



Andreu Bover Bover  
Profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia.  
Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca.

Correspondencia:  
Andreu Bover Bover  
Edif. Beatriu de Pinós. Campus Universitari  
Universitat de les Illes Balears  
Ctra. Valldemossa, km 7,5  
07122-Palma de Mallorca. Islas Baleares  
Tfno.: 971 17 25 94; fax: 971 17 31 90  
E-mail: andreu.bover@uib.es

## Mayores cuidando a mayores, una perspectiva de género y generación

### *Elders caring for elders, a gender and generational perspective*

Estudio financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo (FIS PI020925), con el apoyo de la Universitat de les Illes Balears.

#### RESUMEN

Exploramos cómo en el actual contexto socioeconómico español el género de las personas mayores cuidadoras de otros mayores influye en la percepción del cuidado realizado. Este estudio cualitativo tuvo una orientación posfeminista y fue desarrollado en Mallorca (España) a través de entrevistas individuales y grupos focales con hombres y mujeres cuidadores en domicilio de tres generaciones. En las narrativas de los y las participantes aparece un discurso radicalmente diferente de género en relación a las estrategias desarrolladas en el cuidado, la percepción del aislamiento social producido y en las demandas de ayuda expresadas. Se discuten las implicaciones que estos resultados pueden tener para las políticas públicas.

#### PALABRAS CLAVE

Cuidado informal, mayores, género, generación.

#### SUMMARY

*This paper explores how in the current socio-economic Spanish context, the gender of main elderly caregivers who cares for other elders influences caregiving practice. This qualitative study had a postfeminist approach and was developed in Mallorca (Spain) by means of individual interviews and focus groups with male and female home caregivers from three generations. A radically different gender discourses are identified in the participants' narrative in relation to strategies developed, perception of social isolation and demands expressed regarding caregiving. The implications of these results to public policy are discussed.*

#### KEY WORDS

*Caregiving, elders, gender, generation.*

## INTRODUCCIÓN

El sistema de provisión de cuidados de salud en España se basa primordialmente en el cuidado llamado informal o familiar con una presencia muy elevada frente a la escasa cobertura del cuidado profesional o formal (1). El cuidado informal es entendido como aquel realizado en el ámbito del domicilio, ofertado generalmente por las mujeres de la familia (2, 3), por el que habitualmente no se recibe ningún tipo de remuneración económica y en el que se establece algún vínculo emocional entre la persona cuidadora y la receptora de los cuidados (4).

El perfil del cuidador principal en el contexto español generalmente se corresponde, en el caso del cuidado de personas mayores dependientes, a mujeres de una edad media de 57 años, hijas o cónyuges de la persona cuidada, casada, que cohabita con la persona que cuida, con un bajo nivel de estudios, escasa actividad laboral y con una dedicación generalmente exclusiva al hogar y al cuidado (5). Esta elevada media de edad de las personas cuidadoras también aparece en el caso de las personas cuidadoras denominadas secundarias (6), que actúan como refuerzo del cuidador o cuidadora principal, algunos estudios en el contexto español identifican su perfil como esposos o hijos generalmente solteros y, normalmente, mayores de 60 ó 70 años (7). Debemos tener en cuenta también que en España la gran mayoría de ancianos y ancianas dependientes viven en su domicilio y que estos reciben ayuda familiar para realizar su vida diaria (2, 3). Este tipo de ayuda suele ser en la mayoría de los casos permanente y, en una gran proporción, exclusiva sin recibir otro tipo de apoyo (5). Atendiendo a este contexto podemos decir que habitualmente en España son personas de una edad avanzada las que mayoritariamente cuidan a las personas mayores dependientes en el domicilio.

La presencia del cuidado informal o familiar se ha ya seriamente comprometida (8) debido a los intensos cambios sociodemográficos y económicos acaecidos en el actual contexto español (9). Hoy tenemos un mayor número de personas mayores dependientes (10) y, por

contra, una menor disponibilidad de personas cuidadoras en la familia (10), siendo éstas más frágiles y con mayor sobrecarga (3, 11). Además, estas personas cuidadoras están cada vez más presionadas por un aumento en sus responsabilidades en el cuidado derivada de las políticas economicistas de gestión sociosanitaria que se están implantando en España en las últimas décadas, las cuales limitan los recursos públicos de soporte a la dependencia (12, 13). Ante la complejidad del fenómeno del cuidado informal, las nuevas políticas de protección y apoyo al recurso informal en el contexto español, que den respuesta a las nuevas necesidades aparecidas, deberían contemplar la diversidad del colectivo de personas cuidadoras en perfiles y vivencias en la experiencia de cuidar (3).

Aquí se presentan una parte de los resultados obtenidos en una investigación (FIS PI020925) que tenía como objetivo conocer en profundidad la experiencia de las personas cuidadoras en el domicilio con relación a la forma en que perciben su desarrollo, valor e impacto en el cotidiano. Profundizamos en las diferencias y sinergias de las aportaciones de las personas cuidadoras según su género y generación considerados, entre otros, elementos fundamentales en la comprensión de la experiencia de este tipo de cuidado (14). Este artículo se centra en explorar como el género de las personas cuidadoras de la generación mayor, que cuidan generalmente de otras personas mayores en el domicilio, influye en la percepción de la labor realizada en cuanto a estrategias desarrolladas, impacto sobre su bienestar y familia, así como en la propia valoración y la de otros agentes o recursos de soporte implicados en este tipo de cuidado.



## METODOLOGÍA

El estudio se basa en el paradigma crítico social desde la teoría posfeminista, generando conocimiento que busca la transformación social en el reconocimiento de



191 las diferencias, como pueden ser el género y la generación, de las personas que realizan el cuidado doméstico (15). En este estudio se parte de la perspectiva que la subjetividad de los individuos es fuertemente constituida por discursos sociales que conforman sus prácticas cotidianas como cuidador, ciudadano, cónyuge, profesional, etc. En el caso particular de las personas cuidadoras del ámbito domiciliario se explora como estos discursos sociales dominantes de género (16) y generación (17) modulan la forma de entender y hacer los cuidados y relacionarse con el sistema sociosanitario. Esta comprensión es importante ya que estos discursos impregnan no sólo el contexto social y la micropolítica del cotidiano de profesionales y usuarios, sino también, las políticas sociosanitarias actuales de protección a la familia y a la dependencia. Actualmente estas dinámicas son constituidas por relaciones de poder en las políticas y prácticas del cuidado (18) que habitualmente señalan a la mujer como máxima y más idónea responsable de tal actividad en la familia (19), apartando al hombre de la responsabilidad y del ejercicio de acciones no consideradas propias de su sexo (20), como el cuidado. Discursos de género que se ven modulados en intensidad por los discursos propios que alimentan cada generación, según un tiempo y un lugar específico, conformando la subjetividad de cada uno de los individuos (15). Así, desde esta investigación, se propone la búsqueda de discursos emergentes, que confronten a los dominantes anteriormente expuestos, que permitan una mayor comprensión en la diversidad del fenómeno del cuidado informal y la de sus actores.

El diseño del estudio es cualitativo, ya que permite explorar fenómenos complejos y contextualizados tal como ocurren en su ambiente natural (21), como es el caso del cuidado informal. Los participantes fueron mujeres y hombres cuidadores familiares en domicilio de la Isla de Mallorca (n= 55), preferentemente de medio urbano y de tres generaciones diferentes (20-39, 40-59, y mayores de 59 años). Generalmente, en la primera generación fueron madres y padres con hijos e hijas a su cargo, la segunda generación, hijos e hijas que cuidaban a sus progenitores y en la última generación se situaban hombres y mujeres cuidadoras de sus cónyuges dependientes. El reclutamiento se basó en la técnica de

bola de nieve. La recolección de datos se realizó mediante 14 entrevistas individuales y 6 grupos de discusión (de abril del 2002 a septiembre del 2003) de acuerdo a los perfiles de los dos géneros y las tres generaciones, así como de un cuestionario de datos sociodemográficos. El proyecto fue evaluado positivamente por la comisión de bioética correspondiente, se obtuvo el consentimiento informado de los y las participantes y, los investigadores vigilaron durante todo el proceso por la confidencialidad de los datos.

15

La estrategia seguida fue el análisis del discurso transcrito con un proceso deductivo de definición de códigos, agrupados en subcategorías y categorías, y con un proceso inductivo contrastando estos resultados deducidos con el marco teórico. El rigor del análisis se garantizó por la exposición de la posicionalidad de los investigadores, un continuo proceso reflexivo, la verificación de los análisis entre los investigadores y cotejando los resultados obtenidos con otras fuentes bibliográficas.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Del análisis de los textos transcritos de las entrevistas individuales y de los grupos focales de las tres generaciones y los dos géneros se derivaron más de 250 códigos agrupados en cuatro categorías con sus subcategorías correspondientes (Tabla 1). Aquí se presentan en los resultados más destacados según género, por su in-

Tabla 1. Resultados obtenidos

Categorías	Subcategorías
Estrategias y habilidades	¿Qué es el cuidado? ¿Cómo se realiza? ¿Qué se hace? ¿Con quién?
Valoración	Valoración personal Valoración social
Impacto	Salud Familia Actividad laboral Ocio y relaciones
Recursos	Presencia Valoración Preferencia

16 tensidad y saturación, aparecidos en las manifestaciones de las personas cuidadoras mayores, según sus percepciones y valoraciones, sobre las estrategias desarrolladas en el cuidado, el impacto percibido por su realización y los recursos implicados.

### Las estrategias desarrolladas: la (sobre)dimensión de la dualidad

En las mujeres cuidadoras mayores destacan como estrategias propias del cuidado las demostraciones de afecto y la sobreprotección, percibiéndose ellas mismas como las principales organizadoras y responsables del cuidado y del hogar, recibiendo habitualmente escasa o ninguna ayuda para su realización. Ellas consideran a la mujer más dotada que el hombre para el cuidado por su paciencia y capacidad afectiva, aunque también en algún caso expresan como extraordinario el cuidado masculino realizado: “[...] yo creo que un hombre es diferente en todo no tiene lo que tiene una mujer para lavarlo, para arreglarlo, para darle la comida y tenerlo todo a punto [...] no tiene la paciencia necesaria [...] le falta aquel tilín que las mujeres tenemos” (mujer cuidadora mayor).

Habitualmente, los hombres dicen expresar con el cuidado una muestra de responsabilidad y de mutua confianza, declaran realizar actividades de suplencia parcial y de gestión de los recursos para la persona dependiente, recibiendo generalmente ayuda, remunerada o no, para las labores de la casa y el cuidado directo. En algunos casos, ellos se consideran mejor dotados para el cuidado que las mujeres por su capacidad de fuerza y resistencia física frente a las necesidades requeridas y el afrontamiento del estrés generado, silenciando habitualmente la aportación de las mujeres frente a la suya propia: “[...] los trabajos de casa, lavar, planchar y todo eso, lo han hecho; gracias a Dios he tenido ayuda de una señora que me ayudaba a lavarla [a su esposa] que viene sobre las ocho y media [...] mientras ella está aquí yo puedo hacer otras tareas fuera de casa [...]; creo que si no fuese un hombre no lo hubiera podido aguantar [...], una mujer se hubiera rendido [...].” (hombre cuidador mayor).

Las actividades y valoraciones aquí expresadas por las personas cuidadoras mayores responden a un modelo tradicional *genderizado* de entender el cuidado de

la familia y del hogar (22), en una clara dualidad de responsabilidades atribuidas según el sexo (23). En este contexto se espera que la mujer sea la principal responsable del cuidado de los miembros dependientes de la familia y del hogar (22) excluyendo o relegando al hombre en tal labor por su supuesta baja competencia emocional (20). Este discurso sobre la *genderizada* calidad del cuidado (femenino) está instalado en el contexto cultural español (24), potenciado en el caso de las generaciones mayores que se mantienen voluntariamente, o no, discriminadas en los discursos y prácticas actuales de la equidad de género (25). En las manifestaciones de los hombres cuidadores se detectan discursos que parecen buscar un espacio propio de calidad para la aportación masculina al cuidado refugiándose en la sobrevaloración de las actividades y responsabilidades propias de su sexo. En referencia a ello, Mintz (26) señala cómo los hombres actuales buscan conductas adaptativas frente a los cambios sociales y a la deriva de roles que están suponiendo las nuevas exigencias en la vida cotidiana. En este estudio los hombres cuidadores mayores parecen utilizar la estrategia del enfrentamiento considerada una forma de ejercer poder y capacidad de influencia (27), una lucha de sexos que reproduce el discurso tradicional en la natural superioridad del hombre sobre la mujer (28). Vemos en definitiva cómo las personas mayores cuidadoras, aquí participantes, se ubican en el discurso dual de las responsabilidades y capacidades atribuidas al sexo, expresando la sobrevaloración de las aportaciones específicas de cada uno de los géneros en el desarrollo del cuidado. Se mantienen así apartados socialmente los géneros, apartadas su moral y sus acciones, también en el cuidado.

### El impacto percibido: la extrema soledad, de la esclavitud al poder absoluto

De los múltiples impactos expresados en la realización del cuidado, las personas mayores cuidadoras se diferencian del resto de generaciones en las manifestaciones sobre la intensidad del efecto que tal responsabilidad tiene sobre sus relaciones sociales, percibiendo casi un total aislamiento social por la exclusiva dedicación a la persona cuidada. Aunque ambos géneros coinciden



193 en expresar la obligación y el deber implícito en la relación como fundamental para expresar el compromiso marital en la dedicación al cuidado, las diferencias aparecen en la forma en que entienden su dedicación exclusiva y en cómo la afrontan. Las mujeres cuidadoras mayores valoran el sacrificio y cierta satisfacción al realizar esta exclusiva dedicación, ya que entienden que es lo que se espera de ellas. Se muestran preocupadas por el futuro de su cónyuge dependiente si ellas no están para poder cuidarlos, aunque se perciben poco valoradas por la persona cuidada: “[...] no puedo ir a ningún sitio, no salgo nada [...], lo hago primero porque me sale del corazón y segundo que es lo que debo de hacer [...], es mi marido ¡me ha tocado!, pues, ¡mala suerte! [...] a mí me ve todo el mundo que dicen ‘usted tiene el cielo abierto ¡hija mía! [...] Dios te acogerá porque vaya cruz que tienes, es que ¡hija mía! tú aguantas demasiado’, todas las vecinas; lo que yo le aguanto, me lo dicen todos [...]” (mujer cuidadora mayor).

Los hombres, aunque se quejan del aislamiento producido, también expresan satisfacción por esa dedicación, ya que les ha permitido mostrar su capacidad de superación ante los nuevos retos y habilidades requeridos, con unas manifestaciones autocentradas en sus propios problemas de salud. Ellos dicen no buscar reconocimiento social y, se perciben muy valorados y autosuficientes en la responsabilidad del cuidado, aunque reciban habitualmente ayuda para ello: “Yo vivía sólo para ella [su esposa] [...] y yo quería estar allí junto a ella [...], soy bastante decidido, no quiero despreciar a nadie, pero creo que yo sólo me valdría, creo que sacaba fuerzas de allí donde no había [...] yo me encargaba de todo, teníamos una señora que venía unas horas determinadas [...] pero si ella no podía venir yo fregaba o cocinaba ¿Quién lo hubiese dicho cuando era joven? [...] pero estoy orgulloso de haberlo hecho [...], yo he hecho lo que tenía que hacer y la otra gente que piense lo que quiera [...]” (hombre cuidador mayor).

El aislamiento social producido por la exclusiva dedicación al cuidado aquí expresado ha sido uno de los impactos principales que ha sido también recogido en diversos estudios con personas cuidadoras mayores (29, 30). Los sentimientos de obligación, deber y autosacrificio expresados son los elementos que destacan por otros

17 autores como motivadores para la exclusividad en el cuidado, sobre todo en mujeres cuidadoras (31), sentimientos muy instalados en la mística y mitología femenina en el contexto cultural español (32). Desde esta perspectiva, el sacrificio se torna deber a cumplir, orgullo, satisfacción e incluso alegría en el universo simbólico que construye la representación social de las personas cuidadoras (15). Este tipo de discurso de resignación biológica y de género se presenta de forma intensa en mujeres mayores, a diferencia de las generaciones más jóvenes que presentan signos de mayor rebeldía (33), situándose estas mujeres mayores con mayor comodidad, y menos críticas, con el rol tradicional de la mujer como cuidadora, y sirviente-esposa, de exclusiva devoción al hombre (34). La baja valoración percibida desde su pareja por el cuidado realizado que ellas manifiestan, contrariamente a lo que perciben los hombres cuidadores, aparece también en otros estudios sobre personas cuidadoras mayores cuidadoras de sus cónyuges (35). En el caso de los hombres el aislamiento percibido sirve para reforzar el discurso de la valoración de la contribución masculina en el cuidado mostrando las mayores capacidades racionales y físicas ante la superación de los problemas, atribuciones propias del hombre desde una mística de poder masculino (28, 36). Las estrategias de adaptación frente a la responsabilidad del cuidado de las personas mayores cuidadores se han demostrado diferentes según el género (37), así como las secuelas derivadas del impacto del aislamiento social, apareciendo mayores niveles de ansiedad, estrés y depresión en los hombres cuidadores (38), presentando estos una menor red social que las mujeres cuidadoras (39). El aislamiento social expresado en el estudio puede contribuir también a una gradual pérdida de salud, con más intensidad en las personas mayores por su ya natural fragilidad, ya que se ha demostrado que las personas cuidadoras utilizan menos los servicios sociosanitarios que el resto de la población (40) y consumen muchos menos fármacos (41). Este impacto puede ser aún más elevado para estas personas mayores cuidadoras en un contexto regresivo de soporte a este colectivo, tanto por la falta la disponibilidad de ayuda familiar (8) como por la escasez de recursos de soporte social en el contexto español (13). De todo ello se deriva una mayor responsabilidad

18 hacia las familias y comunidad, específicamente hacia el colectivo de personas cuidadoras, sobre todo en el caso de las mujeres que ven aumentada su tradicional carga al absorber mayoritariamente estos desequilibrios en la distribución de roles familiares (9). Podríamos decir que en las manifestaciones sobre el aislamiento social que las personas mayores cuidadoras perciben por su responsabilidad en el cuidado se enmarcan los discursos, llevados al extremo, sobre el esperado servilismo de la esposa, una especie de esclavitud asumida, donde las mujeres mayores buscan cierta consideración social ante la dificultad para ser reconocidas en otros roles que no les son asignados o permitidos socialmente. En el caso de los hombres, parece que ellos se refugian en el discurso del superhombre con poder casi absoluto, también buscando algún espacio propio en la responsabilidad del cuidado. Estos discursos y prácticas sociales dominantes se pagan con una gran soledad.

#### Los recursos implicados: la diversidad de la demanda expresada (o no), de lo privado y lo público

Las mujeres mayores cuidadoras participantes tienen dificultades para expresar demandas claras en apoyo a su labor de cuidado, incluso se resisten a recibir cualquier tipo de ayuda por considerar que el suyo es el mejor cuidado y por la percibida resignación que nada puede mejorar la situación. Ellas señalan también dificultades en la propia familia como soporte, siendo considerado el ideal de ayuda, si solicitan ayuda de algún tipo es de forma puntual y para que puedan seguir siendo ellas las cuidadoras principales, y además solicitan que sea adaptable a las necesidades surgidas y con elevada calidad instrumental y emocional. También ellas apuntan la posibilidad de recursos temporales, como centros de día, pero valoran muy negativamente la institucionalidad permanente en residencias: “Las personas mayores donde están mejor es en casa y con los suyos [...] y yo le dije ‘mientras yo pueda y viva, no le meto [a su esposo] un extraño en casa porque yo me pongo en su cabeza de pensar que estoy en manos de un extraño teniendo a una mujer que me puede atender’ [...], no puedo contar con mis hijas, las chicas ahora son mo-

194 dernas y trabajan [...] y no se encuentran personas externas de confianza hoy en día [...] y en una residencia ni pensarlo” (mujer cuidadora mayor).

Los hombres cuidadores mayores, que sí reciben habitualmente ayuda en la responsabilidad del cuidado de otras mujeres de la familia o remuneradas, expresan generalmente más valoraciones positivas que las mujeres sobre las instituciones sociosanitarias y las residencias como un mal necesario, manifestando la buena calidad y servicios de algunas de ellas. Generalmente ellos se centran en las valoraciones y preferencias referidas a cuestiones sociales y políticas, siendo más críticos en estos temas que las mujeres, apuntando las ayudas económicas como fundamentales, así como la solidaridad y apoyo social para su labor: “[...] la cuestión material es importante [...] son casas y camas para dormir y médicos eso es lo que necesitamos [...] que hagan más residencias o personal que fuera por las casas [...] concibo más dentro de un voluntariado [...] alguno de los partidos [políticos] tendrá que hacer esto [...] la sociedad no abre los ojos, diríamos que falta acción social [...]” (hombre cuidador mayor).

La resistencia aquí expresada por las mujeres mayores cuidadoras a recibir cualquier tipo de ayuda, sea remunerada o no, aparece también en otros estudios con mujeres cuidadoras (42, 43), especialmente de generación mayor (44), ellas expresan el temor que se les considere negligentes en su deber como cuidadoras y esposas al demandar ayuda en el cuidado (45), así como señalan que el soporte recibido puede ser fuente de conflictos familiares y otros (46, 47), y, si delegan, prefieren hacerlo en primera instancia en otras mujeres de la familia por la confianza y calidad emocional que ello les transmite a diferencia de otro tipo de recursos remunerados o formales (2). La dificultad que las mujeres presentan en manifestar necesidades y demandas a diferencia de los hombres aparece también en otros estudios del contexto español (48), siendo ellos también los que tienen una percepción más positiva de los sistemas de apoyo formal. En adición a ello, otras investigaciones (11, 49) coinciden con las narrativas de los participantes del estudio al mostrar efectivamente cómo los varones suelen recibir más ayuda de la familia e instituciones que las mujeres en las labores de cuidado.



195 Las diferencias aquí expresadas en la forma de valorar los recursos y la expresión de demandas para cada uno de los géneros de los cuidadores mayores responde también al discurso *genderizado* de las distribuciones de roles en la familia donde el hombre tiene la representación pública, social y política, así como la máxima responsabilidad de la economía familiar, mientras las mujeres se sitúan en el ámbito de lo privado del hogar siendo entendidas como las máximas responsables del cuidado y las veladoras del equilibrio emocional y afectivo del grupo familiar (50). Podríamos decir que los discursos *genderizados* sobre la familia y el cuidado, y su efecto en diferenciar lo público y lo privado, modulan de forma intensa la forma en que las personas mayores cuidadoras entienden y demandan la participación de otros recursos de apoyo en su labor cotidiana del cuidado de personas dependientes en el hogar. Existe una evidente diversidad tanto en la forma como en la intensidad de la demanda modulada por el género y la generación de las personas cuidadoras, pudiendo tener ello un gran efecto en la forma en que se recogen las demandas del colectivo de personas mayores cuidadoras en las instituciones políticas y sociosanitarias atendiendo que el perfil femenino y de avanzada edad es el mayoritario en dicho colectivo, siendo ellas las más resistentes a recibir ayuda y con mayor dificultad para expresar demandas en base a los discursos señalados. Además no podemos obviar que estos mismos discursos del contexto social operan en las instituciones sociosanitarias, especialmente los de género atendiendo a que la mayoría de sus profesionales son mujeres, lo que puede intensificar el efecto de estos discursos en las relaciones entre el recurso formal y el informal.

## CONCLUSIONES

Las narrativas de las personas mayores cuidadoras en este estudio sobre las estrategias desarrolladas en el cuidado, el impacto percibido por su realización y la preferencia en recursos de apoyo se hayan y modulados por los discursos sociales dominantes de género en el cuidado, como son, entre otros, la mayor idoneidad y calidad del cuidado familiar entendido como femenino marginando al hombre de

tal responsabilidad. Estos discursos aparecen intensificados por los valores y expectativas propios de la generación mayor, más tradicionales y menos resistentes que los aparecidos en otras generaciones más jóvenes de personas cuidadoras. Esta manera de concebir y desarrollar el cuidado en el domicilio por parte de las personas mayores cuidadoras se ve reforzada en el seno familiar donde estos valores de género, junto con los de compromiso y deber, aparecen fuertemente instalados en el contexto español, todavía más cuando, como es en este caso, las personas dependientes que reciben el cuidado son también de la generación mayor con expectativas reproductoras de los modelos tradicionales anteriormente expuestos.

Al diseñar políticas de protección a las personas cuidadoras, así como intervenciones y recursos desde las instituciones sociosanitarias, se debe contemplar los discursos y prácticas sociales dominantes que sobre el cuidado operan en un determinado contexto sociocultural y económico, como son considerar a la familia, entendida mayoritariamente como mujeres, el principal y mejor recurso para el cuidado, así como visualizar otros discursos emergentes o competitivos con estos como son la búsqueda de un espacio propio para el cuidado masculino o la no siempre idoneidad del cuidado familiar por su complejidad emocional o difíciles historias relacionales previas. Si no se incorporan conjuntamente a este tipo de políticas protectoras otras que promuevan la equidad de género y sensibilidad generacional y que permitan articular el rol de cuidador y cuidadora con otros roles sociales, se pueden seguir perpetuando formas de opresión dentro de la familia y la sociedad produciendo un mayor impacto negativo sobre la salud de las personas cuidadoras, las personas dependientes y sus familias.

Estas cuestiones deberían ser incorporadas, no sólo en las agendas políticas, sino también en las propias de los sistemas formales de salud con un abordaje multidisciplinar que contemple una visión más social de los determinantes de la salud, como son el género y la generación, entre otros. Estos elementos deberían estar ampliamente presentes en la formación curricular de los profesionales sociosanitarios para una mayor comprensión, y mejor abordaje, de la cronicidad y la

20 dependencia en la vejez, así como tenerse en cuenta en el diseño e implementación de acciones y programas de promoción y protección de la salud, tanto a nivel individual, grupal o comunitario, dirigidos a las personas cuidadoras, atendiendo así a la diversidad de perfiles y necesidades del colectivo cuidador según el contexto.

Sería importante también profundizar en la investigación de estos elementos moduladores de base social en las experiencias de salud en el contexto cultural y económico español que nos permiten explorar con mayor amplitud la comprensión de los fenómenos complejos como es el cuidado informal, sus necesidades presentes y futuras, así como evaluar y evidenciar los resultados que las diferentes políticas y prácticas sobre la protección a la dependencia, especialmente a las personas mayores y cuidadoras (las de igualdad de oportunidades, de protección a la familia y de género se están implementando en el diversas comunidades del estado español); ello nos permitiría conocer el efecto de la in-

terrelación de cada una de ellas, sus potencialidades y puntos de mejora.

En definitiva el cuidado realizado en el domicilio precisa de un abordaje que entienda la edad, no sólo como elemento de riesgo para la dependencia sino, como un factor social e histórico que contribuye a conformar valores generacionales propios, como es el género, en la forma que las personas mayores cuidadoras y las cuidadas perciben el cuidado realizado y recibido, así como la participación de la familia y las instituciones socio-sanitarias en tal responsabilidad.

### AGRADECIMIENTOS

A las Dras. Denise Gastaldo y Ana M. Calvo, a las profesoras Antònia Martín y Joana María Taltavull, y a la enfermera Pilar Martorell por su colaboración en el desarrollo del proyecto, así como al Ministerio de Sanidad y Consumo y a la Universitat de les Illes Balears por la financiación y apoyo recibidos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Durán MA. El tiempo y la economía española. ICE 1991; 695: 9-4.
2. Agulló SM. Mujeres, cuidados y bienestar social: el apoyo informal a la infancia y a la vejez. Madrid: Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer; 2002.
3. 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 (Supl 2): 83-92.
4. Toronjo AM. Cuidador formal frente al cuidador informal. Gerokomos 2001; 12 (2): 59-66.
5. INSERSO. Cuidados en la Vejez. El apoyo informal. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1995.
6. De la Rica M, Hernando I. Cuidadores del anciano demente. Rev ROL Enfer 1994; 187: 35-40.
7. Bazo MT, Domínguez-Alcon C. Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 1996; 73: 43-56.
8. Llitrà i Virgili E. Propuesta de un indicador de falta de apoyo informal para las personas mayores. Intervención Psicosocial. 1998; 7 (1): 125-41.
9. Moreno L. Bienestar mediterráneo y supermujeres. Revista Española de Sociología. 2002; 2: 41-57.
10. Rodríguez Cabrero G, Monserrat J. Modelos de Atención Sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales: Madrid; 2001.
11. Campo MJ. Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2000.
12. García Calvente MM, Mateo-Rodríguez I. El cuidado de la salud. ¿Quién hace qué? Index Enfer 1993; 6: 16-9.
13. Navarro V. Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Sobre lo que no se habla en nuestro país. Barcelona: Anagrama; 2002.
14. Barber CE, Pasley BK. Family Care of Alzheimer's Patient: The Role of Gender and Generational Relationship on Caregiver outcomes. The Journal of Applied Gerontology. 1995; 14 (2): 172-92.
15. Bover A. Cuidadores Informales de Salud del Ámbito Domiciliario: Percepciones y Estrategias de Cuidado Ligadas al Género y a la Generación (Tesis doctoral). Palma de Mallorca: Universidad de las Islas Baleares; 2004.
16. Cloyes KG. Agonizing care: care ethics, agonistic feminism a political theory of care. Nursing Inquiry. 2002; 9 (3): 203-14.
17. Stoehrel V. Sobre los fines y la metodología en los estudios sobre la mujer y las relaciones de poder en las sociedades occidentales desarrolladas. Espéculo. Revista de estudios literarios. 2000 (acceso noviembre del 2002). [http://www.ucm.es/info/especulo/numero16/v\\_stoehr.html](http://www.ucm.es/info/especulo/numero16/v_stoehr.html)
18. Holmes D, Gastaldo D. Nursing as means of governmentality. Journal of Advanced Nursing 2002; 38 (6): 557-65.
19. Harrington MM. Care Work: gender, class, and the welfare state. New York y London: Routledge; 2000.
20. Kaufman M. Men, Feminism, and Men's Contradictory Experiences of Power. En Brod H y Kaufman M, editors. Theorizing Masculinities. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994, p. 142-65.
21. Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002.





- 197 22. Gillis JR. *A World of Their Own Making. Myth, Ritual, and the Quest for Family Values.* Cambridge, Massachusetts: Cambridge University Press; 1996.
23. Donzelot J. *The Policing of Families.* Baltimore, London: The Johns Hopkins University Press; 1997.
24. Amorós C. *Tiempo de feminismo: Sobre feminismo, proyecto ilustrado y postmodernidad.* Madrid: Cátedra; 1997.
25. Pohl JM, Boyd C. Ageism Within Feminism. *Journal of Nursing Scholarship* 1993; 25b (3): 199-203.
26. Mintz S. From Patriarchy to Androgyny and Other Myths: Placing Men's Family Roles in Historical Perspective. En Booth A. y Crouter AC. (ed). *Men in Families. When Do They Get Involved? What Difference Does it Make?.* London: Lawrence Earlbaum Associates; 1998.
27. Foucault M. *Society Must Be Defended. Lectures at the Collège de France. 1975-1976.* New York: Picador; 2003.
28. Butler J. *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity.* New York, London: Routledge; 1999.
29. Harris PB. The Misunderstood Caregiver? A Qualitative Study of the Male Caregiver of Alzheimer's Disease Victims. *The Gerontologist* 1993; 33 (4): 551-6.
30. Skaff MM, Pearlin LI. Caregiving: Role Engulfment and the Loss of Self. *The Gerontologist* 1992; 32 (5): 656-64.
31. Guberman N, Maheu P, Maillé Ch. Women as Family Caregivers: Why Do They Care? *The Gerontological Society of America* 1992; 32 (5): 607-67.
32. Alborch C. *Malas. Rivalidad y complejidad entre mujeres.* Madrid: Santillana Ediciones Generales SL; 2002.
33. Vilchez LF. *La mujer actual: Un sujeto que no renuncia a nada. Capital Humano* 2000; 138: 24-31.
34. Beauvoir S. *The Second Sex.* New York: Vintage Books; 1989.
35. Wallsten S. Effects of Caregiving, Gender, and Race on the Health, Mutuality, and social Support of Older Couples. *Journal of Aging and Health* 2000; 12 (1): 90-111.
36. Hamlin RB. *Embracing Our Past, Informing Our Future: A Feminist Re-Vision of Health Care.* *The American Journal of Occupational Therapy* 1992; 46 (11): 1028-35.
37. Kramer BJ, Kipnis S. Eldercare and Work-Role Conflict: Toward and Understanding of Gender Differences in Caregiving Burden. *The Gerontologist* 1995; 35 (3): 340-8.
38. Bookwala J, Schulz R. A Comparison of Primary Stressors, Secondary Stressors, and Depressive Symptoms Between Elderly Caregiving Husbands and Wives: The Caregiver Health Effects Study. *Psychology and Aging* 2000; 15 (4): 607-16.
39. Hibbard J, Neufeld MN, Harrison MJ. Gender Differences in the Support Networks of Caregivers. *Journal of Gerontological Nursing* 1996; 22 (9): 15-23.
40. Díez Espino J, Redondo ML, Arroniz C, Giacchi A, Zabal Ch, Salaberri A. Malestar psíquico en cuidadores familiares de personas confinadas en su domicilio. *MEDIFAM* 1995; 3: 124-130.
41. Hébert R, Lévesque L, La Voie JP, Vézina J, Gendron C, Prévile M, et al. Ayuda a los cuidadores de personas afectadas de demencia que viven en el domicilio. *Año Gerontológico* 1999; 13: 217-34.
42. Paoletti I. A Half Life: Women Caregivers of Older Disabled Relatives. *Journal of Women & Aging* 1999; 11 (1): 53-67.
43. Harrison MJ, Neufeld A. Women's Experiences of Barriers to Support While Caregiving. *Health Care for Women International* 1997; 18: 591-602.
44. Brody EM, Johnsen PT, Fulcomer MC, Lang AM. Women's Changing Roles and Help to Elderly Parents: Attitudes of Three Generations of Women. *Journal of Gerontology* 1986, 38 (5): 597-607.
45. Gwyther LP. Letting Go: Separation-Individuation in a Wife of an Alzheimer's Patient. *The Gerontological Society of America* 1990; 30 (5): 698-702.
46. Schulz R, Beach S. Caregiving as a Risk Factor for Mortality. *The Caregiver Health Study.* *JAMA* 1999; 282 (23): 2215-9.
47. Neufeld A, Harrison MJ. Unfulfilled Expectations and Negative Interactions: Nonsupport in the Relationships of Women Caregivers. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 41 (4): 323-31.
48. Escuredo B, Díaz E, Pascual O. Cuidadores Informales. *Necesidades y Ayudas.* *Rev ROL Enf* 2001; 24 (3): 183-9.
49. Bywaters P, Harris A. Supporting carers: is practice still sexist? *Health and Social Care in the Community* 1998; 6 (6): 458-63.
50. Montgomery RJV. The Family Role in the Context of Long-term Care. *Journal of Aging and Health* 1999; 11 (3): 383-416.