salud por el hecho de cuidar. Así, son las mujeres quienes asumen en mayor proporción las tareas de asistencia en las actividades básicas de la vida diaria (que comportan mayor riesgo para la salud), mientras que los hombres realizan en mayor medida las que se desarrollan en el espacio público (que actúan como factor protector).

La teoría de género aporta un marco interpretativo para nuestros resultados. Los niveles estructural, simbólico e individual del sistema de género definidos por Harding²⁷ resultan elementos clave en la configuración de qué nociones sobre masculinidad y feminidad son producidas y naturalizadas en una sociedad, y por ende cómo son ordenados los ámbitos productivo y reproductivo. Los roles tradicionales femeninos, que atribuyen a las mujeres el cuidado cotidiano de los miembros del hogar, y los roles masculinos, que asignan a los hombres el papel de proveedor, se hallan en la base del desequilibrio en la asignación de las tareas de cuidado²⁸. La literatura muestra que las normas que impone la división sexual del trabajo dan como resultado una exposición y vulnerabilidad diferencial a factores de riesgo que condicionan la salud de ambos sexos²⁹.

Este trabajo supone una aportación a los estudios que señalan cómo los distintos resultados en salud de mujeres y hombres no sólo tienen que ver con su distinto grado de participación en el trabajo de cuidar, sino con la forma diferencial en que ambos experimentan y afrontan el cuidado^{9,30}. Adicionalmente, el hecho de que las mujeres presenten más riesgo de percibir un deterioro de su salud como consecuencia del cuidado, una vez ajustado el modelo por las demás variables sociodemográficas y de cuidado, indica la existencia de otros factores no contemplados. Sería necesario profundizar, desde una perspectiva de género, en los aspectos que potencian la peor salud percibida de las mujeres cuidadoras. Para ello habría que tomar en consideración tanto las condiciones en que se prestan los cuidados (tipo de personas a quienes se cuida, corresponsabilidad, disponibilidad de ayudas) como el acceso y el control diferencial sobre los recursos materiales y simbólicos (mayor obligación social de cuidar y menor capacidad de elección real), y los diferentes costes de oportunidad del cuidado informal³¹ para mujeres y hombres. Diversos estudios han enfatizado factores socioeconómicos, laborales y de apoyo social^{32,33}, así como el acceso y la utilización de los servicios sociosanitarios⁹. Esta combinación de elementos apunta a un marco explicativo en el cual las mujeres, empujadas al cuidado por normas sociales de género que lo definen como «femenino», no sólo ofrecen formas más intensas y complejas de cuidado que los hombres, sino que tienen que compatibilizarlas en mayor medida con otras responsabilidades familiares y laborales³³. De acuerdo con Morris³⁴, cuidar interfiere en la vida cotidiana de las mujeres más que en la de los hombres, en un contexto inflexible de servicios públicos y privados de apoyo. Se hace necesario utilizar distintos abordajes metodológicos (cuantitativos y cualitativos) para profundizar en el complejo entramado de factores relacionados con las desigualdades de género en el impacto en la salud del cuidado informal.

La incorporación del enfoque de género a las intervenciones en salud pública resulta clave, ya que permite una mejor adecuación de los recursos comunitarios y una orientación de las medidas de actuación de los servicios sociosanitarios dirigidas a las necesidades y demandas de las mujeres y los hombres cuidadores³⁵. Adicionalmente, es necesario seguir potenciando estrategias que promuevan la corresponsabilidad en el cuidado y favorezcan la conciliación de roles productivos y reproductivos, como forma de disminuir las desigualdades de género que siguen imperando en este ámbito.

¿Qué se sabe sobre el tema?

El cuidado informal está altamente feminizado, lo que comporta un impacto negativo en la salud de las mujeres. Sin embargo, pocos trabajos han analizado si las diferentes maneras de cuidar de mujeres y hombres repercuten de forma diferente en su salud.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

El estudio analiza una muestra de ámbito nacional de personas cuidadoras principales y aporta información sobre cómo los distintos resultados en salud de hombres y mujeres no sólo se relacionan con el grado de implicación en el cuidado, sino también con la forma diferencial en que mujeres y hombres cuidan. Los resultados son de utilidad para las políticas y los programas en salud pública, ya que el conocimiento de las desigualdades de género en el cuidado informal permite una mejor adecuación de los recursos comunitarios y sociosanitarios a las distintas necesidades y demandas de las mujeres y los hombres cuidadores.

Declaraciones de autoría

Todos los autores cumplen los criterios de autoría, y no se excluye a nadie que también los cumpla. M. García Calvente concibió, diseñó el estudio y supervisó todos los aspectos de su realización. M. del Río Lozano participó en el diseño y analizó los datos. M. García Calvente, M. del Río Lozano y J. Marcos Marcos interpretaron los datos y redactaron el manuscrito. M. García Calvente es la responsable del artículo.

Financiación

El proyecto de investigación ha sido financiado por el Observatorio de Salud de las Mujeres a través del CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Al Observatorio de Salud de las Mujeres, por haber financiado este proyecto a través del CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). A las personas revisoras, al equipo editorial y a Ricardo Ocaña Riola, por los valiosos comentarios aportados al manuscrito.

Bibliografía

- García-Calvente MM, Mateo I, Gutiérrez-Cuadra P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública/Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.
- Esping-Andersen G, Dunca G, Hemerick A, et al. Why we need a new Welfare State? Oxford: Oxford University Press; 2004.
- Artazcoz L, Borrell C, Rohlfis I, et al. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. Gac Sanit. 2001;15:150-3.
- García-Calvente MM, Del Río M, Castaño E, et al. Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. Gac Sanit. 2010;24:293-302.
- Instituto de Mayores, Servicios Sociales (IMSERSO). Atención a las personas en situación de dependencia en España. En: Libro Blanco. Madrid: IMSERSO; 2005. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/libro-blanco-dependencia.html>.
- Hirst M. Carer distress: a prospective, population-based study. Soc Sci Med. 2005;61:697-708.

7. Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging.* 2003;18:250-67.
8. National Alliance for Caregiving, Evercare. Evercare study of caregivers in decline: a close-up look at the health risks of caring for a loved one. Bethesda, MD: National Alliance for Caregiving and Minnetonka, MN, Evercare; 2006.
9. Navaie-Waliser M, Spriggs A, Feldman PH. Informal caregiving, Differential experiences by gender. *Med Care.* 2002;40:1249-59.
10. Bedard M, Kuzik R, Chambers L, et al. Understanding burden differences between men and women caregivers: the contribution of care-recipient problem behaviors. *Int Psychogeriatr.* 2005;1:99-118.
11. Sen G, Östlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient, gender inequity in health: why it exists and how we can change it. En: Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Women and Gender Equity Knowledge Network. Geneva: WHO; 2007. Disponible en http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report.07.pdf.
12. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *J Soc Work Educ.* 2008;44.
13. García-Calvente MM, Del Río M, Eguiguren AP. Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguaruak.* 2007;44:291-308.
14. La Parra D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gac Sanit.* 2001;15:498-505.
15. García-Alberca JM, Lara JP, Berthier ML. Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer's disease. *Int J Psychiatry Med.* 2011;41:57-69.
16. Chun H, Khang YH, Kim IL, et al. Explaining gender differences in ill-health in South Korea: the roles of socio-structural, psychological, and behavioral factors. *Soc Sci Med.* 2008;67:988-1001.
17. Lee C, Powers JR. Number of social roles, health, and well-being in three generations of Australian women. *Int J Behav Med.* 2002;9:195-215.
18. Backhans MC, Lundberg M, Månsson A. Does increased gender equality lead to a convergence of health outcomes for men and women? A study of Swedish municipalities. *Soc Sci Med.* 2007;64:1892-903.
19. Sugiura K, Ito M, Mikami H. Evaluation of gender differences of family caregivers with reference to the mode of caregiving at home and caregiver distress in Japan. *Nippon Koshu Eisei Zasshi.* 2004;51:240-51.
20. Blane D, Berney L, Montgomery SM. Domestic labour, paid employment and women's health: analysis of life course data. *Soc Sci Med.* 2001;52:959-65.
21. Covas S, coordinador. En: Los hombres y el cuidado de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en <http://www.msp.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eqiudad/hombresycuidado09.pdf>.
22. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, et al. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit.* 2008;22:443-50.
23. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). 2008. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p418&file=inebase&L=0>.
24. Mellner C, Krantz G, Lundberg U. Symptom reporting and self-rated health among women in mid-life: the role of work characteristics and family responsibilities. *Int J Behav Med.* 2006;13:1-7.
25. Doyal L. Gender equity in health: debates and dilemmas. *Soc Sci Med.* 2000;51:931-9.
26. García-Calvente MM, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit.* 2004;18:83-92.
27. Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Morata; 1996.
28. England P. The gender revolution. Uneven and stalled. *Gender & Society.* 2010;24:149-66.
29. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Soc Sci Med.* 2004;58:2585-600.
30. Chiou CJ, Chen IP, Wang HH. The health status of family caregivers in Taiwan: an analysis of gender differences. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005;20:821-6.
31. Carmichael F, Charles S. The opportunity costs of informal care: does gender matter? *J Health Econ.* 2003;22:781-803.
32. Walters V, McDonough P, Strohschein L. The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender differences in health: an analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med.* 2002;54:677-92.
33. Gurney S, Emslie C, Macintyre S. Perceptions of work-life balance in 'ResearchOrg'. Glasgow: MRC Social & Public Health Sciences Unit; 2007.
34. Morris M. Gender-sensitive home and community care and caregiving research: a synthesis paper. Ottawa: Health Canada; 2001.
35. Garcés J, Carretero S, Ródenas F, et al. The care of the informal caregiver's burden by the Spanish public system of social welfare: a review. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010;50:250-3.

5.1.4. Artículo 4

DEL RÍO-LOZANO, MARÍA; GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; MARCOS-MARCOS, JORGE; ENTRENADURÁN, FRANCISCO; MAROTO-NAVARRO, GRACIA. (2013). Gender identity in informal care: Impact on health in Spanish Caregivers. *Qualitative Health Research*, 23 (11): 1506-1520. [Revista indexada en el ISI JOURNAL CITATION REPORTS, Factor de Impacto: 2.181]

Qualitative Health Research

<http://qhr.sagepub.com/>

Gender Identity in Informal Care: Impact on Health in Spanish Caregivers

María del Río-Lozano, María del Mar García-Calvente, Jorge Marcos-Marcos, Francisco Entrena-Durán and Gracia Maroto-Navarro

Qual Health Res published online 4 October 2013

DOI: 10.1177/1049732313507144

The online version of this article can be found at:

<http://qhr.sagepub.com/content/early/2013/10/04/1049732313507144>

Published by:



<http://www.sagepublications.com>

Additional services and information for *Qualitative Health Research* can be found at:

Email Alerts: <http://qhr.sagepub.com/cgi/alerts>

Subscriptions: <http://qhr.sagepub.com/subscriptions>

Reprints: <http://www.sagepub.com/journalsReprints.nav>

Permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

>> OnlineFirst Version of Record - Oct 4, 2013

[What is This?](#)

Gender Identity in Informal Care: Impact on Health in Spanish Caregivers

Qualitative Health Research
XX(X) 1–15
© The Author(s) 2013
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1049732313507144
qhr.sagepub.com


María del Río-Lozano¹, María del Mar García-Calvente¹, Jorge Marcos-Marcos²,
Francisco Entrena-Durán², and Gracia Maroto-Navarro¹

Abstract

We examined the influence of gender identity on men's and women's perceptions of assuming the caregiver role to identify different coping strategies and the effects on caregiver health and quality of life. The study, performed in Andalusia, Spain, was based on a sociological analysis of the narratives produced during semistructured interviews with primary informal caregivers (16 men and 16 women) of different profiles. We observed a cultural assumption that women should assume the caregiver role and found that women shouldered the bulk of caregiving responsibilities and did not usually seek support. This might explain the high prevalence of chronic health disorders, stress, anxiety, depression, neglect of health, and social isolation we observed among women caregivers. Because the caregiver role was not socially imposed on men in our setting, men caregivers adopted a flexible attitude and tended to seek external support before their health and quality of life were seriously affected.

Keywords

caregivers / caregiving; gender; health and well-being; interviews, semistructured; quality of life

Informal care, defined as the unpaid provision of care to a dependent person by family members or friends, has been considered the backbone of any long-term care system (Colombo, Llana-Nozal, Mercier, & Tjadens, 2011). In Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 10% of adults provide some type of care to a relative (Colombo et al.). In Spain, 3,850,000 disabled people (8.5% of the population) live at home and more than half of these need personal care assistance or supervision (Esparza, 2011). Spain has been described as one of the countries where informal care is most common and formal support most lacking (Pickard, 2011). There is also evidence that most caregivers in southern Europe are high-intensity caregivers, particularly in Spain, where one in two caregivers spends more than 20 hours a week looking after a dependent person (Pickard).

Informal caregivers in Spain have a well-defined profile: 76% are women and the vast majority live with and are close relatives of the care recipient; 50% are aged 45 to 64 years and are not in paid employment because they are prevalently housewives and retired men. In the case of care recipients under age 18, the profile changes, with an increase in the proportion of women caregivers and a decrease in mean age (Esparza, 2011). Conversely, when the care recipients are elderly, the proportion of men caregivers increases, as does mean age (Jiménez-Martín & Vilaplana, 2012). In this context, thus, it is particularly

important to understand how gender roles and identity influence men's and women's perceptions of caregiving and how this experience affects their health and quality of life.

There are evident differences between male and female informal caregivers in terms of the types of tasks they perform and the time they devote to caregiving. Women most frequently provide personal and instrumental care, keep the care recipient company, and perform supervisory tasks (Hirst, 2005). In addition, there is evidence that, compared with men, women are more likely to provide higher-intensity care and have more difficulties with care provision and with balancing work and family with their caregiving responsibilities (Navaie-Waliser, Spriggs, & Feldman, 2002). As stated by Morris (2001), "Women thrust into caregiving must develop strategies to handle the multiple pressures of their personal life, domestic and family responsibilities, and social and professional life within a context of inflexible public and private services" (p. 20).

¹Andalusian School of Public Health, Granada, Spain

²University of Granada, Granada, Spain

Corresponding Author:

María del Mar García-Calvente, Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Universitario de Cartuja, Cuesta del Observatorio, 4, Granada, 18080 Spain.

Email: mariadelmar.garcia.easp@juntadeandalucia.es

Although informal care is extremely beneficial to society (Oliva, Vilaplana, & Osuna, 2011), there is evidence that it has a negative impact on the caregiver's physical and psychological health (Pinquart & Sorensen, 2003). The negative effects of caregiving have been associated with chronic stress caused by the physical and psychological strains experienced during the provision of care over an extended period (Shultz & Sherwood, 2008). Type of disability, care recipient behavioral problems (especially in cases of dementia), and type and intensity of care all act as stressors that have a deleterious impact on physical and psychological health, life habits, and even mortality (Pinquart & Sorensen, 2003).

The negative effects of caregiving are also modulated by individual differences, with more pronounced effects occurring in older women with a low educational level, poor health, and a lack of social support (Shultz & Sherwood, 2008). Caring for others also has an impact on other aspects of life. For instance, it has been negatively related to the chances of being in paid employment and positively related to the chances of being in temporary part-time employment. It has also been associated with an increased risk of poverty (Colombo et al., 2011).

Several studies have confirmed that the negative effects of caregiving are unevenly distributed between men and women. According to the 2008 Spanish Survey on Disability, Personal Autonomy and Dependency Situations (Instituto Nacional de Estadística, 2008), women are more likely than men to give up their jobs and experience financial hardship because of caregiving. They are also more likely to devote less time to leisure activities and to neglect their health (Jiménez-Martín & Vilaplana, 2012). In brief, caregiving disrupts the daily life of women much more than that of men, leading to greater overload and a higher prevalence of health risk factors (Bedard et al., 2005). This is consistent with reports of higher psychiatric morbidity (Yee & Schulz, 2000), greater levels of burden and depression (Bookwala & Shultz, 2000), and worse self-perceived health (Pinquart & Sorensen, 2006) among women caregivers.

Although interest is growing in the role of men as caregivers (Kramer & Thompson, 2002), few studies in Spain have explored gender differences in caregiving or analyzed their function as modulators of the impact that care provision has on men's and women's health. Some studies conducted in our setting have attributed the greater impact on women's health to the fact that women shoulder greater caregiving burden and personal care responsibilities than men (Larrañaga et al., 2008). There are, however, other modulators that are not generally considered and that might negatively affect women's health, such as the conditions under which care is provided, differential access to and control of material and symbolic resources, and differential opportunity costs

of informal care for women and men (Carmichael & Charles, 2003).

More recently, researchers have examined the relationship between gender identity and the caregiver role (Kramer, 2005), but how gender roles and caregiver identity produce a differential impact on men and women in terms of health outcomes and quality of life has not been sufficiently studied in many contexts. To our knowledge, in Spain, no qualitative studies have investigated the many mechanisms modulating the differential effects of caregiving on men's and women's health.

In Spain, there is a political commitment to gender equality, which has become more evident since the enactment of the law regulating equality between women and men (Ley Orgánica 3/2007, 2007). This law led to the introduction of several measures promoting the reconciliation of family and work life, such as the possibility of adapting the length and distribution of the working day to family needs. However, these measures have not been as effective as was hoped, and the literature shows evidence that women continue to face sociostructural barriers and resistance when it comes to balancing family and work (García-Calvente, Hidalgo-Ruzzante, et al., 2012).

There is also evidence that some of the most common stereotypes of hegemonic masculinity, such as "aggressive," "tough," and "leader," have remained practically unchanged in Spain in recent decades (De la Fuente, 2007). In the case of women, stereotypes such as "gentle" and "prone to crying" have decreased, whereas others, such as "sensitive to the needs of others" have increased. Studies conducted in Spain have confirmed a high prevalence of sexist attitudes and beliefs among adolescents, with girls being pressured to participate in household chores and to provide care for others from an earlier age than boys (Silván-Ferrero & Bustillos, 2007).

The coming into force of the Spanish law regulating dependency (Ley 39/2006, 2006) has led to improvements in the provision of formal support for caregivers. This law recognizes the key role that informal caregivers play in providing care services to dependent persons, and one of its main provisions is financial aid for informal caregivers. Nonetheless, some experts have questioned whether such financial support measures are sufficient to meet caregiver needs and whether they actually help reduce inequalities or, on the contrary, contribute to reinforcing them and perpetuating a role that typically results in social exclusion (Durán, 2012).

In this qualitative study we explored the experiences of informal male and female caregivers via a sociological discourse analysis of information obtained through semi-structured interviews. We analyzed the narratives produced, relating them to social context, sex, and other caregiver characteristics. The study was conducted in Andalusia, Spain's largest region in terms of population

and second largest in terms of surface area (Instituto Nacional de Estadística, 2012). It is a heterogeneous region, with vast areas dotted with small, sparsely populated villages and towns contrasting with large urban areas formed by provincial capitals and medium-sized inland and coastal towns.

The gender development index in Andalusia is lower than the Spanish average (Carrasco, Ruiz, Fernández, Clemente, & Roca, 2010). Although there are indications that this southern region is advancing at a similar pace to other regions in Spain in terms of gender equity, the gender gap in work, education, and power is still larger than the Spanish average (Bericat & Sánchez, 2008). The proportion of women caregivers in Andalusia is also slightly higher than in the rest of Spain (Marcenaro, De la Torre, & Domínguez, 2012).

The aim of this study was to identify how gender roles and identity influence the assumption of the caregiving role in men and women and to analyze gender differences in dealing with caregiving and in health outcomes. We specifically explored (a) the mechanisms that influence men's and women's decision to become a caregiver, (b) attitudes and coping strategies adopted by both sexes, and (c) the differential impact that the attitudes and coping strategies have on the health and quality of life of men and women caregivers.

Method

We conducted a qualitative study of primary caregivers of disabled people in the southern Spanish region of Andalusia. We defined "disabled person" as a person who, for reasons linked to the lack or loss of physical, mental, or intellectual autonomy, needs care and/or considerable help to perform basic everyday activities, particularly with regard to personal care. We included minors, adults, and seniors because, although they have similar needs in terms of care, they also possess differences of relevance to the goals of this study.

Sampling Method

We selected a group of primary informal caregivers living in the provinces of Granada, Malaga, and Seville using a nonprobability purposive sampling method. We defined the study population as primary informal (unpaid) live-in or live-out caregivers of a disabled person within their close social or family network. We included only individuals who had been providing care for at least 6 months and excluded caregivers of terminally ill persons.

We segmented the sample, made up of 16 women and 16 men, by sex, and to add depth to the analysis, included a variety of profiles within each group. We selected people with different individual characteristics (age,

educational level, employment status, place of residence, relationship with care recipient) and who cared for people with different types and levels of dependency.

We considered three age categories: young adults (≤ 40 years), adults (41–64 years), and seniors (≥ 65 years). We used educational level as a measure of socioeconomic status, with the following categories: low (primary or lower education), middle (secondary education), and high (third-level education). We selected people with and without paid employment to investigate the effect of responsibilities other than caregiving, and grouped place of residence into two categories: villages or towns with fewer than 15,000 inhabitants (rural) and provincial capitals (urban).

To explore potential differences stemming from the relationship between caregiver and care recipient, we used three categories: sons/daughters/nieces/nephews, spouses/partners, and fathers/mothers (with no limit on the age of the child). We considered the three levels of dependency contemplated in the Spanish law regulating dependency (Ley 39/2006, 2006) and grouped them into two categories: moderate (covering individuals in need of assistance several times a day) and severe (covering individuals in need of full-time care). We also considered three types of disability: physical, psychological, and both. The number of women and men in each category was quite similar, except in two areas. Women were more numerous in the category of mothers/fathers and men were more numerous in that of partners.

To identify and contact potential study participants, we worked with key informants employed as public health professionals and social workers. They consulted information stored in health and social care records and identified people who met our eligibility criteria and matched the profiles we had chosen to obtain a heterogeneous sample. Using the information and contact details provided by the informants, we drew up a list of participants and contacted them. During our first contact, which was by telephone, we checked that they met the eligibility criteria via a set of questions. We asked, for example, if they considered that they were the person who spent the most time with and bore the greatest responsibility for looking after the person in their care. We then explained the aims of the study and scheduled those who agreed to participate (100%) for an interview.

Data Collection

We collected the study data through semistructured interviews held between May and July 2009. To help respondents feel at ease and free to express their opinions, we allowed them to choose the location of the interview. For the most part, they chose their homes but some chose a public place. Four trained interviewers conducted the

interviews using a flexible topic guide (see the appendix). In the first question, the respondents were asked who they looked after and were invited to describe a typical day in their role as caregiver. Because of the open-ended nature of this question, most of the respondents started to talk spontaneously about the themes of interest. They were allowed to talk freely and the interviewers consulted the topic guide only to complement topics and focus on the themes of interest.

The interviews lasted between 60 and 90 minutes and were recorded and transcribed verbatim (under our supervision) by the interviewers, who had been specially trained for this purpose. The interviewers also included observations and field notes that they had made during the interviews (e.g., whether or not the respondents seemed at ease, and information about their mood and emotional state during the interview).

Data Analysis

After reading the interview transcripts, we identified emerging topics and established analysis dimensions and categories. We grouped conceptual categories using the inductive and deductive method. These categories were established independently and triangulated between two members of the research team to test their validity. For the purpose of this study, we analyzed three dimensions, namely, mechanisms influencing the decision to assume the role of caregiver (lay perception of informal care, stereotypes, and other mechanisms), care-related attitudes to dealing with caregiving (task distribution, acquired gender roles, coping strategies, and other attitudes), and the impact of gender roles related to caregiver identity on health and quality of life.

We performed a sociological discourse analysis of the narratives as a whole, and separated texts by sex for comparative analysis. After determining the order in which the transcribed texts were to be read, we listed the topics and included observations based on analytical insights. We interpreted discourse positions by establishing a relationship between the narratives produced and social context, sex, and other caregiver characteristics.

Ethical Issues

All the respondents participated voluntarily in the study and provided signed informed consent before the interview. We guaranteed anonymity throughout the study in accordance with the Spanish law of data protection (Ley Orgánica 15/1999, 1999). We stored all personal data in a secure file and replaced real names with pseudonyms. The study protocol and relevant ethical issues were approved by the research committee of the institution responsible for conducting the study.

Results

The main results are grouped into three sections. In the first, we present the narratives of men and women concerning their motivations for becoming a caregiver. These processes were closely related to gender roles and the naturalization of the caregiver role for women. In the second section, we present the narratives of men and women concerning how they dealt with their caregiving responsibilities, discussing, for instance, differential approaches to adapting to the needs of the care recipient and seeking help. Finally, in the third section, we explore the impact of caregiving on caregiver health and quality of life and discuss differences observed between men and women.

Gender-Based Reasons for Becoming a Carer

Men and women who moved into the role of primary caregiver of a dependent relative conceived the transition as part of the life cycle. The perception was that it was an unpremeditated decision (i.e., it “just happened”), and also that it was part of their duty and contained a large affective component. The following comment by an adult woman who cared for her parents illustrates something that happened to both sexes:

Well, I became a caregiver because, what was I supposed to do with my parents? Leave them in the street? I didn't become a caregiver, it was my duty and is my duty to take care of them like it was their duty to look after me when I was little. For me, it's like a chain. It's what I have to do and I do it lovingly.

Men's and women's reasons for becoming primary caregivers were very different and were marked by gender-based stereotypes. One of the beliefs that emerged from the narratives of both sexes was that women had a greater natural ability for looking after others, suggesting that tasks were still allocated on the basis of socialization, socially assigned roles, and an essentialist conceptualization of gender. Some men—especially older adults of a low and middle educational level living in rural areas—expressed the double stereotype that women should care for others and men should earn the money:

As people said in the old days, men go to work and women stay at home. I think it's like this. I try to change this, because I want to share in the chores. Believe it or not, I like helping at home. I love sweeping the floor, but I think it's a women's responsibility to care for the kids because they are humanity's inheritance.

Although most women rejected this double stereotype, they did perceive themselves as having a greater natural ability to care for others, mainly because of their greater

emotional resilience. The following quote reflects the view of women from all profiles:

We have greater stamina, we can put up with more. We are seeing that every day, I know of many cases. An elderly woman can be very tired or weak, and yet she can still care for her husband or for more people.

Both men and women interviewed expressed a deep-seated assumption that dependent people preferred women to take care of certain tasks. This comment from an adult man who cared for his moderately disabled mother illustrates the view shared by both sexes that personal care tasks should be performed by a woman:

I think that people in general prefer a woman instead of a man, although I don't understand why, but it's like that. Supposedly men are stronger than women. For example, when it comes to moving a disabled person. However, in the end a woman prefers another woman to take care of her. I would also prefer it. My mother would never allow a man to bathe her or change her diaper. However, she wouldn't be so reluctant to allow a woman to do it.

Those interviewed frequently expressed how things should be, but their narratives revealed approval of traditional gender roles. Only some young women and men with a high educational level and experience as caregivers demonstrated an open attitude toward change. One adult man, who cared for his severely disabled father and had also cared for his mother and aunt, disapproved of gender stereotypes, and emphasized people's awareness of the need—regardless of their sex—to achieve what they set out to do:

I think it is just a question of finding yourself in the situation, and the circumstances force you to do it. I have done things for my aunt that if someone had told me, "You are going to do this," I would have answered, "Well, you're wrong." There are things that you say, such as, "I'm not going to be able to do that," but when the time comes to do it, you just do it. For example, things such as personal hygiene, I never would have thought that I would do certain things for my aunt, and I have done them. I helped her to go to the toilet, changed her pad. I even used to joke about these things with her. Under normal circumstances I would never have believed myself capable of doing that. And if I am capable of doing it, well, I suppose anyone is.

The narratives revealed that the decision to take on caregiving responsibilities was strongly influenced by the caregiver's relationship with the care recipient. Childcare—which was viewed as a moral responsibility and duty—was normally taken care of by the mother. Spousal care was provided out of a sense of commitment and because of emotional ties with one's partner, and was

more egalitarian because the caregiver role was adopted by either the man or the woman, depending on the situation. The decision to take care of a mother or father, in turn, was based on a strong sense of debt: "Because our parents looked after us, we must now look after them." In such cases, women were under strong social pressure to assume the caregiver role. The decision to care for other close relatives, such as an aunt, uncle, nephew, or niece was based not on a socially imposed moral duty but rather on a sense of solidarity.

Although all those interviewed expressed a sense of moral obligation, their narratives revealed gender norms that explained the inequalities observed between men and women in the assumption of the caregiving role. Women expressed that the obligation to become a caregiver was linked to socially acquired gender roles and viewed that men generally took on this role only when there were no women in the close circle of relatives to do so. One elderly woman who cared for her moderately disabled father explained it as follows:

My brother, we didn't even consider him from the very beginning because we thought it appropriate, I mean, we never counted on him. From past generations, and the way we were brought up, I saw my mother was the one who looked after my grandmother. She brought my grandmother to live with us, even though she had two other brothers. So, because this was how it was done, I never thought—and neither did my sister or even my brother himself—we never raised the possibility that my father would go live with my brother.

When discussing the issue of unequal distribution of household chores, older women tended to speak with a tone of resignation, whereas those in the younger groups frequently used an angry tone. One adult woman caring for her moderately disabled son stated this opinion:

[Men care for others] because they have no choice. Because nobody else in their family can do it. Men don't want to have anything to do with caregiving. You have to tell them, "Hey, where are you going? This is also your duty!" But they are not aware of their obligation. Men? Just a few of them! I mean, unless they are alone.

Men who decided not to take on the caregiver role were not judged for this. In fact, both the men and women interviewed agreed that this was what was expected because men had been socialized to dominate in the public space rather than to perform caregiving duties in the private sphere. When they assumed the role of primary caregiver, they automatically became "heroes or special people." Men internalized this social recognition in different ways, with a more- or less-elaborate discourse depending on their level of education.

Men with low and middle levels of education considered that the social recognition they received was well founded because they were assuming a role they had not been brought up for. One man with a high educational level exceptionally tried to break with stereotypes and expressed the gender inequalities underlying this belief:

Yes, I feel admired. People say, "Oh, he's so good! You've earned yourself a place in heaven!" And I like it, everybody likes being admired. But I hate it too, because it's not true. I do it because I have to. It's not like I was just passing by and said, "Look at that poor old man, I'm going to help him!" No, I do it because I have to do it. He's my father. What am I going to do?

The reverse situation applied to women. When a caregiving situation arose and a woman did not take on the responsibility, she was judged as a "bad daughter or wife," as a "bad woman." However, when a woman did take on the caregiver role, she was not rewarded with any social recognition, as illustrated by the following comment from a young woman who cared for her mother and moderately disabled brother:

I was the one who had to do it because I was the only girl in the family, and on top of that I was single! If you're unlucky enough to be the only daughter, you have to do it and that's that, and if you don't do it, you are a bad daughter.

Gender norms were also associated with other sources of inequality in informal care. Women of a lower educational level living in rural areas expressed that they had no choice but to take on socially imposed caregiver roles. Some men and women recognized that women living in small towns or villages had limited room for choice when it came to caregiving. An adult woman who cared for her moderately disabled husband said,

It looks bad if a woman doesn't take care of a disabled relative, but a man who washes his hands of the problem: nothing. He doesn't have any problems and he isn't criticized. I don't really care. Everyone has the right to think what they want, but people are affected, and in small towns even more.

Gender Identity and Coping Strategies

The lay perceptions expressed in the previous section underlie the main differences between men and women in terms of how they dealt with caregiving. The caregiver role, for instance, dominated women's lives and absorbed all other roles. The time spent by women caregivers varied according to the level of disability of the

person in their care and their relationship with them, ranging from several hours a day in the case, for example, of someone looking after a moderately disabled mother, father, or spouse, to the all-encompassing and at times overwhelming full-time care provided by mothers of severely disabled children. One young woman spoke very frankly about this "total dedication" to her severely disabled son. She spoke unfalteringly about a feeling she appeared to have thought about many times during her experience as a caregiver:

Since my son was born I've had to take care of him. He needs me from the moment he wakes up till he goes to sleep. Now, he's me, I mean, I'm his hands, his feet. He walks unsteadily, he doesn't go anywhere without me. So, since he was born, I'm his mother, his caregiver and his everything.

Unlike women, men believed they were "authorized" to look for external support. In general, men faced with a highly demanding caregiving situation adopted a help-seeking attitude, which contributed to lower stress levels than those experienced by women. A comment from an adult man of a low educational level who cared for his severely disabled wife illustrates the attitude of men toward this subject:

I don't have any problems. If I need something, I ask someone. I ask my neighbor to come up, or I go downstairs and call someone. Last Monday, I had to do some things, so I took my wife down to the street and called my neighbor. I said to her, "Right! Now, take her to the hairdressers for a cut and try to stay at least one hour." I mean, I don't have too many problems.

Men not only sought more help but also received more offers of help, even when they had not asked for it. In rural environments particularly, men who were sole caregivers and had no female relatives nearby reported receiving help from women in the neighborhood for certain caregiving tasks. This help mainly took the form of stepping in so the men could run errands outside the home or simply "breathe," as illustrated by a comment from an elderly man looking after his elderly dependent wife:

Women, the support is from women. Men, very attentive, but they only ask about her, about her health: "How is she?" "How is she feeling?" But women volunteer more: "Go on out if you have to, I'll stay a while." That's the neighbors. Women offer help most. If there is friendship, they are always the ones who say, "I'll stay here and keep her company so you can go out," because you have to run errands, you have to do things, well, you know—life is very complicated.

Help of this type was not reported by women in either urban or rural environments. The following quote from an adult woman of a low educational level who cared for her severely disabled husband shows how women perceived that they had to shoulder the responsibility of caregiving “alone” and that, moreover, they were able to assume a heavy workload without asking for help:

Nobody helps me—nobody, nobody, nobody. With anything. I understand that everyone has their own life to worry about, their own problems. I don’t want to be a burden to anyone. Besides, I’ve always managed to get by. What else can you do?

The option of seeking support also varied with socioeconomic status. Women caregivers with a low or medium level of education had the fewest financial resources to hire paid help, but they were also the caregivers who shouldered the greatest burden and only started to delegate caregiving tasks to other family members or friends when the effects on their health and quality of life were already evident.

Many men and women—especially those of a low and middle socioeconomic status—had applied for social welfare benefits and resources granted by the state under the Spanish law regulating dependency (Ley 39/2006, 2006). The type of help sought varied between men and women. Women were more likely to apply for instrumental and economic resources to ensure that they could care for the person in their charge under the best possible conditions. Conversely, men showed a greater willingness to accept support from people offering to help with care aspects related to basic activities of daily living. The two quotes below refer to institutional resources. The first is from an adult who cared for his moderately disabled wife and the second is from a young woman looking after her severely disabled son.

I need them to send me a woman [professional] to help me; they have to give me some kind of help. I already asked for an assistant, and we’ll see . . . whatever it is they have to give me something. I’d prefer if they could send me a woman who comes over four or five hours a day and helps me, but no matter what they have to give me something.

With the Dependency Act I was given a choice to either receive some money or have a person who would take care of my son. But I preferred them to give me money while I continued looking after my child myself. I am forty-two and I don’t even think about taking a break, but sometimes I think one day either because of my circumstances or my health, I’m going to need a break. When that happens, I don’t want to have to ask my family to do

it as a favor. So when the time comes, I will use the money I’m getting to pay for someone to look after my son. But, at the moment, I don’t think that anybody can care for my child like I do.

Men tended to perceive themselves as aid recipients whereas women felt the need to clarify that the aid was not for their benefit, but for that of the person in their care. The women interviewed were more reluctant to delegate tasks such as personal care than they were to delegate household chores, which were described as the most tedious tasks in the daily routine. The following quote is from an adult woman of a high educational level who cared for her severely disabled daughter:

I practically do all the work with my daughter, except for the little bit when her father takes her to the park. Fortunately, the part that her father does is fun. I do all the rest. At first, he couldn’t deal with her; now he’s improved, but he has no patience, although he plays a lot with her. They have fun together but, as soon as she gets upset, then it’s like, “Take your daughter.” She was malnourished; she was very fragile. My husband couldn’t see her undressed; it made him too sad. He even got a little depressed. So, I took on more and more tasks.

Echoing what women thought, some men said that men took on more tasks outside the home environment. The following comment was made by a man of a high educational level who looked after his moderately disabled wife:

When I see her overwhelmed, I hire a woman to come over and clean up the kitchen and bathrooms, to get rid of the heaviest work for her, do the laundry. I do all the rest: dusting, mopping, making the beds. I’ve never done the other work she does or even thought about doing it. As long as I can hire someone to do it, we’ll do it that way.

Impact on Men’s and Women’s Health and Quality of Life

We observed countless differences in men’s and women’s perceptions of and commitment to their role as caregiver and in how this experience affected their health and quality of life. We identified gender-related differences in the impact of caregiving on physical and emotional health, medication-taking habits, self-care, family relationships, leisure activities, lifestyle habits, participation in the workforce, and social isolation. In this article, we focus on three key differential areas: emotional problems, neglect of one’s health, and social isolation.

Women appeared to be more suited to bearing the caregiving burden. Neither men nor women questioned the fact that women had more emotional resilience when it came to coping with a caregiving situation. An adult woman explained it as follows:

When men are alone and they have to look after another person, they cannot deal with it. They cannot cope; they don't have the same capacity women have. Of course, women are also affected by this type of situation, but we're more composed, we're better at facing these types of situations and getting on with it. In caregiving situations, men get more overwhelmed than women.

Among the few resources used by women to cope with distress were brief respites spent with family or friends. Nevertheless, women caregivers often cried in private and pretended that everything was okay in public, as illustrated by the following quote from a woman who cared for her moderately disabled mother:

When I get overwhelmed, it's horrible. I cry my eyes out and go out for a while. I get in the car and drive to a place where nobody can see me cry, and let it all out. Then I come back and try to make sure that nobody notices that I have been crying.

Men were more likely to express the burden they bore and the things they had lost as a consequence. Doing housework and caring for others caused them stress, even in "moderate" caregiving situations. The following is a comment from a young man of a low educational level who cared for his severely disabled son:

I fall to pieces, I get uptight. Maybe I have less patience. When he begins to protest I start complaining and I hand him over to my mother, saying, "Take him. I'm going to go smoke because I am about to . . ."

Some women said that they accepted that they had to do all the work and "do it well," and this often led them to stretch their limits to the detriment of their health. When these limits were exceeded, they lost their emotional resilience, which had significant effects on their physical and psychological health. The following quote from a woman illustrates the cost of providing high-intensity care alone:

It's hard to care for someone. Nights are long, you have to keep an eye on them all day and night. I have to switch it [a machine] on and off. It's tiring and very hard. I have neck pain, dizziness, problems with my back, my legs ache all the time, because I can't rest. It's very hard. I think that there are few men willing to do this. If the men know that you're going to do it, then it's like, "Better you than me."

The most common emotional problems that could be attributed to the overload reported by the women interviewed were stress, anxiety, and depression. For women, anxiety and depression tended to be a consequence of trying but being unable to do everything, whereas stress resulted from having to combine caregiving tasks with other work and family responsibilities. For some women, these problems caused physical pain, high blood pressure, or irritable bowel syndrome. For others, they resulted in poor eating and sleeping habits and left no time for physical exercise. Below are two quotes that illustrate these problems. The first is from an older woman who cared for her moderately disabled father and the second is from a young woman of a middle educational level who cared for her mother and her brother:

Uff! Maybe it'd be better if we didn't talk about my health. If I start to list everything I have, well, I have almost everything. I have high blood pressure. I have irritable bowel syndrome, which limits my life beyond words. Uff, my nervous system is really messed up.

I can't sleep. The little time that I sleep is thanks to the pills I take. Aside from suffering from anxiety and compulsive eating. Because I don't have any time for jogging, going to the gym, or taking a walk downtown, I don't do it and so I gain weight.

Men frequently reported high levels of stress and anxiety but they generally delegated caregiving tasks before their health became affected. Feelings of stress and anxiety were also mentioned alongside the loss of aspects of their life that were important to them, such as employment and leisure time. One adult man of a middle educational level who cared for his severely disabled wife said the following in a very dejected tone:

It changed my life, uff! Everything changed. I have to be here twenty-four hours a day. I get stressed, because I can't go out, and I'm very active. I like cycling but now, now how am I going to go out?

Women involved in high-intensity caregiving seriously neglected their health. One adult woman who looked after her moderately disabled mother expressed it as follows:

I have a molar I need operated on, but I can't find the time because I have to work, be with my kids and with her, because she needs care every day, seven days a week, twenty-four hours a day.

Many of the women said they took more medication to ease ailments caused by the caregiving situation, and they also self-medicated more often than men, possibly because of a lack of time to go to the doctor. Generally, women caregivers took drugs—such as anti-inflammatory drugs for muscle and back pain and antidepressants—that relieved their ailments and allowed them to “keep up the pace.” Women who performed intensive care and mobility tasks reported self-medicating for musculoskeletal ailments. Psychoactive drugs, however, were more frequently prescribed by a doctor. The following is a quote from a young woman who cared for her severely disabled son:

Lately I do [take drugs], but self-prescribed, anti-inflammatory drugs, muscle relaxers—the normal things to get relief from the tiredness. The doctor just told me my spine is getting twisted. Also muscle relaxers, anti-inflammatory drugs—the normal things to lessen the pain a bit. As soon as I go to bed, my body starts to ache all over and I can't sleep. I've been told that it is because of stress, accumulated tension.

In addition, some women did not go to the doctor out of fear of being diagnosed with a health condition—which they might or might not be aware of—and fear of being forced to take care of themselves while they also cared for another person. One of these women expressed this fear of not being able to look after her moderately disabled husband:

I don't know [how my health is], because I don't go to the doctor's. I know my pain is caused by overload. I have neglected my own health. I see that he is absolutely dependent on me, and I say to myself, “If I got sick and had to go to hospital . . .” I'm the one who denies that possibility. No, no. I reject that possibility because of my situation. I don't want to know anything about my own health. I say to myself, “No, I don't want them to find out I have anything wrong with me.” That's my fear.

Some men faced with highly demanding caregiving situations also neglected their health, but their conversations revealed that their commitment to the caregiver role was not as absorbing as in the case of women. Some of them also attributed their not going to the doctor to a lack of time and motivation. One elderly man who cared for his severely disabled wife attributed this lack of motivation to the desire to escape from the caregiving situation:

[Crying] I devote no time at all. No time at all. I don't feel like going to the doctor. I have little by little neglected my own health. You start neglecting yourself bit by bit until

you're lost. People tell me that my health could be better, but what I want to do is die.

Men and women also reported how hard it was to give up their most rewarding activities, such as leisure time and a professional life. Men did this only when there were no women available to assume the caregiving responsibilities. Such relinquishments were always perceived by men as terrible losses:

At first you have a lot of problems. You have to let go of your business, you have to start a new life. I gave it up, I gave it all up. I had to quit everything. It's just like that, like I suppose it is for anyone who has to give up their career, their job, their business, everything.

When a woman quit her job to care for someone, she generally expressed that in doing so she limited her chances for respite. Exceptionally, some of these women had been aware that the decision to quit a job, even temporarily, might mean that they would never enter the labor market again:

I had a job and, well, since his birth, I am totally devoted to him. I am nothing else now, nothing, nothing. At present I am nothing. If I go out, it's because I take him with me, otherwise I stay at home, one month, two months without being able to go out. When he can't go out, I can't go out at all, not even to go to the hairdresser's. My sister has to come over to dye my hair. He's also got used to being with me and, if he doesn't go out, I have to stay at home all day with him.

The men and women interviewed generally recognized that it was socially acceptable for men to devote some time to leisure activities. Only men in highly demanding caregiving situations or with no social support said they had been forced to give up taking time for themselves:

I have lost contact with my friends. Because, as you know, friendships have to be cultivated, and I've had to step back. When my friends called me to go out, I couldn't leave my wife alone. And of course I feel alone, those good moments talking with my friends, but given the circumstances, my wife comes first.

Social rules deprived women of the right to take some respite. In addition, many women internalized their gender role identity and felt guilty. This situation was aggravated when they lived in a rural environment and were surrounded by older people. One man of a middle educational level explained it as follows:

For women it's even more difficult, as older people—and I mean very old and traditional people—tend to give women

less slack. To give you an example, I usually go to the cinema, right, but to a woman they would say, “What are you doing going to the cinema? Your place is here with us.”

The following quote from a woman of a low educational level who looked after her moderately disabled daughter illustrates the feeling of guilt that this situation caused her:

No, no, no, I never go out for this. I never go out for fun. I can go out to work, but not to have fun. If something were to happen to her while I was out enjoying myself, I could never forgive myself.

As a consequence, women were more likely than men to think that both a paid job and leisure time could be given up. However, giving up a job and a social life could lead to total social isolation, with caregivers excluded from the community’s social, economic, and political life. The following comment reflects the experience expressed by many of the women interviewed involved in high-intensity caregiving:

Well, I haven’t gone out looking for a job, or taken a trip for a long time. In fact, I don’t even like traveling anymore. No, it’s been years since I last went to the beach, and I can’t even tell you the last time I went to the fair. No. I couldn’t do it and feel calm. You could tell me, “But you have two men at home,” and yes I do, but I can’t leave them with that burden either. I can leave them with her for a while, but not to go out and have fun.

Discussion

This study provides innovative insights into the differential ways in which Spanish men and women assume and deal with caregiving responsibilities, and into how different attitudes and coping strategies modulate health outcomes. We suggest that there are significant gender inequalities in caregiving driven by stereotypes and gender norms. Women internalize the caregiver role and take it very seriously. As a result they tend to be involved in high-intensity care, feel socially pressured to “make it right,” and avoid looking for support. The negative effects of gender roles and identity on women’s perceptions of the caregiving experience include onset of chronic health disorders, high stress levels, anxiety, depression, neglect of health needs, unemployment, and social isolation. Our findings also suggest that men generally do not identify with the caregiver role, that they have a flexible approach to care, and are likely to ask for support and delegate the caregiver burden to other people before their health and quality of life are seriously affected.

Habitus and the Assumption of Caregiving

The internalization of the caregiver role by women shows how deeply they have assimilated, as an integral part of their nature, the symbolic references that legitimate their socially assigned role. This observation relates to the concept of habitus developed by Pierre Bourdieu (1991). Habitus can be defined as a system of durable, transposable dispositions to act, perceive, value, feel, and think in one way rather than another. These dispositions serve as schemes that generate and organize social practices. The concept is a useful one to explain women’s predisposition to assuming a gender role that is nothing more than a product of history, a social construction, and to take on that role as if it were inherent to their nature, accepting their supposed natural-psychological aptitudes for the tasks involved in caregiving.

Bourdieu (2001) showed how, through habitus, male domination was legitimized by being grounded in biology. This could explain why men have greater access to and control over the material and symbolic resources that underpin their predominance in the public sphere. Men—and society at large—think that when men assume a caregiver role, they are doing something that is not inherent to their masculine nature. As a result, when they take on this role they gain social recognition and self-esteem. Women, even when they have entered the public sphere, have fewer opportunities to avoid the caregiver role and less real power to choose. They are also highly self-demanding and have a tendency toward self-blame, which has a major impact on their health and other aspects of their lives.

Bourdieu’s (1991, 2001) conceptual framework and theories of gender socialization have been used to explain the guilt women feel if they stop providing care to enter paid employment, contrasting with the attitude of men, who feel guilty if they give up a job to assume the caregiver role, even if only temporarily (Doucet, 2009). Our findings, which lend support to this idea, help explain the absolute predominance of women as primary and secondary caregivers in our setting and the unequal opportunities they face when it comes to developing other areas of their lives (García-Calvente, Mateo, & Gutiérrez, 1999).

The myth of family and the mysticism of love deny women the right to be less affective or to refuse to care for others. In addition, women tend to hide the conflicts—even those involving violence—that frequently arise within the family, and impose a relationship system based on patriarchal authority and the assumption of fraternity and good family relationships (Bover & Gastaldo, 2005). Our results suggest that women are more likely to see caregiving as emotional work. Some authors have pointed out that this emotional dimension has traditionally been

one of the most important factors perpetuating the current system of care (Tobío, 2012).

It has also been noted that having a high educational level leads to more egalitarian attitudes toward role assignment within the family and at work (Calvo, García, & Monteoliva, 2008). Experts on the social determinants of health have noted that a lack of resources and information compromises women's freedom to make decisions on matters that affect their health and quality of life (Sen & Ostlin, 2008). This also applies to women living in rural areas, who have less opportunity to choose and who are not expected to share the caregiver burden with men. In addition, the lack of adequate personal assistance services in rural areas in the study setting (Cabero, 2010) might explain why women living in these areas have no choice but to assume caregiving responsibilities.

Embodiment and Internalization of Caregiving by Women

Our results show that once the caregiver role had been assumed, more women than men experienced it as a rigid and all-encompassing process that absorbed the other roles they had played up until that point. This behavior, which has been observed in caregivers of parents, partners, and children, reaches an extreme in the case of mothers caring for their disabled children (Lin, Fee, & Wu, 2012).

The women interviewed for this study described how they practically ceased to be people "for themselves" to become people "for the other," that is, for the person receiving care. This process can be related to the notion of embodiment (Krieger, 2005), according to which gender constructions and the inequalities they generate are incorporated in the biology of those they affect. In our setting, the embodiment of social inequities in health is strongly embedded in the gender system (García-Calvente, Marcos-Marcos, del Río-Lozano, Hidalgo-Ruzzante, & Maroto-Navarro, 2012). The experience described by some study participants, who said they were "everything to their children—their feet and their hands," was the ultimate expression of this embodiment. The caregiver's body became the vehicle through which the dependent person was able to live and relate to society, as well as bearing the full weight of the intense care she gave.

Some authors have noted that as long as care is understood as a process associated with and undertaken by women, our society will not overcome labor, social, and political segregation and its differential effects on men's and women's health (Doucet, 2009; Skærbæk, 2011). These authors emphasized that caregiving should be understood as an existential condition of life that affects both men and women, because we all go through stages

of dependence and independence during our life cycle. In our study, those with a higher educational level, both men and women, presented the most elaborate discourses on the need for this change. There are therefore grounds to hope that in the near future caregivers will become more aware of the significant impact that ethics, power, and gender have on their personal structures.

Many studies have linked the greater role burden and increased health problems women caregivers experience compared with men to the way they perceive and provide care (García-Calvente, Del Río, & Marcos, 2011; Sugiura, Ito, Kutsumi, & Mikami, 2009). The lack of time for themselves and the need to adapt to the situation they find themselves in generates a code of endurance that is related to the onset of health problems (Conde & Gabriel, 2002). In our study, we identified two main situations that can lead to the breakdown of this code of endurance, both of which affect women providing high-intensity care.

The first situation arises when the need to provide care impinges on the caregiver's rest time. Some authors have indicated that the caregiver role interferes with the carer's hours of daily rest because of both increased worries and the need to perform more care tasks at night. Unlike women, men tend to protect their rest time. As a result, women caregivers experience higher levels of exhaustion and anxiety than men performing this role (Arber & Venn, 2011).

The second situation arises when the intensification of care leads the caregiver to become socially isolated, which impacts her emotional health and other aspects of her life. It was recently shown that when caregivers in these situations do not seek help within a formal or informal network, the result can be significant self-harm, increased consumption of nonprescription drugs, and even suicide (Wu, Whitley, Stewart, & Liu, 2012). Social support appears to be one of the main modulators of role burden and health problems (Huang et al., 2009).

Help-Seeking and Delegation of Caregiving by Men

Our results clearly show that men delegate the role of caregiver to others within their informal networks in terms of both the tasks they take on and the support they seek. We found that men carers were more likely to look after care tasks that took place outside the home, making them more visible as caregivers in the eyes of society and contributing to the greater recognition they received. In addition to legitimizing and socially reinforcing men's greater skill in performing care tasks that have a less detrimental effect on their health, this leads to a situation in which it is women who, with no support, continue to take

responsibility for tasks that have a more negative impact (García-Calvente et al., 2011).

Some authors have reported that because of deficiencies in their socialization, men believe they lack the skills required to perform tasks more closely related to personal care, and that they are unable to provide such care on their own. Consequently, many men tend to delegate the main care tasks to other women in the family or to formal care providers right from the start of the care process (Allen & Ciambrone, 2003). In our setting, men were more likely to seek support for the provision of care within their informal network than women were, and women were more likely to offer this kind of support to men. As a result of this dynamic, the provision of care by men generally had less of an adverse impact on their health and was more compatible with the pursuit of other life activities, such as paid employment. Recent studies have shown that having short periods of respite helps a great deal when it comes to managing the stress and tensions experienced by men providing high-intensity care (Calasanti & King, 2007).

In line with our results, other studies have shown that although men adopt more strategies that involve delegating care and taking a break from the stress caregiving generates, women are more likely to adopt strategies that help them go on providing care, such as “emotional support seeking” and “willing commitment” (Sugiura et al., 2009). Furthermore, our results show that compared with women living in urban areas, those in rural areas were more often forced to do without any kind of time out for themselves unrelated to the performance of care tasks. Social spaces from which women are excluded for gender-related reasons are more likely to be found in these settings (Entrena, 2010). For example, the women we interviewed who lived in small towns said that movie theaters, fairs, and entertainment and leisure spaces of any kind were out of bounds for them.

The way the men interviewed externalized their malaise when, as caregivers, they did not receive support and opportunities for respite, reinforced the belief among both men and women that men were less able to withstand the emotional burden of care. In these situations, which mainly affected older men caring for their wives without any help, the men involved had high levels of depression and stress that in some cases led them to express their wish to die to escape the burden of care. These findings suggest that men caregivers who fit this profile are more likely to lose the motivation to look after their own health. By contrast, the women interviewed neglected their health for reasons more closely related to the need to continue their role as a caregiver. This represents a contribution to knowledge of gender inequalities in the use of health services in our setting, particularly with respect to preventive services.

Implications for Research and Practice

The qualitative nature of our study allowed us to collect comprehensive information regarding the perceptions of informal caregivers in Spain. Such depth of information could not have been obtained by survey. Our method, however, does have some limitations. During the recruitment phase, we had difficulties identifying caregivers that matched certain atypical profiles, such as fathers acting as primary caregivers to their children (we only found one). Furthermore, we were unable to interview nonrelative caregivers, although these were included in our list of target participants. In future studies, it would be interesting to include these profiles. We decided not to study caregivers of terminally ill people because we consider these to have particular characteristics, but we do believe that they should be investigated in depth in future studies.

Based on the findings of the current study, we believe it would be interesting to include certain dimensions and variables that have not been addressed in health and disability surveys conducted in Spain. For instance, exploring aspects such as access to and control of formal and informal resources, the uses to which time is put, power and decision making, and control over one's own body and life could help advance our understanding of how caregiving impacts men's and women's health.

This article provides relevant information on gender differences in the acceptance of the caregiving role and the use of the assistance services provided for within the framework of the Spanish law regulating dependency (Ley 39/2006, 2006). We found that the caregiver allowance granted under the new law might further prevent women from delegating caregiving tasks, because with this allowance women can continue to provide care on their own. Men are more likely to seek external support and tend to accept other social assistance services, such as senior daycare centers and in-home care services, so that they can take time out for themselves.

The law (Ley 39/2006, 2006) establishes that to be granted a disability allowance a family member must be identified as the primary caregiver. The fact that primary caregivers are usually women, together with other economic and structural factors, might explain the significant uptake of this form of financial assistance compared with other services provided for by the law. Because caregiving is primarily assumed by women, this allowance might lead to the perpetuation of gender inequalities in care.

In the context of the current economic crisis in Spain, it is also important to note that benefits and public services for caregivers have been drastically reduced. This could lead to an even greater shift of care to the domestic sphere, while also reinforcing the conception of

caregiving as an individual responsibility and adding to the burden of care that falls on women (Fondazione Giacomo Brodolini, 2011). Formal care, health, and social systems should take into account that any changes to models for the provision of care to dependent people in our society will have a disproportionate effect on the life conditions of women. It would therefore be useful to carry out follow-up studies, based on both quantitative and qualitative methodologies, to assess changes that might occur in the life conditions of these caregivers in the coming years because of the economic crisis.

Our results might be useful in the design of policies and measures aimed at reducing gender inequalities in informal care. They also offer insights that could improve the orientation of practical measures related to care. Financial assistance should be part of a broader care support plan that includes training strategies, measures to reconcile work and family life, and other support measures, such as respite services. The results could also be useful to guide the planning of strategic actions, such as promoting the autonomy of dependent persons and encouraging core-responsibility. Measures of this kind could help free women from the moral obligation to provide care and reduce the impact on their health and quality of life.

Appendix

Summary of the Interview Guide

Opening question: Who do you care for? Describe a typical day in your life.

Topic 1: Assumption of caregiving. How did you become a carer? Why are you the primary caregiver, do you think? Did you contemplate alternative solutions? What do you think would have happened had you not taken on this role? What help and obstacles did you encounter when you took the decision? How are family responsibilities shared out at home? Why do you think it is mostly women who become caregivers? Why do you think men become caregivers?

Topic 2: Coping with caregiving. How do you feel when you think about caregiving? What support, services, and resources do you need? What type of help do you ask for? What do you think about the support you receive? Are you overburdened? How do you cope with this?

Topic 3: Impact of caregiving on health. How is your health in general? Do you have any chronic illnesses you think might be caused by caregiving? How are you emotionally? Do you think this is related to your caregiver responsibilities? Do you take medication? For what?

Topic 4: Impact on aspects related to quality of life. How is your quality of life in general? Do you have any time to look after yourself? Do you go to the doctor when you are sick? Do you have as much time for leisure activities as you would like? Do you have as much time to spend with your family as you would like? Is your personal life going as you intended? Is your career going as you intended?

Acknowledgments

We thank to all those who generously participated in the project.

Authors' Note

This article will be used as part of the doctoral thesis of the author María del Río Lozano.

Declaration of Conflicting Interests

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The authors disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: Healthcare Research Fund of the Carlos III Institute of Health (Instituto de Salud Carlos III); Ministry of Economy, Innovation, Science and Employment (Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo de la Junta de Andalucía); and the European Regional Development Fund (Exp. PI06/1491 and P08-CTS-4321).

References

- Allen, S. M., & Ciambone, D. (2003). Community care for people with disability: Blurring boundaries between formal and informal caregivers. *Qualitative Health Research, 13*, 207–226. doi:10.1177/1049732302239599
- Arber, S., & Venn, S. (2011). Caregiving at night: Understanding the impact on carers. *Journal of Aging Studies, 25*, 155–165. doi:10.1016/j.jaging.2010.08.020
- Bedard, M., Kuzik, R., Chambers, L., Molloy, D. W., Dubois, S., & Lever, J. A. (2005). Understanding burden differences between men and women caregivers: The contribution of care-recipient problem behaviors. *International Psychogeriatrics, 1*, 99–118. doi:10.1017/S1041610204000857
- Bericat, E., & Sánchez, E. (2008). *Balance de la desigualdad de género en España: Un sistema de indicadores sociales* [Balance of gender inequality in Spain: A system of social indicators]. Seville: Centro de Estudios Andaluces. Retrieved from http://juntadeandalucia.es/export/drupal_cp/Actualidad23.pdf
- Bookwala, J., & Shultz, R. (2000). A comparison of primary stressors, secondary stressors, and depressive symptoms between elderly caregiving husbands and wives. The

- Caregiver Health Effects Study. *Psychology and Aging*, 15, 607–616. doi:10.1037/0882-7974.15.4.607
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico [Practical sense]*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (2001). *Masculine domination*. California: Stanford University Press.
- Bover, A. B., & Gastaldo, D. (2005). La centralidad de la familia como recurso en el cuidado domiciliario: perspectivas de género y generación [The centrality of the family as a resource for homecare: Gender and generational perspectives]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58, 9–16. doi:10.1590/S0034-71672005000100002
- Cabero, V. (2010). Mundo rural y servicios sociales. Cuaderno de debate [Rural environment and social services. Book discussion]. Madrid: Fundación Luis Vives. Retrieved from www.fundacionluisvives.org/agenda/51155.html
- Calasanti, T., & King, N. (2007). Taking “women’s work” “like a man”: Husbands’ experiences of care work. *Gerontologist*, 47, 516–527. doi:10.1093/geront/47.4.516
- Calvo, A., García, J. M., & Monteoliva, A. (2008). Differences between and within genders in gender role orientation according to age and level of education. *Sex Roles*, 58, 535–548. doi:10.1007/s11199-007-9354-6
- Carmichael, F., & Charles, S. (2003). The opportunity costs of informal care: Does gender matter? *Journal of Health Economics*, 22, 781–803. doi:10.1016/S0167-6296(03)00044-4
- Carrasco, M., Ruiz, M. T., Fernández, J., Clemente, V., & Roca, V. (2010). Desigualdades en el desarrollo geopolítico de género en España 1980-2005: un determinante estructural de la salud [Geopolitical development inequalities in gender in Spain 1980-2005: A structural determinant of health]. *Revista Española de Salud Pública*, 84, 13–28. doi:10.1590/S1135-57272010000100003
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Health Policy Studies. doi:10.1787/9789264097759-en
- Conde, F., & Gabriel, C. (2002). La evolución de las representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madrileñas, 1993-2000 [The evolution of social representations about the health of the women in Madrid, 1993-2000]. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 493–507. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500011&lng=es
- De la & Fuente, M. (2007). *Usos del tiempo, estereotipos, valores y actitudes [Use of time, stereotypes, values and attitudes]*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Doucet, A. (2009). Gender equality and gender differences: Parenting, habits, and embodiment. *Canadian Review of Sociology*, 46, 103–121. doi:10.1111/j.1755-618X.2009.01206.x
- Durán, M. A. (2012). *El trabajo no remunerado en la economía global [Unpaid work in the global economy]*. Bilbao, Spain: Fundación BBVA.
- Entrena, F. (2010). Dinámicas de los territorios locales en las presentes circunstancias de la globalización [Dynamics of local territories in present circumstances of globalization]. *Estudios Sociológicos*, 28, 691–728. Retrieved from www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=59820671002
- Esparza, C. (2011). *Disability and dependency in Spain*. Madrid: Informes Portal de Mayores.
- Fondazione Giacomo Brodolini. (2011, September 19-20). *Gender equality in caring responsibilities over the lifecycle*. Retrieved from http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/conference_sept_2011/background-paperiiiequality-in-caring_en.pdf
- García-Calvente, M. M., Del Río, M., & Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España [Gender inequalities in health deterioration as a result of informal care in Spain]. *Gaceta Sanitaria*, 25, 100–107. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.006
- García-Calvente, M. M., Hidalgo-Ruzzante, N., Del Río-Lozano, M., Marcos-Marcos, J., Martínez-Morante, E., Maroto-Navarro, G., . . . Gil-García, E. (2012). Exhausted women, tough men: A qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociology of Health & Illness*, 34, 911–926. doi:10.1111/j.1467-9566.2011.01440.x
- García-Calvente, M., Marcos-Marcos, J., del Río-Lozano, M., Hidalgo-Ruzzante, N., & Maroto-Navarro, G. (2012). Embedded gender and social changes underpinning inequalities in health: An ethnographic insight into a local Spanish context. *Social Science & Medicine*, 75, 2225–2232. doi:10.1016/j.socscimed.2012.08.022
- García-Calvente, M. M., Mateo, I., & Gutiérrez, P. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud [Care and caregivers in the informal care system]*. Granada, Spain: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer.
- Hirst, M. (2005). Carer distress: A prospective, population-based study. *Social Science & Medicine*, 61, 697–708. doi:10.1016/j.socscimed.2005.01.001
- Huang, C. Y., Sousa, V. D., Perng, S. J., Hwang, M. Y., Tsai, C. C., Huang, M. H., & Yao, S. Y. (2009). Stressors, social support, depressive symptoms and general health status of Taiwanese caregivers of persons with stroke or Alzheimer’s disease. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 502–511. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02443.x
- Instituto Nacional de Estadística. (2008). Encuestas sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008 [Spanish Survey on Disability, Personal Autonomy and Dependency Situations 2008]. Retrieved from www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p418&file=inebase&L=0
- Instituto Nacional de Estadística. (2012). *España en cifras [Spain in data]*. Retrieved from www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924856416&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratis
- Jiménez-Martín, S., & Vilaplana, C. (2012). La interacción del sistema social y el sanitario. Informe SESPAS 2012 [The interaction of social and health system. SESPAS Report 2012]. *Gaceta Sanitaria*, 26(S), 124–133. doi:10.1016/j.gaceta.2011.06.008

- Kramer, B. J., & Thompson, E. H. (2002). *Men as caregivers. Theory, research and service implications*. New York: Springer.
- Kramer, M. K. (2005). Self-characterizations of adult female informal caregivers: Gender identity and the bearing of burden. *Research and Theory for Nursing Practice*, *19*, 137–161.
- Krieger, N. (2005). Embodiment: A conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *59*, 350–355. doi:10.1136/jech.2004.024562
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristain, J. M., Valderrama, M. J., & 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 [Impact of informal caregiving on caregivers' health and quality of life: Analysis of gender inequalities]. *Gaceta Sanitaria*, *22*, 443–450. doi:10.1590/S0213-91112008000500008
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia [Law on the Promotion of Personal Autonomy and Care for Dependent People], BOE 299, 44142–44156 (2006). Retrieved from www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal [Organic Law for Data Protection], BOE 298, 43088–43099 (1999). Retrieved from www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de Marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres [Organic Law for Effective Equality of Women and Men], BOE 71, 12611–12645 (2007). Retrieved from www.boe.es/boe/dias/2007/03/23/pdfs/A12611-12645.pdf
- Lin, I. F., Fee, H. R., & Wu, H. S. (2012). Negative and positive caregiving experiences: A closer look at the intersection of gender and relationships. *Family Relations*, *61*, 343–358. doi:10.1111/j.1741-3729.2011.00692.x
- Marcenaro, O. D., De la Torre, R., & Domínguez, M. (2012). La provisión de cuidados informales a las personas con discapacidad: horas de cuidados y participación en el mercado laboral [Informal care for the disabled: Hours of care and labor market participation]. *Revista de Estudios Regionales*, *94*, 107–137. Retrieved from www.revistaestudiosregionales.com/pdfs/pdf1188.pdf
- Morris, M. (2001). *Gender-sensitive home and community care and care giving research: A synthesis paper*. Final report. National Coordinating Group on Health Care Reform and Women, Health Canada. Retrieved from www.cewh-cesf.ca/healthreforms/publications
- Navaie-Waliser, M., Spriggs, A., & Feldman, P. H. (2002). Informal caregiving. Differential experiences by gender. *Medical Care*, *40*, 1249–1259.
- Oliva, J., Vilaplana, C., & Osuna, R. (2011). El valor social del cuidado informal provisto a personas mayores en situación de dependencia en España [The social value of informal care provided to elderly dependent people in Spain]. *Gaceta Sanitaria*, *25*(S), 108–114.
- Pickard, L. (2011). *The supply of informal care in Europe*. ENEPRI Research Report No. 94. Retrieved from www.ancien.longtermcare.eu/
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, *18*, 250–267.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources and health: An updated meta-analysis. *Journals of Gerontology, Psychological Sciences*, *61*, 33–45. Retrieved from <http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/61/1/P33.full.pdf+html>
- Sen, G., & Ostlin, P. (2008). Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. *Global Public Health*, *3*, 1–12. doi:10.1080/17441690801900795
- Shultz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing*, *108*(9), 23–27. doi:10.5175/JSWE.2008.773247702
- Silván-Ferrero, M. P., & Bustillos, A. (2007). Benevolent sexism toward men and women: Justification of the traditional system and conventional gender roles in Spain. *Sex Roles*, *57*, 607–614. doi:10.1007/s11199-007-9271-8
- Skærbæk, E. (2011). Navigating in the landscape of care: A critical reflection on theory and practice of care and ethics. *Health Care Analysis*, *19*, 41–50. doi:10.1007/s10728-010-0157-5
- Sugiura, K., Ito, M., Kutsumi, M., & Mikami, H. (2009). Gender differences in spousal caregiving in Japan. *Journal of Gerontology Social Sciences*, *64*, 147–156. doi:10.1093/geronb/gbn005
- Tobío, C. (2012). Cuidado e identidad de género: de las madres que trabajan a los hombres que cuidan [Care and gender identity: From working mothers to caring men]. *Revista Internacional de Sociología*, *70*, 399–422. doi:10.3989/ris.2010.08.26
- Wu, C. Y., Whitley, R., Stewart, R., & Liu, S. I. (2012). Pathways to care and help-seeking experience prior to self-harm: A qualitative study in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, *20*, 32–41. doi:10.1097/JNR.0b013e3182466e64
- Yee, J. L., & Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis. *Gerontologist*, *40*, 147–164. doi:10.1093/geront/40.2.147

Author Biographies

María del Río-Lozano, ScD, is a researcher at the Andalusian School of Public Health, Granada, Spain.

María del Mar García-Calvente, PhD, is a professor at the Andalusian School of Public Health, Granada, Spain.

Jorge Marcos-Marcos, ScD, is a researcher at the Institute for Women's and Gender Studies, University of Granada, Granada, Spain.

Francisco Entrena-Durán, PhD, is a professor on the Faculty of Political Sciences and Sociology, University of Granada, Granada, Spain.

Gracia Maroto-Navarro, ScD, is a professor at the Andalusian School of Public Health, Granada, Spain.

5.1.5. Artículo 5

GARCÍA-CALVENTE, MAR; DEL RÍO-LOZANO, MARÍA, CASTAÑO-LÓPEZ, ESTHER; MATEO-RODRÍGUEZ, INMACULADA; MAROTO-NAVARRO, GRACIA; HIDALGO-RUZZANTE, NATALIA. (2010). Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gaceta Sanitaria*, 24 (4): 293-302. [Revista indexada en el ISI JOURNAL CITATION REPORTS, Factor de Impacto: 1.116]

Original

Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal

María del Mar García-Calvente^{a,b,*}, María del Río Lozano^a, Esther Castaño López^a,
Inmaculada Mateo Rodríguez^{a,b}, Gracia Maroto Navarro^{a,b} y Natalia Hidalgo Ruzzante^b

^a Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 10 de julio de 2009
Aceptado el 26 de febrero de 2010
On-line el 14 de mayo de 2010

Palabras clave:
Cuidado informal
Cuidadores familiares
Género
Desigualdades de género
Atención primaria
Relaciones profesional-familia

RESUMEN

Objetivos: Analizar, con un enfoque de género, las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal.

Métodos: Diseño cualitativo con entrevistas individuales y grupo de discusión. Mediante muestreo intencional se seleccionaron 18 profesionales de atención primaria (Distrito Sanitario de Granada). Se realizó un análisis de contenido con las categorías: a) percepciones: conceptos de dependencia y cuidado informal, roles de género e impacto en salud; b) actitudes: conservadora, actitud hacia el cambio y derecho a no cuidar.

Resultados: Los profesionales y las destacaron el carácter profano, gratuito y con gran componente afectivo del cuidado informal; otorgaron a la familia, especialmente a las mujeres, la principal responsabilidad de cuidar, y recurrieron a estereotipos para diferenciar el cuidado dispensado por hombres y mujeres. Reconocieron que las mujeres presentan una mayor sobrecarga psicológica, principalmente por cuidar en solitario en mayor medida que los hombres. Emergieron tres actitudes ante el cuidado informal: ausencia de cuestionamiento de la situación actual e idealización de la familia como marco idóneo para cuidar; propuesta de cambio hacia una atención pública universal a la dependencia que descargue a las familias; y en una posición intermedia, actitud educadora para lograr el bienestar de las personas cuidadoras y evitar que dejen de cuidar.

Conclusiones: Se identifican algunas percepciones y actitudes de profesionales ante el cuidado informal poco sensibles o potencialmente negativas para la equidad de género, como son la actitud conservadora que otorga a la familia la principal responsabilidad de cuidar y algunos estereotipos sexistas que atribuyen a las mujeres más capacidades para hacerlo. Se precisa formación específica de los y las profesionales para potenciar la incorporación del enfoque de género en el trabajo que realizan en relación con el cuidado informal.

© 2009 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Gender analysis of primary care professionals' perceptions and attitudes to informal care

ABSTRACT

Keywords:
Informal care
Caregivers
Gender
Gender inequalities
Primary health care
Health professional-family relations

Objectives: To analyze primary care professionals' perceptions and attitudes to informal care from a gender perspective.

Methods: We performed a qualitative study using interviews and a discussion group. Eighteen primary care professionals were selected in the Health District of Grenada (Spain) by means of intentional sampling. Content analysis was performed with the following categories: a) perceptions: concepts of dependency and informal care, gender differences and impact on health, b) attitudes: not in favor of change, in favor of change and the right not to provide informal care.

Results: The health professionals emphasized the non-professional, free and strong emotional component of informal care. These professionals assigned the family (especially women) the main responsibility for caregiving and used stereotypes to differentiate between care provided by men and by women. The professionals agreed that women had a greater psychological burden associated with care, mainly because they more frequently provide caregiving on their own than men. Three major attitudes emerged among health professionals about informal care: those who did not question the current situation and idealized the family as the most appropriate framework for caregiving; those who proposed changes toward a more universal dependency system that would relieve families; and those who adopted an intermediate position, favoring education to achieve wellbeing in caregivers and prevent them from ceasing to provide care.

Conclusions: We identified perceptions and attitudes that showed little sensitivity to gender equality, such as a conservative attitude that assigned the family the primary responsibility for informal care and some sexist stereotypes that attributed a greater ability for caregiving to women. Specific training in gender equality is required among health professionals to reduce inequalities in informal care.

© 2009 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mariadelmar.garcia.easp@juntadeandalucia.es (M. del Mar García-Calvente).

Introducción

Por cuidado informal en sentido amplio entendemos la actividad de asistencia no retribuida a las personas de la red social en procesos de discapacidad, enfermedades crónicas y durante la infancia o la vejez¹. No obstante, la mayor parte de la bibliografía relativa al cuidado informal se centra en las personas dependientes, entendidas como aquellas que necesitan ayuda para desarrollar alguna de las actividades básicas de la vida diaria, por ser mayores o presentar algún tipo de enfermedad crónica, discapacidad o limitación. En España se estima que entre el 80% y el 88% de las personas mayores², el 83% de los enfermos no graves³, el 70% de las personas con discapacidad física⁴ y el 50% de las que presentan deficiencias de tipo psíquico⁴, reciben los cuidados que necesitan mayoritariamente de la familia. La distribución dentro de la familia de roles de género ante el cuidado no es equitativa. El perfil típico de la persona cuidadora, tanto en España como en Andalucía en particular, es una mujer de entre 45 y 64 años de edad, que reside en el mismo hogar que la persona que cuida, de nivel socioeconómico bajo y sin trabajo remunerado^{1,2}. Según datos de la Encuesta de Discapacidad 2008, el 76,3% de las personas cuidadoras principales son mujeres⁵. Diversos estudios han constatado que el rol que mayoritariamente asumen las mujeres como cuidadoras principales^{6,7} y como cuidadoras secundarias⁸ las pone en mayor riesgo de padecer las consecuencias negativas de cuidar sobre sus vidas^{9,10}. Algunas de estas consecuencias son altos grados de sobrecarga, estrés, exclusión social, problemas físicos y mentales, y limitaciones para el desempeño de un trabajo remunerado¹¹⁻¹³.

Por ello, resulta muy relevante la implicación de profesionales sanitarios en la atención a las personas cuidadoras para reducir los efectos negativos del cuidado informal sobre su salud^{14,15}. Conocer la opinión y las actitudes que adoptan estos profesionales ante el cuidado informal es necesario para dinamizar la interacción de ambos sistemas de cuidados y diseñar acciones que favorezcan un intercambio eficaz y adecuado entre los dos

colectivos. Las personas que cuidan no son simplemente fenómenos o recursos cuyas características deben ser analizadas y comprendidas por los servicios formales, sino que son una categoría social hacia la cual el sistema formal tiene obligaciones y requerimientos en términos de formulación de políticas de bienestar¹⁶. Del mismo modo, para reducir las desigualdades existentes en el cuidado informal es necesario que las medidas de apoyo a las personas cuidadoras informales incorporen la perspectiva de género. Un reciente estudio que analizaba las políticas de apoyo a las personas cuidadoras en el ámbito internacional¹⁷ concluía que éstas no incorporan el enfoque de género de forma sistemática, aunque sí recogen algunos aspectos desde esta perspectiva en los niveles simbólico y operativo, como medidas dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras. Algunos de los sesgos de género que ocurren en el tratamiento del cuidado informal son el «familismo», que considera a la familia como unidad de análisis, ignorando las desigualdades de género existentes entre sus miembros, o el «síndrome del cuidador», que trata a las mujeres cuidadoras como enfermas, describiendo los «síntomas» sin hacer un análisis de la desigualdad de género que está en la base del fenómeno¹⁸. La transversalidad (*mainstreaming*) de género requiere intervenciones capaces de eliminar estos sesgos y transformar las desigualdades de género que se dan en el cuidado informal a largo plazo.

En nuestro país, la Ley para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia¹⁹ reconoce el papel central que ocupan las personas cuidadoras informales en el proceso de dependencia, aunque hay un debate generalizado acerca de si las medidas que dirige a los cuidadores y cuidadoras «no profesionales» son suficientes, y si contribuirán a reducir las desigualdades o, por el contrario, tenderán a afianzarlas²⁰. La principal medida que propone la ley sobre las personas cuidadoras informales es la prestación económica, por lo que algunas autoras advierten que puede tener el perverso efecto de condenar a las mujeres a seguir asumiendo en solitario un rol que las excluye socialmente²¹. Esto sólo podría solventarse con una evaluación individualizada de cada caso y, sobre todo, con un

Tabla 1
Descripción de la muestra y técnicas de recogida de información

Técnica	Número	Sexo	Profesión	Otras características ^a
Entrevistas a informantes clave	2	1 mujer	1 enfermera	Enfermera de enlace con mucha experiencia como enfermera, como formadora de enfermeras y como enfermera de enlace
		1 hombre	1 médico	Médico con mucha experiencia en su profesión y como cuidador informal
Entrevistas semiestructuradas	8	4 mujeres	2 enfermeras	Enfermera de enlace con experiencia en su profesión y como cuidadora informal
			2 médicas	Enfermera con experiencia en atención especializada y en atención primaria, y no cuidadora informal
				Médica con experiencia en su profesión y como cuidadora informal
		4 hombres	2 enfermeros	Médica con poca experiencia en su profesión y no cuidadora informal
			2 médicos	Enfermero de enlace con experiencia en su profesión y como cuidador informal
		Enfermero con poca experiencia en su profesión y no cuidador informal		
		2 médicos	Médico con experiencia en su profesión y cuidador informal	
			Médico con poca experiencia en su profesión y no cuidador informal	
Grupos de discusión	Un grupo de discusión mixto por profesión y sexo, compuesto por ocho personas: médica, médico, enfermera, enfermero, trabajadora social, trabajador social, psicóloga, psicólogo.			

^a Se considera que los profesionales tienen experiencia cuando llevan más de 5 años en el puesto, y poca experiencia cuando no sobrepasan los 5 años. La experiencia de los profesionales se refiere a la atención a personas cuidadoras en consultas de atención primaria y atención domiciliaria, a través de los servicios incluidos en la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud, especificados en la metodología. La experiencia como cuidador informal se refiere a haber cuidado durante al menos 6 meses a alguna persona en situación de dependencia (excluyendo el cuidado de la infancia).

amplio desarrollo de servicios sociales y sanitarios²². La aprobación del Decreto de Apoyo a las familias andaluzas propició que las personas cuidadoras se convirtieran explícitamente en población diana de la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público Andaluz. Actualmente existe en Andalucía un Plan de Atención a Cuidadoras Familiares²³ con el objetivo prioritario de mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que cuidan, cuyas actuaciones se incluyen en la cartera de servicios de atención primaria.

Los objetivos del estudio fueron: a) describir la percepción acerca del cuidado informal de los y las profesionales de atención primaria que atienden a cuidadores y cuidadoras de personas dependientes, explorando conceptos, causas y consecuencias, roles de género y diferencias según el sexo de las personas cuidadoras, y b) analizar desde el enfoque de género las actitudes de estos y estas profesionales ante el fenómeno de la dependencia y el cuidado informal. Consideramos éste un paso previo necesario para formar a profesionales del sistema sanitario en equidad de género en el cuidado informal, y responder así a la necesidad de una estrecha colaboración entre los dos sistemas de cuidados.

Métodos

Se diseñó un estudio cualitativo cuyo universo fue profesionales de medicina de familia, enfermería, trabajo social y psicología que trabajan en centros de atención primaria del Distrito Sanitario de Granada. Mediante muestreo intencional se seleccionaron 18 profesionales sanitarios con más de 1 año de experiencia, que atendían a cuidadores y cuidadoras informales en consultas de atención primaria y atención domiciliaria, a través de los servicios de atención sanitaria a domicilio a problemas específicos (alta hospitalaria, personas inmovilizadas, personas en situación terminal, mayores en riesgo y mayores residentes en instituciones), de las unidades clínicas de los centros de salud, que componen la cartera de servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud²⁴.

Los criterios de segmentación fueron el sexo y la profesión. Como criterios de diversidad muestral se contemplaron la edad, el centro de salud, los años de experiencia y haber sido o no cuidador o cuidadora informal (tabla 1). Los datos se recogieron mediante entrevistas a informantes clave, entrevistas

Tabla 2

Citas textuales sobre la percepción del cuidado informal: concepto de cuidar

Cada familia se encarga de sus miembros dependientes, de forma gratuita y con una gran carga afectiva	
Cuidado profano	<p>A: «Personas que cuidan de otras personas dependientes y que no cobran absolutamente nada. Para mí es eso, que no cobran nada» (E7, enfermera de enlace)</p> <p>B: «Se hace por cariño, por voluntad y por cercanía.» (E5, enfermero)</p> <p>C: «El cuidado que tú le das a otra persona pero que no está seguido por unas normas, eh... a lo mejor escritas en los libros... consejos que das pero que no están claramente definidos. Un poco a lo mejor lo interpretas tú por tu quehacer diario, la experiencia sobre todo, la experiencia ya de muchos años» (E1, médico)</p> <p>D: «Se hacen cargo de las personas ancianas... [...] Una persona mayor que, de pronto putes, a raíz de una caída o una enfermedad, ya tiene un deterioro que ya no puede vivir sola [...] Bueno, normalmente son ancianos, ¿no? Entonces yo hablo, por defecto, de ancianos...» (E5, enfermero)</p> <p>E: «Yo creo que mucha gente no acepta de buen grado que sea una persona de fuera quien le cuide... A la hora de preferir, todos prefieren que les cuide alguien de su familia», (E2, médica, cuidadora)</p>
La ética familista está impregnada de culpabilidad	<p>F: «Hay un momento que piensan que lo están haciendo mal porque incluso desean pues que a lo mejor su familiar diga "pues mira, que descansa ya porque..." Ya no le ven futuro... O sea, le ven tan mala calidad de vida... Luego ellos mismos se sienten culpables por haber pensado eso... No saben si lo están haciendo bien, si están haciéndolo mal, si... Entonces, ésa es la sobrecarga [...] Pensar en que justo cuando se lleven al familiar a un centro de día les pase algo y luego les quede a ellos cargo de conciencia, y decir pues "por yo liberarme un poco y yo desahogarme un poco... pues lo he mandado allí y mira lo que le ha pasado", entonces pues la culpabilidad, síntoma de culpabilidad, o si estamos hablando de un pueblo, pues de qué dirán, la gente del pueblo, qué dirá la vecina o qué dirá el resto de la familia... Es por lo que más ponen pegas, no en sí por el servicio» (E5, enfermero)</p> <p>G: «Está la parte cultural, que te han dicho que tú no puedes tener, entre comillas, "malos pensamientos", y malos pensamientos sería pues "¿cuándo se va a morir?". Y claro, cuando tú empiezas a tener ese tipo de pensamientos, en el fondo te vas dando cuenta de que tienes cierto deseo de que esta persona desaparezca porque te crea un problema bastante, bastante importante...» (E4, enfermero de enlace, cuidador)</p>
Hay otras realidades familiares	<p>H: «El problema se presenta cuando el que... el enfermo ha sido una persona que... se ha llevado fatal con el encargado de su cuidado... o en relaciones de pareja, el marido maltratador... se pone enfermo y ahora es la mujer la que tiene que cuidarlo... Ahí se plantean muchas dudas éticas, que te las plantean a ti y tú no sabes qué contestar... ¿Qué les dices? ¿No los cuides? O te dicen "lo estoy cuidando pero... cada vez que le estoy cambiando un pañal pienso... en las palizas que me ha dado, o cuando ha venido borracho y..." O los hijos que... han tenido un mal padre o una mala madre y ahora les toca... Son circunstancias muy difíciles que tú no puedes tampoco éticamente... meterte en... tú puedes ayudar y tal, pero ya hacer juicios de valor... Tú les dices a las personas que hagan todo lo que puedan y que cuando ya no puedan más pues que se buscarán otras soluciones... se buscarán otras cosas, y que si ellas han decidido cuidarlos pues que... y que si deciden no, pues... Que tú no las vas a juzgar, yo no soy quién para juzgar, por supuesto, a nadie porque decidan no cuidar o decidan buscar una residencia... Cada uno tendrá sus motivos...» (E5, enfermero)</p> <p>I: «Lo de las residencias pues depende de en qué casas, porque en otros casos también está mejor una residencia que en la casa. Ahí tenemos a una señora, aquí al lado, que es diabética y está fatal, y el hijo es drogadicto, no la quiere meter en una residencia y ya ves tú si la señora no estaría allí más feliz: no le hace caso, no le pone la insulina, no nos abre la puerta... Si no estaría mejor en una residencia... que en la casa con el hijo que le pega y todo, pero como el hijo no quiere que se vaya porque si no pierde la paga, que es con lo que subsiste, pues... Entonces, hay casos y casos» (E6, enfermera, cuidadora)</p>
El cuidado es voluntariamente obligatorio	<p>J: «Voluntaria obligada, ¿no? [risas]. Nadie les pone una pistola, pero... Yo creo que la mayor parte de la gente lo asume como que es su obligación... Aunque, lógicamente, si pudieran elegir, aunque nunca a lo mejor se hayan planteado pensar cuál es su deseo, pero yo me imagino que preferirían estar haciendo otra cosa, y que alguien les ayudara y que la otra persona aceptara también la ayuda [...] Haría falta un cambio también de mentalidad, de que no es eso: las mujeres de la familia las que tienen que cuidar sino que... Bueno, que el cuidador es una cosa que no viene impreso en los genes de las mujeres, entonces... que no se puede dar tampoco por hecho» (E2, médica)</p>

semiestructuradas y grupo de discusión, durante el mes de septiembre de 2006. Las entrevistas a informantes clave se realizaron para identificar personas con perfiles concretos a entrevistar y revisar las categorías de análisis de las entrevistas semiestructuradas. Las entrevistas semiestructuradas duraron una media de 60 min y el grupo de discusión 90 min; se grabaron en audio para posteriormente ser transcritas, una vez obtenido verbalmente el consentimiento informado.

El contenido de las entrevistas semiestructuradas se analizó con ayuda del software N-Vivo. Se identificaron los párrafos relevantes y los nodos principales y secundarios, según las categorías predefinidas para los objetivos del estudio y categorías adicionales surgidas del análisis preliminar de los discursos. Las categorías definitivas fueron: a) percepciones sobre cuidado informal (concepto de dependencia y de cuidado informal, diferencias de género en el cuidado informal e impacto en la salud), y b) actitudes relacionadas con el cuidado informal (actitud conservadora, actitud hacia el cambio y derecho a no cuidar).

La información aportada por el grupo de discusión sirvió para profundizar en el tema y asegurar la confiabilidad de los resultados obtenidos en las entrevistas.

Resultados

Percepciones sobre cuidado informal

1) Cuidado profano, dispensado por las familias de forma gratuita y marcado por la afectividad

Tanto las mujeres como los hombres entrevistados coincidieron en destacar el carácter no profesional, gratuito y con gran componente afectivo del cuidado informal (tabla 2 A-C). Atribuyeron principalmente a la familia la responsabilidad de encargarse de sus miembros dependientes, refiriéndose sobre todo a las personas ancianas que no pueden valerse por sí mismas (tabla 2 D). Los profesionales de ambos sexos destacaron las características de la cultura «familista» en la cual se han socializado las personas cuidadoras (tabla 2 E), con un componente moral-religioso impregnado de culpabilidad, que repercute negativamente en su bienestar emocional (tabla 2 F y G). Algunas personas reflexionaron sobre situaciones de cuidado que se realizan fuera del ámbito familiar y la existencia de modelos de familia no idílicos (tabla 2 H e I). Principalmente las mujeres entrevistadas fueron conscientes de que cuidar no siempre es una decisión tomada con libertad, reconociendo que las circunstancias «mandan» ante una situación de necesidad (tabla 2 J).

2) Se observan importantes diferencias de género en el cuidado informal:

Los profesionales de ambos sexos coincidieron en que la educación sexista es el primer factor explicativo de que sean las mujeres las que mayoritariamente se encargan de cuidar, y que esta constante de género es transversal a los distintos grupos sociales (tabla 3A). Según las personas entrevistadas, aunque los hombres también cuidan, el proceso mediante el cual se llega a ser cuidador fue claramente diferenciado del seguido por las mujeres. Para ellas es algo impuesto «por naturaleza», mientras que ellos cuidan de forma excepcional y

Tabla 3
Citas textuales sobre la percepción del cuidado informal: diferencias de género en el cuidado informal

Se dan importantes diferencias en el cuidado que prestan las mujeres y los hombres	
El cuidado es dispensado por las mujeres	A: «Fundamentalmente el cuidado lo llevan a cabo las mujeres, las mujeres cuidadoras [...] En lo que es el cuidado de la gente de la casa, pues se ha encargado la mujer de forma tradicional y lo ha ido aprendiendo de generación en generación. Si [...] La mayoría de los cuidadores informales son mujeres, la mayoría en todos los ámbitos, en todas las clases sociales y en todos los sitios. Vamos, que la mayoría de los cuidadores son mujeres» (E3, médica)
Los cuidadores varones son minoría	B «El reparto es el siguiente: primero es la esposa, después si no está la esposa pues la hija, y si no está la hija, la nuera. Luego ya, cuando ya no hay ni esposa, ni hija, ni nuera, pues ya el hijo o el marido, pero vamos, que es el cuarto, las demás son todas mujeres» (E7, enfermera de enlace)
Los varones cuidan diferente	C: «Yo supongo que será por un rol educacional... pero la mujer cuida de otra manera diferente, le imprime más cariño. El hombre es como más, más, más estricto: si tiene que hacer algo... lo hace en ese... es que no sé cómo explicarte... la mujer lo hace de otra manera, como que se implica más... es como si fueran sus hijos, como si fueran sus hijos, como si fuera un bebé al que está cuidando... Y el hombre lo hace de una manera considerada más... técnica... Si le tiene que medir la glucemia se la mide. La mujer es como más tierna, no sé...» (E5, enfermera) D: «Por ejemplo, más diferencias, pues la parte de... todo lo que es... instrumental, cuando es el hombre sí la hace bastante bien a la hora de bancos, de tener que hacer papeles y eso, y la mujer le cuesta más trabajo... Pero las cosas que son de... el lavado de ella, preparar la comida y todas esas cosas, el hombre normalmente siempre busca ayuda de... ayuntamientos, de hijos, de quien sea, y la mujer en esa parte no necesita absolutamente ayuda, bueno, cuando no puede ya tirar realmente» (E4, enfermero de enlace, cuidador) E: «Yo creo que sí, por lo que he visto, lo que estoy viendo... A lo mejor es mucho aventurar, pero... Yo creo que expresan más la queja con la situación que están viviendo, pues "estoy muy cansado", o "me tiene harto"... y piden más ayuda, ¿no?» (E2, médica, cuidadora)
Las cuidadoras están más solas y cuentan con menos apoyo	F: «Cuando un hombre cuida, si es un cuidador principal como está entendido, se desvive por la persona que normalmente es una... la mujer. Pero generalmente lo que hacen es echar el culillo fuera y empezar a delegar en el hijo, y eso, en la mujer, no se ve. Normalmente la mujer siempre no quiere delegar en los hijos porque están con muchas cosas, no quiere echarles cargas, etcétera, etcétera. O sea que sí, hay una parte de implicación con el padre... La familia se implica más, y con la madre, también los hijos lo tenemos asumido... que la madre es la que se tiene, que tiene que tirar con todo, y al padre hay que suplirle ciertas cosas. Pero yo esa diferencia sí la veo, cuando digo que trato con muchos hombres que es que, que actúan como si fueran cualquier extraño» (E4, enfermero de enlace, cuidador). G: «No, las mujeres las veo yo diferentes... Las mujeres como que... que lo asumen con una naturalidad que no la tienen los hombres [...] Hay de todo, pero en general el problema más gordo que tienen es que si una se hace cargo, los otros miran para otro lado. No, ya la abandonan y ya... si alguna vez la cuidadora dice "yo quiero tener a mamá en la casa porque no quiero que vaya a una residencia", "ah, pues tú lo has querido", y la dejan como abandonada ¿no?» (E7, enfermera de enlace)

como último recurso (tabla 3 B). Hubo consenso en que los hombres cuidan y viven la experiencia de cuidar de manera diferente a las mujeres. Se utilizaron estereotipos de género para justificar estas diferencias: las mujeres imprimen más afectividad a las tareas de cuidado que realizan, mientras que los hombres desempeñan mejor las tareas instrumentales de atención a la salud (tabla 3 C) y tienen más dificultades para las tareas de alimentación e higiene (tabla 3 D). En cambio, ellos encuentran menos prejuicios a la hora de pedir ayuda o de utilizar los recursos disponibles (centros de día o residenciales) para las personas a quienes cuidan (tabla 3 E).

También opinaron que la actitud de las mujeres que cuidan es más «valiente», al enfrentarse en mayor medida al problema y asumir las consecuencias. Pero esta actitud tiene consecuencias negativas para ellas: por un lado, el resto de la familia termina desentendiéndose, y por otro se ven inmersas en una dinámica que les hace olvidar sus propias necesidades (tabla 3 F y G).

3) Cuidar tiene un impacto negativo en la salud

Hubo consenso al destacar el impacto negativo sobre la salud de quien cuida, de modo que cuidar se consideró un potencial factor de riesgo para la salud de las mujeres (tabla 4 A). Más

allá del impacto directo, destacaron el abandono del cuidado de la propia salud, en parte debido a la sobrecarga derivada de cuidar. Opinaron que para las mujeres cuidadoras existe un orden de prioridad: primero la persona cuidada, después las demás obligaciones familiares y laborales, y en último lugar ellas mismas (tabla 4 B). Las personas entrevistadas reconocieron que la sobrecarga es mayor en las mujeres porque las jornadas de trabajo para ellas, fuera y dentro del hogar, son «interminables». Distinguieron diversos tipos, física y emocional, y hubo coincidencia en que la sobrecarga psicológica tiene un efecto más negativo y llega a perjudicar seriamente la salud de las mujeres. Como causas más frecuentemente mencionadas para este tipo de sobrecarga se citaron la sensación de que otra persona depende exclusivamente de ti, las dudas acerca de si están atendiendo bien sus necesidades y la carga moral de desear incluso que la situación de cuidados finalice (tabla 4 C y D). No todas las personas expresaron la misma opinión acerca del llamado «síndrome del cuidador». Algunos profesionales de ambos sexos no consideran necesario poner etiquetas, y señalan que el malestar de las personas que cuidan tiene un origen social y no biológico (tabla 4 E); para otros es importante utilizar esta

Tabla 4

Citas textuales sobre la percepción del cuidado informal: impacto de cuidar en la salud

Cuidar tiene un impacto negativo en la salud	
El impacto de cuidar en la salud	A: «Claro, sí, mucha sobrecarga y mucho agotamiento. No todo el mundo lo expresa pero... sí en general... o sea, es gente que está... pues estresada, cansada... y agobiada.»(E2, médica, cuidadora) B: «Casi, casi todas tienen por ejemplo el dolor de espalda... Sí, y la alteración del sueño, casi todas. Luego, también les pasa que se descuidan ellas, se descuidan en cuanto a su seguimiento, si tienen alguna enfermedad que requiera seguimiento no van al hospital, se les olvida, no tanto que se les olvida sino que que no pueden dejar el cuidado un día, y lo abandonan para ir al hospital» (E7, enfermera de enlace)
Orígenes y tipos de sobrecarga	C: «Es sobrecarga psicológica... No es por cuidado... A ver, los cuidados son importantes, los cuidados que man y tal, pero que es la sobrecarga del tiempo, de cómo ven la carga [...] No es la carga de tener que bañarlo, tener que darle de comer, sino que es la cantidad de sentimientos contradictorios que genera [...] Ellas mismas reconocen que tampoco ocupa tantísimo tiempo como la sensación que tienes de que te ocupa tiempo, pero es que mentalmente te ocupa todo el día, pero no es físicamente... No es físicamente, es que empiezas ya mucho antes a pensar que tienes que estar dándole la comida... el tiempo que te tiras comiendo y diciendo "esta noche le tengo que poner otra vez la comida", entonces parece que son 3 h dándole la comida, ¿entiendes? Entonces, todo eso, hasta que lo van asumiendo, lo van digiriendo... quema... Eso es... quemarte psicológicamente, no es la parte física» (E4, enfermero de enlace, cuidador) D: «Un día lo ves muy mal, que se está muriendo, y otro día lo ves que está muy bien, y entonces ya no sabes qué hacer, te sientes... Hay un momento que piensan que lo están haciendo mal porque incluso desean pues, que a lo mejor su familiar... "pues mira, que descansa ya porque..." Ya no le ven futuro... O sea, le ven tan mala calidad de vida... Luego ellos mismos se sienten culpables por haber pensado eso... No saben si lo están haciendo bien... Entonces, ésa es la sobrecarga» (E5, enfermero)
Síndrome del cuidador	E: «¿Un síndrome? Puedes estar unas veces más cansada y otras menos cansada, pero tanto como un síndrome... Pues igual que cuando vienes a trabajar y te levantas todos los días a las 8, un día estás más cansada y otro día estás menos cansada... Yo a las cuidadoras que tengo no les veo una sobrecarga exagerada, como de estar fatal» (E6, enfermera, cuidadora) F: «En el momento en el que se empieza a hablar de algo...tal vez se consiga... pensar que el problema existe y a lo mejor se ponen medios para arreglarlo» (E1, médico)
Medicalización del malestar	G: «Yo creo que casi todas, casi todos, casi todas, consumen algo... Muchas cosas, muchas veces no nos estamos dando cuenta de que la gente se está haciendo una infusión constantemente y, hombre, es un medicamento, natural, pero es un medicamento. [...] Y luego lo que es la medicina ya de pastillas nuestras, de la medicina tradicional, el 60 a 70% están consumiendo... y se las han mandado porque un día llega hecha polvo con un amago de llorar y dice "espera que te voy a mandar unas pastillas" en lugar de decir "¿te has desahogado? Si quieres vienes otro día...", pero es que ya se las colocas hasta que se muere la madre: "sí, le coloco una pastilla porque mira, es que no puede dormir". Le colocas la pastilla ya hasta que desaparece... el problema» (E4, enfermero de enlace, cuidador)
Tratamiento psicossocial	H: «Evidentemente no es el tratamiento más idóneo, es una forma de poner un parche, ¿no? De tapar... algo que no se está atacando de raíz. O sea, que no es gente que tenga una enfermedad... ¿no? No tiene una depresión mayor o un trastorno por ansiedad, sino que están en una situación que les produce ansiedad y les produce malestar... Entonces... pues... realmente pues... en esos casos los antidepressivos no funcionan y los ansiolíticos sí, porque los ansiolíticos funcionan pero no creo que les ayuden demasiado. Entonces, qué necesitarían, pues más apoyo y... probablemente... o sea, más apoyo institucional, probablemente... y... en el sentido de otros cuidadores, y también, ¿no?, pues... a veces genera ansiedad no saber cómo tienen que cuidar, y entonces pues también apoyo en ese sentido, y luego, pues ya, para tratar un poco la psicopatología yo supongo que vendrían bien grupos de personas en las mismas circunstancias en las que pudieran hablar y expresar lo que les pasa, compartirlo con otra gente y buscar estrategias en conjunto... Supongo que eso serviría bastante más que los psicofármacos» (E2, médica, cuidadora)

denominación como estrategia para visibilizar el problema (tabla 4 F). Sí hubo consenso acerca del elevado consumo de medicamentos por las personas cuidadoras, principalmente de fármacos para la ansiedad, para la depresión y para conciliar el sueño. Algunas personas asumieron con cierta culpabilidad el hecho de que sean los propios y propias profesionales quienes prescriban medicamentos, incluso reconociendo que sería mejor adoptar una actitud de escucha y ayuda personal (tabla 4 G y H).

Actitudes ante el cuidado informal

Emergieron dos actitudes mayoritarias y bien diferenciadas ante el cuidado informal. Por un lado, aquellas personas que se mostraban satisfechas con el modo en que se atiende a las personas cuidadoras, y por otro, con una actitud más inconformista, las que proponían cambios hacia una atención más universal a la dependencia. Hubo una tercera posición, en la cual se reivindicaba una actitud profesional dirigida al apoyo de las personas cuidadoras mediante formación y educación. Se trata de tres líneas emergentes en el discurso de los y las profesionales, no necesariamente atribuibles a perfiles determinados.

1) Actitud conservadora: lo ideal es la familia

En esta línea se asume que las relaciones familiares son intrínsecamente buenas y que todos los miembros de las familias están dispuestos a cuidar (tabla 5 A y B). La sustitución de las familias por cuidados formales se aceptó como solución provisional, de emergencia o extraordinaria (tabla 5 C). En este modelo «familista», los y las profesionales apuestan por potenciar las redes familiares, implicando a cuidadoras y cuidadores secundarios, e incluso a la familia extensa, para gestionar el cuidado informal y reducir la sobrecarga.

2) Actitud educadora: formar a las personas que cuidan

En ocasiones se destacó la necesidad de formar para cuidar, como recurso de ayuda para los y las profesionales (tabla 5 D). También se señaló la necesidad de que las personas cuidadoras

aprendan a cuidarse a sí mismas, no sólo por su propio bienestar sino también por el de las personas dependientes (tabla 5 E).

3) Actitud transformadora: liberar a las familias de la mayor parte de las cargas del cuidado

Otra línea recoge modelos alternativos que liberen a las familias y a las mujeres de la mayor parte de las cargas del cuidado mediante un sistema de atención a la dependencia más universal. Para ello se propusieron más recursos residenciales y una buena red de centros de día (tabla 6 A y B). Se justificó la ausencia de cuidadores y cuidadoras informales sólo en situaciones límite: cuando la persona dependiente «no se lo merece» (tabla 6 C) o cuando la persona cuidadora «ya no puede más» (tabla 6 D). De forma excepcional, aparecieron voces que entendían la elección de cuidar o no cuidar como un derecho, que para ser ejercitado precisa de una amplia infraestructura de servicios públicos (tabla 6 E y F).

Discusión

El estudio resulta novedoso porque profundiza en el cuidado informal desde una óptica diferente: la de los y las profesionales de atención primaria que atienden a personas cuidadoras. La literatura, aunque recoge los principales modelos de relación entre el sistema formal e informal¹, es escasa respecto a las percepciones y actitudes de los y las profesionales acerca de estas relaciones.

La diferenciación que hacen los y las entrevistados entre el cuidado formal como racional y el informal como puramente afectivo, resulta negativa para la promoción de la igualdad entre sexos, porque invisibiliza el malestar que puede generar el cuidado informal bajo el supuesto de que se realiza por amor²⁵.

La percepción de que la familia es la unidad donde tienen lugar los cuidados informales encaja con el modelo de estado del bienestar mediterráneo²⁶. Este modelo «familista» invisibiliza el trabajo de las mujeres, ya que es la institución familiar la que

Tabla 5
Citas textuales sobre las actitudes ante el cuidado informal: actitud conservadora y educadora

<p><i>Actitud conservadora</i> Lo ideal es la familia</p>	<p>A: «La familia, ante todo, y ayuda externa cuando haga falta. Ante todo la familia. Sería el ideal [...] El cuidado formal es muy impersonal [...] “[Ojalá que a mí me han dicho que venga a ayudar 2 h y yo pasada la hora me voy”, ¿entiendes? Se da por hecho que en los familiares ese afecto es mayor, que también habrá de todo. Pero cuando se hace de forma voluntaria, dentro de esa familia ideal que te estoy diciendo, esas cosas se hacen bien.» (E1, médico)</p> <p>B: «El cuidador informal... la característica principal es que el cariño que imprime en todas las actividades, la cercanía, el entretenimiento... el que se preocupa no sólo a lo mejor del bienestar sino también... que a la persona le ayudan a sentirse mejor consigo misma... no son cosas necesarias pero sí que... dan una calidad de vida, el ponerle su música, intentar que sus gustos que hacía... sus cosas que hacía antes las mantenga. Eso a lo mejor el cuidador formal quizás no... no por nada, sino por falta de tiempo y porque no... no se para en eso. El cuidador informal pues sí.» (E5, enfermero)</p> <p>C: «Para mí el modelo ideal de atención a alguien dependiente es que esa persona pueda permanecer en su casa el máximo tiempo posible ¿eh? Cuidado por un cuidador informal, generalmente alguien de su familia, o cuidado por un cuidado institucional organizado de alguna manera... cuando la familia no sea capaz de llevar a cabo esos cuidados. Para mí eso es lo fundamental. Y luego recurrir a lo que son residencias y todo eso, pues ya en situaciones extremas, de grandes dependientes que requieran cuidados muy importantes que no puedan... Para mí ésa sería la situación ideal y yo creo que para la gente, para la población en general, lo ideal también es eso, permanecer en su casa el máximo, en su entorno el máximo tiempo posible.» (E3, médica)</p>
<p><i>Actitud educadora</i> Formación para el cuidado</p>	<p>D: «Ellas son las que normalmente acompañan al paciente cuando vienen a la consulta y son las que se informan de cómo hay que administrar la medicación, de si hay alguna medicación que haya que administrarla de forma especial, porque sea inyectable o porque sea un inhalador, pues aprenden ellas a hacerlo directamente aquí, en el centro de salud, o... cuando son cuidados así sencillos, pues incluso cuidado de la piel o cuidados de una escara que haya que estar curándola todos los días, pues ellas la limpian, no es necesario que hagan ninguna cosa fuera del ámbito de su entorno sanitario, ellas lo aprenden.» (E3, médica)</p>
<p>Formación y tiempo para el autocuidado</p>	<p>E: «Todos los terapeutas, ocupacional, fisioterapeuta, psicólogos, que son los profesionales que vienen, todo su trabajo lo enfocan hacia que la cuidadora se cuide a sí misma, no vamos a sobrecargarle de trabajo para... las personas a las que cuidan, o sea, en un principio las primeras sesiones eran... cómo se lava, cómo tiene que darle de comer, no, pero eso ya lo hemos quitado. Lo hemos quitado porque esto es una atención personal que se le da a cada una en su casa la enfermera de familia. Aquí lo que le damos es apoyo a ellas, cómo cuidarse ellas mismas, cómo cuidar la espalda, cómo manejar el enfrentamiento, cómo manejar la familia, cómo cuidarse ellas.» (E7, enfermera de enlace)</p>

Tabla 6

Citas textuales sobre las actitudes ante el cuidado informal: actitud transformadora

Actitud transformadora	
Atención universal como alternativas a las familias y a las mujeres	A: «Yo creo que hay el derecho a no cuidar y el derecho a que ellos [la administración] busquen soluciones... Es que tienen que buscarlas. Porque... además, cada vez se va a cuidar más, habrá más personas dependientes [...] En fin, que hay que buscar soluciones y las soluciones son hoy por hoy residencias: residencias de muchos tipos, residencias que puedan ser de tipo abierto, de que te metes en un bloque y tienes portero, tienes a alguien que te guíe, lo que quieras, como quieras, experiencias hay muchísimas... Pero que no puede esto estar tan perdido.» (E4, enfermero de enlace, cuidador) B: «Yo creo que sería lo ideal, más que potenciar, fíjate tú, por lo menos para mí guiso, las plazas de residencia, sería potenciar una cosa, una cosa intermedia entre el cuidado formal y el informal [...] El cuidado formal de no poner tantas, tantas trabas, tantos baremos [...] Entonces, para mí el centro de día es uno de los mejores inventos [...] Para mí lo ideal sería eso: fomentar el cuidado de los ancianos en sus casas, el cuidado informal pero siempre muy apoyado por una buena red, una buena red de centros de día, no como ahora que hay pocos y con pocas plazas... con muchas solicitudes [...] Entonces para mí lo ideal es eso: el cuidado informal en las casas, pero apoyado por una buena red de cuidado formal de manera que pueda, como si dijéramos que pueda ir a trabajar o estar fuera de la casa mientras que el resto de la familia está manteniendo un horario laboral o un horario de estudio, y luego regrese a casa junto con el resto... como los niños... y no los aíslan y están en casa con la familia.» (E5, enfermero)
No cuidar a quien «no se lo merece»	C: «No lo sé... Ese tema sí que me parece un poquito complicado porque, además, pienso que la gente mayor tiene lo que ha cosechado toda su vida: si toda su vida ha sido una persona que no ha querido, que no se ha dado, que no ha cuidado, ahora no va a tener a nadie que se lo haga a ella ¿no?» (E7, enfermera de enlace)
No cuidar si «no se puede más»	D: «Claro, hombre, también... imagino que a lo mejor llega un punto los cuidadores que digan "ya es que no puedo más", si esa persona enferma pues ahí es donde tenemos, le tenemos que dar y ver... si puede haber otro apoyo informal dentro de la familia de ámbito cercano... y del nuestro, a la hora de desplazarnos también del centro de salud, del centro sanitario, de atención primaria, lo que se pueda hacer y si no, pues ya... a "nivel formal" entre comillas [...] Yo creo que ahí estaría el apoyo formal ¿no? Desde... pues personas que digan "yo es que no..." [...] Yo creo que es ahí donde el nivel institucional... pues sí se podría echar una mano.» (E8, médico)
Apoyar sin promover	E: «Hombre, promoverlo no, pero apoyarlo sí [...] Yo sí que estoy por el respeto, que si una persona no quiere cuidar no tiene por qué, la obligación es de la sociedad... Ahora, otra cosa es darle publicidad, yo no sé... no sé qué decirte... [...] Yo me pongo en el caso y... bueno sí, yo si una persona, como profesional, voy a una casa y me dice "yo me niego a cuidar", yo respeto absolutamente su decisión, le apoyo en lo que ella decida, pero eso es una cosa y otra es dar publicidad de eso, es como decir... pero bueno, también dejar que las mujeres tenemos derecho a decir "no quiero cuidarlo"» (E6, enfermera, cuidadora)
Derecho a no cuidar	F: «Yo creo que hay el derecho a no cuidar y el derecho a que ellos [la administración] busquen soluciones... es que tienen que buscarlas. Porque... además, cada vez se va a cuidar más, habrá más personas dependientes... [...] En fin, que hay que buscar soluciones y las soluciones son hoy por hoy residencias: residencias de muchos tipos, residencias que puedan ser de tipo abierto, de que te metes en un bloque y tienes portero, tienes a alguien que te guíe, lo que quieras, como quieras, experiencias hay muchísimas... Pero que no puede esto estar tan perdido.» (E4, enfermero de enlace, cuidador).

abandera el cuidado informal cuando realmente son ellas quienes lo gestionan^{18,27}. Numerosos autores y autoras han advertido que esta falta de reconocimiento del quehacer de las mujeres imposibilita su total incorporación a la vida pública y social, y su pleno derecho a la ciudadanía^{1,7,28}.

El mito de la familia y la mística del amor niegan el derecho de las mujeres a ser menos "afectivas" o a no querer cuidar. Además, ocultan las desavenencias, e incluso la violencia, que con frecuencia se instalan en la vida familiar e imponen un sistema de relaciones basado en una autoridad patriarcal bajo los supuestos de la fraternidad y las buenas relaciones familiares^{29,30}.

Cuando analizamos las diferencias que los y las profesionales detectan en la forma en que mujeres y hombres afrontan el cuidado, encontramos el consenso de que los cuidadores varones buscan ayuda de otros familiares o servicios públicos, mientras que las mujeres posponen estas demandas y asumen la responsabilidad del cuidado sin apoyo. Aunque esta mayor predisposición de los hombres a buscar apoyos podría resultar más saludable para el propio bienestar³¹, resulta necesario reconocer la especificidad en la forma y el tipo de cuidados dispensados por una gran mayoría de mujeres, para no restar importancia a la contribución de esta «ética del cuidado» al bienestar de la sociedad³².

Los y las profesionales identifican claramente el diferente impacto que el hecho de cuidar tiene sobre la salud de ambos sexos, del cual encontramos evidencia creciente en la bibliografía^{9,33}. La conocida peor salud emocional, la mayor sobrecarga y el consumo de medicamentos de las mujeres cuidadoras^{9,33,34}

descubre necesidades diferentes en mujeres y hombres, que exigen actuaciones específicas para cada sexo.

Podemos analizar los diferentes tipos de actitudes emergentes del discurso de los y las profesionales siguiendo la categorización de relaciones entre sistema profesional e informal propuesto por Twigg¹⁶. La primera apuesta por un modelo basado en la familia, en el cual las personas cuidadoras son tratadas como un recurso del sistema sociosanitario. Cuando hablan de formar en cuidados, subyace un modelo de personas cuidadoras cotrabajadoras. Desde el análisis de género, estos modelos resultan poco sensibles o potencialmente negativos para la equidad¹⁹. Tienen como centro de atención a la persona dependiente, y sólo consideran a la persona cuidadora de forma instrumental. Reproducen los roles sexistas establecidos ante el reparto de responsabilidades de cuidado, puesto que no incorporan estrategias que promuevan una mayor implicación de los hombres. Asumen la atención a las personas dependientes como un problema individual-familiar y no social. Estos modelos invisibilizan la enorme contribución económica y social que las mujeres aportan al bienestar de nuestra sociedad a través del cuidado⁷.

Otros discursos bien diferentes encajan con un modelo de superación del cuidado informal¹⁶, tal y como es concebido en la actualidad, liberador de las familias (sobre todo de las mujeres de las familias) de las cargas del cuidado mediante una atención pública y universal a la dependencia. Así, el cuidado informal sería afectivamente imprescindible y técnicamente innecesario³⁵.

Sin embargo, para las personas entrevistadas no resulta fácil concebir un modelo universal de atención a la dependencia, tal

vez obstaculizado por una insuficiencia de recursos o la mentalidad asistencialista en que han sido socializadas. Diversas valoraciones morales también interfieren en esta forma de entender el cuidado: son pocas las personas que han manifestado su total acuerdo con el derecho a no cuidar, a pesar de que, desde una perspectiva feminista, no habrá igualdad para las mujeres mientras sigan estando obligadas a cuidar³⁵.

Cabe destacar la variabilidad de percepciones y actitudes profesionales ante el cuidado informal. Hubo personas que manejaron varias de las líneas argumentales identificadas. Las diferencias detectadas no parecen estar ligadas al sexo de la persona entrevistada, ni a su edad o profesión, sino a su experiencia personal como cuidadores o cuidadoras. La ausencia de diferencias por profesiones en este análisis no resulta excesivamente sorprendente si tenemos en cuenta que ninguno de los perfiles profesionales seleccionados cuenta con formación reglada específica en enfoque de género, por lo que comparten percepciones y actitudes impregnadas de insensibilidad. Aunque resulta complejo diferenciar entre opiniones aportadas desde el rol profesional y el de cuidador o cuidadora informal, esta doble perspectiva aporta mayor riqueza y profundidad en los resultados. Otros estudios han confirmado la existencia de diferencias en los profesionales de ambos sexos, fundamentalmente en cuanto al estilo de relación con pacientes y a la práctica de actividades preventivas³⁶, pero no tanto en percepciones y actitudes.

Podemos concluir que los y las profesionales de atención primaria conocen el impacto de cuidar en la salud, visibilizan algunas desigualdades de género que subyacen en ese impacto y reconocen diferentes necesidades de hombres y mujeres que cuidan. Sin embargo, al aportar soluciones siguen atribuyendo mayoritariamente la responsabilidad a la familia (a las mujeres de la familia), lo que hace difícil romper el círculo de invisibilidad-infravaloración del cuidado informal como fenómeno femenino. Se hace necesaria una formación específica en equidad de género dirigida a profesionales, entendida como una poderosa herramienta para cualquier intervención encaminada a reducir las desigualdades de género en este ámbito y a mejorar la salud y la calidad de vida de quienes cuidan.

Financiación

El proyecto de investigación ha sido parcialmente financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Observatorio de Salud de la Mujer), mediante el contrato con referencia 224/2006.227.06.

Declaraciones de autoría

Todas las autoras incluidas en el trabajo cumplen los criterios de autoría, y no se excluye a nadie que también los cumpla. M.M. García-Calvente concibió y diseñó el estudio, y supervisó todos los aspectos de su realización. E. Castaño obtuvo y analizó los datos. M.M. García-Calvente, M. del Río-Lozano y E. Castaño interpretaron los datos y redactaron el primer borrador del manuscrito. I. Mateo, G. Maroto y N. Hidalgo aportaron ideas, interpretaron los hallazgos y revisaron los borradores del manuscrito. Todas las autoras aprobaron la versión final. M.M. García-Calvente es la responsable del artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Observatorio de Salud de las Mujeres, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por haber financiado parcialmente este proyecto. A Ana Delgado y Elena Gonzalo, por su labor de informantes en el proceso de selección de los participantes. A los y las profesionales que nos ofrecieron sus opiniones y experiencias.

Anexo 1 Guión de temas para las entrevistas semiestructuradas

1. Para empezar, ¿me podría dar su definición de cuidado informal? ¿Qué entiende por cuidado informal?
2. Para usted, ¿quiénes son las cuidadoras y cuidadores informales? ¿Cómo llegan a serlo?
3. ¿Cuáles son, desde su punto de vista, las causas de esta situación?
4. ¿Y sus consecuencias?
5. ¿Le parece que se trata de un problema de salud pública?
6. ¿Qué prevalencia tiene esta situación entre sus pacientes?
7. ¿Les suele preguntar sobre su grado de sobrecarga y sus necesidades personales? ¿Cómo les pregunta?
8. ¿Cuántas de las personas que atiende tienen problemas de sobrecarga?
9. ¿Piensa que tienen ganas de hablar del tema, de sus conflictos cotidianos ante el cuidado?
10. ¿Qué opina del uso de psicofármacos en casos de mayor malestar ante el cuidado?
11. ¿Cómo opina de los tratamientos de carácter más psicosocial?
12. Y de la formación a las cuidadoras y cuidadores para el cuidado, la gestión del tiempo, el cuidado de la propia salud, ¿qué opina?
13. ¿Cómo valoraría los servicios de respiro? ¿Y la atención domiciliaria? ¿Y la teleasistencia?
14. ¿Podemos hablar del síndrome del cuidador? ¿Se debe denominar así? ¿Por qué?
15. ¿Cuáles son, desde su punto de vista, las causas de esta situación?
16. ¿Y sus consecuencias?
17. ¿Qué valor concede al trabajo doméstico, de la familia y del cuidado de las personas con dependencia?
18. ¿Encuentra desigualdades de género en el reparto de las tareas domésticas y del cuidado?
19. ¿Le parece que es un problema tener que cuidar de una persona con dependencia? ¿De qué tipo: personal, social, de salud?
20. ¿Qué sentimientos le despiertan determinadas situaciones de cuidado informal?
21. ¿Cuál le parece que es el rol de las y los profesionales de atención primaria ante el cuidado informal?
22. ¿Qué herramientas le parecen necesarias para abordarlo?
23. ¿Piensa que la atención primaria está preparada para abordarlo?
24. ¿Piensa que las y los médicos/enfermeros están preparados para abordarlo?
25. ¿Recibió formación sobre este tema en su formación universitaria? ¿Y posteriormente?
26. ¿Cuál es la posición del SAS? Es decir, ¿cómo se aborda este tema por parte del Sistema Sanitario Público?
27. ¿Qué lugar debería ocupar el cuidado informal en la agenda de las y los planificadores sanitarios?
28. ¿Conoce las iniciativas que se proponen en otros países europeos? ¿Qué opina de ellas?
29. ¿Cuál sería, a su juicio, la situación ideal? ¿El modelo ideal para atender a la dependencia y al cuidado informal?
30. ¿Cómo se podría dejar de ser cuidadora o cuidador informal?
31. ¿Qué le parece la propuesta de remunerar el cuidado informal?
32. ¿Le gustaría añadir algún comentario más?

Anexo 2 Guión de temas para el grupo de discusión

(Presentación: nombre y centro de trabajo)

Pues bien, conversemos sobre el rol que tienen las y los profesionales de atención primaria ante el cuidado informal...

Si os parece bien, comenzamos con la experiencia que cada una/o tiene en la atención al cuidado informal:

- Identificación
- Prevalencia de cuidadoras y cuidadores
- Cómo llegan a la consulta y por qué motivos
- Demandas de las cuidadoras y de los cuidadores
- Ofertas de la o el profesional
- Causas y consecuencias del problema

¿Podríamos hablar ahora de cómo ven el rol de las y los profesionales en la detección y el abordaje del cuidado informal?

- Se trata de un problema sanitario y de salud pública
- Quién debe atender a las cuidadoras y cuidadores informales
- Preparación y herramientas necesarias
- Dificultades
- Sentimientos que produce
- Quién debe atender a las personas en situación de dependencia

¿Cómo se atiende en atención primaria a las personas que cuidan?

- Servicios que se dispensan: valoración relación profesional-usuaria/o
- Diferencias en la atención a cuidadoras y la atención a cuidadores

¿Pensáis que existe el síndrome de la cuidadora o del cuidador? ¿En qué consiste?

- Sobrecarga de la cuidadora (dobles jornadas)
- Propia salud de la cuidadora
- Problema social
- Rol de género del cuidado
- Derecho a no cuidar

¿Cuál es vuestra opinión acerca de las respuestas políticas-institucionales al problema?

- Cómo se ha informado
- Documentos conocidos
- Otros contextos culturales
- Políticas sociosanitarias en Europa

Agradecimientos y solicitud de datos para completar la información de cada participante

- Edad
- Años en atención primaria y especialidad
- Centro
- Es cuidador o cuidadora informal

Bibliografía

1. García-Calvente MM, Mateo I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit.* 2004;18:132-9.

2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Informe 2004. Las personas mayores en España. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2005.
3. Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Bilbao: Fundación BBVA; 2002.
4. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre discapacidades, diferencias y estado de salud, 1999. Madrid: 2000.
5. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008. Avance de resultados. (Acceso el 2 de mayo de 2009.) Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>.
6. García-Calvente MM, Del Río-Lozano M, Eguiguren AP. Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguruak (Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política)*. 2007;44:291-308.
7. La Parra D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gac Sanit.* 2001;15:498-505.
8. García-Calvente MM, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit.* 2004;18:83-92.
9. Morris M. Gender-sensitive home and community care and caregiving research: a synthesis paper. National Coordinating Group of Health Care Reform and Women, Health Canada. Documento electrónico 2001. [consultado 12/5/2008]. Disponible en: <http://www.cewh-cesf.ca/healthforms/publications>.
10. Navaie-Waliser M, Spriggs A, Feldman PH. Informal caregiving: differential experiences by gender. *Med Care.* 2002;40:1249-59.
11. Hirst M. Health inequalities and informal care: end of project report. York: Social Policy Research Unit; 2004.
12. Barrow S, Harrison RA. Unsung heroes who put their lives at risk? Informal caring, health and neighbourhood attachment. *J Public Health.* 2005;27:292-7.
13. Takahashi M, Tanka K, Miyaoka H. Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005;59:473-80.
14. Chiou CJ, Chen IP, Wang HH. The health status of family caregivers in Taiwan: an analysis of gender differences. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005;20:821-6.
15. McConaghy R, Caltabiano ML. Caring for a person with dementia: exploring relationships between perceived burden, depression, coping and well-being. *Nurs Health Sci.* 2005;7:81-91.
16. Twigg J, Atkin K. Carers perceived. Policy and practice in informal care. Buckingham: Open University Press; 1994.
17. García-Calvente MM, Castaño E, Mateo I, et al. A tool to analyse gender mainstreaming and caregiving models in support plans for informal care: case studies in Andalucía and the United Kingdom. *J Epidemiol Community Health.* 2007;61:32-8.
18. García-Calvente MM, La Parra D. La investigación sobre cuidados informales de salud desde una perspectiva de género. En: García AM, editor. 5ª monografía. Cataluña, Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología. Investigación sobre género y salud; 2007. pp. 97-118.
19. Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. L.N. 39/2006 (14 diciembre 2006).
20. García-Calvente, M.M. La ley de dependencia: un análisis de género desde el cuidado informal. En: Instituto Andaluz de la Mujer, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Actas de las II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Envejecimiento y salud desde una perspectiva de género. 4-5 de junio de 2008; Sevilla, España. pp. 121-35.
21. Rodríguez P. El apoyo informal en la provisión de cuidados a las personas con dependencia: una visión desde el análisis de género. Ley de dependencia y educación infantil como medidas de conciliación entre la vida laboral y familiar. Madrid: Forum de Política Feminista; 2004.
22. Rodríguez P. El apoyo informal y su complementariedad con los recursos formales. En: Puyol R, Abellán A, editores. Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española. Madrid: Mondial Assistance; 2006.
23. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Plan de Atención a Cuidadoras Familiares en Andalucía. [consultado 30/5/2009]. Disponible en: <http://www.sas.junta-andalucia.es/contenidos/gestioncalidad/PlanAtencionCuidadoras/PlanACFamiliares.pdf>.
24. Servicio Andaluz de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. [consultado 13/1/2010]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_serviciosanitarios1_300.
25. Álvarez E, Aguilar U. Una triple jornada: mujeres anónimas. *Revista de Trabajo Social y Salud.* 2002;42:333-66.
26. Esping-Andersen G. Three worlds of welfare capitalism. New Jersey: Princeton University Press; 1990.
27. Eichler M, Reisman AL, Borins E. Gender bias in medical research. *Women Ther.* 1992;12:61-70.
28. Murillo S. El mito de la vida privada: de la entrega al tiempo propio. Madrid: Editorial Siglo XXI; 1996.
29. Bover AB, Gastaldo D. The centrality of the family as a resource for homecare: gender and generational perspectives. *Res Bras Enferm.* 2005;58:9-16.
30. Izquierdo MJ. Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una política democrática del cuidado. Congreso Internacional SARE 2003: Cuidar cuesta. Gasteiz: Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea/Fondo Social Europeo; 2004 pp. 119-54.

31. Harwood DG, Barrer WW, Ownby RL, et al. Predictors of positive and negative appraisal among Cuban American caregivers of Alzheimer's disease patients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15:481-7.
32. Gilligan C. In a different voice: psychological theory and women's development. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1982.
33. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, et al. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit*. 2008;22:443-50.
34. García-Calvente MM, Mateo I, Gutiérrez P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: EASP; 1999.
35. Plataforma por un Sistema Público Vasco de Atención a la Dependencia. De la obligación de cuidar al derecho a recibir cuidados. [consultado 3/7/2009]. Disponible en: http://www.emakumeak.org/ef_etp_files/view/Txostena3_06-02-15.pdf?package_id=726.
36. Delgado A, López-Fernández L, Luna JD. Ser médico o ser médica marca diferencias en la práctica asistencial. *Aten Primaria*. 2001;28:219-34.

5.2. Síntesis de los resultados incluidos en los artículos

Este segundo apartado de los resultados sintetiza los principales resultados de los cinco artículos que constituyen el trabajo de tesis. Pretende facilitar la lectura secuencial de los mismos, unificando el idioma al castellano y ofreciendo la secuencia de los resultados obtenidos para dar respuesta a los objetivos de la tesis. Este apartado incluye figuras que ilustran los principales resultados obtenidos, así como la conexión con otros diseños posteriores.

5.2.1. Percepción de salud y roles de género, una estrecha relación

El primer artículo⁶, correspondiente a un estudio de naturaleza cualitativa realizado en el ámbito de Granada, da respuesta al objetivo de analizar las diferentes percepciones y experiencias de mujeres y hombres sobre su estado de salud, vulnerabilidad y afrontamiento de la enfermedad. Los resultados de este artículo muestran que estas percepciones sobre la salud y la enfermedad se relacionan con la experiencia de las mujeres y los hombres en torno a roles, valores y estereotipos de género.

La percepción de la propia salud y la vulnerabilidad a enfermar

Las mujeres expresaron su salud como «mala» o «buena pero...», principalmente las de mediana y avanzada edad y las pertenecientes a clases sociales menos privilegiadas, y ofrecieron una pluralidad de explicaciones, entre las que destacaron el paso de los años, la historia reproductiva, las responsabilidades domésticas y de cuidado, las duras condiciones de trabajo y otras situaciones vitales estresantes. Estas mujeres definieron la salud como un

⁶ GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; HIDALGO-RUZZANTE, NATALIA; DEL RÍO-LOZANO, MARÍA; MARCOS-MARCOS, JORGE; MARTÍNEZ-MORANTE, EMILIA; MAROTO-NAVARRO, GRACIA; MATEO-RODRÍGUEZ, INMACULADA; GIL-GARCÍA, EUGENIA. (2012). Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociology of Health & Illness*, 34 (6).

estado de equilibrio personal, del que iban careciendo a medida que avanzaba su ciclo vital, debido principalmente a la expropiación del tiempo propio que conllevaban sus roles reproductivos.

Los hombres entrevistados tendieron a sobrevalorar su salud en un principio, si bien al adentrarnos en sus discursos descubríamos que esta no era tan óptima. Detrás de un estereotipo de «hombres duros», también reconocían que a la hora de enfermar lo pasaban mal, se quejaban y temían al sufrimiento.

Tanto hombres como mujeres compartieron la creencia de que las mujeres son más vulnerables ante la enfermedad, para lo que ofrecieron explicaciones tanto de origen biológico como educativo, cultural y de condiciones de vida desiguales.

Una primera línea discursiva, expresada por hombres de diferentes edades y niveles socioeconómicos, se centró en la supuesta debilidad biológica del sexo femenino, relacionada con factores reproductivos y hormonales propios de las mujeres.

Un segundo discurso, expresado por mujeres de generaciones intermedias de diferente nivel social, señaló la conjunción de factores biológicos y sociales como determinantes de esta vulnerabilidad diferencial ante la enfermedad de hombres y mujeres. Las explicaciones biologicistas tendieron a ser complementadas con argumentos de origen cultural, sobre todo relacionados con el propio sistema de valores y las diferencias en condiciones de vida.

En tercer lugar, el discurso de mujeres jóvenes y adultas, sobre todo de clases menos privilegiadas, manifestó su desacuerdo con la idea de que las mujeres son débiles «por naturaleza». Ellas atribuyeron la diferente predisposición a enfermar de hombres y mujeres a las desigualdades en las condiciones de vida de unos y otras relacionadas con la socialización de género. Destacaron la importancia de las relaciones de poder asociadas al género y centraron sus argumentos en el impacto sobre su salud de situaciones que consideraban discriminatorias, en especial, cuidar a personas dependientes o asumir grandes responsabilidades.

Las explicaciones ligadas a determinantes basados en género, como ciertas conductas relacionadas con estereotipos de masculinidad tradicional, también estuvieron presentes

en el discurso de los hombres de todas las edades, en especial de clase social baja. Ellos señalaron los «excesos», en el trabajo y por consumo de sustancias perjudiciales, como factores de riesgo para su salud.

Algunos hombres señalaron la migración de las mujeres hacia algunos patrones y comportamientos de riesgo tradicionalmente masculinos, que se debía a una búsqueda de igualdad, mayor libertad personal, menor crítica social hacia ellas y normalización de este tipo de conductas.

El afrontamiento de la enfermedad

Aunque atribuyeron mayor vulnerabilidad a las mujeres, ambos sexos coincidieron en la mayor debilidad que mostraban los hombres ante los problemas de salud, pues adoptaban una actitud de temor y dependencia para enfrentar el malestar y la enfermedad.

Un primer discurso, expresado por hombres y mujeres, argumentó condicionantes biológicos para explicar la mayor capacidad de afrontamiento de la enfermedad de las mujeres, y sobre todo del dolor, asociados a su capacidad reproductora, que las mantiene en contacto periódico con el dolor.

Junto a este planteamiento, encontramos otro discurso vinculado a determinantes culturales. Hombres y mujeres argumentaron que la sociedad exige a los hombres que mantengan una actitud de «ser fuertes», lo que perjudica su salud y obstaculiza la expresión del malestar hasta llegar al límite de su resistencia. Desde este modelo cultural, mujeres y hombres también coincidieron en argumentar que ellas son más fuertes porque asumen responsabilidades y cargas de atención familiar, valor tradicionalmente asociado a la feminidad. El cuidado de los demás, como rol otorgado a las mujeres, provocaba que su propia salud fuera desatendida, su sintomatología ignorada y no se permitieran enfermar.

Los Cuadros 3 y 4 sintetizan y ejemplifican las principales líneas discursivas surgidas para explicar la percepción de salud, la vulnerabilidad a enfermar y el afrontamiento de la enfermedad, así como las características de quienes más presentan esos argumentos.

Cuadro 3. Líneas argumentales para explicar la percepción de salud y vulnerabilidad a enfermar

	Líneas explicativas discursivas y quién las presenta principalmente	Ejemplo discursivo
Percepción de salud: Las mujeres perciben peor su salud	Edad y factores socioculturales, con predominio de las situaciones vitales estresantes: historia reproductiva, maltrato, responsabilidades domésticas y de cuidados, duras condiciones de trabajo (Mujeres de diferentes edades y niveles sociales)	<i>M: Mi salud, pues muy mala... de trabajar de jovencita con el pescado y eso los huesos los tenía echados a perder... Cuando nació mi hijo ya me puse mala de la espalda, estuve fatal, y como tuve a mi niña rápido, al año, pues lo pasé fatal... Después muchas enfermedades, porque yo con cualquier cosa me ponía mala, yo saltaba como una fiera... estaba agotada, tenía la casa, tenía mis suegros, le tenía a él [su marido], tenía a mis hijos malitos, yo estaba agotada...</i>
Vulnerabilidad a enfermar: Las mujeres son más vulnerables a la enfermedad	Línea de origen biológico: Debilidad relacionada con factores biológicos y hormonales (Hombres de diferentes edades y niveles sociales)	<i>H: Las mujeres están sometidas como a un ciclo más claro biológico. El arranque en la regla, como luego la menopausia, y ahí sí que pienso que hay diferencias objetivas, lo nuestro es como más gradual. La menopausia existe, se nota en la sexualidad y se nota en muchas cosas, pero que nuestro proceso es mucho más gradual, y a lo mejor más imperceptible, y no sé si eso influye.</i>
	Línea de origen biológico + social: Diferencias biológicas + factores relacionados con el sistema de valores y diferencias en condiciones de vida (Mujeres de mediana edad y diferentes niveles sociales)	<i>M: El hombre es más débil, pero las mujeres enfermamos más, para empezar porque pasamos más cosas como la regla, los partos, la menopausia... y luego porque tenemos la vida más difícil, tenemos que estar pendientes de todo y eso va saliendo en la salud. Creo que solo por ser mujer ya repercute en la salud. Tenemos una responsabilidad con las cosas diferente, sentimos más. Para mí es muy importante la mente, tu libertad, ser tú misma. A veces vives inconforme con la vida y sometida...esto nos hace daño. Las mujeres tenemos un papel difícil y para ser libres no nos educa nadie.</i>
	Línea de origen social: Desigualdades relacionadas con la socialización de género (Mujeres jóvenes y de mediana edad, niveles sociales inferiores)	<i>M: Lo de tener más o menos enfermedades no es que sea solo por ser más o menos fuertes como dicen. Yo seguro que era fuerte cuando nací ¿entiendes? Es, en parte, la vida que una lleva. Trabajé desde chica y luego me cargué muy pronto de responsabilidades al cuidar a mis suegros, mis padres, mis hijos.</i>

Cuadro 4. Líneas argumentales para explicar el afrontamiento de la enfermedad

	Líneas explicativas discursivas Y quién las presenta principalmente	Ejemplo discursivo
Afrontamiento de la enfermedad: Los hombres son más débiles ante los problemas de salud	Línea de los condicionantes biológicos: Mayor contacto de las mujeres con el dolor por razones reproductivas (Hombres y mujeres)	<i>H: No, la mujer aguanta más, por el hecho natural de ser mujer; ten en cuenta que por el hecho de procrear tiene que aguantar más que el hombre. Siempre se tiene que comparar al humano con el estudio de los animales. Tú a un animal macho le das un veneno, y a su hembra con cachorros, pues se muere el macho, la hembra tiene instintos para vivir y dar vida, el macho es más tonto.</i>
	Línea de determinantes culturales: Estereotipos de fortaleza en los hombres obstaculiza la expresión del malestar. Roles de cuidado en las mujeres hacen que la enfermedad sea más ignorada y desatendida (Hombres y mujeres)	<i>M: El hombre siempre, que es el macho, es el fuerte y le ha dado más vergüenza quejarse [...] El hombre mil veces más [peor afrontamiento]. Te lo digo por experiencia propia, porque éste [su pareja] no se ha puesto malo nunca y que no le duela un día la cabeza. Le habrá dolido la cabeza que yo recuerde tres veces y han sido los peores días de mi vida, porque es que es que se pone malísimo. Vamos es la persona más mala del mundo. Y digo éste como los hombres que conozco que se han puesto malos.</i> <i>H: No es que seamos más enfermizos ni más... ¡hombre! yo creo que hay hombres que aguantan más, la verdad. Lo que pasa es que la mujer, aunque esté mala en muchas partes, pues tiene que estar levantada, como se suele decir. Si tiene críos y está mala, tiene que estar levantada.</i>

5.2.2. Desigual distribución del cuidado, desigualdades en salud

El segundo artículo⁷, correspondiente a un estudio de naturaleza cuantitativa mediante la explotación de datos secundarios procedentes de la EAS 1999, pretendía analizar la desigual distribución del cuidado informal entre mujeres y hombres y su impacto en la salud percibida general y mental.

⁷ GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; DEL RÍO-LOZANO, MARÍA; EGUIGUREN, ANA PAMELA. (2007). Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguruak*, 44, 291-308.

La desigual distribución del cuidado

Los resultados de este artículo mostraron importantes desigualdades sociales entre hombres y mujeres, especialmente en los factores relacionados con el cuidado, que se asociaron a peores resultados en salud para las mujeres.

Las mujeres convivían, con mayor frecuencia que los hombres, con personas que necesitaban algún tipo de cuidados, especialmente cuando se trataba de menores y personas con algún trastorno crónico o discapacidad. También fueron ellas quienes mayoritariamente se ocupaban del cuidado de los miembros del hogar (61% frente al 30% de los hombres) y quienes lo hicieron asumiendo el papel de cuidadoras principales.

En la distribución del cuidado, la desigualdad de género se cruzó con otros ejes de desigualdad, como la edad, el nivel educativo y la clase social ocupacional. La participación en el cuidado a lo largo del ciclo vital se mostró más suavizada en los hombres que en las mujeres, de modo que la brecha de género por edad fue mínima en las personas mayores de 75 años y máxima en el grupo de 35-44 años.

A menor nivel de estudios, los hombres presentaron menos probabilidades de ocuparse del cuidado de algún miembro del hogar. Al contrario sucedió a las mujeres, ya que aquellas con estudios primarios presentaron una probabilidad dos veces superior de ser cuidadoras que las que tenían estudios universitarios.

Una vez ajustado por edad, las mujeres que no trabajaban de forma remunerada fuera del hogar presentaron una mayor probabilidad de ocuparse de los cuidados que las que tenían trabajo remunerado, y esta probabilidad resultó máxima cuando se trataba del cuidado de menores. En cuanto a la clase social, se apreciaron diferencias entre los hombres y las mujeres que se ocupaban de los cuidados. Mientras que los hombres de clases sociales menos privilegiadas participaban en menor medida en los cuidados que los de clases superiores, en el caso de las mujeres fueron las de las de clases sociales más desfavorecidas quienes se ocuparon mayoritariamente de los cuidados de alguna persona del hogar. Las mujeres que vivían en hogares de tres miembros presentaban una probabilidad tres veces mayor de ser cuidadoras que las que vivían en hogares de dos personas.

El riesgo de un estado deficiente de salud percibida general y mental según la participación en el cuidado

El mayor riesgo de salud percibida deficiente que presentaban las mujeres no solo se asociaba con una mayor exposición a los cuidados (ya que son ellas las que mayoritariamente se ocupan), sino que comparando a los hombres y las mujeres que cuidan observamos que ellas ven más afectada su salud.

Se observaron diferencias entre hombres y mujeres que cuidaban a alguna persona mayor o con trastorno crónico o discapacidad. Para los hombres que cuidaban, el riesgo de mala salud no resultó significativo, en cambio sí lo fue para las mujeres, que presentaron un riesgo superior de percibir peor su salud cuando se ocupaban del cuidado de alguna persona de este grupo (OR=1.42; IC 1.07-1.89) respecto de las que no cuidaban.

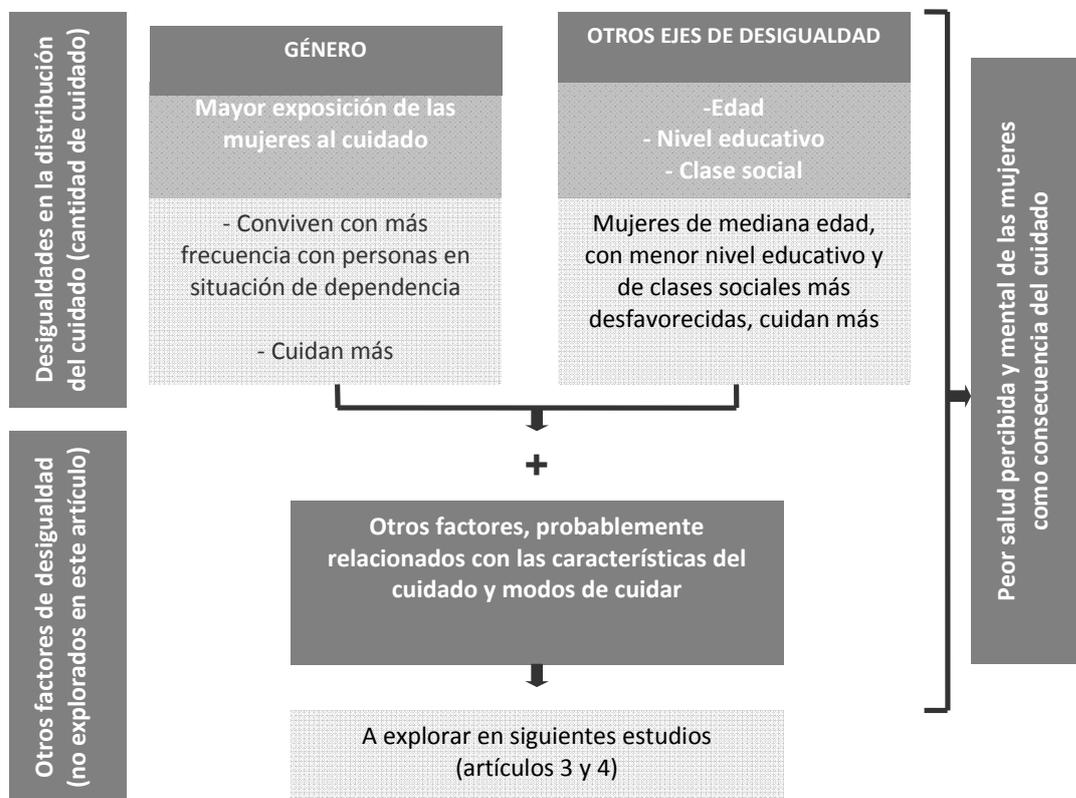
El patrón se repitió en el caso de la salud mental. El cuidado de menores no supuso mayor riesgo para la mala salud mental de mujeres y hombres. Sin embargo, cuando se proporcionaban cuidados a mayores de 65 o a personas con TCD, el riesgo de declarar mala salud mental se tornaba significativo para las mujeres (OR= 1.47; IC 1.12-1.94), no así para los hombres.

Si bien para los hombres, estar casado o vivir en pareja era un factor de protección de la salud mental, no ocurrió en el caso de las mujeres, para las que la situación de menor riesgo fue estar soltera y, la de mayor, haber estado anteriormente casada.

Los resultados de este estudio apuntan a un efecto perjudicial de la carga derivada de los cuidados informales sobre todo en la salud de las mujeres. Y este impacto está relacionado, no solo con una mayor exposición de las mujeres al rol de cuidadoras, sino que apunta a diferentes experiencias de cuidar en mujeres y hombres. Por ello, las diferencias «cualitativas» de los cuidados (en el modo de cuidar), y no solo las «cuantitativas» (en la cantidad), van a ocupar nuestra atención en los siguientes artículos.

En la Figura 5 se ilustran los resultados más relevantes de este artículo y se plantean nuevas preguntas de investigación a abordar a continuación.

Figura 5. Esquema de resultados del segundo artículo y nuevas preguntas de investigación



5.2.3. Diferentes características del cuidado prestado por mujeres y hombres, diferente deterioro de salud

El tercer artículo⁸, correspondiente a un estudio cuantitativo, de explotación de fuentes secundarias procedentes de la EDAD 2008, da respuesta al objetivo de analizar las características del cuidado que prestan mujeres y hombres y si dichas características se asocian a la percepción del deterioro de la salud de ambos sexos.

⁸ GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; DEL RÍO-LOZANO, MARÍA; MARCOS-MARCOS, JORGE. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como resultado del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25 (2), 100-107.

Los resultados de este artículo mostraron la existencia de importantes diferencias en las características del cuidado que prestan ambos sexos, tanto en el tipo de tareas como en la intensidad del cuidado, y que estas se asocian a la percepción de la salud.

Las mujeres asumían en mayor medida que los hombres las tareas de asistencia personal en actividades de la vida diaria, como ayudar a comer, a vestirse o a realizar el aseo personal. Los hombres predominaban en la realización de las tareas de movilidad física dentro del hogar y en las de cuidado fuera de este espacio, como ir al médico, hacer compras y gestiones, o ayudar a utilizar el transporte público. Las mujeres cuidadoras principales acumulaban más años de cuidado y cuidaban con mayor intensidad (un promedio de 12,3 horas diarias frente a las 10,7 dedicadas por los hombres).

Las mujeres percibieron, en mayor medida, un deterioro de su salud derivado del cuidado (37% ellas y 21% ellos). La percepción de los hombres sobre el deterioro de su salud se mostró relativamente estable según su edad. Sin embargo, las mujeres mostraron un aumento más acusado de este deterioro, que se iba incrementando progresivamente desde las edades más tempranas hasta los 65 años, momento en el que la brecha de género fue más amplia. A medida que aumentaba el nivel educativo, disminuía la percepción de deterioro de la salud como consecuencia del cuidado, tanto en mujeres como en hombres.

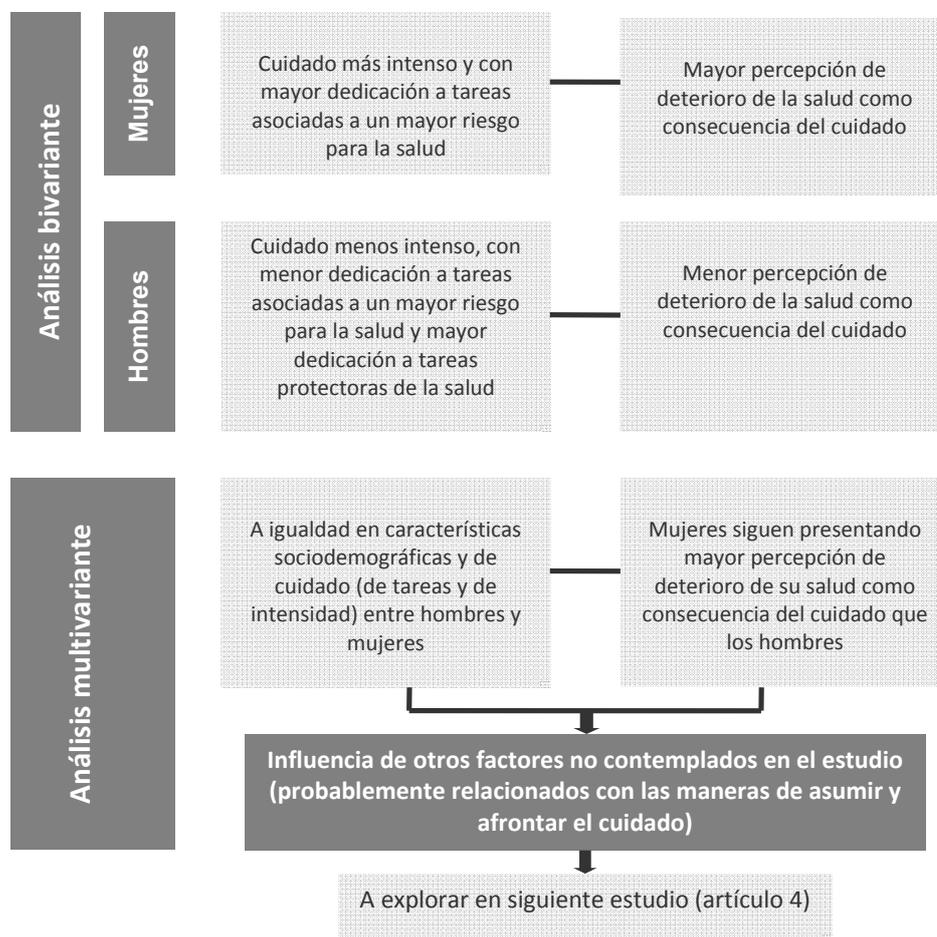
La realización de determinadas tareas de cuidado se asoció a un mayor riesgo para el deterioro de la salud, mientras que la realización de otras no. La realización de tareas de aseo personal y de otras relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), tales como ayudar a comer o vestirse, resultaron las más perjudiciales para la salud, siendo estas tareas más frecuentes en mujeres. En cambio, las tareas realizadas fuera del hogar resultaron un factor protector para la salud, tareas en mayor medida realizadas por los hombres. El porcentaje de percepción de deterioro de la salud en hombres cuidadores que descansaban más de un día a la semana del cuidado permaneció bastante similar, en torno al 6%, mientras que se elevaba considerablemente cuando el cuidado no permitía más de un día de descanso (23%). Las mujeres presentaron una percepción de deterioro notablemente más elevada que los hombres en todas las categorías de frecuencia y duración del cuidado.

El análisis multivariante realizado por sexo mostró diferencias en los factores de riesgo de deterioro de la salud entre hombres y mujeres. Los factores que se asociaron a un aumento del riesgo en los hombres cuidadores fueron: estar jubilado, ayudar a comer, no realizar las tareas de cuidado en el espacio extradoméstico y una mayor intensidad de cuidado. El modelo multivariante en mujeres incluyó un mayor número de variables asociadas de forma conjunta al deterioro de la salud. A igualdad de edad, las mujeres con menor nivel educativo y las casadas presentaron un mayor riesgo de deterioro de su salud. En las mujeres, este deterioro se asoció, con significación estadística, a una multitud de tareas de cuidado, como ayudar a comer, realizar las tareas de movilidad física de la persona dependiente o realizar las tareas de aseo personal y cambio de pañales. En las mujeres, tanto la intensidad como la frecuencia y duración del cuidado resultaron asociadas al deterioro de salud.

En el modelo multivariante conjunto y una vez controladas el resto de variables sociodemográficas y de cuidados incluidas en el estudio, las mujeres cuidadoras presentaron un mayor riesgo (OR 2.18, IC 95% [1.88-2.53]) de percibir deterioro de salud como consecuencia del cuidado respecto a los hombres cuidadores, lo que indicó que nuevamente estaban influyendo otros factores no contemplados en el estudio, que se abordan en el siguiente artículo.

La Figura 6 ilustra los resultados más relevantes de este artículo y las nuevas preguntas de investigación surgidas.

**Figura 6. Esquema de resultados del tercer artículo
y nuevas preguntas de investigación**



5.2.4. Identidad de género en la asunción y afrontamiento del cuidado, generador de desigualdades en salud

El cuarto artículo⁹ corresponde a un estudio de naturaleza cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas, realizado en el ámbito andaluz. El artículo responde al objetivo de

⁹ DEL RÍO-LOZANO, MARÍA; GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; MARCOS-MARCOS, JORGE; ENTRENA-DURÁN, FRANCISCO; MAROTO-NAVARRO, GRACIA. (2013). Gender identity in informal care: Impact on health in Spanish Caregivers. *Qualitative Health Research*, 23 (11): 1506-1520.

analizar las desigualdades entre mujeres y hombres en las maneras de asumir y afrontar el cuidado, y si se relacionan con un impacto diferencial en la salud y la calidad de vida de ambos sexos. Los resultados suponen un avance en la comprensión de los factores que intervienen en el impacto diferencial del cuidado en la salud y la calidad de vida de las mujeres y los hombres cuidadores. En el marco de la tesis, este artículo es el que culmina los estudios realizados con la población cuidadora y el que trata de dar respuesta, con metodología cualitativa, a las nuevas preguntas a las que dieron lugar los estudios cuantitativos previos. Por ello, se le ha otorgado un mayor peso dentro de este apartado de resultados.

Identidad de género y asunción del rol de persona cuidadora

La mayor parte de hombres y mujeres que había asumido el cuidado principal de alguna persona dependiente de su entorno familiar coincidió en definirlo como un proceso natural, un eslabón más del ciclo vital. Sin embargo, mujeres y hombres hablaron de los diferentes caminos que les habían llevado hacia la asunción de este rol, caminos que no estuvieron exentos de arraigados estereotipos de género.

Ambos sexos expresaron su convencimiento de que las mujeres presentan una mayor «capacidad natural» para el cuidado de otras personas. Muchos hombres, especialmente dentro de los perfiles de mayor edad, ámbito rural y menor nivel socioeconómico, mantuvieron un doble estereotipo favorable al mantenimiento de la división sexual del trabajo, es decir, que la capacidad natural para cuidar pertenece a las mujeres como la de desempeñar un trabajo remunerado corresponde a los hombres. Las mujeres de todos los perfiles se apartaron más de esta percepción dicotómica en la asignación de roles, sin dejar de asumir su mayor capacidad natural para encargarse del cuidado de los demás. Hombres y mujeres basaron la mejor adecuación femenina para el cuidado en una mayor fortaleza emocional. Por otro lado, en todos los discursos destacó la creencia arraigada de que las personas dependientes prefieren que sean las mujeres quienes realicen determinadas tareas de cuidado, como las relativas al aseo personal. Solo algunas mujeres jóvenes y

algunos hombres de ámbito urbano con amplia experiencia en los cuidados manifestaron una actitud verdaderamente proclive al cambio y acorde a la erradicación de los estereotipos sexistas.

El parentesco fue una variable claramente relacionada con los factores que empujaban a las personas a cuidar a sus familiares dependientes. El cuidado de hijos e hijas apareció cargado de gran obligación y responsabilidad moral para ser asumido en términos principales por las madres. El cuidado de un cónyuge o pareja se producía por el compromiso y relación afectiva adquirida con esa persona y resultó la opción más paritaria. Cuidar a progenitores se mostró cargado de un fuerte sentimiento de deuda y presentó una marcada presión social para que fueran las hijas quienes asumieran esta responsabilidad de forma prioritaria. El cuidado de otros miembros de la familia, como tíos o tías, se asoció a un sentimiento de solidaridad.

La obligación moral percibida por las mujeres para asumir el cuidado vino determinada por los roles de género socialmente adquiridos, mientras que la de los hombres fue adoptada ante la ausencia de una mujer en el círculo familiar cercano que pudiera asumir ese rol.

Para las mujeres, encontrarse ante una situación de cuidados y no asumir la responsabilidad era penalizado por el entorno social y familiar, convirtiéndolas en «malas hijas o esposas». Sin embargo, aceptar el rol impuesto no conllevaba «premios» a los ojos de la sociedad. Asumir el rol de cuidadora seguía siendo para las mujeres un acto invisible y carente de reconocimiento social. En cambio, fue reconocido por ambos sexos que los hombres experimentan el proceso contrario. Aquellos que, ante una situación de cuidados, decidían no asumirlo, no eran penalizados. De hecho, respondían así a lo que se esperaba de ellos, que habían sido socializados para dominar el espacio público, pero no para encargarse del cuidado en la esfera privada. Los que, por el contrario, habían asumido el rol de cuidadores principales, se convertían de inmediato en «casi héroes», una desigualdad de la que eran conscientes algunos hombres, especialmente de estratos sociales superiores.

El género se entrelazó con otros ejes de desigualdad presentes en el cuidado informal. Así, fueron las mujeres de clases más desfavorecidas y de entornos rurales quienes encontraron

menos oportunidades de sortear los mandatos de género para aceptar un rol impuesto socialmente.

Identidad de género y afrontamiento del cuidado

La percepción de las mujeres de estar desempeñando un rol que «les es propio», en contraposición con la percepción de los hombres de estar realizando altruistamente un rol que la sociedad no les exigía, marcó las principales diferencias en las maneras de afrontar el cuidado, que brindaron a los hombres mayores oportunidades para hacerlo de forma más flexible, con más apoyos a los que recurrir y más válvulas de escape que utilizar.

En la mayoría de los casos, el rol de cuidadora penetraba en todos los acontecimientos vitales de las mujeres, absorbiendo a los demás roles. Esto varió según el grado de dependencia de la persona cuidada y el tipo de parentesco que les unía, desde una situación menos acusada en el cuidado de padres/madres o pareja con dependencia moderada o severa, hasta resultar un proceso totalizante y arrollador para las mujeres madres de hijos/as con gran dependencia.

A diferencia de lo que les ocurría a las mujeres, los hombres entendían que sí estaban «autorizados» para pedir ayuda. Las normas de género hacían a las mujeres interiorizar el rol y a los hombres exteriorizarlo. En general, cuando ellos se encontraban ante la necesidad de adoptar una multiplicidad de tareas relacionadas con el cuidado, recurrían más a la búsqueda de apoyos, de forma que no solían llegar a situaciones tan estresantes como las que experimentaban las mujeres. Los hombres no solo buscaron más ayuda, sino que también recibieron ofertas de apoyo informal con más frecuencia que las mujeres, incluso cuando no lo habían solicitado. Esta ayuda, proveniente principalmente de mujeres de la red social cercana, tomaba forma, principalmente, de apoyo con las tareas domésticas para permitir a los hombres cuidadores realizar otras actividades fuera del hogar. Sin embargo, mujeres de todos los perfiles incidieron en la escasa ayuda de la red informal con que ellas contaban para cuidar. La petición de ayuda, además de por el sexo, estuvo fuertemente condicionada por la capacidad adquisitiva. Fueron las mujeres de menor nivel

socioeconómico las que terminaron acumulando mayor número e intensidad de tareas, y solo comenzaron a delegarlas en otras personas del círculo familiar o vecinal cuando las consecuencias de la sobrecarga en la salud y en otras dimensiones de la calidad de vida eran ya notables.

Hombres y mujeres, principalmente pertenecientes a estratos socioeconómicos medios y bajos, habían solicitado ayudas derivadas de la Ley de promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAAD) (39/2006). Sin embargo, también los recursos solicitados variaron en ambos sexos como consecuencia de la identidad del rol de género adquirida. Las mujeres se mostraron más a favor de solicitar recursos instrumentales y económicos para continuar ejerciendo ellas el cuidado en mejores condiciones, mientras que los hombres mostraron una mayor predisposición a aceptar la ayuda de personas con las que podían compartir el cuidado de la persona dependiente en las actividades básicas de la vida diaria.

Los hombres se autopercebieron más como los destinatarios de cualquier tipo de ayuda, mientras que las mujeres encontraron más necesidad de justificar que las ayudas recibidas no revertían en ellas, sino en las personas dependientes. Además, las mujeres mostraron más reticencias para delegar las tareas relacionadas con la atención personal. Estas tareas solían ser las más confinadas al interior del hogar y las que eran descritas como más pesadas en la rutina diaria. Ellos asumían más las tareas que se realizaban en el espacio extradoméstico, que solían coincidir con aquellas actividades consideradas más ligeras o que resultaban menos perjudiciales para la salud.

Impacto desigual en la salud y la calidad de vida de mujeres y hombres cuidadores

Aunque fueron numerosas y muy variadas las consecuencias del cuidado sobre la salud y otras dimensiones de la calidad de vida de las mujeres y los hombres que se abordaron en los discursos, nos centraremos en los tres aspectos principales en los que el cuidado informal mostró un mayor impacto desigual entre las cuidadoras y los cuidadores: la sobrecarga emocional, el descuido o abandono de la propia salud y el aislamiento social.

El estereotipo de la mayor capacidad natural de las mujeres para cuidar y la socialización de estas en el rol de cuidadoras las situó en una supuesta posición ventajosa para soportar la sobrecarga emocional derivada del cuidado. Uno de los escasos recursos que utilizaban las mujeres para manejar esa sobrecarga emocional eran los breves momentos de respiro compartidos dentro de la red familiar y social. Pero la interiorización del rol hacía que a menudo se desahogaran solas y que incluso entendieran que debían reponerse antes de que su imagen ante los demás apareciera quebrada. Los discursos de las personas entrevistadas señalaron que, ante situaciones similares de cuidado, los hombres exteriorizaban más la sobrecarga sufrida y las renunciaban a las que habían tenido que hacer frente como consecuencia de ella. El hecho de tener que realizar tareas domésticas y de cuidados para las que no habían sido socializados derivaba, para ellos, en situaciones estresantes, incluso con intensidades de cuidado moderadas.

Motivadas por estos mandatos de género, frecuentemente las mujeres entendían que debían hacerlo «todo» ellas y además hacerlo bien, lo que provocaba que, a menudo, sobrepasaran el límite de la carga que podían asumir sin que su salud se viera perjudicada. Era en este momento cuando la mayor resistencia emocional de estas se quebraba para derivar en importantes consecuencias en su salud física y mental.

Los trastornos más referidos por las mujeres como consecuencia de la sobrecarga soportada fueron el estrés, la ansiedad y los estados depresivos. La ansiedad producida por «querer llegar a todo y no poder» y el estrés por verse abocadas a realizar las tareas de cuidado en combinación con otras actividades cotidianas fueron, para ellas, los desencadenantes de otros problemas de salud, como dolores musculares y de huesos, hipertensión o colon irritable, o de otras consecuencias en los hábitos de vida, principalmente relacionadas con el sueño, el ejercicio físico y la dieta. Los hombres, que también refirieron experimentar altos niveles de estrés y ansiedad, solían recurrir a delegar tareas o tiempos de cuidado antes de presentar otros problemas de salud asociados.

Las mujeres, a medida que interiorizaban el rol de cuidadora, experimentaban una relación inversamente proporcional entre el esfuerzo que dedicaban a cuidar la salud de la persona dependiente y el que dedicaban a cuidar la suya propia. En diferentes grados,

condicionados principalmente por la intensidad del cuidado y el parentesco con la persona dependiente, el cuidado de la «salud del otro» se antepone a la propia salud.

Las mujeres consumían más medicamentos por dolencias relacionadas con el cuidado y se automedicaban más que los hombres, principalmente para paliar molestias y posibilitar mantener el mismo ritmo de cuidados, como antiinflamatorios para los dolores musculares y de espalda, y los psicofármacos para la ansiedad. El segundo motivo de las mujeres para no acudir al médico para ellas mismas era el miedo a que le fuera diagnosticado algún problema de salud que fuera incompatible con el cuidado. En contraste con el temor de las mujeres a «faltar» por la «necesidad de continuar en el cuidado», algunos hombres reflejaron su propia desmotivación para cuidarse como un deseo de «escapar del cuidado, aunque fuera con la muerte».

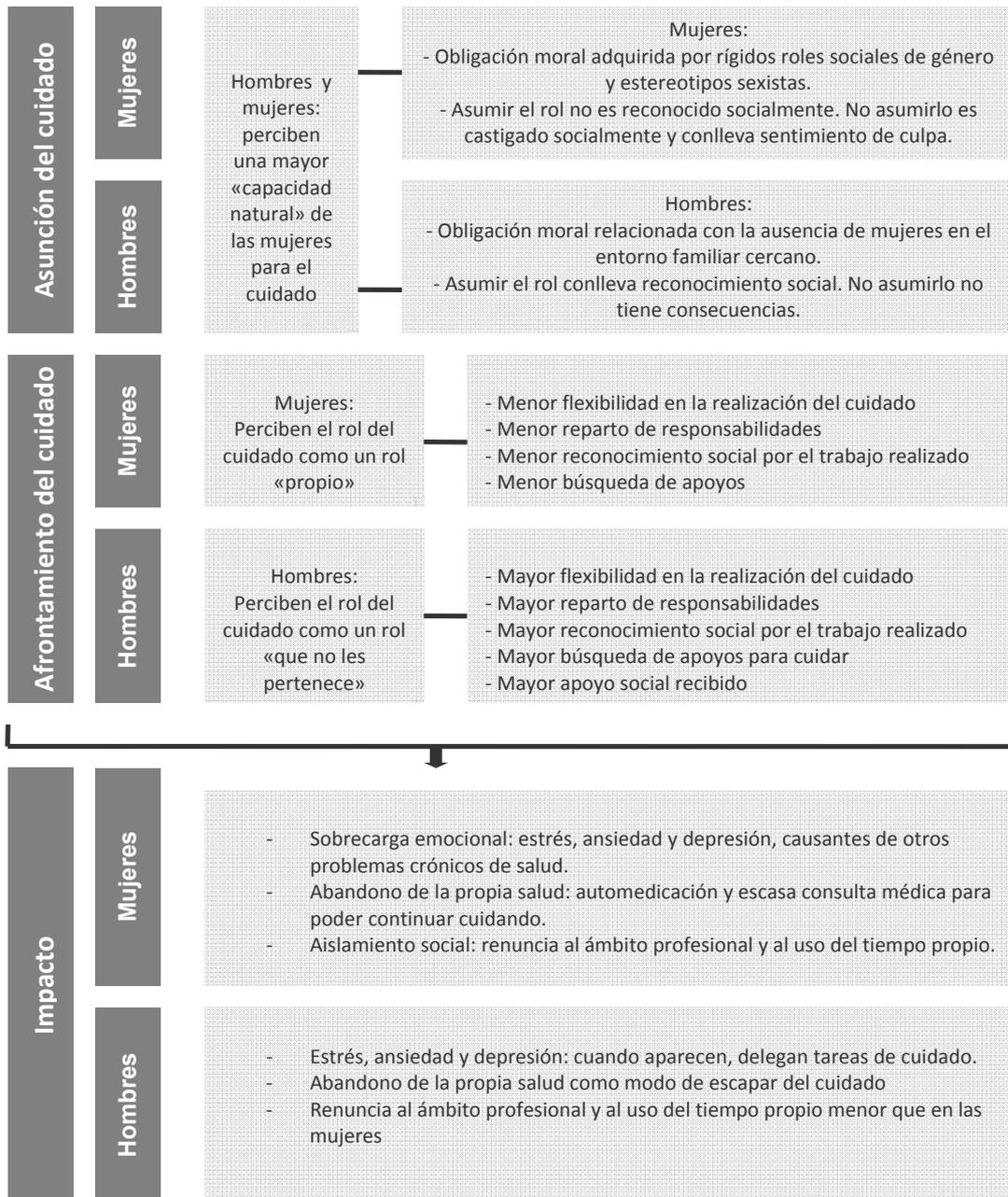
Los discursos de hombres y mujeres también aludieron al abandono personal que suponía renunciar a las esferas que antes del cuidado proporcionaban un mayor bienestar, como el ocio y el ámbito profesional. Los hombres que habían aparcado su carrera profesional para cuidar lo habían hecho ante la ausencia de una mujer que pudiera ocuparse y la renuncia había sido percibida como una gran pérdida, dado que habían tenido que prescindir del principal elemento integrador de su identidad de rol de género. Las mujeres que renunciaron al ámbito profesional para cuidar solieron expresar que, al hacerlo, se restringían mucho otras oportunidades de respiro. Además, eran conscientes de que esta renuncia en el terreno profesional, aunque en principio hubiera sido una decisión tomada de forma temporal, podría suponer la exclusión definitiva del mercado laboral.

Los hombres contaron con mayor aprobación social para mantener activa su parcela de ocio. Solo aquellos que afrontaban una situación de cuidados muy intensa y con muy pocos apoyos sociales se vieron obligados a renunciar a los momentos de ocio. A las mujeres se les dejó menos margen de maniobra para ejercer el derecho al ocio y uso del tiempo propio, y ellas también lo interiorizaron en su identidad de rol, e incluso lo acompañaron de sentimiento de culpa. Esto se acentuó en entornos rurales y cuando las personas del entorno de la mujer cuidadora eran de avanzada edad.

Como consecuencia de esto último, más mujeres que hombres entendieron que ambas parcelas a la vez, trabajo remunerado y ocio, eran prescindibles en su experiencia vital. La combinación de ambas renunciadas podía, sin embargo, llegar a provocar un aislamiento social «total», generando un círculo vicioso en el que estas personas quedaban excluidas del ámbito de participación social, económico y político de la comunidad.

La figura 7 ilustra los principales resultados obtenidos en este artículo.

Figura 7. Esquema de resultados del cuarto artículo



5.2.5. Percepción y actitud de profesionales ante el cuidado informal, claves para el diseño de apoyos sensibles al género

El quinto artículo¹⁰ corresponde a un estudio cualitativo mediante entrevistas individuales y grupo de discusión, realizado en el ámbito granadino. El artículo responde al objetivo de analizar las percepciones y actitudes de profesionales sanitarios de Atención Primaria ante el cuidado informal, desde una perspectiva de género.

Percepciones sobre el cuidado informal

Las personas entrevistadas asignaron a la familia la principal responsabilidad de cuidar a sus miembros dependientes, lo que atribuyeron a la cultura familista en la que se han socializado las personas cuidadoras, con un componente moral impregnado de culpabilidad que repercute negativamente en su bienestar emocional. Principalmente las mujeres fueron conscientes de que cuidar no siempre es una decisión tomada con libertad y que a veces se dan situaciones familiares no idílicas para el cuidado. Profesionales de ambos sexos coincidieron en que la educación sexista es el primer factor explicativo de que sean las mujeres las que mayoritariamente se encargan de cuidar, y que esta constante de género es transversal a los distintos grupos sociales. Destacaron que, aunque los hombres también cuidan, el proceso mediante el cual se llega a ser cuidador es claramente diferenciado del seguido por las mujeres. Para ellas, se trata de un rol impuesto «por naturaleza», mientras que ellos cuidan de forma excepcional y como «último recurso». Se utilizaron estereotipos de género para justificar las diferencias en la experiencia de cuidar: las mujeres imprimen más afectividad a las tareas de cuidado que realizan, mientras que los hombres desempeñan mejor las tareas instrumentales de atención a la salud y tienen más dificultades para las de alimentación e higiene. En cambio, ellos muestran menos prejuicios a la hora de pedir ayuda o de utilizar los recursos disponibles (centros de día o

¹⁰ GARCÍA-CALVENTE, MAR; DEL RÍO-LOZANO, MARÍA, CASTAÑO-LÓPEZ, ESTHER; MATEO-RODRÍGUEZ, INMACULADA; MAROTO-NAVARRO, GRACIA; HIDALGO-RUZZANTE, NATALIA. (2010). Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gaceta Sanitaria*, 24 (4): 293-302.

residenciales) para las personas a las que cuidan. También opinaron que las mujeres se enfrentan a los problemas derivados de cuidar de forma más «valiente», lo cual no está exento de consecuencias negativas para ellas: por un lado, el resto de la familia termina desentendiéndose y, por otro, se ven inmersas en una dinámica que les hace descuidar sus propias necesidades.

Opinaron que la sobrecarga derivada del cuidado es mayor en las mujeres porque las jornadas de trabajo para ellas, fuera y dentro del hogar, son «interminables». Distinguieron diversos tipos, física y emocional, y hubo coincidencia en que la sobrecarga psicológica impacta más negativamente en las mujeres y puede llegar a perjudicar su salud seriamente. Se citaron, como causas más frecuentes para este tipo de sobrecarga, la sensación de que otra persona depende exclusivamente de ellas, las dudas acerca de si están atendiendo bien sus necesidades y la carga moral de desear incluso que la situación de cuidados finalice.

Hubo discrepancias acerca del llamado «síndrome del cuidador». Mientras que algunos y algunas profesionales consideraron innecesario el uso de etiquetas, resaltando que el malestar de las personas que cuidan tiene un origen social en lugar de biológico, para otros y otras resultó importante utilizar esta denominación como estrategia para visibilizar el problema. Hubo consenso acerca del elevado consumo de medicamentos por parte de las personas cuidadoras, principalmente para conciliar el sueño, la ansiedad y la depresión, que se asumió con cierta culpabilidad por el hecho de que sean los propios profesionales quienes prescriben estos medicamentos, reconociendo que sería mejor adoptar una actitud de escucha y ayuda personal.

Actitudes ante el cuidado informal

Emergieron dos actitudes mayoritarias y bien diferenciadas ante el cuidado informal. Por un lado, destacaron aquellas personas que se mostraban satisfechas con el modo en que se atiende a las personas cuidadoras y, por otro, con una actitud más inconformista, las que proponían cambios hacia una atención más universal a la dependencia. Hubo una tercera

posición intermedia, en la que se reivindicaba una actitud profesional dirigida al apoyo de las personas cuidadoras mediante formación y educación.

La «actitud conservadora» se mostró acorde con el modelo familista y apostó por potenciar las redes familiares, implicando a cuidadoras y cuidadores secundarios, e incluso a la familia extensa, para gestionar el cuidado informal y reducir la sobrecarga. La sustitución de las familias por cuidados formales se aceptó solo como una solución provisional o de emergencia. En la «actitud educadora», se resaltó la necesidad de formar para cuidar, como recurso de ayuda ofrecido por las y los profesionales. También se señaló la necesidad de que las personas cuidadoras aprendan a cuidarse a sí mismas, por su propio bienestar y el de las personas dependientes. El «discurso transformador» recogió modelos alternativos que apostaban por liberar a las familias y a las mujeres de la mayor parte de las cargas del cuidado mediante un sistema más universal de atención a la dependencia. Aunque esta opción se justificó solo para situaciones límite, como cuando la persona dependiente «no se lo merecía» o la persona cuidadora «ya no podía más». Para ello, se propusieron más recursos residenciales y una buena red de centros de día. De forma excepcional, aparecieron voces que entendían la elección de cuidar o no cuidar como un derecho, que para ser ejercitado precisaba de una amplia infraestructura de servicios públicos.

6.

DISCUSIÓN

Este apartado ofrece, en primer lugar, una discusión de los principales resultados obtenidos en los artículos. En esta discusión, se interpretan las desigualdades de género en la percepción de salud, vulnerabilidad y afrontamiento de la enfermedad, se discute el impacto en la salud de las distintas maneras de asumir y afrontar el cuidado y se pone el acento en la importancia de diseñar un apoyo formal a las personas cuidadoras sensible al género. En segundo lugar, se ofrece una discusión de los diseños metodológicos utilizados.

6.1. Discusión de los principales resultados presentados

6.1.1. Interpretando las desigualdades de género en la percepción de salud, vulnerabilidad y afrontamiento de la enfermedad

El primer artículo aporta información relevante en nuestro contexto sobre las diferentes percepciones que tienen mujeres y hombres acerca de su salud, vulnerabilidad a enfermar y afrontamiento de la enfermedad, lo que nos sitúa ante un marco de desigualdad que va a servir para contextualizar y explicar los siguientes artículos referentes al cuidado informal.

En este artículo, prevalece un discurso entre las mujeres dominado por el agotamiento, que se explica fundamentalmente por los roles adquiridos socialmente. Ellas otorgan a la salud un significado de equilibrio personal, que consideran seriamente alterado debido a la sobrecarga de responsabilidades cotidianas consideradas femeninas, principalmente el cuidado del hogar y de la familia. La acumulación de tareas que experimentan provoca un agotamiento continuo, especialmente en las edades centrales de la vida. Es amplia la literatura que explica la peor salud percibida de las mujeres por la asunción sistemática de los roles reproductivos, además de los productivos en algunos casos, principalmente en esta etapa del ciclo vital en que la es más probable simultanear ambas esferas (POPAY Y GROVES, 2000; MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2008). Otros autores y autoras añaden que las mujeres están socializadas para hablar con más facilidad de sí mismas, responder

preguntas sobre su propio estado de salud y manifestar sus quejas, lo que puede potenciar en ellas la expresión directa de un peor estado de salud (VELASCO ET AL., 2006). La percepción de salud en las mujeres, además de con la edad, también varía según la clase social (BORRELL, MUNTANER, BENACH ET AL., 2004). Son las mujeres adultas en edades centrales de la vida y las mayores, así como las de las clases menos privilegiadas, las que más expresan una mala valoración. Las desigualdades de género se podrían ver así intensificadas con la falta de oportunidades y recursos para el mantenimiento del bienestar y la salud de las clases más desfavorecidas (DENTON ET AL., 2004).

Respecto a los hombres, también disponemos de algunos estudios que coinciden en señalar su dificultad para reconocer y expresar sus necesidades, sentimientos y emociones, ya que esto es considerado señal de debilidad y feminización frente a los demás (KEIJZER, 2003). Por este mismo motivo, con mayor frecuencia que las mujeres, niegan la posibilidad de estar enfermos como forma de evitar un papel de dependencia y fragilidad vinculado a lo femenino (ADDIS Y MAHALIK, 2003; VERDONK ET AL., 2010). Nuestros resultados indican que, en el contexto estudiado, la edad no modifica tanto los discursos de los hombres acerca de la vulnerabilidad a enfermar como lo hace la clase social. En contraste a esto, algunos estudios ponen de manifiesto que los hombres van renegociando, a lo largo del ciclo vital, los patrones de masculinidad asociados a conductas de riesgo para la salud que habían establecido en las edades más tempranas (O'BRIEN ET AL., 2007), como el consumo de sustancias tóxicas y conductas violentas e inseguras (GIL Y ROMO, 2008; DE VISSER Y SMITH, 2007) o considerar la actividad sexual el área clave en la representación de la masculinidad (SAND ET AL., 2008). En cambio, en nuestro artículo, la percepción de los hombres sobre el afrontamiento de la enfermedad, sí sufre variaciones en las diferentes edades. En la misma línea, otros estudios han encontrado una mayor reticencia a buscar ayuda médica entre los hombres más jóvenes que entre los más mayores, asociado también a un patrón de masculinidad hegemónica (O'BRIEN ET AL., 2005; NOONE Y STEPHENS, 2008).

La primera línea discursiva resultante de este estudio, que explica la mayor vulnerabilidad de las mujeres con argumentos de tipo biológico, coincide con otras investigaciones

(BROMBERGER, 2004) en señalar un doble mecanismo: el ciclo reproductor mantiene a las mujeres en relación periódica con el dolor y su misión procreadora les confiere una mayor fortaleza. En la segunda línea discursiva, junto a la vulnerabilidad biológica, se identifican factores estructurales, como la estratificación social y de género, e intermedios, como normas y estereotipos acerca de la masculinidad y feminidad, relaciones de poder que otorgan privilegios a hombres, y diferencias en la exposición a riesgos para la salud, tal y como aportan otros modelos para explicar la influencia del género como determinante de la salud y los mecanismos de producción de las desigualdades de género (HARDING, 1996; SEN Y ÖSTLIN, 2007). Adicionalmente, algunos discursos ejemplifican cómo las construcciones de género pueden repercutir en la biología, de manera similar al concepto de *embodiment*, relacionado con la incorporación biológica de la desigualdad social (KRIEGER, 2005; ROBERTSON, 2006). Esto ha ocurrido principalmente en las mujeres. La tercera línea discursiva, basada en determinantes socioculturales, resulta similar a algunos modelos propuestos en la literatura (DENTON ET AL., 2004), que integra en este caso la influencia de la posición socioeconómica en la percepción de los determinantes estructurales, psicosociales y comportamentales (McFADDEN ET AL., 2008). De manera similar a lo reflejado por otros autores (POPAY, 1992), en nuestro artículo las mujeres, especialmente de clase menos privilegiada, expresan en mayor medida la enfermedad, el dolor, el cansancio y el malestar, que relacionan con desigualdades en condiciones de vida y con el estrés y sobrecarga derivados de la conjunción del trabajo productivo y reproductivo. En un informe sobre las diferencias en salud de mujeres y hombres, Valls (1994, p. 68) concluye que «el hombre presenta una vida vulnerable y la mujer una salud vulnerable».

En suma, una de las constataciones que este primer artículo pone de manifiesto es que el marco idóneo para interpretar las desigualdades en el estado de salud entre mujeres y hombres debe conjugar las diferencias sexuales y las de carácter psicosocial e histórico. De no enfocar el análisis desde esta perspectiva biológico-social, estaríamos sustituyendo el reduccionismo biológico, tan criticable, por un reduccionismo cultural igualmente cuestionable en este caso (IZQUIERDO, 1998, p. 19).

Sara Velasco (2009) ofrece una explicación muy exhaustiva al afirmar que en el proceso de enfermar, como en cualquier vivencia, intervienen tres esferas: un componente biológico o constitucional presente en toda enfermedad, además de un componente psicosocial, biográfico, que contribuye a su aparición en un momento determinado y que impacta en la capacidad de resistencia o la vulnerabilidad de la persona, así como un componente subjetivo, cómo es vivida la experiencia, que inscribe en la vida psíquica un significado personal de los acontecimientos, y que contribuye también a escribir la enfermedad sobre el cuerpo o influir en su curso.

No obstante, las maneras de obrar, de pensar y de sentir, más que de la biología, dependen de la sociedad, del proceso de socialización al que estamos sometidos desde el inicio de la vida (MARCOS ET AL., 2013), como hemos planteado en el marco teórico de esta tesis. Y este proceso, que se desarrolla de modo diferencial en función del sexo, de lo que significa social y culturalmente ser mujer o varón, termina por incidir en lo biológico (GONZÁLEZ-SANJUÁN, 2001, p. 150).

Según los resultados de este estudio, las mujeres con perfil de «agotadas» y hombres con perfil de «duros» se revelan como grupos especialmente vulnerables al impacto negativo del sistema de género sobre la salud. Estos perfiles, anclados en roles de género tradicionales y estereotipados, van a ser especialmente tenidos en cuenta para interpretar las posiciones desiguales que se muestran en los siguientes artículos relacionados con el cuidado informal. Además, ambos perfiles deberían constituir grupos diana preferentes de las intervenciones para reducir las desigualdades en salud.

6.1.2. Cuidando más y diferente, claves para comprender los peores resultados en salud de las mujeres cuidadoras

La peor salud percibida que declaran las mujeres respecto a los hombres ha sido extensamente contextualizada en las últimas décadas en el reparto desigual de las cargas de trabajo reproductivo (DAHLIN Y HÄRKÖNEN, 2013; ARBER, 2009; MELLNER, 2006; SUGIURA,

2004; BORRELL, MUNTANER, BENACH ET AL., 2004). Los resultados del segundo artículo evidencian la gran desigualdad existente entre la responsabilidad asumida por hombres y mujeres frente a los cuidados, y la importancia de tener en cuenta, al analizar su salud, la etapa del ciclo vital en la que se encuentran, la posición socioeconómica y otros factores socioestructurales como la composición del hogar.

Las mujeres de mediana edad, con menor nivel educativo, sin empleo remunerado y pertenecientes a clases sociales menos privilegiadas, son las que en mayor medida asumieron las tareas de cuidados en los hogares y las que más frecuentemente presentaron una mala percepción de su salud asociada al cuidado. Esto se halla en consonancia con el perfil de persona cuidadora con un mayor impacto en la salud aportado por otras investigaciones recientes (VLACHANTONI ET AL., 2013), algo que no ha variado sustancialmente de lo encontrado en los estudios sobre el cuidado informal realizados hace ya más de una década en nuestro país (LA PARRA, 2001; GARCÍA-CALVENTE, 1999).

Según los resultados de este estudio, las características familiares no influyen de la misma manera en la salud mental percibida de hombres y mujeres. Si bien los hombres casados son los más protegidos ante el riesgo de una salud mental deficiente, no ocurre así en el caso de las mujeres. Para ellas, la situación marital que se asocia a un menor riesgo para la salud mental es la de aquellas que están solteras, y la que presenta mayor riesgo, la de aquellas que han estado anteriormente casadas. Estos resultados concuerdan con los hallados en otras investigaciones que analizan la relación entre la situación marital o la estructura familiar y la salud mental (FUSTOS, 2010; MARKEY, 2005; STROHSCHHEIN, 2005; DENTON ET AL., 2004; AGUIAR Y GARCÍA, 1998; DENNERSTEIN, 1995).

Esta peor salud mental de las mujeres ha sido relacionada con su elevada participación en los cuidados y con el desempeño simultáneo de los roles productivo y reproductivo (LILLY, 2007; PINQUART Y SORENSEN, 2006). Sin embargo, en la literatura científica no encontramos un consenso acerca de la repercusión en la salud de esta multiplicidad de roles. Existe una corriente de estudios que inciden en la negatividad que supone para las mujeres trabajar a tiempo completo y tener hijos pequeños ocupándose solas de su cuidado (MIROWSKI, 1992;

STEPHENS, 1997), y que atribuyen a este doble rol una sobrecarga de trabajo que frecuentemente lleva aparejados altos niveles de estrés, ansiedad y depresión (GOVE, 1984, INSTITUTO DE LA MUJER, 2005). Según esta corriente, mientras que contar con un empleo remunerado suele suponer un efecto protector para la salud, tener que compaginarlo con el cuidado informal actúa en detrimento de la misma (FARFAN-PORTET ET AL., 2010). En cambio, otra corriente argumenta los beneficios para la salud mental de las mujeres que supone el desempeño de los roles productivo y reproductivo simultáneamente (MCBRIDE, 1990; ARBER, 1991), debido a que amplían sus recursos y compensaciones, incluyendo fuentes alternativas de autoestima, control y apoyo social (LAHELMA, 2002; LEE, 2002; CHIOU, 2005). No obstante, los beneficios y perjuicios de la asunción de ambos roles van a depender en gran parte de la calidad y cantidad de las tareas desempeñadas, tanto las productivas como las reproductivas (FARFAN-PORTET ET AL., 2010). De esta forma, algunos trabajos han matizado que las ventajas para la salud emocional de contar con un empleo son mayores para las mujeres en ocupaciones de mayor estatus, y que condiciones específicas como soportar una elevada carga doméstica y de cuidados o una situación laboral precaria pueden reducir los efectos positivos que proporciona un empleo (BARUCH, 1987; HANSON ET AL., 2014). Son las mujeres de las clases sociales más desfavorecidas y con menor nivel de estudios las que se enfrentan a mayores dificultades laborales y a trabajos más estresantes, con peores garantías para su salud (ROHLFS, 1997), lo que supone un riesgo añadido a los derivados de sus cargas reproductivas.

Según muestran los resultados de nuestro artículo, el mayor riesgo de salud percibida general y mental deficiente que presentan las mujeres no solo se relaciona con su mayor exposición a los cuidados, sino que comparando a las mujeres y los hombres cuidadores, observamos que ellas ven más afectada su salud. Esto nos lleva al planteamiento de que la carga derivada del rol de cuidados es muy diferente en ambos sexos.

Los resultados del tercer artículo de esta tesis se hallan en consonancia con las investigaciones que confirman que son las mujeres las que cuidan con mayor intensidad y realizando las tareas más complejas y que conllevan una mayor implicación personal,

como han puesto de manifiesto otros trabajos (LARRAÑAGA ET AL., 2008; GIL ET AL., 2005; ZHAN, 2005; NAVAIE-WALISER, 2002). En el caso de los hombres, algunas publicaciones apuntan principalmente al soporte financiero como una de las principales responsabilidades, entre otras, que asumen aquellos hombres que declaran ser cuidadores (BAMBRA, 2009).

A nivel internacional, la literatura contextualiza las diferencias en el estado de salud de ambos sexos en la mayor intensidad con que cuidan las mujeres (MELLNER, 2006; DOYAL, 2000). Esto también ha sido puesto de manifiesto en algunos estudios realizados en España (ARTAZCOZ, 2001; LA PARRA, 2001), y en algún caso señalando que, cuando los hombres aumentan dicha carga, las desigualdades de género en la salud se reducen o invierten (LARRAÑAGA, 2008). Nuestros resultados se hallan en esta línea argumental, al relacionar determinadas tareas de cuidado, en combinación con una mayor intensidad, con el mayor deterioro que sufren las mujeres por el hecho de cuidar.

El hecho de que, en este tercer artículo, las mujeres presentaran más riesgo de percibir un deterioro de su salud como consecuencia del cuidado respecto de los hombres cuidadores, después de ajustar por las variables sociodemográficas y de cuidado que habían sido consideradas, indicó la posible influencia de otros factores que aún no habían podido ser contemplados en los estudios transversales realizados. Ello nos situó ante la necesidad de profundizar, desde un abordaje cualitativo, en otros elementos que generan desigualdad y que pueden ayudar a comprender la peor salud de las mujeres cuidadoras. Este es el caso, por ejemplo, de las condiciones en las que se prestan los cuidados, el diferente acceso y control de los recursos materiales y simbólicos, o los costes de oportunidad del cuidado informal, tal y como habían sugerido otros autores y autoras (NAVAIE-WALISER, 2002; CARMICHAEL, 2003).

6.1.3. Interpretando la identidad de género en el cuidado y su impacto en la salud

Los resultados del cuarto estudio incluido en esta tesis muestran cómo la interiorización del rol de cuidadoras que experimentan las mujeres constituye una prueba de la especial fuerza con la que ellas han internalizado, como consustanciales a su naturaleza, los referentes simbólicos legitimadores del papel que socialmente se les atribuye. Estos resultados conectan con el concepto de *habitus* desarrollado por Pierre Bourdieu (1991), que se refiere a sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, a actuar, percibir, valorar, sentir y pensar de una determinada manera más que de otra, que actúan como esquemas generadores y organizadores de las prácticas sociales. Este concepto es útil para explicar la predisposición de las mujeres a asumir un rol de género que no es sino producto de la historia, de una construcción social, y a hacerlo como algo inherente a su naturaleza, aceptando sus supuestas aptitudes psicológico-naturales para las tareas de cuidado.

Bourdieu documenta de qué manera, a través del *habitus*, se legitima la dominación masculina al inscribirla en lo biológico (2001). Esto podría explicar que los hombres gocen del mayor acceso y control de los recursos materiales y simbólicos que les proporciona su predominio en la esfera pública. Dado que piensan y se piensa que hacen algo no consustancial a su masculinidad cuando se encargan de los cuidados, los hombres que cuidan resultan reconocidos socialmente y ganan en autoestima. Las mujeres, incluso cuando se han incorporado al ámbito de lo público, encuentran menos oportunidades para eludir el cuidado y cuentan con menor capacidad de elección real. Igualmente, asumen un alto grado de autoexigencia con tendencias a la propia culpabilización, lo que genera importantes consecuencias sobre su salud y otras dimensiones de la calidad de vida.

A través de las teorías de Bourdieu y de la socialización de género, algunos autores explican cómo las mujeres se sienten culpables si dejan de cuidar para atender un trabajo

remunerado, mientras que los hombres se culpabilizan si abandonan su trabajo para asumir el rol de cuidador, aunque sea temporalmente (DOUCET, 2009).

Nuestros resultados apuntan a que las mujeres son más propensas a entender el cuidado en términos de un trabajo emocional, en consonancia con lo ya expuesto por otros autores (MILLER Y KAUFMAN, 1996). Algunas personas han explicado que ese factor emocional ha sido tradicionalmente uno de los más influyentes en la perpetuación actual del sistema de cuidados (TOBÍO, 2012).

En nuestro estudio, los discursos de las mujeres con menor nivel educativo, que suelen ser además las que cuentan con menos recursos económicos, confirman las mayores dificultades que encuentran para decidir libremente. Se ha señalado también que tener un elevado nivel educativo conlleva actitudes más igualitarias hacia la asignación de roles en la familia y el trabajo (CALVO-SALGUERO, GARCÍA-MARTÍNEZ Y MONTEOLIVA, 2008).

Expertos y expertas en determinantes sociales de la salud han advertido que la falta de recursos y de información pone en peligro la libertad de las mujeres para tomar decisiones sobre aspectos que afectan a su salud y calidad de vida (SEN Y ÖSTLIN, 2007). Lo mismo ocurre con las mujeres que viven en zonas rurales, que tienen menos oportunidades de elegir y menos expectativas respecto a compartir la carga de cuidado con los hombres. Además, la falta de una adecuada oferta de servicios de asistencia personal en las zonas rurales (CABERO, 2010) podría explicar que las mujeres que viven en ellas no encuentren más alternativa que asumir las responsabilidades de cuidado.

Una vez asumido el cuidado, nuestros resultados demuestran cómo las mujeres, en mayor medida que los hombres, lo experimentan como un proceso rígido y totalizante que absorbe al resto de roles que desempeñaban hasta el momento. Este comportamiento, que se da tanto en el cuidado de progenitores, como de parejas, hijos e hijas, es llevado al extremo en el caso de las madres que cuidan a sus hijos e hijas con discapacidad (LIN, FEE Y WU, 2012).

Las mujeres que fueron entrevistadas durante este trabajo expresaron cómo dejaban casi de ser personas «para sí» para convertirse en personas «para el otro», para la persona

cuidada. Este proceso se puede relacionar con la noción de *embodiment* (KRIEGER, 2005), según la cual las construcciones de género y las desigualdades que generan, son incorporadas en la biología de quien las padece. En nuestro contexto, el *embodiment* o encarnación de las desigualdades sociales en salud está fuertemente arraigada en el sistema de género (GARCÍA-CALVENTE, MARCOS, ET AL., 2012). La experiencia definida por algunas participantes que dicen «ser todo para sus hijos/as, sus pies y sus manos» revela la máxima expresión de esta encarnación (*embodiment*) del rol, convirtiendo el propio cuerpo de la cuidadora en el vehículo a través del cual la persona dependiente puede vivir y relacionarse con la sociedad y en el soporte sobre el que descansa todo el peso del intenso cuidado que realiza. Esto enlaza con las reflexiones de algunas autoras acerca de cómo la desigualdad se expresa a través del cuerpo. En esta línea, Esteban (2004b) entiende el cuerpo como intersección de lo biológico, lo psicológico y lo social, y pugna por una antropología que considere la experiencia corporal reflexiva de los actores y actoras, dentro de la cultura y también frente a ella.

Algunos autores y autoras han señalado que mientras que el cuidado sea asumido como un proceso asociado y realizado por las mujeres, nuestras sociedades no superarán la segregación laboral, social y política, y sus efectos adversos en la salud de los hombres y las mujeres (SKÆRBÆK, 2011; DOUCET, 2009). Estas investigadoras enfatizan que el cuidado debería ser entendido como una condición existencial que afecta tanto a hombres como a mujeres, porque todos y todas pasamos por distintas fases de dependencia e independencia a lo largo de nuestro ciclo vital (MURILLO, 2003).

Ha sido numerosa la literatura que ha relacionado la mayor sobrecarga y problemas de salud que experimentan las mujeres cuidadoras, respecto de los hombres, con su manera de entender y ejercer el cuidado (MASANET Y LA PARRA, 2011; SUGIURA, 2009). La falta de tiempo propio y la necesidad de adaptación forzosa a la situación vivida, genera un «código de aguante» que se relaciona con la aparición de problemas de salud (CONDE Y GABRIEL, 2002). Los resultados de nuestro artículo identifican dos situaciones principales que desencadenan un desbordamiento y quiebra de este código de aguante, y ambas tienen como protagonistas principales a las mujeres que realizan un cuidado muy intenso.

La primera se produce cuando la necesidad de cuidado invade el tiempo necesario para el descanso de la persona cuidadora. Algunos trabajos explican que la interferencia del rol de cuidadora en las horas diarias dedicadas al descanso se produce tanto por el aumento de las preocupaciones, como por la mayor realización de tareas de cuidado durante la noche. Esto contrasta con la protección de esta parcela que presentan los hombres, y señalan que esto se traduce en mayores niveles de agotamiento y de ansiedad en las mujeres que en los hombres que cuidan (ARBER Y VENN, 2011). La segunda situación se da cuando la alta intensidad del cuidado lleva a la persona cuidadora al aislamiento social, con las consecuentes repercusiones en su salud emocional y en múltiples aspectos de la vida. Recientes publicaciones demuestran que no buscar apoyo en estas situaciones, ya sea en la red formal o informal, puede producir un importante autodaño, un mayor consumo de medicamentos no recetados e incluso llevar al suicidio (WU ET AL., 2012). El apoyo social se erige como uno de los principales factores modificadores de la sobrecarga y otros problemas de salud de las personas que cuidan (GARCÍA-CALVENTE ET AL., 1999; HUANG ET AL., 2009).

Nuestros resultados son contundentes al mostrar de qué forma los hombres exteriorizan el rol de cuidador en su red informal, tanto a través del tipo de tareas que asumen como a través de los apoyos que buscan. Estos resultados muestran cómo los hombres cuidadores traspasan más la puerta de casa para realizar tareas de cuidado que tienen lugar en el exterior, lo que les visibiliza como cuidadores ante los ojos de la sociedad y contribuye a su mayor reconocimiento. Esto, además de legitimar y reforzar socialmente su mayor habilidad en aquellas tareas de cuidado que resultan protectoras para la salud, deriva en que sean las mujeres quienes se sigan encargando solas de las tareas que presentan un impacto más negativo (YEE Y SCHULZ, 2000). Algunas investigaciones señalan que los hombres, debido a las carencias producidas y reproducidas por la socialización recibida, perciben una falta de preparación técnica para llevar a cabo las tareas más relacionadas con la asistencia personal y se ven incapaces de prestar los cuidados en solitario. Esto hace que muchos, ya desde el comienzo del proceso de cuidados, deleguen las tareas

principales en otras mujeres de la familia o en recursos formales de apoyo (ALLEN Y CIAMBRONE, 2003).

En nuestra investigación, ellos se muestran más proclives que las mujeres a solicitar apoyo para cuidar a su red informal, y también las mujeres se muestran más proclives a ofrecer este tipo de apoyo a los hombres. Esta dinámica hace que el cuidado realizado por los hombres conlleve, en general, menos deterioro de su salud y que sea más compatible con el desarrollo de otras dimensiones de la vida, como el trabajo remunerado. La literatura reciente ha demostrado que contar con momentos de respiro resulta de gran utilidad para manejar las tensiones y estrés que les provoca una elevada intensidad de cuidado (CALASANTI, 2007).

En la misma línea que nuestros resultados, otros autores y autoras constatan que, mientras que los hombres adoptan más estrategias relacionadas con delegar el cuidado y descansar del estrés que les genera el mismo, las mujeres tienden más a adoptar estrategias que les ayuden a continuar cuidando, como la búsqueda de apoyo emocional y disposición al compromiso (SUGIURA ET AL., 2009). Por otro lado, los resultados de nuestro artículo muestran cómo las mujeres de los entornos rurales se ven abocadas, en mayor medida que las de entornos urbanos, a prescindir de cualquier momento de respiro para ellas que no tenga su base en la realización de tareas de cuidado. En estos entornos se establecen, con mayor facilidad, «espacios sociales vedados por motivos de género» (ENTRENA, 2010). Así, por ejemplo, como señalaron las mujeres entrevistadas residentes en pueblos, el cine, la feria o cualquier otro espacio asociado al entretenimiento y el ocio se tornan en espacios acotados para ellas.

La exteriorización del malestar que los hombres realizan ante una situación de falta de apoyo y respiro, reforzó la creencia, en ambos sexos, de que ellos están menos capacitados para soportar la sobrecarga emocional derivada del cuidado. En estas situaciones, protagonizadas principalmente por hombres mayores que cuidaban a sus esposas sin ayuda, ellos presentaban altos niveles de depresión y estrés que les llevaba a manifestar incluso su deseo de morir, en un anhelo por escapar del cuidado. Estos resultados sugieren una mayor tendencia de estos perfiles de hombres cuidadores a

perder la motivación para cuidar su propia salud. En cambio, las mujeres entrevistadas descuidaron su salud por motivos más relacionados con la necesidad de continuar desempeñando su rol de cuidadora. En nuestra opinión, esto supone una aportación al conocimiento, en nuestro contexto, acerca de las desigualdades de género en la utilización de los servicios sanitarios y especialmente de los servicios preventivos.

6.1.4. Poniendo el acento en la importancia de diseñar un apoyo formal sensible al género

El quinto artículo resulta novedoso porque profundiza en el cuidado informal desde una óptica diferente, y a la vez complementaria: la de profesionales de atención primaria que atienden a personas cuidadoras. La literatura, aunque recoge los principales modelos de relación entre el sistema formal e informal (TWIGG Y ATKIN, 1994), que hemos presentado en el apartado de marcos teóricos y antecedentes, es escasa respecto a las percepciones y actitudes de profesionales acerca de estas relaciones.

En nuestra investigación, cabe destacar la variabilidad de percepciones y actitudes profesionales ante el cuidado informal. Hubo personas que manejaron varias de las líneas argumentales identificadas. Uno de los resultados más relevantes del artículo es la identificación del agente del cuidado con la «familia cuidadora», lo que puede enmascarar situaciones de desigualdad de género respecto a la responsabilidad y la carga de cuidados que asumen los diferentes miembros del núcleo familiar. Este sesgo de «familismo» (EICHLER, 1992) es muy frecuente en la investigación relacionada con el cuidado informal, y también es muy común en las actuaciones del sistema formal que van dirigidas a personas cuidadoras (GARCÍA-CALVENTE Y LA PARRA, 2007). De forma indirecta, a través de los discursos analizados, emerge la idea de que la experiencia no tiene «valor» si no está reglada. Además, las y los participantes asociaron el cuidado formal o profesional con formas de cuidado racionales y carentes de sentimientos, y el cuidado informal o profano, con formas de cuidado puramente afectivas. Desde un punto de vista feminista, esta forma de

entender el cuidado puede resultar contraproducente para la promoción de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, porque resta valor a las tareas que realizan las mujeres bajo la premisa de que carecen de conocimientos expertos y de que, al realizarse por amor, dan placer a quien las realiza. Ello invisibiliza la dureza de las tareas que comprende el cuidado informal y el malestar que puede acarrear a quien lo realiza (ÁLVAREZ Y AGUILAR, 2002). Según Soledad Murillo (1996), la atribución del cuidado a la familia en su conjunto y la falta de reconocimiento del quehacer de las mujeres imposibilita que estas puedan incorporarse plenamente a la vida pública.

Pero la implicación de la familia va más allá. Aunque no todo el mundo tiene una familia, y muchas familias (mujeres) no tienen ganas de cuidar, lo hacen mal o por intereses, cuestiones en cierto modo reconocidas por algunas personas entrevistadas, se asume que en ella tienen lugar los mejores y más amorosos cuidados. Esta mitificación, además de incidir en las cuestiones ya mencionadas, tiene otras implicaciones perjudiciales desde un punto de vista de género. En primer lugar, oculta las desavenencias y la violencia que con frecuencia se instalan en la vida familiar (BOVER Y GASTALDO, 2005; IZQUIERDO, 2004); y en segundo lugar, reimpone un sistema de relaciones basado en una autoridad patriarcal bajo los supuestos de la fraternidad y las buenas relaciones familiares. El mito de la familia y la mística del amor, niega el derecho de las mujeres a ser menos «afectivas», a no querer cuidar o a no hacerlo en solitario. Cuando analizamos las diferencias que, las y los profesionales de Atención Primaria, detectan en la forma en que mujeres y hombres afrontan el cuidado, encontramos que los cuidadores buscan ayuda de otros familiares o servicios públicos sin problemas. En cambio, las mujeres posponen estas demandas y acarrear toda la responsabilidad del cuidado sin apoyo. De algún modo, tal y como se desprendía de los resultados del artículo anterior (cuarto), los hombres han interiorizado que ellos solos no tienen por qué saber o poder cuidar, que tienen derecho a recibir apoyo y que ello no es humillante. Por el contrario, las mujeres cuidadoras no sólo no se autoconceden ese derecho, sino que además sitúan su autoestima de ciudadanas en la óptima realización de esos cuidados. Sin culpabilizar a las cuidadoras por esta actitud, parece pertinente reconocer que la manera en que los hombres cuidadores actúan es más

saludable, y reivindicar un cambio de actitud por parte de las cuidadoras, especialmente en relación con la petición de ayuda y con la negativa a cuidar en solitario. No obstante, también resulta necesario reconocer la especificidad en la forma y el tipo de cuidados dispensados por una gran mayoría de mujeres hasta ahora, y no restar importancia de la gran implicación y dedicación asumida.

En consonancia con lo aportado por otras autoras (CASTRO ET AL., 2008; TWIGG Y ATKIN, 1994), las actitudes «conservadora» y «educadora» del colectivo de profesionales podrían obstaculizar la corresponsabilidad en el cuidado e impedir que se visibilice como un fenómeno social y no solamente femenino.

Los resultados de este artículo nos sitúan en una mejor posición para otorgar un carácter práctico a los resultados de esta investigación y establecer algunas recomendaciones para mejorar la relación del sistema formal con las personas cuidadoras.

6.2. Fortalezas y limitaciones de la tesis

Esta tesis en su conjunto, así como cada uno los artículos presentados en ella, cuentan con algunas fortalezas y limitaciones que merecen ser comentadas.

6.2.1. Fortalezas

En primer lugar, podemos considerar una fortaleza de esta tesis el hecho de reunir cinco artículos diferentes realizados dentro de la misma línea de investigación: la de las desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud. Esto ha permitido que las lagunas que iban dejando sin cubrir los primeros estudios y las hipótesis que iban surgiendo, pudieran ser abordadas en los siguientes, intentando a su vez solventar, minimizar o compensar las limitaciones que se iban identificando.

En segundo lugar, se podría destacar como una de las principales fortalezas de la tesis la complementariedad metodológica que reúne en los diferentes artículos que engloba. La utilización de técnicas cuantitativas en dos de ellos, y cualitativas en tres, posibilita contar con las ventajas de ambos tipos de diseño y conseguir una mayor riqueza de análisis.

Los diseños cuantitativos, basados en la explotación de encuestas, han resultado útiles para conocer la magnitud del fenómeno estudiado y cuantificar el problema de estudio, así como para hacerlo en un ámbito de mayor alcance que el que permiten los estudios cualitativos. De esta forma, se han podido utilizar encuestas de gran relevancia para el estudio de la salud, tanto en el ámbito andaluz (EAS) como en el conjunto nacional (EDAD), seleccionando las dimensiones y variables más acordes al objeto de investigación y analizándolas en muestras de gran magnitud. No obstante, consideramos que el uso de técnicas cuantitativas, por sí solas, no habría podido abarcar la compleja realidad de las desigualdades de género que encierra el cuidado informal y su impacto en la salud. Para ello, ha sido de especial relevancia el diseño de otros estudios de naturaleza cualitativa.

Los artículos con metodología cualitativa que se incluyen en esta tesis han cumplido una importante función en, al menos, tres aspectos. El primero de ellos ha sido muy útil para establecer un marco general desde el enfoque de las desigualdades de género en salud, en el que se inscribe el tema de los cuidados informales. Este artículo ha servido, por tanto, de marco de dimensiones y conceptos clave para el abordaje de otras investigaciones.

La segunda función ha sido la de profundizar en esta compleja realidad. La metodología cualitativa se recomienda especialmente para aquellas investigaciones que buscan identificar fenómenos, describir significados y experiencias, descubrir relaciones, asociaciones y patrones con base en la experiencia personal del fenómeno en cuestión (CRABTREE Y MILLER, 1992), por lo que su inclusión ha sido de gran trascendencia para los resultados globales de esta tesis. Más allá de los datos numéricos y sobre la cantidad de cuidados informales que mujeres y hombres asumen y realizan, se hallan dimensiones no menos importantes a la hora de precisar las desigualdades de género en el impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida. La identidad y roles de género en torno al cuidado

informal, las maneras de asumir y experimentar el rol de persona cuidadora, las actitudes ante determinadas tareas y decisiones relacionadas con el cuidado, las necesidades, demandas y apoyos, el control de los recursos materiales y simbólicos, o los costes de oportunidad del cuidado informal, son algunas de las dimensiones que han precisado un análisis más profundo y centrado en las propias percepciones de la población estudiada.

En tercer lugar, los diseños cualitativos han resultado de utilidad para detectar otras dimensiones y variables que están actualmente ausentes en las encuestas de salud y de dependencia o discapacidad, y que podrían ser incluidas para un mejor conocimiento del impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras. En el cuarto artículo se ofrecen algunas recomendaciones en este sentido.

Respecto al debate sobre la conveniencia de usar técnicas cuantitativas y cualitativas en la investigación desde una perspectiva de género, Díaz y Dema (2013) señalan la pertinencia de utilizar diversas técnicas, porque son diversos el objeto y los objetivos de los estudios. Estas autoras recogen el sentir de muchas otras autoras feministas al señalar que las investigaciones con perspectiva de género se caracterizan por tener un componente crítico y transformador. De esta forma, tanto los estudios cuantitativos como los cualitativos son válidos si se realizan con sensibilidad de género, generan un cuerpo de conocimiento no sesgado por el género y sirven de base para el diseño de políticas que pueden ayudar a mejorar las situaciones de desigualdad en la que se encuentran las mujeres (EICHLER, 1991).

A pesar de en esta tesis no se han presentado los artículos de forma cronológica a su publicación, esta dificultad ha permitido darle al conjunto de la investigación una mayor coherencia de contenido. De hecho, consideramos que la coherencia interna resultante, a través de múltiples miradas reordenadas para la consecución de los objetivos, constituye una de las principales fortalezas de la tesis.

Por último, cabe destacar entre los aportes más significativos de la tesis, la doble mirada que proporciona para analizar el cuidado informal. Por un lado, el de las propias personas cuidadoras y, por otro, el de las personas profesionales que las atienden desde el sistema

sanitario, lo que aumenta las posibilidades de diseñar actuaciones menos sesgadas (GARCÍA-CALVENTE ET AL., 2007). De esta forma, podemos contar con una información más completa y adecuada para establecer recomendaciones que permitan mejorar la relación de los sistemas formal e informal de cuidados y contribuir a reducir las desigualdades de género en la salud de las personas que cuidan.

6.2.2. Limitaciones

Merecen mención algunas limitaciones derivadas de las técnicas de recogida de información empleadas, principalmente aquellas que se han basado en fuentes de datos secundarias, al no haber sido diseñadas específicamente para abordar los objetivos de la investigación. Los instrumentos utilizados han presentado algunas limitaciones. La EAS, que resulta muy completa en variables para medir el estado de salud de la población andaluza, no lo es tanto en los indicadores necesarios para analizar las desigualdades de género en el cuidado informal. Al no estar diseñada específicamente para la población cuidadora, esta encuesta no incluye variables relativas a las diversas maneras de cuidar, a las distintas intensidades del cuidado ni a la multitud de tareas que puede comprender. Esto se ha solventado, en parte, con la posterior utilización del Cuestionario de Cuidadores/as principales de la EDAD, mucho más específico en este sentido. Sin embargo, esta segunda encuesta ha contado también con otras debilidades. Por ejemplo, no ha permitido conocer el gradiente del estado de salud y de otras consecuencias en la calidad de vida, ya que todas sus variables relacionadas con estos aspectos eran dicotómicas. Otra limitación de la EDAD ha sido la ausencia de algunas variables comunes entre las personas cuidadoras que residían y las que no residían en el hogar de aquellas a las que cuidaban. Así, por ejemplo, de las personas cuidadoras que no residían en el hogar solo se disponía, como variables sociodemográficas y estructurales, del sexo, la edad, la situación marital, el nivel de estudios y la nacionalidad. Por ello, cualquier otra información de este tipo no ha podido sumarse a la de la población cuidadora co-

residente. Este ha sido el motivo de que la clase social de las y los cuidadores solo haya podido ser analizada, en este tercer artículo, a través de la variable del nivel de estudios máximo alcanzado.

Debemos destacar el tratamiento que se ha realizado de la posición social también en otros artículos de esta tesis. En el segundo de ellos, la clase social fue determinada según la ocupación, un indicador muy utilizado (MCFADDEN ET AL., 2008) pero que presenta ciertas limitaciones cuando se aplica a las mujeres: ellas trabajan remuneradamente menos años que sus parejas varones e interrumpen frecuentemente su trayectoria laboral por sus responsabilidades domésticas y familiares (BORRELL ET AL., 2004). Además, los sistemas de clasificación de la clase social ocupacional fueron formulados desde una perspectiva androcéntrica y no se adaptan a los trabajos de las mujeres, por lo que pueden estar subestimando las desigualdades entre estas (ÖSTLIN, 1998). Por ello, se han tenido en cuenta otras variables que pueden añadir información acerca de la diversidad de experiencias de mujeres y hombres con diferentes condiciones de vida, como son el nivel educativo o la estructura del hogar.

En el cuarto artículo, con un diseño cualitativo, hubo algunos perfiles de personas cuidadoras con poca representación en el estudio, debido a las dificultades para su reclutamiento. Este fue el caso de los hombres cuidadores principales de sus hijos o hijas con dependencia o de las personas que cuidaban a otras de su red social no pertenecientes a la familia.

En el quinto artículo, con un diseño cualitativo para explorar las percepciones y actitudes de profesionales sanitarios, debemos mencionar la dificultad encontrada para diferenciar entre las opiniones aportadas desde el rol profesional y el de cuidador o cuidadora informal, ya que este doble rol estaba presente en algunos de los y las participantes. No obstante, esta doble perspectiva fue tomada en cuenta en el análisis y considerada como un elemento que aportó mayor riqueza y profundidad a los resultados.

Por último, debemos resaltar también que los artículos no hayan podido presentarse en el orden cronológico de su publicación. No obstante, dentro de cada uno de los tres grandes

bloques abordados en la memoria de tesis según la población de estudio (la población general, la población cuidadora y la población de profesionales sanitarios), sí se ha seguido la secuencia cronológica de publicación (véase figura 1). A pesar de la dificultad añadida que ello ha supuesto en la redacción final de la memoria de tesis, también ha constituido una oportunidad para dar mayor coherencia interna a la tesis, tal y como se comenta en el apartado de fortalezas.

7.

CONCLUSIONES

A continuación se exponen las principales conclusiones y reflexiones finales que se desprenden de los resultados de este trabajo de tesis.

1. Los hombres y las mujeres en nuestro contexto actual presentan diferentes percepciones y experiencias sobre su estado de salud, vulnerabilidad y afrontamiento de la enfermedad, que se asocian a los distintos roles de género que asumen.

2. Las mujeres expresan peor percepción de salud y destacan el sentimiento de agotamiento, fundamentalmente asociado a roles socialmente adquiridos, como el cuidado del hogar y de la familia. Los hombres tienden a realizar una sobrevaloración inicial de su salud, a veces tras el estereotipo de «hombres duros». Sin embargo, al indagar con mayor profundidad en su percepción, ellos reconocen que cuando enferman lo pasan mal, se quejan y tienen miedo al sufrimiento.

3. Ambos sexos coinciden en su percepción de que las mujeres son más vulnerables a enfermar, mientras que los hombres son más débiles en el afrontamiento de la enfermedad. Esta paradoja es explicada por la población con una diversidad de líneas argumentales, biológicas, biopsicosociales y exclusivamente culturales. Principalmente las mujeres jóvenes y de edad media destacan la importancia de las relaciones de poder asociadas al género y centran sus argumentos en el impacto sobre su salud de situaciones que consideran discriminatorias: cuidar a personas dependientes, sufrir violencia por parte de su pareja o asumir grandes responsabilidades.

4. Las mujeres son quienes, principalmente, asumen los cuidados informales de personas dependientes de su entorno, tanto en el contexto andaluz como nacional. Lo hacen en un porcentaje muy superior a los hombres, tanto en el cuidado de menores, como de

mayores y/o personas con TCD. El perfil mayoritario de personas cuidadoras es el de mujeres entre 25 y 44 años, con medio o bajo nivel educativo y dedicadas a trabajos manuales o amas de casa. Los hombres que cuidan tienen un perfil más envejecido y, para ellos, es más probable cuidar si cuentan con mayor nivel de estudios.

5. La peor salud percibida, tanto general como emocional, que presentan las mujeres respecto de los hombres se asocia a su mayor exposición a los cuidados. Si bien el cuidado de menores sin TCD no representa un riesgo para la salud, el cuidado de personas mayores y/o con TCD sí es un factor asociado a la peor percepción de salud de las mujeres.

6. Las mujeres que cuidan ven más afectada su salud que los hombres que lo hacen. Este impacto diferencial del cuidado en la salud de ambos sexos se asocia con el hecho de que las mujeres cuidan con mayor intensidad, frecuencia y duración que los hombres. Es decir, ellas cuidan más horas, más días a la semana y durante más años que los hombres cuidadores, lo que afecta más negativamente a su salud que en los hombres cuidadores.

7. El impacto diferencial del cuidado en la salud de las mujeres y los hombres cuidadores se asocia también al tipo de tareas que realiza cada sexo. Las mujeres asumen más las tareas de asistencia en las actividades básicas de la vida diaria, que se asocian a un riesgo para la salud. En cambio, los hombres realizan con más frecuencia que las mujeres las tareas que tienen lugar en el espacio público, que resultan un factor protector para la salud.

8. Existen, además, importantes desigualdades de género en las maneras de asumir y afrontar el rol de personas cuidadoras, en las condiciones en las que se prestan los cuidados, en el acceso y control de los recursos materiales y simbólicos y en los costes de

oportunidad del cuidado, y estas desigualdades se relacionan con un impacto diferencial en la salud y la calidad de vida de las mujeres y los hombres.

9. Las mujeres de todas las edades encuentran menos capacidad real de elección sobre si asumir o no el cuidado, debido a la profunda interiorización, como parte integral de su «naturaleza», de los referentes simbólicos que legitiman un rol que les ha sido asignado socialmente. Este comportamiento de interiorización del rol de cuidadoras en las mujeres se asocia también a un elevado grado de autoexigencia y una tendencia a la propia culpabilización si perciben que no llegan a cumplir las expectativas. La pérdida del control sobre estos recursos simbólicos se acentúa en las mujeres de posiciones socioeconómicas más bajas y de entornos rurales. Además, a menudo el rol de cuidadora penetra todos los acontecimientos vitales de las mujeres y absorbe al resto de roles que desempeñaban hasta el momento, algo que ocurre especialmente en el caso del cuidado de hijos e hijas con gran dependencia.

10. Las principales consecuencias negativas derivadas de esta manera de experimentar el cuidado que muestran las mujeres, moduladas principalmente por la intensidad del mismo, el nivel socioeconómico y el parentesco con la persona cuidada, son la aparición de numerosos problemas de salud crónicos, altos niveles de estrés, ansiedad y depresión, abandono de la propia salud, frecuente renuncia al trabajo remunerado y aislamiento social.

11. En el caso de los hombres que cuidan, se admite socialmente que hacen algo no consustancial a su masculinidad, de modo que resultan reconocidos socialmente y ganan en autoestima cuando se encargan de los cuidados. La falta de interiorización del rol en los hombres hace que ellos experimenten el cuidado de manera más flexible, exterioricen más la necesidad de ayuda y presenten mayor facilidad para delegar el cuidado en otras personas, antes de que su salud se vea seriamente afectada. Los hombres piden más

ayuda para cuidar, tanto a las redes sociales informales como a los recursos formales. Y también encuentran más apoyos para cuidar en la red social cercana, incluso sin haberlos solicitado.

12. Los apoyos solicitados varían en ambos sexos como consecuencia de la identidad del rol de género adquirida. Las mujeres se muestran más a favor de solicitar recursos instrumentales y económicos para continuar ejerciendo ellas el cuidado en mejores condiciones. Los hombres muestran una mayor predisposición a aceptar la ayuda de personas con las que puedan compartir y delegar temporalmente el cuidado de la persona dependiente en las actividades básicas de la vida diaria.

13. La mayor dificultad que experimentan las mujeres para delegar las tareas de cuidado en otras personas puede explicar la mayor aceptabilidad de prestaciones económicas derivadas de la LAAD. Para los hombres, en cambio, son más aceptables otros tipos de servicios de apoyo que les permiten disponer de su tiempo para usos alternativos (por ejemplo, centros de día o ayuda a domicilio). El hecho de que la normativa vigente en España exija que se identifique una sola persona cuidadora principal en el entorno familiar para la obtención de la prestación económica por cuidados, y que este papel sea asumido por mujeres con mucha mayor frecuencia que por hombres, podría ayudar a explicar, junto a otros factores económicos y estructurales, el gran desarrollo que ha tenido este tipo de prestación, en contraste con otros tipos de servicios contemplados en la Ley.

14. Los y las profesionales de atención primaria que atienden a personas cuidadoras conocen el impacto de cuidar en la salud, así como las diferentes necesidades de los hombres y las mujeres que cuidan, pero siguen atribuyendo mayoritariamente la responsabilidad a las familias, y concretamente a las mujeres de estas, lo que afianza la invisibilidad y escaso reconocimiento del cuidado informal.

15. Aunque de forma minoritaria, también existe entre algunas personas profesionales una actitud inconformista ante la actual relación entre el sistema informal de cuidados y los servicios formales. Estas personas se mostraron acordes con propuestas para liberar a las familias y a las mujeres de la mayor parte de las cargas de cuidado, mediante un sistema más universal de atención a la dependencia.

8.

**CONSIDERACIONES FINALES Y
RECOMENDACIONES**

Las conclusiones derivadas de este trabajo de tesis nos sitúan ante importantes desigualdades de género en el cuidado informal, que influyen de manera diferente en la salud y la calidad de vida de las mujeres y los hombres que cuidan. Arraigados estereotipos y creencias en torno a quién debe asumir el cuidado de las personas que lo requieren en el entorno cercano y cómo debe hacerlo, constituyen una base sólida para configurar la actual estructura social. Las desigualdades de género no solo son evidentes en cuanto a la desigual distribución del rol reproductivo en nuestro contexto, sino que ordena toda una serie de valores y normas acerca de las maneras de cuidar más acordes con lo que se considera propio de las mujeres y de los hombres. La naturalización del cuidado en las mujeres permanece como una de las principales creencias que influyen en la perpetuación del cuidado como un trabajo eminentemente femenino. La acumulación, por parte de las mujeres, de un rol de cuidado más intenso y con menos oportunidades para el respiro, convierte el trabajo de cuidar en una tarea más pesada para ellas. La menor búsqueda de apoyo que realizan resulta una consecuencia de la interiorización, absorbente y totalizante, del rol de cuidadoras que adquieren como parte de su identidad con el rol de género. Esta menor búsqueda de apoyos es uno de los mayores agravantes de las repercusiones de cuidar sobre su salud y su calidad de vida. Mayor prevalencia de enfermedades crónicas, mayores niveles de estrés, ansiedad y sobrecarga, y mayor consumo de medicamentos, son algunas de las consecuencias del cuidado que se ven más acentuadas en las mujeres. Los hombres, también siguiendo los mandatos de género, exteriorizan el rol de cuidador que han asumido con mayor facilidad que las mujeres, haciendo más visible el malestar generado, buscando más apoyos, delegando más tareas, percibiéndose más a sí mismos como los destinatarios de las ayudas disponibles, y manteniendo en mayor medida determinadas parcelas que les ayudan a conservar un nivel aceptable de calidad de vida y de interrelación con el entorno social. El mayor acceso y control de los recursos que presentan los hombres también amortigua los efectos perjudiciales de cuidar en su salud.

Estas desigualdades de género, tanto en el acceso al cuidado como en el manejo de las experiencias de cuidar, perfilan diferentes necesidades en las mujeres y los hombres, y

deberían ser tenidas en cuenta al diseñar medidas y políticas de apoyo dirigidas a personas cuidadoras.

En base a estas consideraciones finales, vamos a establecer dos tipos de recomendaciones. Las primeras estarán orientadas a quienes planifican y diseñan actuaciones dirigidas a las personas cuidadoras, y las segundas se referirán a quienes gestionan y prestan servicios sociosanitarios a personas cuidadoras.

8.1. Recomendaciones orientadas a quienes planifican actuaciones dirigidas a las personas cuidadoras

- En la planificación y diseño de políticas y actuaciones debería estar presente la formación y sensibilización de profesionales en equidad de género, y especialmente sobre cómo los roles y estereotipos de género en el cuidado influyen en la salud de mujeres y hombres. En este sentido, sería de utilidad que tanto las personas responsables de la planificación como profesionales de todos los ámbitos implicados en la atención a las personas cuidadoras participen en esta formación.
- El diseño de las actuaciones relacionadas con el cuidado informal debería partir de un análisis desagregado por sexo de la situación de salud de las personas cuidadoras, así como incorporar la perspectiva de las propias personas que cuidan, para trazar un diagnóstico más cercano a la realidad. Para ello, resultará de gran utilidad profundizar en el tema desde abordajes metodológicos mixtos, que combinen técnicas de investigación tanto cuantitativas como cualitativas.
- Una vez puestas en marcha tales medidas, resulta preciso evaluar si las actuaciones conllevan un beneficio equivalente para hombres y mujeres y no producen efectos discriminatorios, con objeto de identificar las acciones positivas necesarias para corregir las situaciones de desigualdad en el cuidado informal.

- Las medidas deben partir de todos los ámbitos públicos, visibilizando el papel que han ejercido y ejercen las mujeres en el sostenimiento del estado de bienestar. Fomentar la igualdad de género en los centros de educación primaria y secundaria, promocionar campañas publicitarias que eliminen estereotipos sexistas y campañas institucionales positivas para publicitar los recursos de soporte y red formal de cuidados profesionales, así como aumentar medidas legislativas en el mercado laboral a favor de las mujeres, podrían ser algunas de las medidas propuestas para mejorar la equidad en el cuidado.

- Se deben incorporar en las políticas, planes y programas, medidas que orienten a los y las profesionales de todos los niveles asistenciales a asumir que las personas cuidadoras deben ser tratadas como clientes por sí mismas del sistema sociosanitario, con necesidades de intervención tanto para la atención como para la promoción y prevención de problemas de salud propios. En este sentido, puede resultar de utilidad definir las funciones de cada nivel asistencial e identificar los canales de coordinación necesarios entre los diferentes niveles, así como promover la existencia de planes de actividades preventivas para las personas cuidadoras, cubriendo aquellas situaciones que generen mayores riesgos. Además, se debe prestar especial atención a la salud de las personas de menor nivel socioeconómico por su mayor vulnerabilidad.

- Otras actuaciones que podrían contribuir a reducir las desigualdades de género en el cuidado informal desde este ámbito de actuación son la promoción de una mayor concienciación de la población e impulso de una distribución equitativa del cuidado, involucrando a la red familiar, fomentando el asociacionismo y el voluntariado y ampliando los recursos de respiro y sustitución. De esta forma, podría conseguirse un reparto más equitativo del cuidado, tanto entre mujeres y hombres, como en la relación entre las personas cuidadoras y el estado.

8.2. Recomendaciones dirigidas a quienes prestan servicios sociosanitarios a las personas cuidadoras

También podemos establecer algunas recomendaciones dirigidas a profesionales que gestionan y prestan servicios sociales y sanitarios a las personas cuidadoras.

- Resulta necesario el trabajo con las mujeres para aumentar su empoderamiento y asertividad.
- Por otro lado, también es necesario trabajar con los hombres para aumentar su concienciación sobre la corresponsabilidad y necesaria incorporación al ámbito doméstico y de cuidados.
- Además, una mayor oferta de atención psicológica, principalmente dirigida a las mujeres, puede ayudar a gestionar la sobrecarga emocional, lo que reduciría los efectos negativos y evitaría la automedicación.
- Para combatir las desigualdades de género en el cuidado informal resulta urgente la combinación de medidas sociosanitarias transversales y de acción positiva elaboradas en consulta con las propias protagonistas, en este caso con las personas cuidadoras informales.
- Es necesario evolucionar desde la invisibilización hacia una posición de cooperación donde se reconozcan los derechos y apoyen las potencialidades de quienes cuidan.

9.

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- ABELLÁN, A., ESPARZA, C. y PÉREZ DÍAZ, V. (2011). Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 43-67.
- ADDIS, M. E. y MAHALIK, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58, 5-14.
- AGUADO, M. J., MÁRQUEZ, S. y BUZÓN, M. L. (2006). Diferencias entre mujeres y varones en el acceso a procedimientos cardiovasculares intervencionistas en los hospitales públicos de Andalucía. *Revista Española de Cardiología*, 59, 785-793.
- AGUIAR, F. y GARCÍA, I. (1998). Mujer y trabajo doméstico en Andalucía: desigualdad de género y calidad de vida. En F. AGUIAR, I. GARCÍA y M. PÉREZ-YRUELA. *La situación social de las mujeres en Andalucía*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- AGULLÓ, M. S. y MARTÍN PALOMO, M.T. (2011). Mayores cuidadores de mayores. Comunicación presentada en *X Congreso de la Federación Española de Sociología*, 5-7 julio, Pamplona.
- ALBERDI, I. (1999). *La nueva familia española*. Madrid: Taurus.
- ALIAGA, C. (2006). How is the time of women and men distributed in Europe? *Statistics in focus*, 4/2006, Eurostat.
- ALLEN, S. M. y CIAMBRONE, D. (2003). Community care for people with disability: blurring boundaries between formal and informal caregivers. *Qualitative Health Research*, 13(2), 207-226.
- ALLOTEY, P. y GYAPONG, M. (2008). Gender in tuberculosis research. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 12(7), 831-836.
- ALONSO, J., REGIDOR, E., BARRIO, G., ET AL. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111, 410-416.
- ALPASS, F., POND, R., STEPHENS, C., STEVENSON, B., KEELING, S. y TOWERS, A. (2013). The Influence of Ethnicity and Gender on Caregiver Health in Older New Zealanders. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. Publicado por primera vez online el 20 Julio. doi: 10.1093/geronb/gbt060

- ÁLVAREZ, E. Y AGUILAR, U. (2002). Una triple jornada: mujeres anónimas. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 42, 333–366.
- ANNANDALE, E. y HUNT, K. (2000). *Gender inequalities in health*. Buckingham-Filadelfia: Open University Press.
- ARBER, S. (1991). Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Social Science and Medicine*, 32, 425-436.
- ARBER, S., BOTE, M. y MEADOWS, R. (2009). Gender and socio-economic patterning of self-reported sleep problems in Britain. *Social Science and Medicine*, 68: 281-289.
- ARBER, S. y VENN, S. (2011). Caregiving at night: Understanding the impact on carers. *Journal of Aging Studies*, 25, 155-165.
- ARMSTRONG, P. y ARMSTRONG, H. (2001). Thinking it Through. Women, work and caring in the new millennium. *Canadian Woman Studies*, 21/22 (4/1), 44-50.
- ARRIBA, A. y MORENO, J. (Eds.) (2009). *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- ARTAZCOZ, L., BORRELL, C., ROHLFS, I., BENI, C., MONCADA, A. y BENACH, J. (2001) Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gaceta Sanitaria*, 15, 150-153.
- ARTAZCOZ, L., CORTÉS, I., MONCADA, S., ROHLFS, I. y BORRELL, C. (1999). Diferencias de género en la influencia del trabajo doméstico sobre la salud. *Gaceta Sanitaria*, 13, 201-207.
- ARTAZCOZ, L., MOYA, C., VANACLOCHA, H. y PONT, P. (2004). La salud de las personas adultas. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl. 1), 56-68.
- BALBO, L. (1978). La doble presencia. En: C. BORDERÍAS, C. CARRASCO y C. ALEMANY (Eds.). *Las mujeres y los trabajos: rupturas conceptuales* (pp. 503- 513). Barcelona: Icaria. [1993].
- BAMBRA, C., POPE, D. P., SWAMI, V., ROSKAM, A. J., KUNST, A. E. y SCOUT-SAMUEL, A. (2009). Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of

- thirteen European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 38-44.
- BARBERÁ, E. (1998). *Psicología del Género*. Barcelona: Ariel Psicología.
- BARBERÁ, E. (2004). Perspectiva cognitivo-social: estereotipos y esquemas de género. En E. BARBERÁ e I. MARTÍNEZ, *Psicología y género* (pp. 55-80). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- BARRES, B. A. (2006). Does gender gender matter? *Nature*, 442, 133-136.
- BARRETT, P. ET AL. (2014). Family care and social capital: transitions in informal care. *Springer Science+Business Media Dordrecht*. doi: 10.1007/978-94-007-6872-7-1
- BARUCH, G., BEINER, L. y BARNETT, R (1987). Women and gender in research on work and family stress. *American Psychologist*, 42, 130-136.
- BEDARD, M., KUZIK, R., CHAMBERS, L., MOLLOY, D. W., DUBOIS, S. y LEVER, J. A. (2005). Understanding burden differences between men and women caregivers: the contribution of care-recipient problem behaviors. *International Psychogeriatrics*, 1(17), 99-118.
- BENERÍA, L. (2011). Crisis de los cuidados. Migración internacional y Políticas públicas. En C. CARRASCO, C. BORDERÍAS y T. TORNS (Eds.) *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (pp. 359-389). Madrid: La Catarata.
- BENHABIB, S. (1990). El otro generalizado y el otro concreto: la controversia Kohlberg-Gilligan y la teoría feminista. En S. BENHABIB y D. CORNELL (Eds.). *Teoría feminista y Teoría crítica*. Valencia: Ediciones Alfons el Magnànim.
- BENHABIB, S. (2006). *El Ser y el Otro en la ética contemporánea. Feminismo, comunitarismo y posmodernismo* (pp. 255-258). Barcelona: Gedisa.
- BERICAT, E. Y MARTÍN-LAGOS, M. D. (2006). *La transformación de los hogares españoles y andaluces*. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces.

- BETTIO, F., SIMONAZZI, A. y VILLA, P. (2006). Change in Care Regimes and Female Migration: The Care Drain in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 16 (3), 271-285.
- BIURRUN, A., ARTASO, B. y GOÑI, A. (2003). Apoyo social en cuidadores familiares de enfermos con demencia. *Geriatika*, 19, 181-187.
- BONOLI, G. (1997). Classifying Welfare States: a Two-dimension Approach. *Journal of Social Policy*, 26 (3), 351-371.
- BOOKWALA, J. y SCHULZ, R. (2000). A comparison of primary stressors, secondary stressors, and depressive symptoms between elderly caregiving husbands and wives. The Caregiver Health Effects Study. *Psychology and Aging*, 15(4), 607-616.
- BORDERÍAS, C., CARRASCO, C. y ALEMANY, C. (1994). *Las mujeres y el trabajo: Rupturas conceptuales*. Barcelona: Icaria.
- BORRELL, C. y ARTAZCOZ, L. (2007). El concepto de sexo y género y su influencia en la salud. En C. BORRELL y L. ARTAZCOZ (Eds.). *Investigación en género y salud. 5ª Monografía*. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología.
- BORRELL, C., GARCÍA-CALVENTE, M. y MARTÍ-BOSCÀ, J. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 2-6.
- BORRELL, C., MUNTANER, C., BENACH, J. y ARTAZCOZ, L. (2004). Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Social Science and Medicine*, 58, 1869-1887.
- BOURDIEU, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- BOURDIEU, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Madrid: Anagrama.
- BOURDIEU, P. (2001). *Masculine domination*. California: Stanford University Press.

- BOVER, A. B. y GASTALDO, D. (2005). La centralidad de la familia como recurso en el cuidado domiciliario: perspectivas de género y generación. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58, 9-16.
- BRAIDOTTI, R. (2004). *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómada*. Barcelona: Gedisa.
- BRAVEMAN, P. (2006). Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement. *Annual Reviews of Public Health*, 27, 167-194.
- BROMBERGER, J. (2004). A psychosocial understanding of depression in women: for the primary care physician. *Journal of the American Medical Women's Association*, 59(3), 198-206.
- BROOKS, A. (2007). Feminism standpoint epistemology. Building knowledge and empowerment through women's lived experience. En S. N. HESSE-BIBER y P. L. LEAVY (Eds.) *Feminist research practice* (pp. 53-82). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- BUTLER, J. (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- BUTLER, J. (2006). *Deshacer el género*. (1ª ed.). Barcelona: Paidós.
- CABERO, V. (2010). Mundo rural y servicios sociales. *Cuaderno de debate [Rural environment and social services. Book discusión]*. Madrid: Fundación Luis Vives. Disponible en: <http://www.fundacionluisvives.org/agenda/51155.html>
- CALASANTI, T. y KING, N. (2007). Taking 'women's work' 'like a man': husbands' experiences of care work. *The gerontologist*, 47(4), 516-527.
- CALVO, A., GARCÍA, J. M. y MONTEOLIVA, A. (2008). Differences Between and Within Genders in Gender Role Orientation According to Age and Level of Education. *Sex Roles*, 58, 535-548.
- CAMERON, C. y MOSS, P. (2007). *Care Work in Europe: Current understanding and future directions*. Oxford: Routledge.

- CANO, T. y PARADA, F. (2013). Los cuidados en conflicto: De la Ley de dependencia a las estrategias familiares de cuidados. *XI Congreso Español de Sociología. Crisis y Cambio: Propuestas desde la Sociología. Federación Española de Sociología*. 10-12 julio 2013, Madrid.
- CARMICHAEL, F. y CHARLES, S. (2003). The opportunity costs of informal care: does gender matter? *Journal of Health Economics*, 22, 781-803.
- CARRASCO, C. (2001). La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres? *Mientras Tanto*, 82, 43-70.
- CARRASCO, C., BORDERÍAS, C. y TORNS, T. (2011). *El trabajo de cuidados*. Madrid: La Catarata.
- CARRASQUER, P. (2013). El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1), 91-113.
- CASTRO, I., ESTEBAN, M. L., FERNÁNDEZ DE GARAIALDE, A., MENÉNDEZ, M. L., OTXOA, I. y SAIZ, M. C. (2008). No habrá igualdad sin servicios públicos y reparto del cuidado. Algunas ideas para una política feminista. *IV Jornadas Feministas de Euskal Herria*. 12-13 abril 2008, Portugalete.
- CHIOU, C. J., CHEN, I.P. y WANG, H.H. (2005). The health status of family caregivers in Taiwan: An analysis of gender differences. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 821-826.
- CHUN, H., KHANG, Y. H., KIM, I.L. y CHO, S.I. (2008). Explaining gender differences in ill-health in South Korea: The roles of socio-structural, psychological, and behavioral factors. *Social Science and Medicine*, 67, 988-1001.
- CLYBURN, L. D., STONES, M. J., HADJISTAVROPOULOS, T. y Tuokko, H. (2000). Predicting caregivers burden and depression in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B(1), S2-S13.
- COBO, R. (1995). Género. En C. AMORÓS (Dir.). *10 Palabras clave sobre Mujer*. Pamplona: Editorial Verbo Divino.

- COLOMBO, F., LLENA-NOZAL, A., MERCIER, J. y TJADENS, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted>.
- COLOMBO, F., FUJISAWA, R., LLENA, A. y PEARSON, M. (2009). La necesidad creciente de trabajadores para cuidados de larga duración (CLD). ¿Qué están haciendo los países de la OCDE?. *Revista Economistas*, 122, 37-47.
- COLOMER, C. (2007). El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. *Revista Española de Salud Pública*, 81, 91-93.
- COMINS, I. (2003). Del miedo a la diversidad a la ética del cuidado: una perspectiva de género. *Convergencia*, 33, septiembre-diciembre. México: Universitat Jaume I. BANCAIXA. Cátedra Unesco de Filosofía para la Paz.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE [CEPAL] (2004). Pobreza y desigualdad desde una perspectiva de género. *Panorama Social de América Latina 2002-2003*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- COMISIÓN PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN ESPAÑA (2010). *Avanzando hacia la equidad: Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- CONDE, F. y GABRIEL, C. (2002). La evolución de las representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madrileñas, 1993-2000. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 493-507.
- COURTENAY, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50(10), 1385-1401.
- CRABTREE, B. y MILLER, W. (1992). *Doing qualitative research*. Londres: Sage publications.
- CRAIG, L. y SAWRIKA, P. (2009). Work and Family: How Does the (Gender) Balance Change as Children Grow? *Gender, Work and Organization*, 16(6), 684-709.

- CRESPO, M. y LÓPEZ, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa «Cómo mantener su bienestar»*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- CRESPO, M. y LÓPEZ, J. (2008). Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín del Envejecimiento*, 35, 1-33.
- DAHLIN, J. y HÄRKÖNEN, J. (2013). Cross-national differences in the gender gap in subjective health in Europe: Does country-level gender equality matter? *Social Science and Medicine*, 98, 24-28.
- DANIELSON, M. y LINDBERG, G. (2001). Differences between men's and women's health: The old and the new gender paradox. En P. ÖSTUM, M. DANIELSON, F. DIDERICHSEN, A. HARENSTEM y G. LINDBERG (Eds.). *Gender inequalities in health: A Swedish perspective*. Boston: Harvard Center for Population and International Health.
- DE BEAUVOIR, S. (1981). *El Segundo sexo*. Madrid: Aguilar.
- DE VISSER, R. y SMITH, J. A. (2007). Alcohol consumption and masculine identity among young men. *Psychology and Health*, 22(5), 595-614.
- DEL PINO, E. (2009). Marco conceptual para estudiar el cambio en el Estado de Bienestar y las políticas públicas. En L. MORENO (Coord.). *Reformas de las políticas de bienestar en España*. Madrid: Siglo XXI.
- DEL RÍO, S. (2004). *La crisis de los cuidados: precariedad a flor de piel. Documento de trabajo*. CGT-Comisión Confederal contra la Precariedad.
- DEL RÍO, S. y PÉREZ-OROZCO, A. (2002). La economía desde el feminismo: trabajos y cuidados. *Rescoldos, Revista de Diálogo Social*, 7, 15-36.
- DEL VALLE, T., APAOLAZA, J. M., ARBE, F., DÍEZ MINTEGUI, M.C., CUCÓ, J., DÍEZ, C., ESTEBAN, M. L., ETXEBERRÍA, F. y MAQUIEIRA, V. (2002). *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*. Madrid: Narcea.
- DENNERSTEIN, L. (1995). Mental health, work, and gender. *International Journal of Health Services*, 25, 503-509.

- DENTON, M., PRUS, S. y WALTERS, V. (2004). Gender differences in health: A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health. *Social Science and Medicine*, 58, 2585-2600.
- DENZIN, N. Y LINCOLN Y. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. New York: Thousand Oaks.
- DÍAZ, C. y DEMA, S. (2013). *Sociología y Género*. Madrid: Editorial Tecnos.
- DIEKELMANN, N., ALLEN, D. AND TANNER, C. (1989). *The NLN Criteria for Appraisal of Baccalaureate Programs: A Critical Hermeneutic Analysis*. New York: The National League for Nursing.
- DOYAL, L. (2000). Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science and Medicine*, 51(6), 931-939.
- DOYAL, L. (2003). Sex and gender: the challenges for epidemiologists. *International Journal of Health Services*, 33(3), 569-579.
- DOUCET, A. (2009). Gender equality and gender differences: parenting, habitus, and embodiment. *Canadian Review of Sociology*, 46(2), 103-121.
- DURÁN, M. A. (2005). The future of work in Europe: Dependent care. En VVAA. *Social Cohesion, Reconciliation Policies and Public Budgeting. A gender approach* (pp. 41-73). Actas del International Experts Meeting. 24-26 octubre 2005, Ciudad de México.
- DURÁN, M. A. (2011). *El trabajo del cuidado en América Latina y España*. Madrid: Fundación Carolina-CEALCI. Documentos de trabajo 54.
- DURÁN, M. A. (2012). *El trabajo no remunerado en la economía global*. Bilbao: Fundación BBVA.
- EAGLY, A. H. (1987). *Sex differences in social behavior: a social interpretation*. Hillsdale: LEA.
- EAGLY, A. H. y STEFFEN, V. J. (1984). Gender stereotypes stem from the distribution of women and men into social roles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 735-754.

- EAGLY, A. H. y WOOD, W. (1982). Inferred sex differences in status as a determinant of gender stereotypes about social influence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 915-928.
- EICHLER, M., REISMAN, A. L. y BORINS, E. (1992). Gender Bias in Medical Research. *Women Ther*, 12, 61-70.
- EMSLIE, C. y HUNT, K. (2008). The weaker sex? Exploring lay understanding of gender differences in life expectancy: A qualitative study. *Social Science and Medicine*, 67, 808-816.
- EMSLIE, C., HUNT, K. y WATT, G. (2001). Invisible women? The importance of gender in lays beliefs about heart problems. *Sociology of Health and Illness*, 33(2), 203-233.
- ENGLAND, P. (2010). The gender revolution. Uneven and stalled. *Gender and Society*, 24(2), 149-166.
- ENGLAND, P. (2011). Missing the Big Picture and Making Much Ado About Almost Nothing: Recent Scholarship on Gender and Household Work. *Journal of Family Theory and Review*, 3(1), 23-26.
- ENTRENA, F. (2010). Dinámicas de los territorios locales en las presentes circunstancias de la globalización. *Estudios Sociológicos*, 28, 691-728.
- ESCARTÍ, A., MUSITU, G. y GRACIA, M. D. (1988). Estereotipos de género y roles sexuales. En J. FERNÁNDEZ (Coord.). *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género*. Madrid: Pirámide.
- ESPARZA, C. (2011). *Discapacidad y dependencia en España*. Madrid, Informes Portal Mayores, 108. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- ESPING-ANDERSEN, G. (2002). *Why we need a new Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.

- ESTEBAN, M. L. (2001). El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones en salud. En C. MIQUEO, C. TOMÁS, C. TEJERO, ET AL. (Eds.). *Perspectivas de género en salud*. Zaragoza: Minerva ediciones.
- ESTEBAN, M. L. (2004a). Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. *Congreso Internacional SARE 2003. Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado* (pp. 63-84). Vitoria-Gasteiz: Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea/Fondo Social Europeo.
- ESTEBAN, M. L. (2004b). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- ESTEBAN, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva* [en línea] 2006, 2 (enero-abril). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=73120102>
- EZQUERRA, S. (2010). A propósito de las crisis ¿qué pasa con la de los cuidados? *Diagonal*, 121. 4/3/2010.
- EZQUERRA, S. (2011). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones Feministas*, 2, 175-194.
- FARFAN-PORTET, M. I., POPHAM, F., MITCHELL, R., SWINE, C. y LORANT, V. (2010). Caring, employment and health among adults of working age: evidence from Britain and Belgium. *European Journal of Public Health*, 20(1), 52-57.
- FERNÁNDEZ-VILLANUEVA, C., ARTEAGA, A. y DÁVILA, M. C. (2013). Cuidados, género y transformación de identidades. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1), 57-89.
- FOTI, P. (2011). Participación de las mujeres en las políticas públicas dirigidas a la economía social y solidaria. Argentina. En N. Angulo, M. Caracciolo, P. Foti, y N. Sanchís. *Economía Social y Solidaria. Políticas Públicas y Género*. Buenos Aires: Asoc. Lola Mora/IDAES-UNSAM-AECID.
- FUSTOS, K. (2010). Marriage benefits men's health. *Population Reference Bureau*, septiembre 2010.

- GÁLVEZ, L., RODRÍGUEZ-MODROÑO, P., AGENJO, A. y DOMÍNGUEZ-SERRANO, M. (2013). El trabajo de cuidados de mujeres y hombres en Andalucía. Medición y valoración. *Estudios*, 29. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de la Presidencia y Bienestar Social.
- GÁLVEZ, L. y TORRES, J. (2009). La crisis económica y sus alternativas: una perspectiva de género. Feminismo ante la crisis. *Fórum de Política Feminista* (pp. 15-30). Disponible en: <http://www.forumpoliticafeminista.org/fotos/files/1.pdf>
- GARCÉS, J., CARRETERO, S., RÓDENAS, F. y SANJOSÉ, V. (2009). Variables related to the informal caregivers' burden of dependent senior citizens in Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 372-379.
- GARCÍA-CALVENTE, M. M. (2004). Género y salud: un marco de análisis e interpretación. *Diálogo Filosófico*, 59, 212-228.
- GARCÍA-CALVENTE, M. M., CASTAÑO, E., MATEO, I., MAROTO, G. y RUIZ-CANTERO, M. T. (2007). A tool to analyse gender mainstreaming and care giving models in support plans form informal care. Case studies in Andalusia and United Kingdom. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(2), 32-38.
- GARCÍA-CALVENTE, M. M. y DEL RÍO, M. (2012). El papel del cuidado informal en la atención a la dependencia: ¿Cuidamos a quienes cuidan? *Actas de la Dependencia*, 6, 99-117. Disponible en: http://www.fundacioncaser.es/documentos/20121101_003
- GARCÍA-CALVENTE, M. M., DEL RÍO, M., MAROTO, G. y MATEO, I. (2008). Desigualdades de género en salud. En A. DAPONTE, J. BOLÍVAR y M. M. GARCÍA-CALVENTE (Eds.). *Las desigualdades sociales en salud*. Nueva Salud Pública, 3. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- GARCÍA-CALVENTE, M. M., JIMÉNEZ, M. L. y MARTÍNEZ, E. (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Serie Monografías, 48. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

- GARCÍA-CALVENTE, M. M. y LA PARRA, D. (2007). La investigación sobre cuidados informales de salud desde una perspectiva de género. En A. M. GARCÍA (Ed.). *5ª monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación sobre género y salud* (pp. 97-118). Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología.
- GARCÍA-CALVENTE, M. M., MARCOS, J. y DEL RÍO, M. (2012). Embedded gender and social changes underpinning inequalities in health: an ethnographic insight into a local Spanish context. *Social Science and Medicine*, 75, 2225-2232.
- GARCÍA-CALVENTE, M. M., MATEO, I. y EGUIGUREN, A. P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18, 132-139.
- GARCÍA-CALVENTE, M. M., MATEO, I. y GUTIÉRREZ, P. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública-Instituto Andaluz de la Mujer.
- GARCÍA-CALVENTE, M. M. y MARCOS, J. (2011). Construir salud, construir género: ¿por qué la investigación cualitativa es una metodología sensible al género? *Feminismos*, 18, 271-280.
- GARCÍA-CALVENTE, M. M., MATEO, I. y MAROTO, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18 (supl. 2), 83-92.
- GARCÍA-GÓMEZ, P., CASADO MARÍN, D. y LÓPEZ, A. (2013). Informal care and labour force participation among middle-aged women in Spain. *Economics and Business Working Papers Series*, 1023. Disponible en:
<http://www.econ.upf.edu/ca/recerca/paper.php?id=1023>
- GEIS, F. L. (1993). Self-fulfilling prophecies: a social psychological view of gender. En A. E. BEALL y R. J. STERNBERG (Eds.). *The psychological of gender*. Nueva York: Guilford Press.
- GIL, E., ESCUDERO, M., PRIETO, M. A., FRIAS, A. (2005). Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. *Enfermería Clínica*, 15 (4), 220-226.

- GIL, E. Y ROMO, N. (2007). Reflexiones en torno a la importancia de la perspectiva de género para comprender los procesos de salud y enfermedad. En P. FERNÁNDEZ Y M. J. CRUZ (Coords.). *Igualdad de Oportunidades y Conciliación: Una visión multidisciplinar* (pp. 33-44). Universidad de Jaén.
- GIL, E. Y ROMO, N. (2008). Conductas de riesgo en adolescentes urbanos andaluces. *Miscelanea Comillas*, 66 (129), 493-509.
- GILLIGAN, C. (1985). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica.
- GILLIGAN, C. (2011). *Joining the Resistance*. Cambridge: Polity Press.
- GONZÁLEZ-SANJUÁN, M. E. (2001). Género y salud: una reflexión sociológica del caso valenciano. En R. Radl Philipp. *Cuestiones actuales de Sociología del Género*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- GOVE, W. R. (1984). Gender differences in mental and physical illness: The effects of fixed roles and nurturant roles. *Social Science and Medicine*, 19, 77-91.
- GUEDES, A. C. y PEREIRA, M. G. (2013). Sobrecarga, Enfrentamiento, Síntomas Físicos y Morbilidad Psicológica en Cuidadores de Familiares Dependientes Funcionales. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 21(4): (6 pantallas). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
- GUZMÁN, R. (2009). Hacia un análisis interseccional de los procesos migratorios y la ciudadanía. En I. VÁZQUEZ (Coord.). *Investigación y género. Avances en las distintas disciplinas de conocimiento* (pp. 567-590). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- HAMMARSTRÖM, A., HÄRENSTAM, A. y ÖSTLIN, P. (2000). Gender and health: Concepts and explanatory models. En P. ÖSTLIN, M. DANIELSON, F. DIDERICHSEN, A. HÄRENSTEM y G. LINDBERG (Eds.). *Gender inequalities in health. A Swedish perspective*. Boston: Harvard Center for Population and International Health.

- HANSEN, T. y SLAGSVOLD, B. (2013). The psychological effects of providing personal care to a partner: a multidimensional perspective. *Health Psychology Research*, 1:e25. doi: 10.4082/hpr.2013.e25
- HANSON, L. L., LEINEWEBER, C., CHUNGKHAM H. S. Y WESTERLUND, H. (2014). Work-home interference and its prospective relation to major depression and treatment with antidepressants. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Jan, 40 (1), 66-73.
- HARAWAY, D. J. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres*. Madrid: Cátedra.
- HARDING, S. (1996). *Ciencia y feminismo* (1ª ed. 1986). Madrid: Morata.
- HEKMAN, S. J. (1995). *Moral Voices, Moral Selves: Carol Gilligan and Feminist Moral Theory*. Cambridge: Polity Press.
- HERNANDO, A. (2006). Una crítica feminista a la ley de dependencia. *Viento Sur*, 88, 89-95.
- HESSE-BIBER, S. N. y LEAVY, P. (2004). *Feminist perspectives on social research*. Oxford: University Press.
- HIRATA, H., LABORIE, F., LE DOARÉ, H. y SENOTIER, D. (2002). *Diccionario crítico del feminismo*. Madrid: Síntesis.
- HIRST, M. (2005). Carer distress: A prospective, population-based study. *Social Science & Medicine*, 61, 697-708.
- HO, S. C., CHAN, A., WOO, J., CHONG, P. y SHAM, A. (2009). Impact of caregiving on health and quality of life: a comparative population-based study of caregivers for elderly persons and non-caregivers. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64(8), 873-879.
- HOCHSCHILD, A. R. (1995). The Culture of Politics: Traditional, Post-modern, Cold-modern, and Warmmodern Ideals of Care. *Social Politics*, 2(3), 331-345.
- HOFMAN, N. G. (2010). Understanding women's work through the confluence of gender, race, and social class. *Cultural Dynamics* (noviembre 2010), 22(3), 179-195.

HUNT, K. y ANNANDALE, E. Relocating gender and morbidity: examining men's and women's health in contemporary Western societies. Introduction to Special Issue on Gender and Health. *Social Science and Medicine*, 48(1), 1-5.

INSTITUTO DE LA MUJER. MINISTERIO DE IGUALDAD (2005). *Conciliación de la vida familiar y la vida laboral: situación actual, necesidades y demandas*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Igualdad.

INSTITUTO DE LA MUJER, MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2007). *Usos del tiempo, estereotipos, valores y actitudes*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

INSTITUTO DE LA MUJER. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2008). *Cuidados a personas dependientes. Valoración económica*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES [IMSERSO] (2005). Atención a las personas en situación de Dependencia en España. En *Libro Blanco*. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/libro-blanco-dependencia.html>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA [INE] (2012). *Mujeres y Hombres en España*. Disponible en: <http://www.ine.es>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA [INE] (2010). *Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-2010*. Disponible en: <http://www.ine.es>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA [INE] (2008). Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD). Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>

IZQUIERDO, M. J. (1998). *El malestar en la desigualdad* (1ª ed.). Madrid: Ediciones Cátedra-Universidad de Valencia-Instituto de la Mujer.

IZQUIERDO, M. J. (2004). Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. En *Congreso Internacional SARE 2003*:

- Cuidar cuesta* (pp. 119-154). Vitoria-Gasteiz: Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea/Fondo Social Europeo.
- JIMÉNEZ-MARTÍN, S. y VILAPLANA, C. (2012). La interacción del sistema social y el sanitario. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(S), 124-133.
- JOHANSSON, E. E., HAMBERG, K., WESTMAN, G. y LINDGREN, G. (1999). The meanings of pain: an exploration of women's descriptions of symptoms. *Social Science and Medicine*, 48, 1791-1802.
- KEIJZER, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En C. CÁCERES, M. CUETO, M. RAMOS y S. VALLENS (Eds.). *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Herrera.
- KITTAY, E. F. y MEYERS, D. T. (1987). *Women and Moral Theory*. Totowa: Rowman & Littlefield.
- KRIEGER, N. (2001). A Glossary for Social Epidemiology. *Journal Epidemiology and Community Health*, 55, 693-700.
- KRIEGER, N. (2003). Gender, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32(4), 652-657.
- KRIEGER, N. (2005). Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 350-355.
- LAGARDE, M. (2004). Las mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. En VVAA. *SARE.2003. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado* (pp. 155-160). Vitoria-Gasteiz: Emakunde-Fondo Social Europeo.
- LAHELMA, E., ARBER, S., KIVELA, K. y ROOS, E. (2002). Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances. *Social Science and Medicine*, 54, 727-740.
- LA PARRA, D. (2001). Contribution of women and low-income households to the provision of informal home healthcare. *Gaceta Sanitaria*, 15, 498-505.

- 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. *Gaceta Sanitaria*, 22(5): 443-450.
- LEE, C. y POWERS, J. R. (2002). Number of social roles, health, and well-being in three generations of Australian women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9, 195-215.
- LETABLIER, M. T. (2007) El trabajo de «cuidados» y su conceptualización en Europa. En C. PRIETO (Ed.). *Trabajo, género y tiempo social* (pp. 64-84). Madrid: Hacer-UCM.
- LEWIS, J. y DALY, M. (2011). El concepto de social care y los estados de bienestar contemporáneo. En C. CARRASCO, C. BORDERÍAS y T. TORNOS (Eds.). *El trabajo de cuidados: Historia, Teoría y Políticas* (pp. 225-252). Madrid: La Catarata.
- 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, viernes 15 diciembre 2006.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de hombres y mujeres. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/pdf/Ley_de_igualdad.pdf
- LILLY, M. B., LAPORTE, A. y COYTE, P. C. (2007). Labor market work and home care's unpaid caregivers: a systematic review of labor force participation rates, predictors of labor market withdrawal, and hours of work. *Milbank Q*, 85, 641-690.
- LIMA, J. C., ALLEN, S. M., GOLDSCHIEDER, F. y INTRATOR, O. (2008). Spousal caregiving in late midlife versus older ages: implications of work and family obligations. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63, 229-238.
- LIN, I. F., FEE, H. R. y WU, H. S. (2012). Negative and positive caregiving experiences: a closer look at the intersection of gender and relationships. *Family Relations*, 61(2), 343-358.

- LOHAN, M. (2007). How might we understand men's health better? Integrating explanations from critical studies on men and inequalities in health. *Social Science and Medicine*, 65(3), 493-504.
- LONGINO, H. (1997). Feminismo y filosofía de la ciencia. En M. I. GONZÁLEZ-GARCÍA, J. A. LÓPEZ-CEREZO y J. L. LUJÁN-LÓPEZ. *Ciencia, tecnología y sociedad: lecturas seleccionadas*. Barcelona: Ariel.
- LÓPEZ GIL, S. y PÉREZ OROZCO, A. (2011). *Desigualdades a flor de piel: cadenas globales de cuidados. Concreciones en el empleo de hogar y articulaciones políticas*. Madrid: ONU Mujeres.
- LORBER, J. (1998). *Gender inequality: feminist theories and politics*. Los Angeles: Roxbury.
- LOSADA, A., MONTORIO, I., IZAL, M. y MÁRQUEZ, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- MACINTYRE, S. y HUNT, K. (1997). Socio-economic position, gender and health. How do they interact? *Journal of Health Psychology*, 2, 315-334.
- MACINTYRE, S., HUNT, K. y SWEETING, H. (1996). Gender differences in health. Are things as simple as the seem? *Social Science and Medicine*, 42, 617-624.
- MARCOS, J., GARCÍA-CALVENTE, M. M., DEL RÍO, M. y ROMO, N. (2013). Performing masculinity, influencing health: a qualitative mixed-methods study of young Spanish men. *Global Health Action*, 6, 21134.
- MARKEY, C. N., MARKEY, P. M., SCHNEIDER, C. Y BROWNLEE, S. (2005). Marital status and health beliefs: Different relations for men and women. *Sex Roles*, 53, 443-451.
- MARMOT, M. y WILKINSON, R. G. (1999). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- MARTÍN PALOMO, M. T. (2008). Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26(2).

- MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (2010). *Bienestar y cuidados: el oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid.
- MARTÍNEZ-RODRÍGUEZ, M. T. (2009). *La intervención psicosocial en contextos rurales con familias de personas mayores en situación de dependencia*. Madrid: En clave rural.
- MASANET, E. y LA PARRA, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 257-266.
- MCBRIDE, B. A. (1990). Mental health effects of women's multiple roles. *American Psychologist*, 45, 381-384.
- MCCONAGHY, R. y CALTABIANO, M. L. (2005). Caring for a person with dementia: exploring relationships between perceived burden, depression, coping and well-being. *Nursing and Health Sciences*, 7, 81-91.
- McFADDEN, E., LUBEN, R., BINGHAM, S., WAREHAM, N., KINMONTH, A. y KHAW, K. (2008). Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22,457 middle-aged men and women. *BMC Public Health*, 8(8), 230.
- MELLNER, C., KRANTZ, G. y LUNDBERG, U. (2006). Symptom reporting and self-rated health among women in mid-life: the role of work characteristics and family responsibilities. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13, 1-7.
- MILLER, B. y KAUFMAN, J. E. (1996). Beyond gender stereotypes: spouse caregivers of persons with dementia. *Journal of Aging Studies*, 10, 189-204.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (2008). *Informe Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MIROWSKY, J. y ROSS, C. E. (1992). Age and depression. *Journal of Health and Social Behaviour*, 33, 187-205.
- MORENO, L. (Coord.) (2009). *Reformas de las políticas de bienestar en España*. Madrid: Siglo XXI.

- MORRIS, M. (2001). *Gender-sensitive home and community care and caregiving research: a synthesis paper*. National Coordinating Group of Health Care Reform and Women, Health Canada. Disponible en: <http://www.cewh-cesf.ca/healthforms/publications>
- MOSS, N. E. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Social Science and Medicine*, 54, 649-661.
- MURILLO, S. (1996). *El mito de la vida privada: de la entrega al tiempo propio*. Madrid: Editorial Siglo XXI.
- MURILLO, S. (2003). Cara y cruz del cuidado que donan las mujeres. *Congreso Internacional SARE 2003. Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado* (pp. 1-12). Vitoria-Gasteiz: Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea/Fondo Social Europeo.
- NAVAIE-WALISER, M., SPRIGGS A. y FELDMAN, P. H. (2002). Informal caregiving: differential experiences by gender. *Medical Care*, 40.
- NAVARRO, V. (2004). *The political and social contexts of health*. Amityville: Baywood Publishing.
- NODDINGS, N. (1995). Caring. En *Justice and Care* (pp. 7-30). Boulder: Westview Press.
- NOONE, J. H. y STEPHERNS, C. (2008). Men, masculine identities and health care utilisation. *Sociological Health Illness*, 30(5), 711-725.
- OAKLEY, A. (1972). *Sex, Gender and Society*. Londres: Temple Smith.
- OAKLEY, A. (1985). *The Sociology of Housework*. Oxford: Basil Blackwell.
- O'BRIEN, R., HUNT, K. y HART, G. (2005). It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate: men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science and Medicine*, 61, 503-516.
- O'BRIEN, R., HUNT, K. y HART, G. (2007). Standing out from the herd: men renegotiating masculinity in relation to their experience of illness. *International Journal of Men's Health*, 6(3), 178-200.

- OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DISCAPACIDAD (2010). Las personas con discapacidad en España. Informe Olivenza. Badajoz: Observatorio Estatal de la Discapacidad.
- OKIN, S. (1990). Thinking like a woman. En D. RHODE (Ed.), *Theoretical perspectives on sexual difference*. New Haven: Yale University Press.
- OLESEN, V. (2000). Feminisms and Qualitative Research at and into the Millenium. En N. K. DENZIM y Y. S. LINCOLN (Eds.). *Handbook of Qualitative Research* (2ª ed.) (pp. 215-254). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- OLIVA, J., VILAPLANA, C. y OSUNA, R. (2011). El valor de los cuidados informales provistos a las personas mayores en situación de dependencia en España. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 108-114.
- OLSON, L. K. (2003). *The not-so-golden years. Caregiving, the frail elderly, and the long-term care establishment*. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (1948). *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, Nueva York.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (2009). *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*, Ginebra.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS] (2002). *Proyecto Equidad de Género y Reforma de Salud. Observaciones y comentarios al documento Objetivos sanitarios y Modelo de Salud para la década 2000-2010*. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS] (2003). *Género, salud y desarrollo en las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS] (2004). *Gender Workshop. Identifying Gender Issues in Health. Participant Manual*. Disponible en:
<http://www.paho.org/English/AD/GE/GenderWorkshop.pdf>

- ORTIZ, T. (1997). Feminismo, mujeres y ciencia. En F. J. RODRÍGUEZ-ALCÁZAR, R. MEDINA-DOMENECH y J. A. SÁNCHEZ-CAZORLA (Eds.). *Ciencia, tecnología y sociedad: contribuciones para una cultura de la paz*. Granada: Universidad de Granada.
- ORTIZ, T. (2002). El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En E. RAMOS (Ed.) *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud* (pp. 29-49). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- ORTIZ, T. (2006). *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KRK.
- PAVALKO, E. K. y HENDERSON, K. A. (2006). Combining care work and paid work: Do workplace Policies make a difference? *Research on Aging*, 28(3), 359-374.
- PEARLIN, L. I., TURNER, H. A. y SEMPLE, S. J. (1989). Coping and the mediation of caregiver stress. En E. LIGHT y B. LEBOWITZ. (Eds.). *Alzheimer's disease treatment and family stress: Directions for research* (pp. 198-217). Washington: APA.
- PÉREZ-OROZCO, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Economía Feminista*, 5, 7-37.
- PÉREZ-SEDEÑO, E. (1997). Ciencia, tecnología y sociedad: la perspectiva de género. En M. I. GONZÁLEZ GARCÍA, J. A. LÓPEZ CEREZO y J. L. LÓPEZ. *Ciencia, tecnología y sociedad: lecturas seleccionadas*. Barcelona: Ariel.
- PHILLIPS, S. P. (2008). Measuring the health effects of gender. *Journal Epidemiology and Community Health*, 62, 368-371.
- PICKARD, L. (2004). *The effectiveness and cost-effectiveness on support and services to informal carers of older people*. London: Audit.
- PICKARD, L. (2011). *The supply of informal care in Europe. ENEPRI Research Report 94*. Disponible en: <http://www.ancien.longtermcare.eu/>
- PIEDRA, N. (2003). Feminismo y postmodernidad: entre el ser para sí o el ser para los otros. *Revista Ciencias Sociales*, 101-102 (III-IV). San José: Universidad de Costa Rica.

- PIEDRA, N. (2013). La importancia del enfoque de género en la investigación socio-histórica. *Revista Ciencias Sociales*, 140 (II). San José: Universidad de Costa Rica.
- PINQUART, M., y SORENSEN, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*, 18, 250-267.
- PINQUART, M., y SORENSEN, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), 33-45.
- PINQUART, M. y SORENSEN, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), 126-137.
- POPAY, J. (1992). My health is all right, but I'm just tired all the time: women's experience of ill health. En H. Roberts (Ed.). *Women's Health Matters*. Londres: Routledge.
- POPAY, J. y GROVES, K. (2000). Narrative in research on gender inequalities in health. En E. ANNANDALE y K. HUNT (Eds.), *Gender inequalities in health* (pp. 64-89). Buckingham: Open University Press.
- REARDON, B. (1985). *Sexism and the War System*. Nueva York: Teachers College Press.
- RICO, M. N. (2009). *Crisis de cuidado y políticas públicas. El momento es ahora*. Ponencia presentada en el Seminario Regional Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas. 29-30 octubre 2009, Santiago de Chile.
- RISMAN, B. (1998). *Gender vertigo*. New Haven: Yale University Press.
- RISMAN, B. y DAVIS, G. (2013). *From sex roles to gender structure*. *Current Sociology*. Publicado en línea 12 marzo 2013. Disponible en:
<http://csi.sagepub.com/content/early/2013/03/12/0011392113479315>
- ROBERTSON, S. (2006). I've been like a coiled spring this last week: embodied masculinity and health. *Sociology of Health and Illness*, 28(4), 433-456.

- RODRÍGUEZ-CABRERO, G. (2004). *Protección social de la dependencia en España. Documento de Trabajo 44/2004*. Madrid: Fundación Alternativas, Madrid.
- RODRÍGUEZ-CABRERO, G. (2009). El desarrollo de la política social de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia en España (2007-2009). *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, 2, julio-diciembre, 33-58.
- RODRÍGUEZ-CABRERO, G. (2011). Presentación. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29 (1), 11-12.
- RODRÍGUEZ-CABRERO, G. y MARBÁN, V. (2013). La atención a la dependencia en una perspectiva europea: de la asistencialización a la cuasi-universalización. En E. DEL PINO y M. J. RUBIO LARA (Eds.). *Los estados de bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid: Editorial Tecnos.
- RODRÍGUEZ-CASTEDO, A. D. (Ed.). (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- ROGERO-GARCÍA, J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- ROHLFS, I., BORELL, C. y FONSECA, M. (2000) Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14 (Supl 3), 60-71.
- ROHLFS, I., DE ANDRÉS, J., ARTAZCOZ, L., RIBALTA, M. y BORRELL, C. (1997). Influence of paid work on the perceived health state in women. *Medicina Clínica*, 108, 566-571.
- ROSS, C. E. (1987). The division of labor at home. *Social Forces*, 47, 816-833.
- RUBIO, I. y MADARIAGA, A, (2013). *Los servicios de asistencia a los cuidadores familiares de personas mayores dependientes en la provincia de Bizkaia*. Bilbao: Instituto de Estudios de Ocio de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Deusto.
- RUDDICK, S. (1989). *Maternal Thinking. Towards a Politics of Peace*. Londres: The Women's Press.

- RUIZ-CANTERO, M. T. y VERDÚ, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 118-125.
- RUIZ-CANTERO, M. T., VIVES, C., ARTAZCOZ, A., DELGADO, A., GARCÍA-CALVENTE, M. M., MIQUE, C., ET AL. (2007). A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 46-53.
- SAAVEDRA, F. J., BASCÓN, M. J. ARIAS, S. GARCÍA-CALDERÓN, M. y MORA, D. (2013). Cuidadoras de familiares dependientes y salud: influencia de la participación en un taller de control de estrés. *Clínica y Salud*, 24, 85-93.
- SALTZMAN, J. (1992). *Equidad y género: Una teoría integrada de estabilidad y cambio. Feminismos*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- SÁNCHEZ-CRUZ, J. J., GARCÍA-CALVENTE, M. M., ORTIZ, J., ET AL. (2003). *Encuesta Andaluza de Salud 1999: muestra de adultos*. Sevilla: Consejería de Salud.
- SAND, M. S., FISHER, W., ROSEN, R., HEIMAN, J. y EARDLEY, I. (2008). Erectile Dysfunction and Constructs of Masculinity and Quality of Life in the Multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 583-594.
- SEGUÍ, J. D., ORTIZ-TALLO, M. y DE DIEGO, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: Sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de Psicología*, 24(1), 100-105.
- SEN, G. y ÖSTLIN, P. (2002). Engendering health equity: a review of research and policy. En G. SEN, G. ASHA Y P. ÖSTLIN (Eds.). *Engendering international health – the challenge of equity*. Cambridge: The MIT Press.
- SEN, G. y ÖSTLIN, P. (2007). *Final Report to the WHO Commission on Social Determinant of Health. Unequal, unfair, ineffective and inefficient Gender Inequality in Health: Why it exist and how we can change it*. Disponible en:
http://www.eurohealth.ie/pdf/WGEKN_FINAL_REPORT.pdf
- SHELTON, B. y JOHN, D. (1996). The division of household labour. *Annual Review of Sociology*, 22, 229-322.

- SCHULZ, R. y BEACH, S.R. (1999). Caregiving as a Risk Factor for Mortality. The Caregiver Health Effects Study. *Journal of the American Medical Association*, 282: 2215-2219.
- SCHULZ, R. y SHERWOOD, P.R. (2008) Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *American Journal of Nursing*, 108(9), 23-27.
- SIGURDARDOTTIR, S. H. y KAREHOLT, I. (2014). Informal and formal care of older people in Iceland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi: 10.11111/scs.12114
- SIMON, J. G., DE BOER, J. B., JOUNG, I. M. A., BOSMA, H. y MACKENBACH, J. P. (2005). How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *The European Journal of Public Health*, 15(2), 200-208.
- SKÆRBÆK, E. (2011). Navigating in the landscape of care: a critical reflection on theory and practise of care and ethics. *Health Care Analysis*, 19(1), 41-50.
- SOLAR, O. y IRWIN, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- STEBBINS, P. y PAKENHAM, I. (2001). Irrational schematic beliefs and psychological distress in caregivers of people with traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 46(2), 178-194.
- STEPHENS, M. A. P. (1997). Where two roles intersect: spillover between parent care and employment. *Psychology and Aging*, 12, 30-37.
- STROHSCHHEIN, L., MCDONOUGH, P., MONETTE, G., ET AL. (2005). Marital transitions and mental health: are there gender differences in the short-term effects of marital status change? *Social Science and Medicine*, 61, 2293-2303.
- SUGIURA, K., ITO, M., KUTSUMI, M. y MIKAMI, H. (2009). Gender differences in spousal caregiving in Japan. *Journal of Gerontology Social Sciences*, 64(1), 147-156.
- SUGIURA, K., ITO, M. y MIKAMI, H. (2004). Evaluation of gender differences of family caregivers with reference to the mode of caregiving at home and caregiver distress in Japan. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*, 51, 240-251.

- THORSLUND, M., LUNDBERG, O. y PARKER, M. (1993). Class and morbidity among the oldest old. A study shows a general connection. *Journal of Swedish Medical Association*, 90(41): 3547-3553.
- THORSON, A, y JOHANSSON, E. (2004). Equality or equity in health care access: a qualitative study of doctors' explanations to a longer doctor's delay among female TB patients in Vietnam. *Health Policy*, 68(1), 37-46.
- TOBÍO, C. (2010). *Abuelas y abuelos en la red familiar*. Sevilla: Instituto de Estadística de Andalucía, Junta de Andalucía.
- TOBÍO, C. (2012). Cuidado e identidad de género. De las madres que trabajan a los hombres que cuidan. *Revista Internacional de Sociología*, 70(2), 399-422.
- TOBÍO, C. (2013). Estado y familia en el cuidado de las personas: sustitución o complemento. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1), 17-38.
- TOLJAMO, M., Peralá, M. L. y Laukkala, H. (2012). Impact of caregiving on Finnish family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 211-218.
- TORNS, T. (2008). El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 15, 53-73.
- TORNS, T. y RECIO, C. (2013). La división sexual del trabajo: Las desigualdades en el empleo y en el trabajo doméstico y de cuidados. En C. DÍAZ y S. DEMA (Eds.): *Sociología y Género*. Madrid: Tecnos.
- TRUJILLO, G. (2009). Del sujeto político de la mujer a la agencia de las (otras) mujeres: el impacto de la crítica queer en el feminismo del Estado español. *Política y Sociedad*, 46 (1), 161-172.
- TWIGG, J. y ATKIN, K. (1994). *Carers Perceived. Policy and Practice in Informal Care*. Buckingham: Open University Press.
- VALLS, C. (1994). *Mujeres y Hombres: Salud y Diferencias*. Barcelona: Folio.

- VALLS, C. (2006). *Mujeres invisibles*. Barcelona: Debolsillo.
- VAN EWUIK, H., HENS, H. y LAMMERSEN, G. (2002). Mapping of care services and the care workforce. Consolidated report. En P. Moss (Ed.). *Care work in Europe. Current understandings and future directions*. Disponible en: <http://144.82.35.228/carework/uk/reports>
- VAN EXEL, J. G., MORÉE, M., KOOPMANSCHAPA, M., GOEDHEITB, T. y BROUWERA, W. (2006). Respite care: an explorative study of demand and use in Dutch informal caregivers. *Journal of Health Policy*, 78, 2-3.
- VELASCO, S. (2009). *Sexos, Género y Salud. Teoría y Métodos para la Práctica Clínica y Programas de Salud*. Madrid: Ediciones Minerva.
- VELASCO, S., RUIZ-CANTERO, M. T. y ÁLVAREZ-DARDET, C. (2006). Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica: De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Revista Española de Salud Pública*, 80(4), 317-333.
- VERBRUGGE, L. M. (1985). Gender and health: an update on hypothesis and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 156-182.
- VERBRUGGE, L. M. (1989). The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3), 282-304.
- VERDONK, P., SEESING, H. y DE RIJK, A. (2010). Doing masculinity, not doing health? A qualitative study among Dutch male employees about health beliefs and workplace physical activity. *BMC Public Health*, 19, 10, 712.
- VICENTE-MERINO, A. M., MARTÍNEZ-AGUADO, A. y MARTÍNEZ-AGUADO, T. (2010). *Cambios en el mercado laboral español. La incorporación de la mujer al mercado laboral: factores determinantes a nivel geográfico, profesional, y por actividades en el sistema de la Seguridad Social*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- VITALINO, P. P., ZHANG, J. y SCANLAN, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6), 946-972.

- VLACHANTONI, A., EVANDROU, M., FALKINGHAM J y ROBARDS J. (2013). Informal care, health and mortality. *Maturitas*, 74(2), 114-118.
- WALKER, A. J. (1992). Conceptual perspectives on gender and family caregiving. En J. W. DWYER y R. T. COWARD (Eds.), *Gender, families, and elder care* (pp. 34-46). Newbury Park: SAGE.
- WEST, C. y ZIMMERMAN, D. (1987). Doing gender. *Gender and Society*, 1, 125-151.
- WRIGHT, K. (1983). *The economics of informal care of the elderly*. Londres: Centre for Health Economics.
- WU, C. Y., WHITLEY, R., STEWART, R. y LIU, S. I. (2012). Pathways to care and help-seeking experience prior to self-harm: a qualitative study in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 20(1), 32-41.
- YEE, J. L. y SCHULZ, R. (2000). Gender differences in Psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *Gerontologist*, 40 (2), 147-164.
- ZARIT, S. H., REEVER, K. E. y BACH-PETERSON, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, (20), 649-654.
- ZHAN, H. J. (2005). Aging, health care, and elder care: perpetuation of gender inequalities in China. *Health Care for Women International*, 26, 693-712.

10. ANEXOS

10.1 Factor de impacto e indicios de calidad de los artículos presentados

Los artículos presentados han sido publicados en cuatro revistas científicas de prestigio, dos de las cuales son nacionales y las otras dos nacionales. De estas cuatro revistas, una de ellas se encuentra indexada en Latindex, el Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Las otras tres cuentan con factor de impacto y están indexadas en el ISI Web of Science del Journal Citation Reports (JCR). Web of Science es la base de datos de información científica más importante del mundo y es el patrón oro en la evaluación de la ciencia en los países desarrollados. Desde su conceptualización y lanzamiento en los años 70, Web of Science ha tenido por objetivo recopilar las revistas más destacadas de cada disciplina científica.

El siguiente cuadro resume las principales características de las revistas en las han sido publicados los artículos. Seguidamente, se ofrece un mayor detalle sobre cada una de ellas.

Artículo	Revista	F. I.	Indexación
Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain	Sociology of Health & Illness	1,735	ISI Web of Science (JCR)
Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud	Inguruak. Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política		Latindex
Desigualdades de género en el deterioro de la salud como resultado del cuidado informal en España	Gaceta Sanitaria	1,116	ISI Web of Science (JCR)
Gender identity in informal care: Impact on health in Spanish Caregivers	Qualitative Health Research	2,181	ISI Web of Science (JCR)
Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal	Gaceta Sanitaria	1,116	ISI Web of Science (JCR)

SOCIOLOGY OF HEALTH & ILLNESS



Es una revista científico-académica, activa desde 1979, revisada por pares, que publica siete ediciones al año, una edición bimestral y un número especial. La Editorial es Wiley-Blackwell, perteneciente a la Fundación para la Sociología de la Salud y la Enfermedad. La revista cubre los temas de Salud, Enfermedad, Medicina y Atención a la salud, en sus relaciones con la Sociología.

Según ISI Journal Citation Reports, el Factor de Impacto de la revista en 2012 fue de 1.735.

Según esta misma fuente, la revista Sociology of Health & Illness se encuentra dentro del Segundo Cuartil (Q2) en la categoría «PUBLIC HEALTH, ENVIRONMENTAL AND OCCUPATIONAL HEALTH» (puesto 43 de 139 revistas en esta categoría); en el Segundo Cuartil (Q2) en la categoría «SOCIAL SCIENCES BIOMEDICAL» (puesto 11 en el Ranking de las 36 revistas pertenecientes al grupo) y en el Primer Cuartil (Q1) del grupo «SOCIOLOGY» (en el puesto 20 de las 139 revistas del grupo).

Detalles de la revista «Sociology of Health & Illness», aportados por Journal Citation Reports en la Web de ISI Web of Knowledge (I)

ISI Web of KnowledgeSM

Journal Citation Reports[®]

WELCOME HELP MARKED LIST

2012 JCR Social Science Edition

Journal Summary List

[Journal Title Changes](#)

Journals from: search JCR Abbreviated Journal Title for 'SOCIOLOG HEALTH ILL'

Sorted by: SORT AGAIN

Journals 1 - 1 (of 1)

Navigation icons: first, previous, [1], next, last

Page 1 of 1

MARK ALL UPDATE MARKED LIST

Ranking is based on your journal and sort selections.

Mark	Rank	Abbreviated Journal Title <small>(linked to journal information)</small>	ISSN	JCR Data ⁱ						Eigenfactor [®] Metrics ^j	
				Total Cites	Impact Factor	5-Year Impact Factor	Immediacy Index	Articles	Cited Half-life	Eigenfactor [®] Score	Article Influence [®] Score
<input type="checkbox"/>	1	SOCIOLOG HEALTH ILL	0141-9889	2381	1.735	2.442	0.231	78	9.0	0.00470	0.844

MARK ALL UPDATE MARKED LIST

Journals 1 - 1 (of 1)

Navigation icons: first, previous, [1], next, last

Page 1 of 1

[Available Use Policy](#)
Copyright © 2014 Thomson Reuters



Detalles de la revista «Sociology of Health & Illness», aportados por Journal Citation Reports en la Web de ISI Web of Knowledge (II)

JCR-Web 4.5 Journal Information

Journal Information

Full Journal Title: SOCIOLOGY OF HEALTH & ILLNESS
 ISO Abbrev. Title: Sociol. Health Ill.
 JCR Abbrev. Title: SOCIOL HEALTH ILL
 ISSN: 0141-9889
 Issues/Year: 7
 Language: ENGLISH
 Journal Country/Territory: ENGLAND
 Publisher: WILEY-BLACKWELL
 Publisher Address: 111 RIVER ST, HOBOKEN 07030-5774, NJ.
 Subject Categories: PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH
 SOCIAL SCIENCES, BIOMEDICAL
 SOCIOLOGY

Eigenfactor[®] Metrics
Eigenfactor[®] Score: 0.00470
Article Influence[®] Score: 0.844

Additional Links
[GO TO ULRICH'S](#)
[GO TO CC CONNECT](#)

SCOPE NOTE VIEW JOURNAL SUMMARY LIST VIEW CATEGORY DATA

SCOPE NOTE VIEW JOURNAL SUMMARY LIST VIEW CATEGORY DATA

SCOPE NOTE VIEW JOURNAL SUMMARY LIST VIEW CATEGORY DATA

Journal Rank in Categories: JOURNAL RANKING

Journal Impact Factor

Cites in 2012 to items published in: 2011 = 91 Number of items published in: 2011 = 68
 2010 = 138 2010 = 64
 Sum: 229 Sum: 132

Calculation: $\frac{\text{Cites to recent items}}{\text{Number of recent items}} = \frac{229}{132} = 1.735$

5-Year Journal Impact Factor

Cites in {2012} to items published in: 2011 = 91 Number of items published in: 2011 = 68
 2010 = 138 2010 = 64
 2009 = 179 2009 = 66
 2008 = 210 2008 = 66
 2007 = 161 2007 = 55
 Sum: 779 Sum: 319

Calculation: $\frac{\text{Cites to recent items}}{\text{Number of recent items}} = \frac{779}{319} = 2.442$

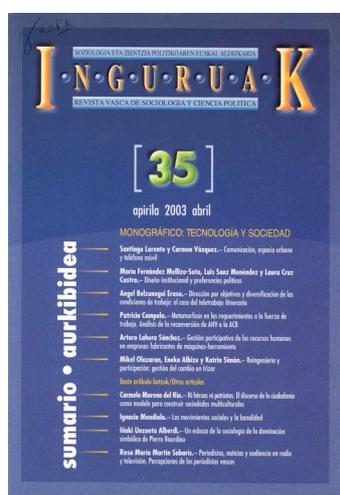
Journal Ranking

For 2012, the journal **SOCIOLOGY OF HEALTH & ILLNESS** has an Impact Factor of 1.735.

This table shows the ranking of this journal in its subject categories based on Impact Factor.

Category Name	Total Journals In Category	Journal Rank In Category	Quartile In Category
PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH	139	43	Q2
SOCIAL SCIENCES, BIOMEDICAL	36	11	Q2
SOCIOLOGY	139	20	Q1

INGURUAK



La revista Inguruak es la revista oficial de la Asociación Vasca de Sociología y Ciencia Política. Desde su primer número, el objetivo principal de la revista ha sido servir como cauce de expresión de la Sociología practicada en el País Vasco, incorporando de manera progresiva numerosos artículos de expertos españoles y extranjeros, lo que ha permitido ampliar significativamente el ámbito de referencia.

Comenzó su andadura en 1986. Tiene una frecuencia de publicación cuatrimestral.

La editorial es la Asociación Vasca de Sociología; UPV; Universidad de Deusto; Presidencia del Gobierno Vasco.

Está indexada en Latindex, el Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

Detalles de la revista «Inguruak», aportados en la Web de Latindex

Sistema Regional de Información
en Línea para Revistas Científicas
de América Latina, el Caribe, España y Portugal

latindex ¹⁵ años

[¿Qué es Latindex?](#) • [Organización](#) • [Socios](#) • [Editores](#) • [Biblioteca del editor](#) • [Documentos](#) • [Números](#) • [Noticias](#)

Descripción/Description/Descrição



La revista Inguruak es la revista oficial de la Asociación Vasca de Sociología y Ciencia Política. Desde su primer número, el objetivo principal de la revista ha sido servir como cauce de expresión de la Sociología practicada en el País Vasco, incorporando de manera progresiva numerosos artículos de expertos españoles y extranjeros, lo que ha permitido ampliar significativamente el ámbito de referencia.

En catálogo.

Características cumplidas/Cumpridas/Standards met: 28
Características no cumplidas/Não cumpridos/Standards not met: 5

Folio	6006
Acopio	España
Fecha de Alta	2004-05-12
Fecha de Modificación	2004-05-12
Tipo de Registro	Modificado
Título	Inguruak. Revista Vasca de sociología y Ciencia Política
Título Abreviado	Inguruak.
País	España
Situación	Vigente
Año Inicio	1986
Año Terminación	9999
Frecuencia	Cuatrimstral
Tipo de Publicación	Publicación periódica
Soporte	Impreso en papel
Idioma(s)	Español
ISSN	0214-7912
Temas	Sociología
Clasificación Decimal Universal	316
Lugar	Bilbao
Editorial	Asociación Vasca de Sociología; UPV; Universidad de Deusto; Presidencia del Gobierno Vasco
Responsables	María Silvestre
Calle	Hurtado de Amezaga, 27, 9º, dpto. 9
Ciudad	Bilbao
Estado/Provincia/Departamento	Comunidad del País Vasco
País Editor	España
Código Postal	48008
Email	avs@euskalnet.net
Enlace Electrónico Parcial	www.ehu.es/avs-ese
Teléfonos	944100740
Fax	944100740
Indizada/Resumida en	ISOC Latindex-Catálogo Latindex-Directorio
Naturaleza de la Publicación	Revista Técnico-Profesional
Naturaleza de la Organización	Asociación Científica o Profesional
Precio	Suscripción 21 €; nºs sueltos 7,80 €
Distribución (formas)	Venta, suscripción
Distribución (vías)	Terrestre, aerea
Distribución (geográfica)	Nacional

[Créditos](#)

GACETA SANITARIA



Gaceta Sanitaria es la revista científica y órgano de expresión de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Gaceta Sanitaria se rige por el sistema de revisión por pares y publica trabajos Originales, Originales breves, Artículos de revisión, Artículos de opinión, Cartas al director y otros artículos especiales referentes a todos los campos de la Salud Pública y la Administración Sanitaria, incluyendo la epidemiología, la prevención y la promoción de la salud, la gestión y la

evaluación de políticas y de servicios, la economía de la salud, la salud ambiental y la salud internacional. Gaceta Sanitaria revisa y acepta para su publicación artículos en español e inglés, originados principalmente en España y en otros países tanto europeos como latinoamericanos. El contenido de Gaceta Sanitaria refleja exclusivamente las conclusiones, hallazgos y opiniones de los autores y no del Comité Editorial, Consejo Asesor, SESPAS, Sociedades federadas, Elsevier España o de los patrocinadores, presentándose como un servicio a los profesionales sanitarios.

Gaceta Sanitaria está indexada en la Web of Knowledge (Science Citation Index, SCI, y Social Sciences Citation Index, SSCI), Medline/PubMed, Scielo, Índice Médico Español, Toxline, Cancerlit, Aidsline, Cab Health, Bibliomed, Cuiden, Index Medicus, Eventline y Healthstar.

El factor de impacto de la revista Gaceta Sanitaria fue en 2012 de 1.116.

El indicador SJR (Scientific Journal Ranking) señala que Gaceta Sanitaria se posiciona en el Segundo Cuartil (Q2) en la categoría «MEDICINE (MISCELLANEOUS)» Y en el Tercer Cuartil (Q3) en la categoría «PUBLIC HEALTH, ENVIRONMENTAL AND OCCUPATIONAL HEALTH».

Desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud

Detalles de la revista «Gaceta Sanitaria», aportados por Journal Citation Reports en la Web de ISI Web of Knowledge (I)

ISI Web of KnowledgeSM

Journal Citation Reports[®]

WELCOME HELP MARKED LIST 2012 JCR Social Science Edition

Journal Summary List [Journal Title Changes](#)

Journals from: search Full Journal Title for 'GACETA SANITARIA'

Sorted by: Journal Title SORT AGAIN

Journals 1 - 1 (of 1) Page 1 of 1

MARK ALL UPDATE MARKED LIST

Ranking is based on your journal and sort selections.

Mark	Rank	Abbreviated Journal Title (linked to journal information)	ISSN	JCR Data [↓]					Eigenfactor [®] Metrics [↓]		
				Total Cites	Impact Factor	5-Year Impact Factor	Immediacy Index	Articles	Cited Half-life	Eigenfactor [®] Score	Article Influence [®] Score
<input type="checkbox"/>	1	GAC SANIT	0213-9111	981	1.116	1.162	0.358	109	5.1	0.00185	0.246

MARK ALL UPDATE MARKED LIST

Journals 1 - 1 (of 1) Page 1 of 1

[Accessible Use Policy](#)
Copyright © 2014 Thomson Reuters

QUALITATIVE HEALTH RESEARCH

Es una revista mensual revisada por pares, publicada por Sage, prestigiosa editorial referente en las Ciencias Sociales desde 1991. Proporciona un foro internacional e interdisciplinario para mejorar la salud y promover el desarrollo y la comprensión de la investigación cualitativa en los entornos de atención de salud. Es un recurso muy valioso para personas investigadoras y académicas, administradoras y otros miembros de las profesiones sanitarias y de servicios sociales.



Se trata de una publicación reconocida por su calidad, como demuestra su inclusión en ISI Web of Science (Social Science Citation Index). Se trata de una revista con factor de impacto y bien clasificada en los «Subject Category Listings» de Web of Science. Se sitúa para el año 2012 en el Primer Tercil y Segundo Cuartil (Q2) de la categoría «HEALTH POLICY & SERVICES» (en el puesto 17 de las 67 revistas incluidas en este grupo), y cuenta con un factor de impacto de 2.181.

La revista mencionada se encuentra también indexada en la Base de datos internacional Scopus. El indicador SJR (Scientific Journal Ranking) señala que Qualitative Health Research se posiciona en el Primer Decil en la categoría «NURSING (MISCELLANEOUS)» con un valor SJR de 1.18 (posición 11 de 127 revistas).

Según la base de datos Ulrichs, también se encuentra indexada en unas 80 bases de datos, lo que demuestra la amplia difusión de la publicación.

Detalles de la revista «Qualitative Health Research», aportados por Journal Citation Reports en la Web de ISI Web of Knowledge (I)

ISI Web of KnowledgeSM

Journal Citation Reports[®]

WELCOME ? HELP MARKED LIST 2012 JCR Social Science Edition

Journal Summary List [Journal Title Changes](#)

Journals from: search Full Journal Title for 'QUALITATIVE HEALTH RESEARCH'

Sorted by: Journal Title SORT AGAIN

Journals 1 - 1 (of 1) Page 1 of 1

MARK ALL UPDATE MARKED LIST

Ranking is based on your journal and sort selections.

Mark	Rank	Abbreviated Journal Title <i>(linked to journal information)</i>	ISSN	JCR Data ⁱ					Eigenfactor [®] Metrics ^j		
				Total Cites	Impact Factor	5-Year Impact Factor	Immediacy Index	Articles	Cited Half-life	Eigenfactor [®] Score	Article Influence [®] Score
<input type="checkbox"/>	1	QUAL HEALTH RES	1049-7323	3751	2.181	2.372	0.201	139	7.1	0.00759	0.649

MARK ALL UPDATE MARKED LIST

Journals 1 - 1 (of 1) Page 1 of 1

[Acceptable Use Policy](#)
Copyright © 2014 Thomson Reuters

10.2. Declaración de autoría de artículos

Declaración de autoría del artículo 1. Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain.

Las personas abajo firmantes, como coautoras del artículo «Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain», aceptan que María del Río Lozano presente el citado artículo como parte de su tesis doctoral.

Declaran que María del Río Lozano ha participado activamente en el estudio al que hace referencia el artículo. Ha participado en el análisis e interpretación de los resultados, y ha redactado el manuscrito final.

Así mismo, declaran que no han presentado dicha publicación en otra tesis doctoral y que, en el caso de no ser doctores/as en la fecha de esta declaración, renuncian a hacerlo en un futuro.

En Granada, a 12 de mayo de 2014:



María del Mar García Calvente



Natalia Hidalgo Ruzzante



Jorge Marcos Marcos



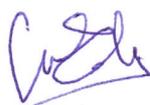
Emilia Martínez Morante



Gracia Maroto Navarro



Inmaculada Mateo Rodríguez



Eugenia Gil García

Declaración de autoría del artículo 2. Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud.

Las personas abajo firmantes, como coautoras del artículo «Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud», aceptan que María del Río Lozano presente el citado artículo como parte de su tesis doctoral.

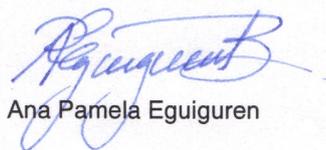
Declaran que María del Río Lozano ha participado activamente en todas las etapas del proceso de investigación al que hace referencia el artículo. Ha participado en el diseño, realizado el análisis estadístico, interpretado los resultados y redactado el informe final.

Así mismo, declaran que no han presentado dicha publicación en otra tesis doctoral y que, en el caso de no ser doctores/as en la fecha de esta declaración, renuncian a hacerlo en un futuro.

En Granada, a 12 de mayo de 2014:



Fdo.: María del Mar García Calvente



Ana Pamela Eguiguren

Declaración de autoría del artículo 3. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como resultado del cuidado informal en España.

Las personas abajo firmantes, como coautoras del artículo «Desigualdades de género en el deterioro de la salud como resultado del cuidado informal en España», aceptan que María del Río Lozano presente el citado artículo como parte de su tesis doctoral.

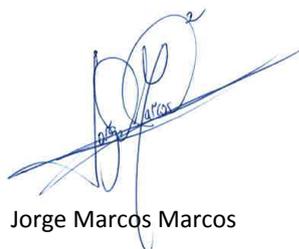
Declaran que María del Río Lozano ha participado activamente en el estudio al que hace referencia el artículo. Ha participado en todas las etapas del proceso de investigación, desde el diseño hasta la publicación de los resultados. Ha analizado los datos, interpretado los resultados y redactado el manuscrito final.

Así mismo, declaran que no han presentado dicha publicación en otra tesis doctoral y que, en el caso de no ser doctores/as en la fecha de esta declaración, renuncian a hacerlo en un futuro.

En Granada, a 12 de mayo de 2014:



María del Mar García Calvente



Jorge Marcos Marcos

Declaración de autoría del artículo 4. Gender identity in informal care: Impact on health in Spanish Caregivers

Las personas abajo firmantes, como coautoras del artículo «Gender identity in informal care: Impact on health in Spanish Caregivers», aceptan que María del Río Lozano presente el citado artículo como parte de su tesis doctoral.

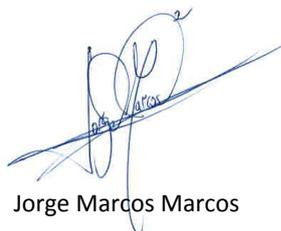
Declaran que María del Río Lozano ha participado activamente en el estudio al que hace referencia el artículo. Ha participado en todas las etapas del proceso de investigación, desde el diseño hasta la publicación de los resultados. Ha analizado los datos, interpretado los resultados y redactado el manuscrito final.

Así mismo, declaran que no han presentado dicha publicación en otra tesis doctoral y que, en el caso de no ser doctores/as en la fecha de esta declaración, renuncian a hacerlo en un futuro.

En Granada, a 12 de mayo de 2014:



María del Mar García Calvente



Jorge Marcos Marcos



Francisco Entrena Durán



Gracia Maroto Navarro

Declaración de autoría del artículo 5. Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal

Las personas abajo firmantes, como coautoras del artículo «Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal», aceptan que María del Río Lozano presente el citado artículo como parte de su tesis doctoral.

Declaran que María del Río Lozano ha participado activamente en el estudio al que hace referencia el artículo. Ha interpretado los resultados y ha redactado el manuscrito final.

Así mismo, declaran que no han presentado dicha publicación en otra tesis doctoral y que, en el caso de no ser doctores/as en la fecha de esta declaración, renuncian a hacerlo en un futuro.

En Granada, a 12 de mayo de 2014:



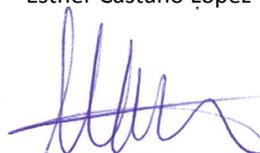
María del Mar García Calvente



Esther Castaño López



Inmaculada Mateo Rodríguez



Gracia Maroto Navarro



Natalia Hidalgo Ruzzante

10.3. Participación en otras publicaciones relacionadas con la temática de la tesis

A continuación se referencian otras publicaciones relacionadas con la temática de la tesis en las que la doctoranda ha participado como autora. Se aportan los resúmenes o abstracts de los artículos originales publicados en revistas internacionales. Así mismo, se incluyen las primeras páginas de las monografías o capítulos de libros publicados.

Artículos originales publicados en revistas científicas internacionales:

1. MARCOS, J., GARCÍA-CALVENTE, M. M., DEL RÍO, M. y ROMO, N. (2013). Performing masculinity, influencing health: a qualitative mixed-methods study of young Spanish men. *Global Health Action*, 6: 21134. doi:10.3402/gha.v6i0.21134
2. MAROTO, G., PASTOR, G., OCAÑA, R., BENITEZ, V., GARCÍA-CALVENTE, M. M., GUTIÉRREZ, P., GIJÓN, M. T., DEL RÍO, M. y MARCOS, J. (2013). Male and female involvement in the birth and child-rearing process. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/jocn.12153
3. GARCÍA-CALVENTE, M. M., MARCOS, J., DEL RÍO, M., HIDALGO, N. y MAROTO, G. (2012). Embedded gender and social changes underpinning inequalities in health: An ethnographic insight into a local Spanish context. *Social Science and Medicine*, 75. 2225e2232. doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.022
4. RUIZ, I., PLAZAOLA, J., CÁLIZ, R., RODRÍGUEZ, I., GARCÍA, A., FERRER, M. A., GUZMÁN, M., DEL RÍO, M. y LÓPEZ, I. (2009). Risk factors for fibromyalgia: the role of violence against women. *Clinical Rheumatology*, 28, 777–786. doi: 10.1007/s10067-009-1147-6
5. RUIZ, I., PLAZAOLA, J. y DEL RÍO, M. (2007). Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *European Journal of Public Health*. 23 enero, 1-7. doi: 10.1093/eurpub/ckl280

6. RUIZ, I., PLAZAOLA, J., DEL RÍO, M. (2006). How do women in Spain deal with an abusive relationship? *Journal Epidemiology and Community Health*, 60(8), 706-711. doi: 10.1136/jech.2005.041624

Publicación de monografías o capítulos libros sobre cuidado informal y atención a la dependencia y sobre desigualdades de género en salud:

1. GARCÍA-CALVENTE, M. M., DEL RÍO-LOZANO, M. y MARCOS-MARCOS, J. (2013). *Guía de indicadores de género para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. ISBN: 978-84-695-7988-6
2. GARCÍA-CALVENTE, M. M. y DEL RÍO, M. (2012). El papel del cuidado informal en la atención a la dependencia: ¿Cuidamos a quienes cuidan? *Actas de la Dependencia*, 6, 99-117. Disponible en:
http://www.fundacioncaser.es/documentos/20121101_003
3. GARCÍA-CALVENTE, M.M., JIMÉNEZ, M.L., MARTÍNEZ, E., DEL RÍO, M. (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. ISBN 978-84-92842-09-4
4. GARCÍA-CALVENTE, M. M., DEL RÍO, M., MAROTO, G. y MATEO, I. (2008). Desigualdades de género en salud. En: A. Daponte, J. Bolívar y M. M. García-Calvente (Eds.). *Las desigualdades sociales en salud*. Nueva Salud Pública, 3. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. ISBN 978-84-691-7539-2

Resúmenes de los artículos originales:

CLUSTER: GENDER AND HEALTH

COACTION

Performing masculinity, influencing health: a qualitative mixed-methods study of young Spanish men

Jorge Marcos Marcos¹, Nuria Romo Avilés¹, María del Río Lozano², Juan Palomares Cuadros³ and María del Mar García Calvente^{2*}

¹Institute for Women's and Gender Studies, University of Granada, Granada, Spain; ²Andalusian School of Public Health, Granada, Spain; ³Department of Didactics of M.P. and Body Expression, Faculty of Education Sciences, University of Granada, Granada, Spain

Background: The literature shows how gender mandates contribute to differences in exposure and vulnerability to certain health risk factors. This paper presents the results of a study developed in the south of Spain, where research aimed at understanding men from a gender perspective is still limited.

Objective: The aim of this paper is to explore the lay perceptions and meanings ascribed to the idea of masculinity, identifying ways in which gender displays are related to health.

Design: The study is based on a mixed-methods data collection strategy typical of qualitative research. We performed a qualitative content analysis focused on manifest and latent content.

Results: Our analysis showed that the relationship between masculinity and health was mainly defined with regard to behavioural explanations with an evident performative meaning. With regard to issues such as driving, the use of recreational drugs, aggressive behaviour, sexuality, and body image, important connections were established between manhood acts and health outcomes. Different ways of understanding and performing the male identity also emerged from the results. The findings revealed the implications of these aspects in the processes of change in the identity codes of men and women.

Conclusions: The study provides insights into how the category 'man' is highly dependent on collective practices and performative acts. Consideration of how males perform manhood acts might be required in guidance on the development of programmes and policies aimed at addressing gender inequalities in health in a particular local context.

Keywords: *gender; masculinity; men's health; young men; social theory; health inequalities; qualitative research*

*Correspondence to: María del Mar García Calvente, Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Universitario de Cartuja, Cuesta del Observatorio 4, Ap. correos 2070, 18080 Granada, Spain, Tel: +34 958 027 400, Fax: +34 958 027 503, Email: mariadelmar.garcia.easp@juntadeandalucia.es

Received: 16 April 2013; Revised: 15 August 2013; Accepted: 17 August 2013; Published: 16 September 2013

ORIGINAL ARTICLE

Male and female involvement in the birth and child-rearing process

Gracia Maroto-Navarro, Guadalupe Pastor-Moreno, Ricardo Ocaña-Riola, Vivian Benítez-Hidalgo, María del Mar García-Calvente, María del Pilar Gutiérrez-Cuadra, María T Gijón-Sánchez, María del Río-Lozano and Jorge Marcos-Marcos

Aims and objectives. To know the male involvement during pregnancy and childbirth, with special attention to their participation in public services of perinatal health and the impact that this participation has on their subsequent involvement in child-rearing, to compare the male and female involvement in child-rearing and to identify the factors associated with a greater male involvement.

Background. Most of the research on male involvement in birth and child-rearing comes from Anglo-Saxon and Scandinavian countries. These studies show a lower involvement of men in relation to women, even in countries with instruments to promote gender shared responsibility. The Spanish Ministry of Health has developed strategies to improve the male involvement in the public services of perinatal health to advance in gender equality. This is a suitable context to contribute to the lack of information about fatherhood and the gender inequalities in the Spanish context.

Design. Transversal design.

Methods. A questionnaire was administered to 150 fathers and 157 mothers residing in Granada, with at least one biological child aged 2 months to 3 years.

Results. A minority of the men attended the childbirth education whereas most of them attended pregnancy check-ups and were present at birth. Women spent more time with their children and took charge of tasks of child-rearing to a larger extent. The profile of an involved father is a man with a higher level of education, not married, his partner has a full-time employment, born in Spain and attended to the childbirth education classes.

Conclusion. This study shows gender inequalities in the reproductive field beyond the biological conditions.

Relevance to clinical practice. The challenge of the health services is to promote social change and identify areas for improvement to include the father figure in public services of perinatal health.

Key words: gender perspective, health promotion, inequalities in health, parenting, perinatal care, reproductive health

Accepted for publication: 24 October 2012

Introduction

At the Cairo Conference (United Nations 1995), for the first time and from a bio-psycho-social approach, men were

designated as reinforcing agents of the reproductive health of women, and the role they played in the achievement of gender equality when they take part in the household responsibilities and family care was recognised. It was also

Authors: *Gracia Maroto-Navarro*, ScD, Lecturer, Andalusian School of Public Health, Granada and CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERSP), Madrid, Spain; *Guadalupe Pastor-Moreno*, ScD, Research Specialist, Andalusian School of Public Health, Granada; *Ricardo Ocaña-Riola*, PhD, Lecturer, Andalusian School of Public Health, Granada; *Vivian Benítez-Hidalgo*, ScD, Research Specialist, Andalusian School of Public Health, Granada; *María del Mar García-Calvente*, PhD, MD, Lecturer, Andalusian School of Public Health, Granada; *María del Pilar Gutiérrez-Cuadra*, ScD, System Information Director, Virgen de las Nieves Hospital,

Granada; *María T Gijón-Sánchez*, PhD, Lecturer, University of Malaga, Málaga; *María del Río-Lozano*, ScD, Research Specialist, Andalusian School of Public Health, Granada; *Jorge Marcos-Marcos*, ScD, Research Specialist, Institute for Women's and Gender Studies, University of Granada, Granada, Spain

Correspondence: Gracia Maroto Navarro, Lecturer, Cuesta del Observatorio s/n, 18080, Granada, Spain. Telephone: + 34 958 027400.

E-mail: gracia.maroto.easp@juntadeandalucia.es



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Social Science & Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/socscimed



Embedded gender and social changes underpinning inequalities in health: An ethnographic insight into a local Spanish context

Mar García-Calvente^{a,*}, Jorge Marcos-Marcos^b, María del Río-Lozano^a, Natalia Hidalgo-Ruzzante^c, Gracia Maroto-Navarro^a

^aAndalusian School of Public Health, Granada, Spain

^bInstitute for Women's and Gender Studies, University of Granada, Spain

^cDepartment of Evolutionary Educational Psychology, University of Granada, Spain

ARTICLE INFO

Article history:

Available online 1 September 2012

Keywords:

Spain
Gender
Social determinants
Health inequalities
Lay knowledge
Embodiment
Qualitative methods

ABSTRACT

Despite growing interest in the social determinants of health and contributions from studies focussing on the analysis of explanations to enhance our understanding of the interactions between gender identities, embodied experiences and structural inequalities between men and women, few research papers have devoted attention to this perspective in the Spanish context. This study is an empirical exploration of lay knowledge, for an enhanced understanding of health inequalities in this context, from an ethnographic standpoint based on a phenomenological approach. Specifically, our aim is to study the lay perceptions of men and women regarding their gender identity and living conditions as health determinants within different "contexts" of their everyday lives, namely: the personal context; the home context; and the neighbourhood context. Fifty eight in-depth interviews and three focus groups were held between January 2005 and January 2007, and analysed using a hermeneutic method. Our findings show how disease-coping strategies or the perceived loss of social cohesion are linked to the gender system. They also point to how the dynamics of social change have developed around a strong division between the productive and reproductive arenas. Approaching these issues from different "contexts" provides insights into the explanations for the gendered patterning of mortality and morbidity, as well as furthering our understanding of the basis for social embodiment of gender differences and health inequalities in the context studied. In the discussion of our findings, we place emphasis on the implications that informal caring has for these processes and also take into account contributions of the "lay approach" to study and understand social determinants and health inequalities.

© 2012 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Risk factors for fibromyalgia: the role of violence against women

Isabel Ruiz-Pérez · Juncal Plazaola-Castaño · Rafael Cáliz-Cáliz ·
Isabel Rodríguez-Calvo · Antonio García-Sánchez · Miguel Ángel Ferrer-González ·
Manuel Guzmán-Úbeda · María del Río-Lozano · Isabel López-Chicheri García

Received: 11 March 2008 / Revised: 24 February 2009 / Accepted: 25 February 2009 / Published online: 10 March 2009
© Clinical Rheumatology 2009

Abstract The objectives of the study were to analyse the association between fibromyalgia (FM) and violence against women and to explore the association between FM and sociodemographic factors, social support and psychological distress. A case-control study was conducted in a Spanish hospital. Cases were women diagnosed with FM, with no signs of any other type of inflammatory rheumatic disorder, who were seen at the Rheumatology Department of the hospital. Controls were women not diagnosed with FM who were seen at the Ear, Nose and Throat Department of the same hospital. A self-administered anonymous questionnaire was used to gather data on socio-demographic characteristics, violence, social support and psychological distress. Uni-, bi- and multivariate logistic

regression analyses were conducted; 287 cases and 287 controls were recruited. The multivariate analysis showed that the probability of presenting FM increased with age (odds ratios (OR)=1.06; CI95%=1.03–1.09); that employed women and housewives were more likely to have the syndrome than unemployed women or students (OR=4.97; CI95%=1.45–17.02, and OR=3.47; CI95%=0.98–12.22, respectively); that the lower the educational level, the higher the probability of having FM; and that psychological distress was positively associated with the syndrome (OR=4.62; CI95%=2.68–7.97). Although abuse was more prevalent in cases than in controls, the differences were not statistically significant. However, frequency of abuse was positively and significantly correlated with FM. Although the aetiology of FM is still uncertain, it seems that certain psychosocial factors may be associated with the syndrome. Therefore, an interdisciplinary approach to the treatment of patients affected with this syndrome should be considered.

I. Ruiz-Pérez (✉) · J. Plazaola-Castaño · M. del Río-Lozano ·
I. López-Chicheri García
Andalusian School of Public Health,
Campus Universitario de Cartuja,
Cuesta del Observatorio 4, Apartado 2070,
18080 Granada, Spain
e-mail: isabel.ruiz.easp@juntadeandalucia.es

Keywords Child abuse · Domestic violence · Fibromyalgia ·
Violence · Women's health

European Journal of Public Health, Vol. 17, No. 5, 437–443

© The Author 2007. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved.
doi:10.1093/eurpub/ckd280 Advance Access published on January 23, 2007

Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women

Isabel Ruiz-Pérez, Juncal Plazaola-Castaño, María del Río-Lozano

Background: Intimate partner violence (IPV) against women can result in serious health problems. The objectives of this study are to analyse the association between the different types of IPV and women's physical health, and to examine whether this association varies depending on the intensity, duration and timing of the violence. **Methods:** A sample of 1402 randomly selected women attending 23 family practices in Spain responded to an anonymous self-reported questionnaire. Measures considered were exposure to physical, sexual and psychological IPV; intensity, duration and timing of such violence; chronic physical disease; number of lifetime surgical operations and number of days spent in bed in the last three months. Descriptive, bivariate and multivariate analyses were conducted. **Results:** Lifetime IPV prevalence was 32%. Higher prevalence of chronic disease was observed in abused women than in never abused women, as well as greater number of days spent in bed. Women who reported having experienced the three types of IPV were more likely to suffer a chronic disease (OR=2.03; 95% CI= 1.18–3.51) and to spend more days in bed ($t=2.35$; $P=0.019$) than those never abused. Women abused in the past but not in the present presented a higher probability of having a chronic disease than never abused women, and women who had been abused both in the past and in the present had a higher probability of spending more days in bed. **Conclusion:** IPV can negatively affect physical health of the victims. It is therefore necessary to detect cases of IPV at a primary health care level.

Keywords: domestic violence, Spain, spouse abuse, women's health

RESEARCH REPORT

How do women in Spain deal with an abusive relationship?

Isabel Ruiz-Pérez, Juncal Plazaola-Castaño, María del Río-Lozano, and the Gender Violence Study Group

J Epidemiol Community Health 2006;60:706–711. doi: 10.1136/jech.2005.041624

Objectives: To determine the different responses adopted by women in Spain who are victims of intimate partner violence (IPV); identify the different sociodemographic profiles associated with each response; analyse the factors contributing to adopting a response; and study the association between the different types of response and the different types of IPV.

Design: Cross sectional study.

Setting: 23 volunteer general practices in Spain.

Participants: 1402 randomly selected women.

Main outcome measure: Women's response to IPV: none, partner separation, reporting the case to the police, seeking help from healthcare professionals and seeking help from associations for battered women.

Results: Lifetime prevalence of any type of IPV (physical, psychological, and/or sexual) was 32%. Sixty three per cent of abused women took some kind of action to overcome IPV. Women who separated from their partners were mostly younger, with a smaller number of children and higher income and educational levels, compared with those abused women who reported the abuse to the police or sought help from healthcare professionals or associations for battered women. Independent factors associated with presenting a response to IPV were: being separated/divorced/widowed, having social support, having experienced IPV frequently, and having experienced physical and psychological abuse (compared with psychological abuse alone). Women who experienced the three types of abuse were also more likely to respond to violence.

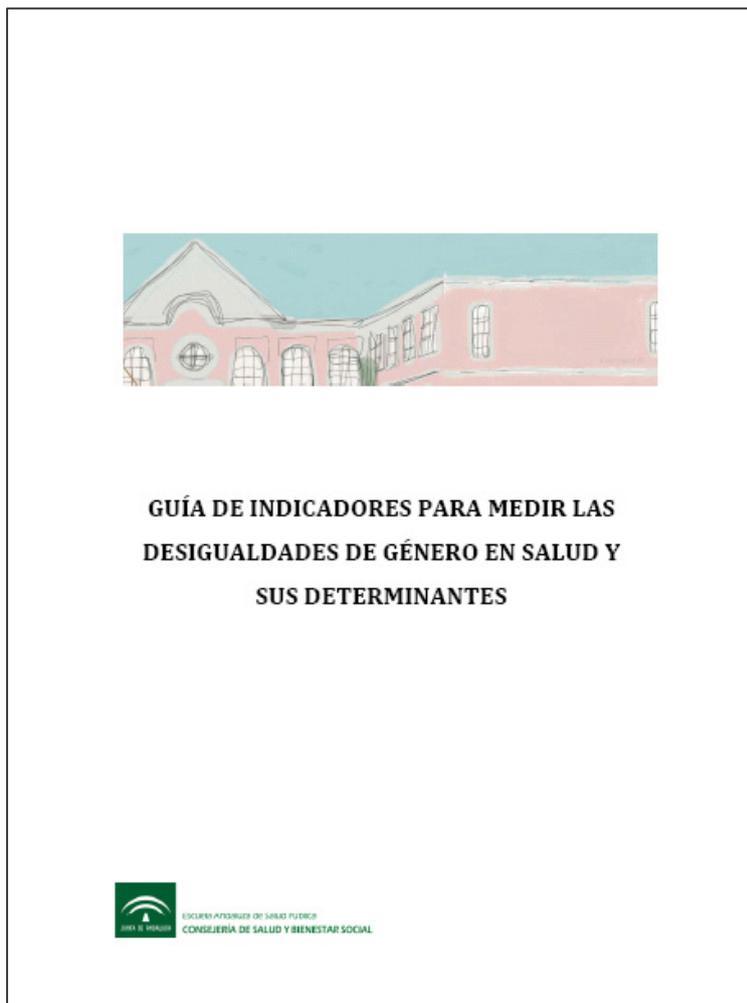
Conclusions: Identifying the factors that have an influence on the response adopted by abused women allows us to better understand the support needed by them to abandon an abusive relationship.

See end of article for authors' affiliations

Correspondence to:
Dr I Ruiz Pérez, Escuela
Andaluza de Salud
Pública, Campus
Universitario de Cartuja,
Cuesta del Observatorio 4,
Apdo 2070, 18080
Granada, Spain; isabel.
ruiz.eosp@
juntadeandalucia.es

Accepted for publication
11 December 2005

Portadas y primeras páginas de las monografías y capítulos de libros:



El presente informe se ha elaborado en el marco del proyecto denominado "ATLAS DE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIALES EN ANDALUCÍA", financiado por la Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo de la Junta de Andalucía y por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (Exp. P08-CTS-4321).



Esta publicación es gratuita y puede copiarse, distribuirse y comunicarse públicamente, siempre que no se altere su contenido, se cite la autoría y no se haga con fines comerciales.

Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública
www.caasp.es
2013
ISBN: 978-84-695-7988-6

Autoría

María del Mar García Calvente
María del Río Lozano
Jorge Marcos Marcos

Grupo de trabajo para la elaboración del documento

María del Mar García Calvente (Investigadora principal)
María del Río Lozano
Jorge Marcos Marcos
Raquel Cantos Vicent
Gracia Maroto Navarro
Ricardo Ocaña Riola
María Teresa Ruiz Cantero

actas de la dependencia 6 2012 NOVIEMBRE año 2

LA REFORMA DEL SISTEMA DE DEPENDENCIA. COSTES Y FINANCIACIÓN.

Colaboran:

- César Antón Beltrán
- Sergi Jiménez-Martín
- Juan Oliva Moreno
- Cristina Vilaplana Prieto
- Emilio Herrera Molina
- Julia Montserrat Codorniu
- Iván Montejo Sarrías
- María del Mar García Calvente
- María del Río Lozano

Caser
FUNDACIÓN
Para la Dependencia

EL PAPEL DEL CUIDADO INFORMAL EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: ¿CUIDAMOS A QUIÉNES CUIDAN?

MARÍA DEL MARA GARCÍA CALVENTE
MARÍA DEL RÍO LOZANO
Investigadoras de la Escuela Andaluza de Salud Pública

Sumario

1. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EN ESTOS MOMENTOS PRESTAR ATENCIÓN AL CUIDADO INFORMAL?
2. ¿A QUÉ LLAMAMOS CUIDAR Y QUIÉNES LO HACEN?
3. LA DIMENSIÓN DEL CUIDADO INFORMAL EN NUESTRO CONTEXTO.
4. CUIDAR NO ES SOLO UN TRABAJO.
5. IMPACTO DE CUIDAR EN LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA: CUIDAR CUESTA.
6. LA CONTRIBUCIÓN SOCIAL DEL CUIDADO INFORMAL: CUIDAR VALE.
7. ALTERNATIVAS DE APOYO A LAS PERSONAS CUIDADORAS: UNA MIRADA HACIA ADELANTE.
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

99



María del Río Lozano aparece como cuarta autora en el documento acreditativo de ISBN de esta publicación.



10.4. Divulgación de los resultados en comunicaciones científicas

1. Título de la presentación: Atlas de las desigualdades de género en salud y sus determinantes sociales en Andalucía.

Nombre del evento internacional: Gender Academy. Internacional Training Centre, Internacional Labour Organization [ITC-ILO].

Autoría: Del Río, María.

Lugar y año de celebración: Turín (Italia), 2013.

2. Título de la comunicación: Brecha de género en calidad de vida relacionada con salud: determinantes estructurales y de cuidados.

Nombre del congreso: Congreso Ibero-Americano de Epidemiología y Salud Pública.

Autoría: García, María del Mar; Marcos, Jorge; Del Río, María; Babío, Gastón; Ocaña, Ricardo; Maroto, Gracia; Borrell, Carme; Rodríguez, Mónica.

Lugar y año de celebración: Granada, 2013.

3. Título de la comunicación: Identidad de género en el cuidado informal, búsqueda de ayuda e impacto en la salud.

Nombre del congreso: Congreso Ibero-Americano de Epidemiología y Salud Pública.

Autoría: Del Río, María; García, María del Mar; Marcos, Jorge; Entrena, Francisco.

Lugar y año de celebración: Granada, 2013.

4. Título de la comunicación: Participación masculina en los servicios de atención perinatal en el embarazo y parto.

Nombre del congreso: I Simposio de Promoción de la Salud en el Arco Mediterráneo.

Autoría: Maroto, Gracia; Pastor, Guadalupe; Ocaña, Ricardo; Benítez, Vivian; Garcia, María del Mar; Gutierrez, Pilar; Gijón, M^a Teresa; Del Río, María; Marcos, Jorge; Botello, Blanca.

Lugar y año de celebración: Parque Científico y Tecnológico de la Universidad de Girona, 2012.

5. Título de la comunicación: Enfoque de género en la planificación y ejecución de las actuaciones sanitarias dirigidas a personas cuidadoras.

Nombre del congreso: Congreso Internacional para el Impulso de Políticas de Igualdad de Mujeres y Hombres.

Autoría: Del Río, María; García, María del Mar; Marcos, Jorge; Maroto, Gracia; Delgado, Ana; Gonzalo, Elena.

Lugar y año de celebración: Bilbao, 2012.

6. Título de la comunicación: Identidad de género en el cuidado informal y consecuencias en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras.

Nombre del congreso: IX Congreso Vasco de Sociología y Ciencia Política. Una Ciencia Social renovada para un nuevo tiempo.

Autoría: Del Río, María; García, María del Mar; Marcos, Jorge; Entrena, Francisco; Maroto, Gracia.

Lugar y año de celebración: Bilbao, 2012.

7. Título de la comunicación: Enfoque de género en las actuaciones del Sistema Sanitario Público Andaluz para personas cuidadoras.

Nombre del congreso: Congreso SEE-SESPAS 2011: Salud y equidad en todas las políticas.

Autoría: Del Río, María; García, María del Mar; Delgado, Ana María; Gonzalo, Elena; Maroto, Gracia; Mateo, Inmaculada; Castaño, Esther.

Lugar y año de celebración: Madrid, 2011.

8. Título de la comunicación: Desigualdades de género en el impacto del cuidado sobre la salud: análisis de la encuesta EDAD-2008.

Nombre del congreso: Congreso SEE-SESPAS 2011: Salud y equidad en todas las políticas.

Autoría: Del Río, María; García, María del Mar; Marcos, Jorge.

Lugar y año de celebración: Madrid, 2011.

9. Título de la comunicación: Desigualdades de género en el impacto de cuidar sobre la salud de las mujeres y hombres en Andalucía.

Nombre del congreso: Congreso SEE-SESPAS 2011: Salud y equidad en todas las políticas.

Autoría: Cantos, Raquel; Toro, Silvia; Del Río, María; García, María del Mar.

Lugar y año de celebración: Madrid, 2011.

10. Título de la comunicación: Hacia otra forma de estudiar la salud de mujeres y hombres.

Nombre del congreso: II Congreso Universitario Nacional Investigación y Género.

Autoría: Jimenez, María Luisa; García, María del Mar; Martínez, Emilia; Del Río, María.

Lugar y año de celebración: Sevilla, 2010.

11. Título de la comunicación: Valoración de los determinantes de la salud: una perspectiva de género y clase a nivel individual y comunitario.

Nombre del congreso: VII Congreso Vasco de Sociología y Ciencia Política: Sociedad e Innovación en el Siglo XXI.

Autoría: Hidalgo, Natalia; García, María del Mar; Maroto, Gracia; Mateo, Inmaculada; Del Río, María.

Lugar y año de celebración: Bilbao, 2010.

12. Título de la comunicación: El impacto del cuidado informal sobre la salud percibida de hombres y mujeres en edad activa en Andalucía.

Nombre del congreso: XIII Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).

Autoría: García, María del Mar; Del Río, María; Eguiguren, Ana Pamela; Mateo, Inmaculada; Maroto, Gracia; Ocaña, Ricardo.

Lugar y año de celebración: Sevilla, 2009.

13. Título de la comunicación: Desigualdades de género en el impacto del trabajo reproductivo sobre la salud mental en Andalucía.

Nombre del congreso: XIII Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).

Autoría: Mateo, Inmaculada; García, María del Mar; Delgado, Ana María; Maroto, Gracia; Bolívar, Julia; Del Río, María.

Lugar y año de celebración: Sevilla, 2009.

14. Título de la comunicación: Género y desigualdad en el cuidado informal a la salud.

Nombre del congreso: XIII Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).

Autoría: García, María del Mar; Mateo, Inmaculada; Maroto, Gracia; Eguiguren, Ana Pamela; Del Río, María.

Lugar y año de celebración: Sevilla, 2009.

15. Título de la comunicación: Impacto del rol reproductivo sobre la salud percibida de las mujeres y hombres en Andalucía.

Nombre del congreso: XIX Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria.

Autoría: García, María del Mar; Mateo, Inmaculada; Maroto, Gracia; Del Río, María; Ocaña, Ricardo.

Lugar y año de celebración: Granada, 2006.