

**ORIGINAL
 BREVE**

Recibido: 29/7/2022
 Aceptado: 23/5/2023
 Publicado: 7/7/2023
 e202307062
 e1-e15

*The perspective of caregivers
 from a gender analysis.*

Los autores declaran
 que no existe ningún
 conflicto de intereses

CORRESPONDENCIA

Raimunda Montejano-Lozoya
 Grupo de investigación
 en Arte y Ciencia en Cuidados
 Instituto de Investigación
 Sanitaria La Fe (IISLAFE).
 Avd. Fernando Abril Martorell, 106.
 CP 46026. Valencia. España.
montejano_rai@gva.es

CITA SUGERIDA

Sanjuán-Quiles A, Alcañiz-Garrán MM,
 Montejano-Lozoya R, Ramos-Pichardo JD,
 García-Sanjuán S. La perspectiva de
 las personas cuidadoras desde un análisis
 de género. Rev Esp Salud Pública. 2023;
 97: 7 de julio e202307062.

La perspectiva de las personas cuidadoras desde un análisis de género

AUTORES

Ángela Sanjuán-Quiles (1) [ORCID: 0000-0002-1992-3548]
 María del Mar Alcañiz-Garrán (2) [ORCID: 0000-0002-6131-0139]
 Raimunda Montejano-Lozoya (2) [ORCID: 0000-0001-6548-8025]
 Juan Diego Ramos-Pichardo (3) [ORCID: 0000-0002-6207-8490]
 Sofía García-Sanjuán (1) [ORCID: 0000-0001-7985-7864]

FILIACIONES

- (1) Departamento de Enfermería; Facultad de Ciencias de la Salud; Universidad de Alicante. Alicante. España.
 (2) Escuela de Enfermería La Fe; Universidad de Valencia. / Grupo de investigación en Arte y Ciencia en Cuidados; Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (IISLAFE). Valencia. España.
 (3) Departamento de Enfermería; Facultad de Ciencias de la Salud; Universidad de Huelva. Huelva. España.

RESUMEN

FUNDAMENTOS // El género influye en la prestación de cuidados familiares, identificándose desigualdades en la distribución de tareas relacionadas con el cuidado. El objetivo de este estudio fue analizar la influencia del género en los cuidados familiares, identificando las características sociodemográficas de los/as cuidadores/as.

MÉTODOS // Se realizó un estudio mixto, descriptivo y fenomenológico. Participaron ocho mujeres y cinco hombres de setenta y más años que cuidaban en el domicilio a personas dependientes, seleccionadas por muestreo intencional en Valencia. El análisis de las entrevistas en profundidad se realizó en tres etapas: lectura a los/las participantes de las transcripciones para su comprobación; discriminación de unidades de significado; reducción eidética y fenomenológica para obtener las declaraciones de significado. Se calcularon frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS // La edad media, el nivel de estudios y los años dedicados al cuidado fue mayor en los cuidadores. Las cuidadoras tenían una mayor carga relacionada con los cuidados. Se identificaron tres categorías influenciadas por la cultura androcéntrica: *perspectiva vital; motivos que sustentan el cuidado; estrategias de afrontamiento*. Un 90 % de las cuidadoras lo hacían por obligación moral, compasión, reciprocidad y amor; y un 80 % de los cuidadores por responsabilidad y reciprocidad, obteniendo un logro y un aprendizaje satisfactorio. Ambos desarrollaron habilidades de resiliencia, alcanzando mayores niveles de adaptación. Los cuidadores utilizaron más mecanismos protectores de afrontamiento y un 50% de las cuidadoras obtuvieron en la religión el apoyo que más les reconfortaba.

CONCLUSIONES // El género determina el significado que se otorga a la experiencia de cuidar. Los motivos y las estrategias de afrontamiento en hombres y mujeres son distintos.

PALABRAS CLAVE // Género; Familia; Personas cuidadoras; Ancianos; Dependientes; Investigación cualitativa.

ABSTRACT

BACKGROUND // Gender influences the provision of family caregiving, identifying inequalities in the distribution of care-related tasks. The aim of this study was to analyze the gender influence in family caregiving, provided by elderly while, identifying the socio-demographic characteristics of caregivers.

METHODS // Mixed, descriptive and phenomenological study was made. Eight women and five men aged seventy and over participated who cared for dependent people at home, selected by intentional sampling in Valencia. The analysis of the in-depth interviews was carried out in three stages: reading to the participants of the transcripts for their verification; discrimination of units of meaning; eidetic and phenomenological reduction to obtain the statements of meaning. Frequencies and percentages were calculated.

RESULTS // The mean age, educational level and years dedicated to care were higher in caregivers. Caregivers had a greater burden related to caregiving. Three categories influenced by androcentric culture were identified: *vital perspective; reasons that support care; coping strategies*. 90% of female caregivers cared out of moral obligation, compassion, reciprocity, and love; and 80% of male caregivers by responsibility and reciprocity, obtaining a satisfactory achievement and learning. Both developed resilience skills, reaching higher levels of adaptation. Male caregivers used more protective coping mechanisms and 50% of female caregivers obtained the most comforting support from religion.

CONCLUSIONS // Gender determines the meaning given to the experience of caring. The reasons and coping strategies in men and women are different.

KEYWORDS // Gender; Family; Caregivers; Aged; Dependence; Qualitative research.



EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES ESTÁ relacionado con factores sociales y culturales, existiendo características distintas en cada región y país (1,2). En Europa se apoya en un modelo social con menores gastos y un fuerte desembolso en pensiones y, particularmente, en España recae sobre la familia, asumiendo un modelo mediterráneo, donde la mujer es el elemento principal de la red no profesional de cuidados (2). La prestación de cuidados en nuestro país está basada en una herencia cultural, es un legado patriarcal, ligado a creencias que se mantienen en el inconsciente colectivo y que se transmiten de generación en generación, siendo muy diferentes para hombres y mujeres (3,4).

Desde hace varias décadas, a la persona que presta cuidados no remunerados en el domicilio se le ha denominado *cuidador informal*. Pero, en España, con la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, se inicia un proceso de reconocimiento jurídico de la figura del cuidador informal, denominándolo *cuidador no profesional* (art. 2.5) o *familiar* (art.18.1); el cuidado familiar se realiza a personas con diferentes grados de dependencia, generalmente por parte de miembros de la familia (hasta el tercer grado de parentesco), o bien por personas cercanas que asumen el cuidado por vecindad o amistad; además, esta ley contempla beneficios económicos o ayudas para el cuidado (5,6). Por ello, en adelante, nos referiremos a la persona que presta cuidados como *cuidador familiar*, un término usado actualmente por diversos autores (3,7).

Algunos autores identifican desigualdades de género en la distribución y en las tareas relacionadas con el cuidado familiar (1,3,8,9). En todos los contextos, las mujeres tienen más probabilidades de ser cuidadoras que los hombres (1-3,8-10). Pero las estructuras familiares y los roles tradicionales están cambiando,

y los hombres asumen el cuidado cuando las mujeres de la familia no están presentes; parece existir una tendencia donde cada vez existen más hombres dedicados al cuidado familiar (3,8). A pesar de ello, el hecho de que el cuidado haya sido y siga siendo considerado como un tema femenino refuerza los estereotipos de género sobre los roles asignados a hombres y mujeres. Es necesario hacer referencia al género cuando hablamos de las construcciones sociales y culturales sobre la masculinidad y la femineidad, no al estatus purista de ser hombre o ser mujer (1).

La prestación de cuidados familiares tiene consecuencias físicas y psicológicas. Diversos estudios revelan que el nivel de dependencia y la intensidad del cuidado son factores que afectan negativamente a la salud de las personas cuidadoras (1,3). Estos factores están modulados por diferencias de sexo, la edad avanzada, el bajo nivel educativo, la mala salud previa y la falta de apoyo social (11). Las características asociadas a los roles de género determinan un mayor nivel de sobrecarga, mayor morbilidad y depresión, y una peor calidad de vida en las mujeres cuidadoras que en los hombres (12). Debido a ello, actualmente emergen nuevos enfoques centrados en los cuidadores y cuidadoras familiares, no solo como proveedores de cuidados, sino como usuarios de los mismos (1).

En España, si se mantuvieran las tendencias demográficas actuales, para 2035 los mayores de sesenta y cinco y más años supondrían el 26,5% de la población total, y el 18,1% tendrían más de ochenta años; y en la Comunidad Valenciana las proyecciones para este mismo año son de un 26,4% de personas con sesenta y cinco años o más y de un 7,9% de mayores de ochenta años (13). Teniendo en cuenta que el 20,7% de la población de sesenta y cinco años o más años tienen dificultad para realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), afectando a la mitad de los mayores de ochenta años (8), el país se enfrenta ante un gran reto por la demanda de

La perspectiva de las personas cuidadoras desde un análisis de género.

ÁNGELA SANJUAN-QUILES et al.

servicios sanitarios y sociales destinados a las personas dependientes y a sus cuidadoras/es.

Además, en los últimos años se está produciendo un cambio de mentalidad importante relacionado con el papel de las personas mayores en diferentes líneas de pensamiento y actuación. Los adultos mayores desean envejecer y vivir en su hogar, pero las características sociales y familiares están complicando este deseo; la disgregación de la familia y las características limitadas de la vivienda, sobre todo en las ciudades, son responsables de que los mayores terminen sus últimos años viviendo solos o en pareja, asumiendo ellos mismos sus problemas de salud y cuidados, al ser sus familiares cada vez menos capaces de atenderlos (1,14,15). Este fenómeno, denominado por algunos autores *crisis de los cuidados*, ha aportado una nueva dimensión al problema del envejecimiento de la población, constituyendo un desafío demográfico al comportar costes considerables relacionados con una adecuada atención sanitaria y provisión de cuidados (1).

Algunos estudios apuntan que asumir el rol de persona cuidadora tiene diferentes implicaciones relacionadas no solo con el género, sino también según las etapas de la vida (16). No es lo mismo cuidar siendo hombre o mujer, ni tampoco cuidar durante la etapa laboral o durante la jubilación y/o vejez. Un problema importante y poco estudiado es la provisión de atención y cuidados familiares por parte de personas mayores de setenta años desde la perspectiva de género. Por tanto, el objetivo de este estudio fue analizar la influencia del género en el cuidado familiar durante la vejez, identificando las características sociodemográficas de las personas cuidadoras.

SUJETOS Y MÉTODOS



Diseño. Se realizó un estudio cualitativo desde la perspectiva fenomenológica descriptiva e interpretativa de Taylor y Bogdan (17), en el que se propuso un análisis en tres momen-

tos: *Descubrimiento, Codificación y Relativización*. Se realizaron entrevistas en profundidad acerca del objeto de estudio. Se recopilaron interpretaciones que las personas evaluadas poseían, en base a su experiencia individual, hasta alcanzar el grado de saturación en la información (18).

Población y muestra. La muestra fue intencional no probabilística. Los criterios de inclusión fueron: personas de setenta y más años que vivían en la ciudad de Valencia; en el mismo hogar que la persona receptora de cuidados; con ausencia de cualquier relación administrativa contractual con entidades o empresas de servicios formales; y con capacidad comunicativa para ser entrevistada. Además, la persona receptora de cuidados tenía que cumplir con los siguientes criterios: edad de setenta y más años; con algún grado de dependencia; e incapaz de ir a su centro de Atención Primaria de forma autónoma.

Recogida de datos. Se realizó entre enero y junio de 2018. Se contactó con las personas participantes a través de los/as enfermeros/as de Atención Primaria. La investigadora principal explicó por teléfono el propósito de la investigación a quienes de forma voluntaria aceptaron participar. Previamente a la entrevista, se concertó una cita en el domicilio de las personas participantes, de acuerdo con sus preferencias y disponibilidad. Las entrevistas fueron codificadas (E1 a E13) manteniendo anonimización, custodia y protección de los datos de todas las personas participantes durante las grabaciones de audio. La duración aproximada fue de sesenta minutos. Fueron realizadas de forma abierta y global, sin anticipar temas específicos de la siguiente cuestión: *Cuénteme sobre su experiencia cotidiana de cuidado*.

En las personas cuidadoras se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de estudios y parentesco con la persona que cuidaba) y se valoró la carga subjetiva según el test de Zarit y el Índice de esfuerzo del cuidador (19).



Y en las personas receptoras de cuidados se identificaron la edad, sexo, parentesco, evaluando el grado de dependencia para la realización de las ABVD mediante el Índice de Barthel y el estado cognitivo según el Test de Pfeiffer (19).

El análisis de los datos se puede observar en la **TABLA 1**. En todas las fases hubo verificación y consenso entre el equipo de investigación. Para la redacción del informe se siguieron las recomendaciones de los *Criterios Consolidados para la Presentación de Informes de Investigación Cualitativa* (COREQ) (20).

Consideraciones éticas. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes, siguiendo los principios establecidos en la *Declaración de Helsinki* y el *Informe Belmont* (21). El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia (nº de registro 2012/0525).

RESULTADOS



LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS cuidadoras y receptoras de cuidados se exponen en la **TABLA 2**. El total de personas entrevistadas fueron trece (cinco hombres y ocho mujeres). Contaban una edad media de 81,7 años, un nivel de estudios bajo, un 60% poseía estudios primarios y un 15% no tenía

estudios (todas eran mujeres). La media de años dedicados al cuidado fue mayor en hombres que en mujeres (quince y ocho años, respectivamente). Las mujeres tenían una mayor carga relacionada con los cuidados que los hombres. Las personas receptoras de cuidados tenían una edad media de 83,1 años y un alto grado de dependencia (53,8% con gran dependencia). El 76,8 % poseía deterioro cognitivo y el 30,7% estaba en estado vegetativo.

Del análisis de la información se identificaron tres categorías con sus respectivas subcategorías. La influencia de la cultura androcéntrica marca todas las vivencias de las personas cuidadoras desde la perspectiva de género. Las categorías fueron: *Perspectiva vital*, *Motivos que sustentan el cuidado* y *Estrategias de afrontamiento* [FIGURA 1].

1. Perspectiva vital. De los relatos de las personas participantes emergieron varias subcategorías:

1.1. Ciclo vital: Maternidad, crianza, enfermedad y muerte. Las cuidadoras mantenían en la memoria las experiencias vividas y replicaban comportamientos relacionados con la maternidad y crianza, la enfermedad y la muerte. Todas hacían referencia a los cuidados como una cuestión de mujeres que se vive en soledad.

Tabla 1
Proceso de análisis de los datos.

- 1) Las transcripciones se leyeron a los participantes para que sintieran que sus experiencias relacionadas con el tema de estudio habían sido capturadas por completo.
- 2) Se discriminaron las unidades de significado dentro de las transcripciones, lo que condujo a la aparición de lo objetivo y lo dado.
- 3) Se realizó una reducción eidética para identificar los aspectos invariables de los elementos de la experiencia cuya eliminación o alteración habría cambiado sustancialmente la experiencia. Cuando se identificaron tales facetas, se utilizó la reducción fenomenológica para obtener las declaraciones de significado.

Tabla 2

Características de las personas cuidadoras y de las receptoras de cuidados durante la vejez.

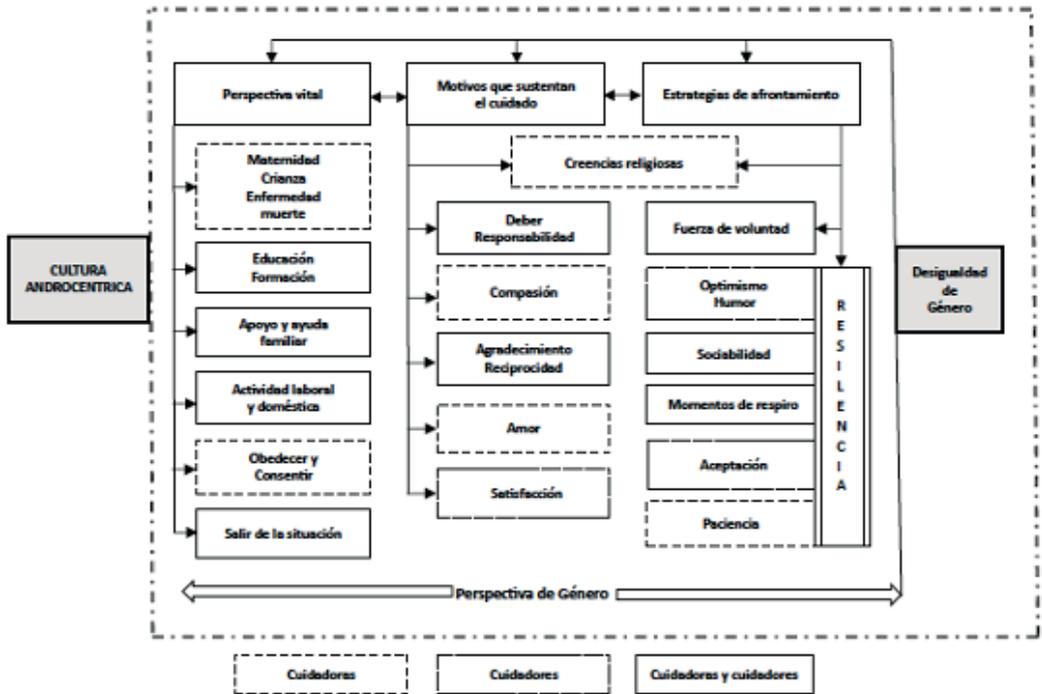
Cuidador/a Código/Sexo Edad	Cuidador/a Nivel de estudios	Cuidador/a Test Zarit⁽¹⁾ Índice de esfuerzo⁽²⁾	Parentesco con la persona dependiente (sexo, edad)	Persona dependiente Índice Barthel⁽³⁾ Test Pfeiffer⁽⁴⁾	Años de convivencia cuidando Años
E1 / Mujer 85 años	Primarios	Sobrecarga intensa (93 p) ⁽¹⁾ Nivel elevado de sobreefuerzo (11 p) ⁽²⁾	Cónyuge (Hombre, 88 años)	Dependencia física moderada ⁽³⁾ Normal ⁽⁴⁾	38
E2 / Hombre 75 años	Medios	No Sobrecarga (46 p) ⁽¹⁾ No sobreefuerzo (3 p) ⁽²⁾	Cónyuge (Mujer, 72 años)	Dependencia física total o gran dependiente ⁽³⁾ Normal ⁽⁴⁾	42
E3 / Mujer 75 años	Primarios	Sobrecarga intensa (77 p) ⁽¹⁾ Nivel elevado de sobreefuerzo (12 p) ⁽²⁾	Cónyuge (Hombre, 80 años)	Dependencia física total o gran dependiente ⁽³⁾ Estado vegetativo	42
E4 / Hombre 89 años	Primarios	No Sobrecarga (46 p) ⁽¹⁾ No sobreefuerzo (5 p) ⁽²⁾	Cónyuge (Mujer, 85 años)	Dependencia física total o gran dependiente ⁽³⁾ Deterioro intelectual severo ⁽⁴⁾	61
E5 / Hombre 85 años	Medios	Sobrecarga intensa (69 p) ⁽¹⁾ Nivel elevado de sobreefuerzo (13 p) ⁽²⁾	Cónyuge (Mujer, 74 años)	Dependencia física total o gran dependiente ⁽³⁾ Estado vegetativo	50
E6 / Mujer 71 años	Primarios	Sobrecarga (55 p) ⁽¹⁾ No sobreefuerzo (6 p) ⁽²⁾	Hija (Mujer, 91 años)	Dependencia física total o gran dependiente ⁽³⁾ Deterioro intelectual severo ⁽⁴⁾	9
E7 / Hombre 84 años	Primarios	Sobrecarga intensa (65 p) ⁽¹⁾ Nivel elevado de sobreefuerzo (10 p) ⁽²⁾	Cónyuge (Mujer, 82 años)	Dependencia física moderada ⁽³⁾ Deterioro intelectual moderado ⁽⁴⁾	45
E8 / Mujer 85 años	Sin estudios	Sobrecarga intensa (61 p) ⁽¹⁾ Nivel elevado de sobreefuerzo (11 p) ⁽²⁾	Cónyuge (Hombre, 87 años)	Dependencia física total o gran dependiente ⁽³⁾ Estado vegetativo	28
E9 / Mujer 82 años	Primarios	Sobrecarga intensa (68 p) ⁽¹⁾ No sobreefuerzo (6 p) ⁽²⁾	Cuñada (Mujer, 85 años)	Dependencia física moderada ⁽³⁾ Deterioro intelectual severo ⁽⁴⁾	15
E10 / Mujer 80 años	Sin estudios	Sobrecarga intensa (57 p) ⁽¹⁾ Nivel elevado de sobreefuerzo (12 p) ⁽²⁾	Cónyuge (Hombre, 84 años)	Dependencia física total o gran dependiente ⁽³⁾ Estado vegetativo	48
E11 / Hombre 84 años	Primarios	No sobrecarga (34 p) ⁽¹⁾ No sobreefuerzo (6 p) ⁽²⁾	Cónyuge (Mujer, 84 años)	Dependencia física moderada ⁽³⁾ Deterioro intelectual severo ⁽⁴⁾	40
E12 / Mujer 81 años	Primarios	Sobrecarga intensa (73 p) ⁽¹⁾ Nivel elevado de sobreefuerzo (10 p) ⁽²⁾	Amistad (Mujer, 80 años)	Dependencia física moderada ⁽³⁾ Deterioro intelectual severo ⁽⁴⁾	44
E13 / Mujer 86 años	Primarios	Sobrecarga (54 p) ⁽¹⁾ Nivel elevado de sobreefuerzo (12 p) ⁽²⁾	Cónyuge (Hombre, 88 años)	Dependencia física moderada ⁽³⁾ Normal ⁽⁴⁾	60

(1) Valora la sobrecarga subjetiva que genera cuidar. Valoración: <47 p=No sobrecarga; 47-55 p=sobrecarga; >55 p=sobrecarga intensa.

(2) Valora la sobrecarga objetiva que genera cuidar. Valoración: ≥ 7 puntos nivel elevado de sobreefuerzo.

(3) Escala de actividades básicas de la vida diaria. Valoración: 100 p=Independiente; >60 p=Dependencia leve; 40-55 p=Dependencia moderada; 20-35 p=Dependencia grave; <20 p=dependencia total.

(4) Cribado de deterioro cognitivo. Valoración: Normal=0-2 errores; Deterioro intelectual leve=3-4 errores; Deterioro intelectual moderado=5-7 errores; Deterioro intelectual severo=8-10 errores.



“Yo cuidé mucho de mi madre, ella apoyada en mi hombro y yo sentadita en la cama, así me tiré dos noches y dos días seguidos. Mi padre estaba ciego, se murió mi madre y me quedé yo tres años cuidando a mi padre hasta que murió” (E1/Cuidadora).

“(…) Cuidé a mi madre, que se me murió aquí en mi casa, me la traje del pueblo, mi hermano decidió que me la trajera. Después cuidé a mi suegra, nunca nos libramos, que la cuidábamos entre mi cuñada y yo, también se me murió aquí” (E3/Cuidadora).

“Siempre sola, mire si le digo, la pequeña la tuve a las tres de la tarde, mi marido se fue a por los otros al colegio y cuando llegaron, me levanté para darles de cenar, nadie pregunto

nada, era lo normal. Me levanté, hice la cena y allí estuve con él [su marido] ya ve, eran las nueve de la noche y yo estaba en la cocina y la chiquilla nació a las tres de la tarde (...)” (E13/Cuidadora).

Los hombres manifestaron su falta de preparación para el cuidado del hogar y de la familia. Relataron vivencias pasadas relacionadas con el mundo laboral, donde desempeñaban su rol como hombre.

“Ha habido que aprender a cocinar, a limpiar. Yo he sido ebanista y ella estaba en casa. Pues, claro, he tenido que aprender a todo. Un cambio del cielo a la tierra (...) Porque cambia todo, de arriba abajo y ella está ahí, hay que cuidarla (...)” (E5/Cuidador).

La perspectiva de las personas cuidadoras desde un análisis de género.

ÁNGELA SANJUÁN-QUILES et al.

“Trabaje en el campo, he ido por ahí a segar, a la vendimia. En el carbón, en una fábrica de gaseosas, al final en una fábrica de saneamientos y allí me he jubilado”
(E7/Cuidador).

1.2. Apoyo y ayuda familiar. Una cuidadora anciana informó de la importancia que había tenido para ella la relación que mantenía con la familia y la función tan importante que desarrollaba como soporte y ayuda.

“La familia siempre nos hemos llevado muy bien, nos hemos criado todos juntos, nos ayudábamos y siempre muy unidos”
(E1/Cuidadora).

Un cuidador expresó que no podía contar con la familia, añoraba la ayuda que podría recibir de sus amigos y la comparaba con tiempos pasados en el pueblo.

“No podemos tener ayuda de la familia. No puedes contar con nadie [amistades]” (...)
Antes era como en el pueblo, que decías “eh” y enseguida todos ahí y luego cada uno a su casa. Así siempre tienes amigos”
(E2/Cuidador).

1.3. Educación y formación. Existe analfabetismo por la escasez del sistema educativo y las condiciones de vida en la infancia. Dos mujeres manifestaron que su formación no tenía ninguna consideración, las obligaciones impuestas respecto al trabajo en casa y en el campo les impedía asistir a la escuela.

“¿Dice usted a la escuela? Pues en el momento que te ponías de pie ya tenías que ayudar en casa, limpiar, arreglar a los hermanos y trabajar en el campo” (E8/Cuidadora).

“Yo nunca he aprendido a leer, fui un poco tiempo a la escuela y enseguida a trabajar en casa” (E10/Cuidadora).

Un hombre narró las diferencias entre el padre y la madre a la hora de afrontar su dis-

capacidad. La educación del padre le motivó para ser autónomo; sin embargo, la superprotección de la madre le originó problemas de relación con ella.

“Yo no he querido nunca a mi madre, porque era de esas mujeres que le gustaba que estuvieras bajo las faldas (...). No sé si se sentía culpable de que yo naciera así [pies varos], mi padre no, mi padre era de los que decía “mira, hay que hacer esto, ya te apañarás”
(E2/Cuidador).

1.4. Actividad laboral y doméstica. Las participantes narraron tareas domésticas que se solapaban con otras y trabajos con sueldos bajos o sin cotizar, habiendo estado siempre supeditadas al padre, marido y/o hermano.

“(…) Mire usted, me levantaba a las cinco de la mañana y antes de salir, fregaba mi casa, con decirle que fregaba el umbral y en el invierno se helaba enseguida (...) Trabajaba también en el campo [segando], teníamos huerta y teníamos campo, antes estábamos bien, pero cuando la guerra, nos quitaron la galera, los gañanes nos quitaron las tierras y, nos quedamos sin “ná”
(E10/Cuidadora).

“Yo he trabajado siempre mucho, “arrastrá”, yo he vivido “arrastrá” como los perros, yo digo, “no se con quién habré sido tan mala porque no lo entiendo”. Toda mi vida, desde los ocho años, he estado fregando, ya que no aprendí otra cosa, toda la vida, desde los ocho años, que me ponía mojá hasta aquí [señala el cuello] eh, hasta que me casé con mi marido”
(E8/Cuidadora).

“Mi marido no quiso que yo cotizara durante el tiempo que trabajaba en la tienda, dijo: “tú para qué tienes que pagar nada”, no quiso (...) ahora yo cobraría una pensión y así mira, lo mío no ha valido para nada...”
(E6/Cuidadora).

◀
“Yo he trabajado mucho, en el campo (...) iba a la remolacha, a recoger las patatas, a sembrarlas. Luego aquí [en Valencia] (...) trabajaba por las casas de costurera, a limpiar plata, a planchar, trabajaba en lo que me daban y en casa claro; cobrando una miseria (...)”
 (E1/cuidadora).

Los hombres mostraron la necesidad de tener ayuda femenina para realizar las tareas domésticas.

“Tengo esta señora [servicio doméstico], está para todas las cosas que hay que hacer, limpieza, todo; tengo que tener una mujer, la levanta (...)” (E4/cuidador).

“Esta chica lleva ya con nosotros va para tres años (...) y en fin, ella sabe todo lo de la casa y muy bien; aparte tengo otra chica del ayuntamiento que viene a limpiar y a comprar”
 (E11/cuidador).

1.5. Obedecer y consentir. Las narraciones mostraron que las mujeres siempre habían estado supeditadas a los hombres (padre, marido y hermano).

“Cuando mi padre murió, mi hermano vendió las mulas y se marchó. Mi madre se quedó sin ná, ná, ná, sin una peseta, así era (...), mi hermano el grande dijo “te quedas aquí en la casa con madre y tú la mantienes” ¿sabe? y yo me quedé allí en casa con mi madre, una pena”
 (E10/Cuidadora).

“Mi marido, si faltaba algo en la mesa, decía “mujer, que falta una cuchara, que falta esto o lo otro” (...). Siempre se ha hecho lo que él ha querido. Antes, te casabas para estar en casa y tener hijos. Él un poco desastre para mí sí que ha sido, sí” (E3/Cuidadora).

1.6. Salir de la situación. Una cuidadora narró la decisión que tomó de emigrar al extranjero, sola y siendo mujer, para mejorar sus condi-

ciones de vida. Otra tomó la decisión de cambiar de trabajo.

“(...) Me dijeron de ir a Londres y me fui, lo dejé aquí todo, estuve quince años, de doméstica (...), en hoteles y en un hospital. Había temporadas que tenía hasta tres trabajos, todo con el afán de ahorrar para comprar un piso en España. Esa ha sido mi vida, trabajar, trabajar y trabajar” (E1/Cuidadora).

“Mi padre estaba enfermo, el cabeza de familia y murió a los cincuenta y tres años, usted sabe que no se cobraba nada, ni viudez, ni nada, entonces tuve que luchar a muerte y me dije: “yo no me voy a morir” (...) hemos pasado de todo, cogí una bolsa, metí unos peines, unos rulos, los arreglos de peluquería y como en el barrio todo el mundo me conocía, pues a peinar por las casas, yo no sabía de cepillos ni de peinar, pero, la necesidad. Usted imagínese el valor que tuve yo”
 (E12/cuidadora).

Un hombre describió como abandonó el pueblo por estar con sus hijos.

“Del pueblo, empezó a irse la gente, se quedó solo, yo no quise que estuvieran solos [hijos] y me vine por eso (...). Yo allí estaba de maravilla (...), tenía buenísimas amistades, y en fin, que estábamos muy bien”
 (E4/cuidador).

2. Motivos que sustentan el cuidado. Las personas ancianas cuidaban de familiares ancianos dependientes por:

2.1. Deber y Responsabilidad. Los hombres participantes consideraron que cuidar a su esposa era un deber y responsabilidad. Sin embargo, las mujeres pensaron que cuidar de su esposo era un deber y una obligación, al igual que cuidar a sus padres.

“Pues un deber [silencio] ya se lo he dicho antes, no tengo por qué estar pesaroso en

hacerlo, porque me gustaría que a mí me lo hiciesen, pues por eso yo también lo hago” (E2/Cuidador).

“Cuidar a mí mujer es mi responsabilidad, algo que tengo que hacer y nada más, y lo llevo a gusto” (E4/Cuidador).

“A mí me parece que es una obligación, igual que cuidar a los padres, también me parecía una obligación” (E3/Cuidadora).

2.2. Creencias Religiosas. Las mujeres encontraron en la religión la justificación y el apoyo necesario para cuidar.

“Yo me aclamo siempre a Dios y se me pasa todo (...) el que no cree es diferente porque una persona que no cree, no tiene temor de Dios (...) hay veces que pienso, “hay Señor, tanto me merezco” pero es así la vida y tengo que acatarla. Si yo no creyera ¡madre mía!, si me encontrara a mi cuñada en el suelo, me daría igual, si no creyera, me sería igual” (E9/Cuidadora).

2.3. Compasión. Una mujer narró la compasión que siente por una amiga.

“(...) Ella tenía hermanos, pero, como estaba un poco “mal de la cabeza”, no tenía dinero, ni fincas, pues nadie le dijo de atenderla cuando murió su mamá, y como siempre estaba conmigo en la peluquería, le dije: “chica pues vente, vente conmigo” y la tengo ya, pues cuarenta y cuatro años, cuando murió su mamá ya se vino aquí la chiquilla, bueno chiquilla que ya tiene ochenta años y yo ochenta y uno [se ríe]. (...) Yo la cuido pues, porque yo soy una persona muy sensible, me da pena” (E12/Cuidadora).

2.4. Agradecimiento y reciprocidad. Una hija cuidaba de su madre y expresó el agradecimiento y cariño que sentía por ella, y dos cónyuges expresaron reciprocidad.

“Yo la cuido porque la quiero, la quiero mucho, mi madre se lo merece, ella siempre me cuidó” (E6/Cuidadora).

“Ya se lo he dicho antes, si a mí me hubiera gustado que también lo hiciera para mí, no tengo porque estar pesaroso en hacerlo (...) Como yo empiezo porque me gustaría que a mí me lo hiciesen, pues, por eso yo también lo hago” (E2/Cuidador).

“Si tiene que pasar algo, que pase delante de mí y se cuida hasta que le toque (...) pero hay que cuidarla, está ahí (...) bueno, yo lo veo así, está ahí [silencio] Yo creo que hay que cuidarla hasta que Dios quiera y se la lleve (...) Hemos vivido cincuenta años juntos, ya desde que nos conocimos, toda la vida, es toda la vida” (E5/cuidador).

2.5. Amor. Una mujer manifestó el amor que sentía por su marido. Sin embargo, un hombre expresó un sentimiento de cariño, no de amor.

“(...) Es una persona que me ha querido y se ha portado muy bien con mis hijas y con mis nietos y quizá por eso que no me lo toque nadie, mis hijas lo quieren con locura, mis nietos lo mismo y yo, daría la vida por él” (E8/Cuidadora).

“Tengo una obligación y ya está: Hemos vivido cincuenta años juntos, ya desde que nos conocimos, toda la vida, es toda la vida, dices amor, bueno sí, la quieres; luego responsabilidad, deber, todo, todo está ahí, es que es todo, un conjunto, ¿no?” (E5/cuidador).

2.6. Satisfacción. Los hombres vivían el cuidado como un reto y un logro personal.

“Al principio un problema, ¿qué compro?, ¿qué hago?, ahora, ya me voy defendiendo, voy aprendiendo, esto me interesa, esto no me interesa, esto es así, voy aprendiendo (...), nunca pensé que podría hacer todo esto” (E5/Cuidador).

3. Estrategias de afrontamiento.

3.1. Resiliencia. Los participantes tenían gran capacidad de resiliencia, sabían adaptarse a la adversidad con paciencia y fuerza de voluntad, aunque el mantenimiento de relaciones sociales y los momentos de respiro eran escasos en ambos sexos; salir de casa para ir a la compra o al médico lo identificaron como momentos para mantener relaciones sociales. Los hombres salían más de casa y buscaban momentos de ocio. Las mujeres salían menos de casa, se distraían leyendo o viendo la televisión.

“Yo tenía y tengo mucha fuerza de voluntad, la conservo todavía y me hace vivir siempre bien, “joer” con todo lo que he vivido y muy optimista [risas]” (E4/Cuidador).

“Tengo mucha paciencia, mucha paciencia. Yo creo que me he adaptado, después de pasar tanto y tanto (...)” (E8/Cuidadora).

“Hombre, pues, aunque no quieras, algo me he tenido que adaptar, acepto la enfermedad, eso es muy natural porque si no, yo habría dicho “ahí os quedáis y me voy” y no lo he hecho (...), todo lo haces con paciencia y nada más” (E9/Cuidadora).

“Salgo todos los días a comprar el pan, a la farmacia, al médico y dedico media mañana” (E4/Cuidador).

“Las horas que está la señora, aprovecho para ir al banco, hacer gestiones, para salir con la bicicleta, pues claro, aprovecho (...) Por las tardes no estoy libre, estoy en casa porque mis hijas tampoco están aquí, se van” (E5/Cuidador).

“Me entretengo traduciendo o haciendo crucigramas, leo” (E2/Cuidador).

“(...) Salgo a comprar o si tengo que ir al consultorio, algún recajo, luego me meto en mi casa y ya está, ya “fa” años ya (...) por la

tarde, me siento ahí a leer o a ver la televisión, hasta la noche” (E13/Cuidadora).

“Alguna vez vienen las amigas a casa y jugamos al parchís, me hacen mucha compañía, compartimos cosas... o me pongo a coser” (E12/Cuidadora).

Los cuidadores narraron estar motivados por el cuidado realizado, lo percibían como fuente de enriquecimiento personal, era algo nuevo para ellos, un logro y motivo de satisfacción. Sin embargo, las cuidadoras obtenían en la religión la estrategia de afrontamiento más frecuente.

“En fin, hay que aguantar lo que venga, [mira a su mujer con cariño, están cogidos del brazo, transmiten paz, tranquilidad], yo ya lo he hecho todo en la vida, solo la tengo a ella” (E7/Cuidador).

“Yo no soy de misa, (...), pero yo creo y todas las mañanas me encomiendo y lo hago porque yo soy así, y le pido a Dios que siempre me ayude y así ha sido, así hemos ido jugando y ya está, y soy feliz, y no quiero pensar en nada, ni nada y adelante que si me acobardo es peor (...), Bueno, ahora me da fuerzas para seguir” (E12/Cuidadora).

DISCUSIÓN



EN ESTE TRABAJO SE ANALIZA LA INFLUENCIA del género en el cuidado familiar, identificando las características sociodemográficas de las personas cuidadoras. De acuerdo con otras investigaciones (12,22), la mayor parte de los participantes de este estudio (cuidadoras/es y personas receptoras de cuidados) son octogenarios, siendo la edad media en hombres cuidadores mayor que en mujeres; todos conviven en su hogar, la mayoría con su pareja, lo que justifica edades homogéneas entre las personas cuidadoras y las receptoras de cuidados.

Las parejas envejecen y los hombres de edad avanzada asumen el papel de cuidador

que no desarrollaron siendo jóvenes; aparece una nueva tendencia en proporciones crecientes en nuestro país, donde las personas mayores viven cada vez más en pareja o solas en el hogar, necesitando más horas de cuidado (8,15). El nivel de instrucción en España es más bajo en personas de mayor edad, de tal forma que existe analfabetismo por la escasez del sistema educativo y las condiciones de vida (8). Los datos hallados coinciden con otros estudios (9,22), hecho que refleja la cultura androcéntrica vivida por esta generación (4), donde la educación escolar solo se reservaba para los hombres, mientras que las mujeres debían dedicarse a las tareas del hogar o realizar aquellas tareas que les ordenaban.

El tiempo dedicado al cuidado es elevado respecto a otras investigaciones (9,10,15). Destaca que los hombres llevan más años prestando cuidados que las mujeres, no coincidiendo este resultado con otras investigaciones (10,12,15). Las personas mayores, cuando cuidan, lo hacen con alta dedicación horaria (más de veinte horas por semana) (8,9). Los motivos que sustentan el cuidado vienen determinados por la dedicación en largos periodos de tiempo a personas con altos niveles de dependencia e importantes déficits cognitivos. Todo ello justificaría la elevada carga objetiva y subjetiva observada en las mujeres respecto a los hombres, resultados que coinciden con estudios donde las horas de cuidado, la salud de la cuidadora y el grado de parentesco inciden en el nivel de sobrecarga (2,9,23-25). Los problemas de salud de las personas receptoras de cuidados no solo parecen tener una relación con la carga subjetiva y el agotamiento, sino que también son un factor de riesgo del deterioro funcional, demencia y comorbilidad de las personas cuidadoras (26). Estas no tienen momentos de respiro, conviven y cuidan acumulando más riesgos. Especialmente, se detecta en las estrategias de afrontamiento de la mujer de edad avanzada, con un nivel educativo bajo. En un entorno mediterráneo con alta familiaridad o en países con bajo nivel familiar, las mujeres tie-

nen mayor carga subjetiva, lo que sugiere que esta diferencia es una característica intercultural (7,27). Algunos autores (7,28,29) indican que existen determinantes del entorno que influyen en el cuidado, provocando estrés en las personas que cuidan, como vivir con el receptor de la atención y ser su pareja; cuidar a un hombre parece ser más exigente que cuidar a una mujer. En esta línea, aunque no se ha valorado el nivel de estrés, se han detectado altos niveles de sobrecarga, sobre todo en mujeres que cuidan de sus cónyuges.

El rol de cuidadora es impuesto a partir de una socialización que marca desigualdades, tanto en las atribuciones que hace la familia como en la autopercepción y expectativas sobre los comportamientos sociales para ambos géneros (4,30). La aparición de enfermedad modifica los roles y la relación entre ambas personas (cuidadora y receptora de cuidados). A medida que avanza la necesidad de cuidado, la calidad de la relación se convierte en elemento central de la experiencia. Se ha detectado que una mala relación tiene consecuencias negativas y aumenta la carga y el agotamiento, circunstancia que también se produce en otros estudios (26). La desigualdad en la relación es un factor clave para los cuidados de los cónyuges, especialmente cuando se siente que el/la cuidador/a es de menor importancia en la pareja. Desde la perspectiva vital, la ayuda familiar, y con ella la cercanía en la relación, parece ser un recurso cuando la enfermedad es manejable y la muerte se percibe como lejana (16).

Los motivos por los que los hombres y mujeres participantes cuidan del cónyuge son distintos. Coincidiendo con los resultados, algunos autores exponen que la religión y/o la espiritualidad producen bienestar, sobre todo en las cuidadoras (30). Se detecta, coincidiendo con otros estudios, que la atención brindada forma parte de los votos matrimoniales, encontrando en ellos un significado y una fortaleza (30). El género influye en cómo se percibe la satisfacción de brindar atención.

La perspectiva de las personas cuidadoras desde un análisis de género.

ÁNGELA SANJUAN-QUILES et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
7/7/2023
e202307062

En hombres, el cuidado es una fuente de enriquecimiento personal; en mujeres, algo que deben hacer para demostrar el amor que sienten por la persona que cuidan, lo que convierte la tarea en algo mucho más exigente y menos satisfactorio. Las mujeres asumen este papel porque sienten que es lo que se espera de ellas, particularmente en países en los que el cuidado familiar es importante (4,31). Todo ello podría justificar el desarrollo de habilidades de resiliencia adquiridas, permitiéndoles alcanzar mayores niveles de afrontamiento y adaptación. A través de la resiliencia se modela el estrés, afrontando las adversidades e intentando mantener niveles óptimos de funcionamiento y bienestar, como respaldan algunos autores (32). Sin embargo, otros estudios (7) describen que, a mayor nivel de sobrecarga percibida por la persona cuidadora, menor es la capacidad de resiliencia. No obstante, los roles normativos de las mujeres como cuidadoras están integrados en el curso de la vida. La intimidad matrimonial crea una interdependencia donde el cuidado y el compromiso son tanto para hombres como para mujeres (33). Las obligaciones individuales y sociales resultan evidentes, lo que demuestra en este estudio cómo se asumen los cuidados.

El mantenimiento de las relaciones sociales y los momentos de respiro son escasos en ambos sexos, aunque los hombres manifiestan salir más de casa y buscar momentos de ocio. Algunos autores apuntan que existe una correlación significativa entre las estrategias de planificación y apoyo social percibido con el bienestar psicológico (34). En el estudio de Xiong *et al.* (3), los cuidadores comenzaron a buscar ayuda antes, resaltando la importancia de tener tiempo para sí mismos; estaban más dispuestos a compartir el cuidado y hacer actividades que les proporcionaban respiro.

Estos hallazgos coinciden y proporcionan un nivel de comprensión, diferenciando las cargas observadas entre mujeres y hombres. En general, las personas cuidadoras que tienen altos niveles de apoyo social obtienen mayores niveles de bienestar y salud general, así como más probabilidades de estar satisfechas con su rol (7).

Los hallazgos de este estudio muestran que el significado de la experiencia de cuidar a otra persona anciana dependiente durante la vejez está determinado por la cultura androcéntrica. Las cuidadoras sienten la presión de familiares, pareja y sociedad; cuidan por obligación moral, manifiestan que su actividad no se reconoce y que no son comprendidas. Los cuidadores, por el contrario, cuidan por responsabilidad, manifiestan un aprendizaje personal y un logro, lo que se traduce en experiencia satisfactoria para continuar cuidando. Ambos desarrollan habilidades de resiliencia que les permiten alcanzar mayores niveles de adaptación: los hombres utilizan más mecanismos protectores de afrontamiento en su vida diaria y las mujeres tienen en la religión el apoyo que más les reconforta.

Las limitaciones del estudio son las propias de la investigación cualitativa. No es posible generalizar los resultados para otros contextos. Es una limitación importante la muestra, aunque el perfil de las personas participantes se asemeja al entorno sociocultural del contexto estudiado, lo que facilitó la saturación de la información (18).

En futuras líneas de investigación se debe contemplar que existe una necesidad de aplicar la perspectiva de género y llevar a cabo un observatorio social relacionado con los cuidados familiares en el domicilio. (19)

La perspectiva de las personas cuidadoras desde un análisis de género.

ÁNGELA SANJUÁN-QUILES *et al.*

BIBLIOGRAFÍA



1. Cascella GF, García-Orellán R. *Burden and Gender inequalities around Informal Care*. Invest. Educ. Enferm. 2020; 38(1):e05. <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v38n1e10>

2. Petrini M, Cirulli F, D'Amore A, Masella R, Venerosi A, Carè A. *Health issues and informal caregiving in Europe and Italy*. Ann Ist Super Sanita. 2019; 55:41-50. https://dx.doi.org/10.4415/ANN_19_01_08

3. Xiong C, Biscardi M, Astell A, Nalder E, Cameron JJ, Mihailidis A et al. *Sex and gender differences in caregiving burden experienced by family caregivers of persons with dementia: A systematic review Eligibility criteria for selecting studies*. PLoS ONE. 2020; 15(4):e0231848. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0231848>

4. De la Mata Aguado C, Hernández Ascanio J. *Lo femenino y la vivencia de la soledad. La vejez como una etapa de fortaleza*. Cuad. Trab. Soc. 2021; 34(1):199-209. <http://dx.doi.org/10.5209/cuts.68544>

5. *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* [Internet]. Madrid: Gobierno de España. Jefatura del Estado. BOE núm. 299 del 15 diciembre 2006 [consultado 25 May 2023], p. 44142-56. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39>

6. Ayala del Pino C. *La importancia del cuidado: el cuidador informal, los empleados del servicio doméstico y cuidadores domésticos internos*. Anuario Jurídico y Económico Escurialense [Internet]. 2020 [consultado 25 May 2023]; 53:139-164. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7450112>

7. Frías-Osuna A, Moreno-Cámara S, Moral-Fernández L, Palomino-Moral PA, López-Martínez C, del Pino-Casado R. *Motivos y percepciones del cuidado familiar de mayores dependientes*. Aten Primaria. 2018; 51:637-644. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.06.010>

8. Abellán García A, Aceituno Nieto P, Pérez Díaz J, Ramiro Fariñas D, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. *Un perfil de las personas mayores en España, 2019*. In-

dicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Envejecimiento en red nº 22 [monografía electrónica]; 2019, p.1-38. [consultado 10 Abr 2021]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/en-red-indicadoresbasicos2019.pdf>

9. Hernández Gómez MA, Fernández Domínguez MJ, Blanco Ramos MA, Alves Pérez MT, Fernández Domínguez MJ, Souto Ramos AI et al. *Depresión y sobrecarga en el cuidado de personas mayores*. Rev Esp Salud Pública. 2019;93: 6 de agosto e201908038.

10. Navarro-Abal Y, López-López MJ, Climent-Rodríguez JA y Gómez-Salgado J. *Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes*. Gac Sanit. 2019; 33(3):268-271. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.009>

11. González-de Paz L, Real J, Borrás-Santos A, Martínez-Sánchez JM, Rodrigo-Baños V, Dolores Navarro-Rubio M. *Associations between informal care, disease, and risk factors: A Spanish country-wide population-based study*. J. Public Health Policy. 2016; 37(2):173-189. doi: <https://dx.doi.org/10.1057/jphp.2016>

12. Del Río Lozano M, García-Calvente M, Calle-Romero J, Machón-Sobrado M, Larrañaga-Padilla I. *Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received*. Qual Life Res. 2017; 26: 3227-3238. <https://dx.doi.org/10.1007/s11136-017-1678-2>

13. INE. *Proyección de la población de España, 2020-2070* [Internet]. 2020 [consultado 10 Abr 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=6672>

14. Verbakel E. *How to understand informal caregiving patterns in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norms*. Scand. J. Public Health. 2018; 46(4):436-447. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/1403494817726197>

15. Sundström G, Jegermalm M, Abellán A, Ayala A, Pérez J, Pujol R, Souto J. *Men and older persons also care, but how much? Assessing amounts of caregiving in Spain and Sweden*. Int. J. Ageing Later Life. 2018, 12, 75-90. doi: <https://dx.doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.17356>

16. Gérard P, Zech E. *Informal caregiver burnout? development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving*. *Front Psychol*. 2019; 10:1748. <https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748>
17. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1987.
18. GuetsG, BruceA, JohnsonL. *How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability*. *Field Methods*. 2006; 18:59-82. <https://dx.doi.org/10.1177/1525822X05279903>
19. Generalitat Valenciana. *Consejería de Sanitat, editor. Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria* [monografía electrónica]. 2006. [Consultado 10 Abr 2021]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.4963-2006.pdf>
20. Tong A, Sainsbury P, Craig J. *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*. *Equator Network* [revista electrónica] 2007; [consultado el 24 Abr 2021]. Disponible en: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>
21. Macrae DJ. *The Council for International Organizations and Medical Sciences (CIOMS) Guidelines on Ethics of Clinical Trials*. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2007; 4:176-179. <https://doi.org/10.1513/pats.200701-011GC>
22. Rodríguez-Madrid MN, del Río-Lozano M, Fernández-Peña R, Jiménez-Pernett J, García-Mochón L, Lupiáñez-Castillo A et al. *Gender Differences in Social Support Received by Informal Caregivers: A Personal Network Analysis Approach*. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16: 91. <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph16010091>
23. Ramón-Arbués E, Martínez-Abadía B y Martín-Gómez S. *Factores determinantes de la sobrecarga del cuidador. Estudio de las diferencias de género*. *Aten Primaria*. 2017; 49:308-309. <https://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.07.003>
24. Mosquera Metcalfe I, Larrañaga Padilla I, Del Río Lozano M, Calderón Gómez C, Machón Sobrado M, García Calvente MM. *Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa: Estudio CUIDAR-SE*. *Rev Esp Salud Pública*. 2019, 93; e201901002.
25. Rodríguez-González AM, Rodríguez-Míguez E, Duarte-Pérez A, Díaz-Sanisidro E, Barbosa-Álvarez A, Clavería A y Grupo Zarit. *Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes*. *Aten Primaria*. 2017; 49:156-165. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.006>
26. Kindt S, Vansteenkiste M, Loeys T, Cano A, Lauwrier E, Verhofstadt LL et al. *When is helping your partner with chronic pain a burden? The relation between helping motivation and personal and relational functioning*. *Pain Medicine*. 2015; 16:1732-1744. <https://dx.doi.org/10.1111/pme.12766>
27. Del Pino-Casado R, Pastor-Bravo MM, Palomino-Moral PA, Frías-Osuna A. *Gender differences in primary home caregivers of older relatives in a Mediterranean environment: A cross-sectional study*. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017; 69:128-33. <https://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2016.11.012>
28. Estrada Fernández ME, Gil Lacruz AI, Viñas López A. *La dependencia: efectos en la salud familiar*. *Aten Primaria*. 2018; 50: 23-34. <https://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.12.007>
29. Onwumere J, Lotey G, Schulz J, James G, Afshar-zadegan R, Harvey R et al. *Burnout in early course psychosis caregivers: the role of illness beliefs and coping styles*. *Early Interv Psychiatry*. 2017 11, 237-43. <https://dx.doi.org/10.1111/eip.12227>
30. Williams LA, Giddings LS, Bellamy G, Gott M. *'Because it's the wife who has to look after the man': A descriptive qualitative study of older women and the intersection of gender and the provision of family caregiving at the end of life*. *Int. J. Equity Health*. 2017; 31:223-230. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/0269216316653275>
31. Calvó-Perxas L, Vilalta-Franch J, Litwin H, Turrró-Garriga O, Mira P, Garre-Olmo J. *What seems to matter in public policy and the health of informal caregivers? A cross-sectional study in 12 European coun-*

tries. PLoS one. 2018; 13:e0194232. doi: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0194232>

32. Jiménez-Picón N, Velasco-Sánchez MA, Romero-Martín M. *La resiliencia familiar como activo en salud*. An. Sist. Sanit. Navar. 2019; 42(1, enero-abril). <https://dx.doi.org/10.23938/ASSN.0589>

33. Cash B, Warburton J, Hodgkin S. (3 October 2018). *Expectations of care within marriage for older couples*.

Australas J Ageing. 2018; 38:E19-E24. <https://dx.doi.org/10.1111/ajag.12590>

34. García F, Manquián E, Rivas G. *Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales*. Psicoperspectivas. 2016; 15:87-97. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue3-fulltext-770>

RE
SD

La perspectiva
de las personas
cuidadoras
desde un análisis
de género.

ÁNGELA
SANJUÁN-
QUILES
et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
7/7/2023
e202307062

15