Cuadernos para la Salud de las Mujeres

Marzo 2020

Nº 3

LOS CUIDADOS Y LA SALUD DE LAS MUJERES

Junta de Andalucía

Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación

INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER

CuaDernOS para la Salud de las MujereS

Marzo 2020

Nº 3

LOS CUIDADOS Y LA SALUD DE LAS MUJERES

EditA
INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER
Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Junta de Andalucía.

Elabora
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA
Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.

Autoría
María del Río Lozano. EASP.
Mª del Mar García Calvente. EASP.
Amelia Inmaculada Martín Barato. EASP

FEMINISTAILUSTRADA FEMINISTAILUSTRADA ilustraciones

ImpriMe
www.imprimegranada.net

MaQueta
Cristina Pando Letona. EASP.

ISSN
2695-4729

CC BY NC ND

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 7

EL CONCEPTO Y EL CONTEXTO DEL CUIDADO 9

¿QUÉ RELACIÓN TENEMOS LAS PERSONAS CON LOS CUIDADOS? UNA TAREA UNIVERSAL QUE SOSTIENE LA VIDA 9

EL CUIDADO INFORMAL: UN TRABAJO INVISIBLE Y FUERTEMENTE FEMINIZADO 11

EL ROSTRO DEL CUIDADO: FEMENINO SINGULAR 17

QUIÉN CUIDA: LA DESIGUAL DISTRIBUCIÓN DEL CUIDADO 17

CÓMO CUIDAN QUIENES CUIDAN: LOS ROLES DE GÉNERO MARCAN EL PASO 20

EL COSTE DE CUIDAR EN LA SALUD Y EN OTRAS ESFERAS DE LA VIDA 25

SALUD GENERAL, FÍSICA Y MENTAL: CUIDAR CUESTA 26

PROBLEMAS FAMILIARES Y DE OCIO: A CUESTAS CON EL SENTIMIENTO DE CULPA 31

CUIDADOS Y TRABAJO REMUNERADO: UN PUZLE DIFÍCIL DE ENCAJAR 33

LOS CUIDADOS EN CRISIS: REPLANTEAMIENTOS PARA LA CORRESPONSABILIDAD 37

LA CRISIS DE LOS CUIDADOS: NECESIDAD DE UNA NUEVA MIRADA 37

BUSCANDO APOYOS FORMALES PARA CUIDAR 42

RESUMIENDO ALGUNAS IDEAS: 10 MENSAJES CLAVE 47

LECTURAS Y RECURSOS PARA SABER MÁS 51

ALGUNAS LECTURAS RECOMENDADAS 51

ALGUNAS WEBS DE REFERENCIA 52

ALGUNAS PELÍCULAS 53

RECURSOS AUDIOVISUALES 53

PRESENTACIÓN

Dentro del sistema de atención a la salud tiene un papel sumamente importante el que suministra el llamado cuidado informal que se desarrolla fundamentalmente en el ámbito del hogar. Pero la evidencia demuestra que esta responsabilidad no recae por igual en todos los miembros que lo integran, sino que son las mujeres del núcleo familiar las que mayoritariamente la asumen. Esta es la temática que aborda el presente número de la serie "Cuadernos para la Salud de las Mujeres", su definición, la desigualdad en la distribución del cuidado, el coste en la salud y otras esferas de la vida y la necesidad de replantearse la corresponsabilidad, aspecto este último que esta Serie ya trató de manera tangencial en su número 1 dedicado a la conciliación, y que desde aquí animamos a consultar.

Como señalan las autoras, los cambios en la estructura demográfica que se vienen produciendo en nuestra sociedad en los últimos tiempos y que en años venideros supondrá una clara crisis de los cuidados informales, suponen un replanteamiento hacia la corresponsabilidad social y, sobre todo para los poderes públicos como principales actores que tendrán que asumir un importante reto que garantice la participación equitativa de mujeres y hombres.

Instituto Andaluz de la Mujer

EL CONCEPTO Y EL CONTEXTO DEL CUIDADO

¿QUÉ RELACIÓN TENEMOS LAS PERSONAS CON LOS CUIDADOS? UNA TAREA UNIVERSAL QUE SOSTIENE LA VIDA

Los cuidados son universales, son la base misma de la vida y por lo tanto siempre han estado ahí, en todas las sociedades. Todas las personas somos receptoras de cuidados y todas cuidamos a lo largo de la vida, con mayor o menor intensidad en distintas etapas de esta y con amplias diferencias en función del sexo y de otras características personales y sociales.

Los cuidados son tan parte de nuestra vida cotidiana que a veces los naturalizamos y nos cuesta verlos en sí mismos, otorgarles entidad propia como un trabajo y como una necesidad. Por ello, la propia definición de cuidados es un concepto actualmente en debate y donde no siempre es fácil trazar los límites de dónde empiezan y dónde acaban.

Los cuidados en sentido amplio

Los cuidados son las tareas cotidianas de gestión y mantenimiento de la vida como, por ejemplo: el mantenimiento de los espacios y bienes domésticos, el cuidado de los cuerpos, la educación/formación de las personas, el mantenimiento de las relaciones sociales o el apoyo afectivo y emocional a los miembros de la familia. Son la base misma de la vida.

Reflexionemos sobre qué suponen en nuestra vida la dependencia y los cuidados:

- La dependencia es un rasgo fundamental de la vida humana.
- Los cuidados son una actividad para el sostenimiento de la vida.
- Los cuidados presentan límites difíciles de marcar en términos de quién hace qué, a quién y durante cuánto tiempo.
- Es un concepto complejo, multidimensional, que implica tareas, relaciones y una determinada ética.

Dimensiones básicas de los cuidados

Podemos clasificar los cuidados en tres grandes grupos de tareas:

- Cuidados directos: tareas que implican la interacción de personas (dar de comer, vestir, acompañar…).
- Precondiciones del cuidado: tareas que establecen las condiciones materiales para hacer posibles los cuidados directos (lavar la ropa, hacer la comida…).
- Gestión mental: tareas de coordinación, planificación y supervisión (tiempo difuso y difícil de delimitar, pero que puede implicar una fuerte carga mental y emocional: organizar una dieta equilibrada, recordar que alguien tiene una cita médica, etc.).

Los cuidados incluyen una dimensión corporal y material, y una dimensión emocional y afectiva. Ambas dimensiones van siempre unidas.

Por ejemplo, una alimentación sana no solo consiste en proporcionar la comida, sino que sea sana, apropiada culturalmente o que se pueda comer en la compañía que se desea.

La calidad de los cuidados no depende solo de qué se hace, sino de cómo se hace y cómo es el vínculo creado.

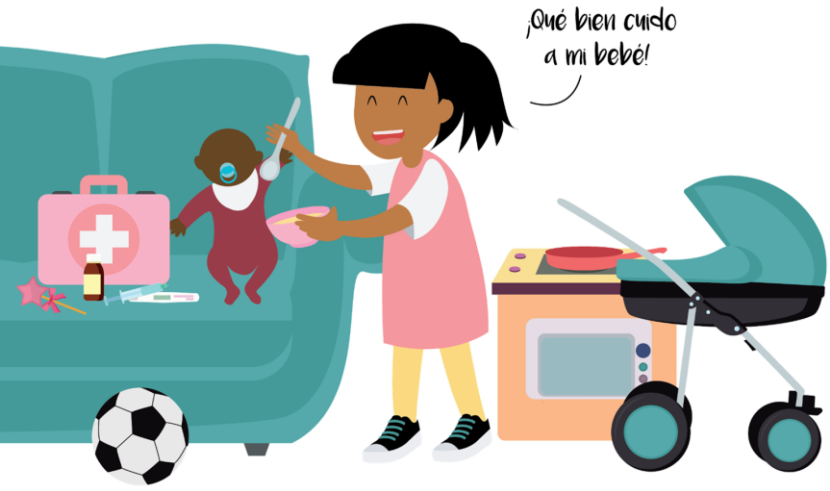
Una pausa para pensar:

Haz una lista de los posibles cuidados que recibes, de quién los recibes o los has recibido a lo largo de tu vida, y de los cuidados que prestas.

EL CUIDADO INFORMAL: UN TRABAJO INVISIBLE Y FUERTEMENTE FEMINIZADO

El cuidado informal podría definirse como prestación de cuidados a personas que requieren ayuda para las actividades básicas de la vida, por parte de familiares, amistades u otras personas de la red social cercana, sin recibir retribución económica por ello.

Se excluyen por tanto de este concepto los servicios formales (sanitarios o sociales), que son prestados por profesionales, y aquellos cuidados que realizan personas no profesionales que perciben una remuneración por el trabajo que desempeñan. También se excluyen organizaciones como grupos de auto-ayuda, ayuda mutua o voluntariado, ya que incluso cuando prestan su apoyo de manera no retribuida implican, en mayor o menor medida, cierto nivel de formalización y no están basadas en los lazos de parentesco o afecto que conforman típicamente las redes informales.



El cuidado informal: un trabajo, un proceso y una ética

El cuidado informal tiene una serie de rasgos que son esenciales para entender su funcionamiento y comprender su relevancia social:

Se trata de una **actividad fuertemente feminizada.** La inmensa mayoría de las personas que cuidan son mujeres, habitualmente del núcleo familiar. El papel de "persona cuidadora" está asignado culturalmente a las mujeres mediante la socialización en un rol de género basado en la división sexual del trabajo.

Esta atribución a las mujeres como cuidadoras está profundamente arraigada y naturalizada en nuestro contexto. Esto supone 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 caracterizan el cuidado informal.

Se basa en **relaciones afectivas y de parentesco,** y se desarrolla normalmente en el ámbito doméstico, en casa, de modo que las actividades de cuidado son entendidas como parte de las tareas del hogar. Además, como se presta mayoritariamente en el **ámbito de lo privado,** "de puertas adentro", queda invisible a los ojos de la sociedad.

El cuidado informal 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, para su consideración como un trabajo e incluso para su visualización como sistema de atención.

Resumiendo sus principales características:

Cuidar es un trabajo…

El componente afectivo y no remunerado que envuelve al cuidado informal dificulta su categorización como "trabajo". Sin embargo, el cuidado debe ser entendido como un trabajo, físico y emocional, una actividad que acarrea costes.

Una de las características fundamentales del cuidado informal es que no tiene un límite temporal definido, como cualquier otro "trabajo". Esta dimensión de tiempo circular e ilimitado, ha merecido el calificativo de actividad "24/7/365": 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año. La "jornada interminable" es una de las características más importantes que definen el cuidado informal y una de las más relevantes de cara a planificar estrategias de apoyo a las personas que cuidan.

Cuidar es un proceso…

Cuidar también es un proceso, que requiere: identificar necesidades y elegir estrategias, asumir responsabilidades, realizar tareas concretas, relacionarse con la persona cuidada.

El cuidado es un proceso cambiante, que va evolucionando.

No va a ser igual la participación de mujeres y hombres en las distintas etapas del cuidado y tampoco el impacto de cuidar en la salud de la persona que cuida a medida que avanzan las necesidades.

Cuidar es una ética…

Y cuidar es también una determinada ética fuertemente relacionada con la identidad moral de género y su construcción social.

Es una "forma de pensar", comprende valores particulares como responsabilidad, competencia, interés, integralidad...

Se entiende socialmente como una "cosa de mujeres". Es una función socialmente adscrita a las mujeres como parte de su rol de género, de su "ser para los otros".

La magnitud de los cuidados en nuestro contexto

El apoyo familiar, y especialmente de las mujeres de la familia, es la principal fuente de los cuidados que reciben las personas dependientes. En España, al igual que ocurre en otros países del Sur de Europa, este apoyo es masivo, **más de las tres cuartas partes de las personas que requieren cuidados los reciben exclusivamente del sistema informal**. España es uno de los países europeos con mayor frecuencia e intensidad de cuidado informal, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y la Encuesta Social Europea de 2014. Los datos sobre la situación del sistema informal en nuestro contexto confirman que se trata de un sistema invisible de cuidados de salud, la gran zona sumergida de un verdadero "iceberg" de atención y cuidados a las personas con limitaciones para la autonomía.

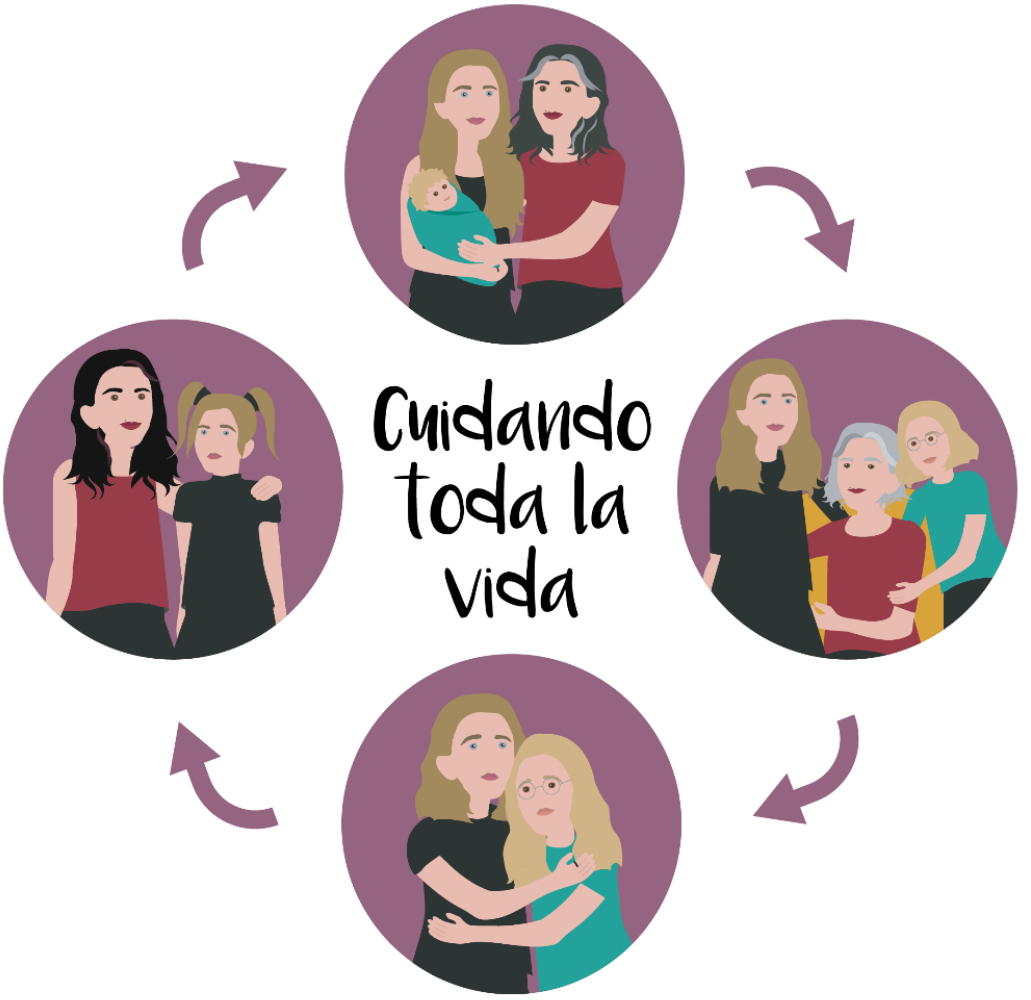
Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y del Sistema de Atención a la Dependencia, en más de 3 millones de hogares españoles (el 20% de los hogares existentes) reside al menos una persona con discapacidad, de los cuales, más de 2 millones reciben ayudas personales, y más de 1.400.000 de esas ayudas corresponden a cuidadores y cuidadoras informales.

Una pausa para pensar:

Pero antes de seguir, reflexiona, ¿quién se encarga verdaderamente de cuidar? ¿Cuál es el rostro de los cuidados en nuestro contexto?

Lo analizamos a continuación.

Sumergidas en los cuidados invisibles


Cuidando
toda la
vida

EL ROSTRO DEL CUIDADO: FEMENINO SINGULAR

QUIÉN CUIDA: LA DESIGUAL DISTRIBUCIÓN DEL CUIDADO

La gran mayoría de personas cuidadoras residen en el mismo domicilio de la persona o personas a las que cuidan. Cuando se trata de familiares, la relación de parentesco difiere según el sexo de la persona dependiente. Cuando son hombres los que necesitan cuidados los reciben más de sus parejas que cuando son mujeres. La tercera parte de los hombres que necesitan cuidados los reciben de sus parejas, mientras que este porcentaje se reduce a la mitad cuando la persona dependiente es una mujer.

Las hijas, en cambio, son las cuidadoras más frecuentes de las mujeres dependientes. 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 las mujeres son cuidadas con mayor frecuencia por otros parientes de la red familiar más lejana, por amistades y vecindario, o por personas empleadas.

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.

Cuidar se conjuga en femenino y también en singular

Por tanto, hablar de la "familia cuidadora" es un error muy frecuente porque enmascara situaciones de desigualdad de género respecto a la responsabilidad y la carga de cuidados que asumen los diferentes miembros del núcleo familiar. Así, cuando se trabaja con personas cuidadoras es importante analizar cómo es la distribución del cuidado (tareas, responsabilidades, tiempos…) entre los distintos miembros de la red informal, ya que este reparto dista mucho de ser equitativo.

El modelo de prestación informal de cuidados más frecuente en nuestro país es el que pivota sobre una única figura central. En un estudio poblacional realizado en Andalucía en la segunda mitad de los 90, más de la mitad de personas cuidadoras principales declaraban realizar este trabajo sin ningún tipo de ayuda (ni formal ni informal) y solo la tercera parte recibían algún apoyo de su red informal, y esta situación no se ha modificado apenas en los últimos años, como constata la última Encuesta de Discapacidad que se ha realizado en España.

Ser cuidadora principal significa asumir la responsabilidad principal sobre los cuidados. Las propias personas cuidadoras definen este papel como "hacerse cargo de" la persona que necesita cuidados. Suelen ser también las personas de la red con una dedicación más extensa al cuidado, que no se contabiliza solo 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 y en la salud de las personas que cuidan.

De esta manera, se configura un perfil típico de las personas que asumen el papel de cuidadoras principales en nuestro medio:

Se trata de una mujer (3 de cada 4), con una media entre 45 y 64 años, casada, con estudios primarios o inferiores, que suele ser la hija o la pareja de la persona dependiente.

Dado este perfil, los cambios sociales que afectan a la vida de las mujeres resultan claves para comprender la situación del cuidado informal. Y para los servicios formales de atención (servicios sanitarios y sociales) es importante tener presente que cualquier cambio en los modelos de provisión de servicios de cuidado a las personas con dependencia en nuestra sociedad, afectará de manera desproporcionada a las condiciones de vida de las mujeres.

CÓMO CUIDAN QUIENES CUIDAN: LOS ROLES DE GÉNERO MARCAN EL PASO

Algunos estudios que han analizado las experiencias de las mujeres y los hombres que cuidan, muestran cómo ambos sexos asumen y afrontan el cuidado de manera diferente, y esto viene marcado por arraigados roles de género.

Veamos algunos de los resultados de un reciente estudio realizado en Andalucía, que podrían servir para explicar cómo esas diferentes maneras de cuidar para responder a los mandatos de género entrañan desigualdades en la salud de mujeres y hombres.

- Si bien la gran mayoría de las personas que cuidan manifiestan que asumen esa responsabilidad por un sentimiento de obligación moral, los mandatos sociales marcan importantes desigualdades. Mientras que para las mujeres esta obligación viene determinada por los roles de género socialmente adquiridos, la de los hombres está relacionada con la ausencia de alguna mujer, en el círculo familiar cercano, que pueda asumir ese rol.

- Para las mujeres, encontrarse ante una situación de cuidados y no asumir esta responsabilidad es penalizado por el entorno social y familiar, convirtiéndolas en "malas hijas o esposas". Sin embargo, aceptar el rol no conlleva "premios" a los ojos de la sociedad. Asumir el rol de cuidadora sigue siendo para las mujeres un acto invisible y carente de reconocimiento social.

- Las mujeres de clases más desfavorecidas y de entornos rurales encuentran menos oportunidades de sortear estos mandatos de género. En cambio, los hombres experimentan el proceso contrario, aquellos que han decidido asumir el papel de cuidadores se convierten en "casi héroes" de cara a la sociedad.

El cuidado que realizan las mujeres y los hombres presenta características diferentes:

- Las mujeres acumulan más años de cuidado y cuidan un promedio de 12,3 horas diarias frente a las 10,7 dedicadas por los hombres.
- Las mujeres asumen 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 predominan 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, tareas que se asocian a un menor impacto en la salud.

En muchos casos, el rol de cuidadora penetra en todos los acontecimientos vitales de las mujeres, absorbiendo los demás roles.

- Esto suele variar según el grado de dependencia de la persona cuidada y el tipo de parentesco que les une, resultando un proceso totalizante y arrollador para las mujeres madres de hijos e hijas con gran dependencia.
- En cambio, a diferencia de lo que les ocurre a las mujeres, los hombres entienden que sí están "autorizados" o "justificados" para pedir ayuda. Por tanto, las normas de género hacen a las mujeres interiorizar el rol y a los hombres exteriorizarlo.

Los hombres no solo buscan más ayuda, sino que también reciben ofertas de apoyo informal con más frecuencia que las mujeres, incluso cuando no las solicitan.

- Esta ayuda toma forma, en gran medida, de apoyo con las tareas domésticas y el acompañamiento a la persona dependiente en el interior del hogar cuando el cuidador tiene que ausentarse.
- Sin embargo, mujeres de todos los perfiles inciden en la escasa ayuda de la red informal con que ellas cuentan para cuidar.
- Las mujeres de menor nivel socioeconómico son las que terminan acumulando mayor número e intensidad de tareas, y solo comienzan a delegarlas en otras personas del círculo familiar o vecinal cuando las consecuencias de la sobrecarga en su salud son ya notables.

El tipo de ayuda solicitada, especialmente la relacionada con la Ley de Dependencia, también puede variar en ambos sexos.

- Las mujeres se muestran más favorables a solicitar recursos instrumentales y económicos para continuar ejerciendo ellas el cuidado en mejores condiciones.
- Mientras que los hombres tienen mayor predisposición a aceptar la ayuda de personas con las que compartir el cuidado.

Ante situaciones similares de cuidado, los hombres exteriorizan más la sobrecarga sufrida y las renuncias a las que han tenido que hacer frente como consecuencia de ella.

- El hecho de tener que realizar tareas domésticas y de cuidados para las que no han sido socializados deriva, para ellos, en situaciones estresantes, incluso con intensidades de cuidado moderadas.

- Los trastornos más referidos por las mujeres como consecuencia de la sobrecarga soportada son 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 son, para ellas, los desencadenantes de otros problemas de salud, como: dolores musculares y osteoarticulares, 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 cuidadores, que también refieren altos niveles de estrés y ansiedad, suelen recurrir a delegar tareas o tiempos de cuidado antes de que afloren otros problemas de salud asociados.

Vamos a analizar con mayor detalle cómo afectan los cuidados a la salud y la calidad de vida de las mujeres y que desigualdades de género se desprenden de este impacto.

EL COSTE DE CUIDAR EN LA SALUD Y EN OTRAS ESFERAS DE LA VIDA

El "coste" de cuidar es mucho más amplio que el resultado de sumar las horas dedicadas a determinadas tareas. Verdaderamente, la vida de las personas que cuidan se ve condicionada por su papel. No se trabaja de cuidadora, se es cuidadora.

Los aspectos de la vida afectados por cuidar son muy variables tanto en tipo como en intensidad. Cabe destacar que una proporción importante de personas cuidadoras percibe el impacto de cuidar sobre su salud y sobre varias dimensiones de su vida.

Son frecuentes las repercusiones negativas sobre el uso del tiempo, ya sea el disponible para uno o una misma, el dedicado a otras responsabilidades o el necesario para la vida familiar y social.

Destacan también las consecuencias de cuidar sobre la esfera laboral, y a estas repercusiones se añaden las dificultades económicas en una proporción importante de cuidadoras.

SALUD GENERAL, FÍSICA Y MENTAL: CUIDAR CUESTA

Más de un tercio de las personas que cuidan perciben el impacto negativo de cuidar sobre su propia salud.

Las características del trabajo de cuidar y las condiciones en las que se desarrolla afectan más a la salud cuando se dan determinadas circunstancias:

- la demanda de cuidados es elevada,
- se convive con la persona cuidada,
- se asumen múltiples roles de cuidado y esta pluralidad de roles se extiende a otros ámbitos (laboral, familiar, social),
- el cuidado se desarrolla en solitario y sin apoyos,
- y se enfrentan situaciones especialmente difíciles por las características de la persona cuidada (demencias tipo Alzheimer u otros problemas evolutivos que se agravan con el tiempo).

Los efectos de cuidar sobre la salud están moderados, entre otros, por diferencias individuales de las personas cuidadoras: mujeres, mayores, de nivel socioeconómico desfavorecido, con mala salud previa y escaso apoyo social, sufren peor salud física y psicológica.

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 cuidadoras y que se prolonga en el tiempo.

Como resultado de esa experiencia de estrés crónico, las personas cuidadoras pueden presentar problemas de salud en mayor medida que quienes no cuidan, como:

- Mala percepción de salud.
- Más enfermedades crónicas.
- Mayor consumo de medicamentos.
- Más frecuencia de hospitalizaciones.
- Menos probabilidad de involucrarse en actuaciones preventivas.
- Peor salud mental.
- Hábitos menos saludables.
- Incluso mayor mortalidad.

Salud percibida, dolor y malestar

Las desigualdades de género en el impacto de cuidar sobre la salud física han sido evidenciadas en diversos estudios. Presentamos a continuación algunos datos que muestran el **impacto diferencial del cuidado en la salud de las mujeres y los hombres**:

- Los datos de la última Encuesta de Discapacidad (EDAD 2008), muestran cómo la **salud de las mujeres cuidadoras se ve más deteriorada** que la de los hombres que cuidan: el 37% de las mujeres y el 21% de los hombres perciben que su salud se ha deteriorado por cuidar. El 55% de las mujeres cuidadoras y el 36% de los hombres presenta cansancio por el hecho de cuidar. Estas diferencias se han asociado a la mayor intensidad del cuidado que realizan las mujeres y a su mayor dedicación a tareas relacionadas con la atención personal, como dar de comer, ayudar a vestirse o en las actividades de aseo.

- Otro estudio español publicado en 2017 mostró que dos tercios de las mujeres cuidadoras presentaban dolor y malestar, mientras que el porcentaje en los hombres no alcanzaba el 50%.
- Así mismo, las mujeres que cuidan tienden a presentar más hábitos de vida de riesgo: dieta poco saludable, ejercicio físico escaso y descanso insuficiente. Todo esto redunda en una peor salud en general.
- Por supuesto, la edad es un factor que interfiere totalmente en las consecuencias del cuidado en la salud. A mayor edad, las consecuencias en la salud suelen ser más graves. En los estudios sobre mujeres que cuidan a sus parejas con demencia, se han observado algunas consecuencias en la salud física que sufren especialmente ellas, como irregularidades del sistema inmunológico y del endocrino, problemas osteomusculares, palpitaciones cardíacas, fracturas, esguinces y trastornos del sueño.

Salud mental y otros problemas asociados

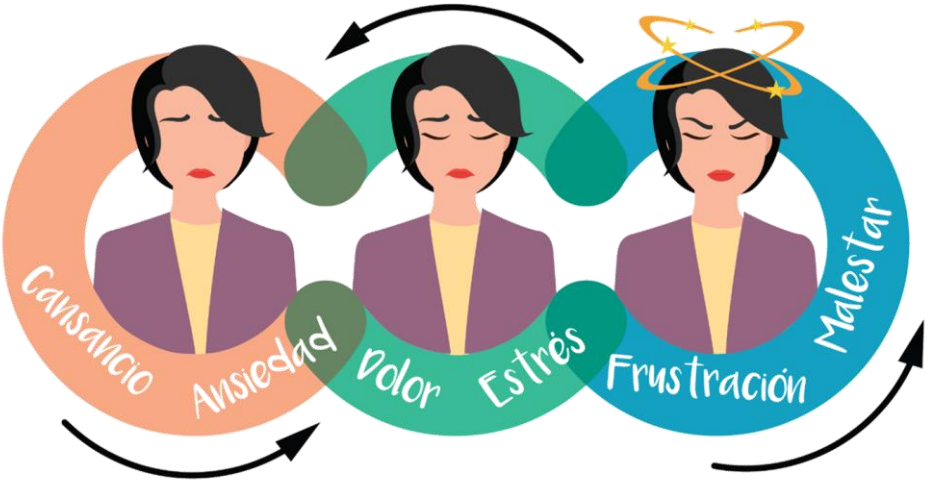
La gran mayoría de los estudios sobre el impacto del cuidado en la salud concluyen que las personas cuidadoras ven más afectada su salud mental que la salud física.

El cuidado se ha asociado a mayor prevalencia de problemas de salud mental, como **depresión, ansiedad y elevados niveles de estrés**. Sobre todo, estos efectos se constatan en situaciones de cuidado intenso, es decir, cuando se dedica un elevado número de horas y además se realizan tareas que se consideran más pesadas y perjudiciales para la salud, como son aquellas relacionadas con el cuidado personal y que tienen lugar en el interior del hogar.

El impacto en la salud mental, como en otras dimensiones, va cambiando a lo largo del proceso de cuidar. Algunos estudios describen las primeras etapas del cuidado como un momento especialmente estresante, siendo mayores las tensiones cuando no existen posibilidades de elección sobre si se asume el cuidado o no. Otros indican que la sobrecarga y el impacto en la salud se acumulan e intensifican a medida que se prolonga la situación de cuidados.

También se sabe que el apoyo social es un factor amortiguador de este estrés y de los trastornos psicológicos que provoca la sobrecarga derivada del cuidado.

La mayor sobrecarga y frecuencia de problemas de salud mental derivados del cuidado en las mujeres se relaciona con el hecho de que éstas asuman el rol de cuidadoras como parte de su identidad de género, que dicta que deben anteponerlo a cualquier otra circunstancia vital, deben asumir "todo" el cuidado, asumirlo solas y contar con una gran fortaleza emocional que, lejos de venir dada por naturaleza, muy frecuentemente se quiebra.



De hecho, para las mujeres, esa fuerte adherencia al rol, aparejado a una escasa búsqueda de apoyos con quienes compartir el cuidado, suelen ser causantes no solo de problemas de salud mental como los citados, sino también de otros problemas crónicos de salud. 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 son, en muchos casos, **desencadenantes de otros problemas de salud crónicos**, como problemas osteoarticulares y musculares, hipertensión, asma, dolores de cabeza o trastornos comúnmente asociados al sistema nervioso como puede ser el colon irritable.

Los hombres, aunque también experimentan estados estresantes cuando se encargan de cuidar de manera intensa, suelen recurrir a delegar tareas o tiempos de cuidados antes de que aparezcan otros problemas de salud asociados.

Tiempo para cuidarse a sí misma y automedicación

Las mujeres, a medida que interiorizan el rol de cuidadora, suelen experimentar una relación inversamente proporcional entre el esfuerzo que dedican a cuidar la salud de la persona dependiente y el que dedican a cuidar la suya propia. Un tercio de mujeres considera que no tiene tiempo para cuidarse a sí misma como consecuencia del cuidado. El porcentaje se reduce a la mitad en el caso de los hombres.

Las mujeres consumen más medicamentos por dolencias relacionadas con el cuidado y se automedican más que los hombres, principalmente para paliar dolores y molestias y poder así mantener el mismo ritmo de cuidados, como antiinflamatorios para los dolores musculares y los psicofármacos para la ansiedad.

Uno de los motivos que alegan las mujeres cuidadoras para no acudir al médico para ellas mismas es el miedo a que le sea diagnosticado algún problema de salud que sea incompatible con el cuidado. Este es un temor común de las mujeres a "faltar" por la "necesidad de continuar cuidando".

PROBLEMAS FAMILIARES Y DE OCIO: A CUESTAS CON EL SENTIMIENTO DE CULPA

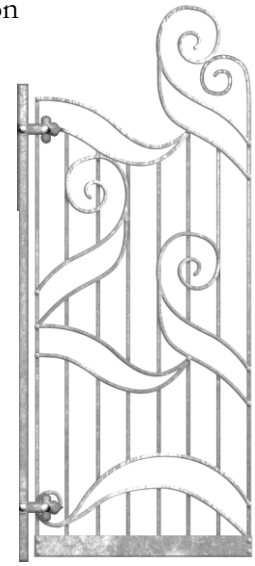
El cuidado compite con el tiempo dedicado a mantener relaciones con la red social y familiar. El tiempo de ocio se reduce drásticamente en la medida que aumenta el tiempo de cuidado, y lo hace más aún cuando este debe ser combinado con un empleo remunerado. Además, el impacto del cuidado sobre la vida social y familiar o el tiempo libre es más intenso cuando la persona cuidadora comparte el domicilio con la persona cuidada.

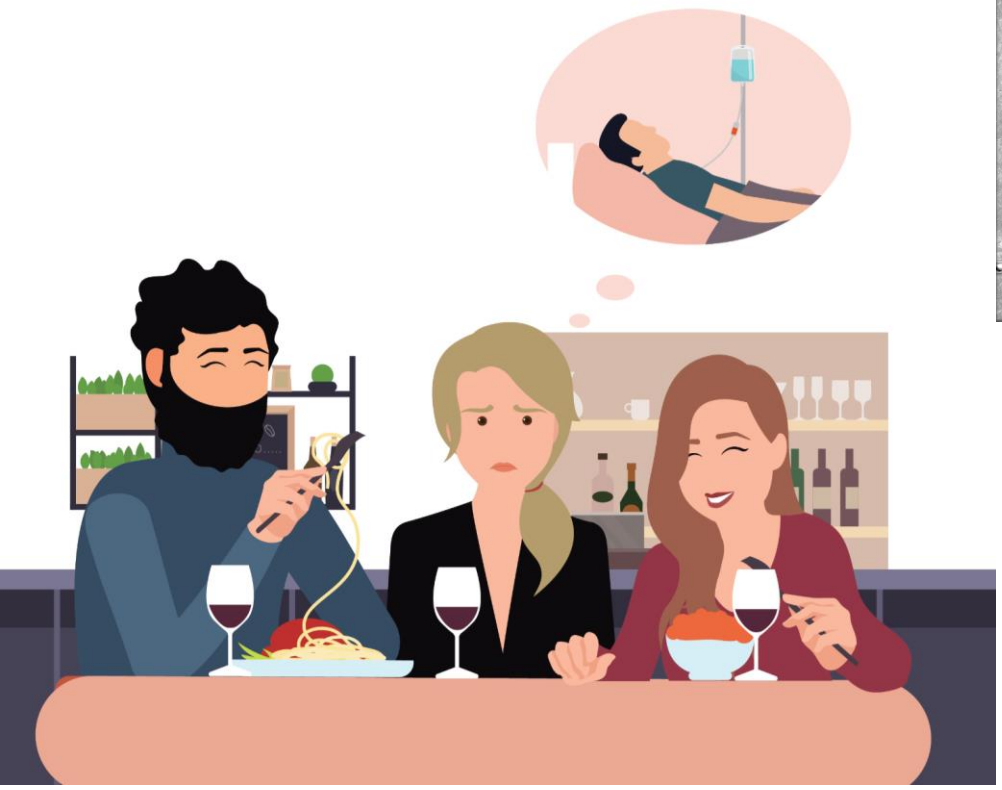
Las mujeres encuentran mayor presión social que los hombres para renunciar al ámbito personal y de ocio para cuidar de otras personas. Esto tiene su base en la construcción social de las mujeres de "ser para los otros", que naturaliza este hecho como si estuviera contenido en la esencia femenina. El sentimiento de culpa es una constante en las mujeres cuidadoras, la renuncia al espacio de esparcimiento propio y el ocio. Esto se intensifica especialmente en los entornos rurales, donde la "vigilancia social" es mayor y la penalización por apartarse de los roles socialmente impuestos es más acuciante.

Por estos motivos, más mujeres que hombres cuidadores consideran que trabajo remunerado y ocio son parcelas prescindibles en su experiencia vital, una combinación de ausencias que en ocasiones llega a provocar un aislamiento social total.

Algunos datos:

- Según la última Encuesta de Discapacidad de España, el 62% de las mujeres que cuidan y el 48% de los hombres cuidadores ha tenido que reducir su tiempo de ocio. Casi la mitad de las mujeres y un tercio de los hombres declara que no ha podido salir de vacaciones como consecuencia del cuidado. El 41% de las mujeres y el 28% de los hombres no tiene tiempo para frecuentar a sus amistades por el hecho de cuidar.
- El doble de mujeres que de hombres tiene conflictos con su pareja motivados por el cuidado, y también el doble de mujeres que de hombres declara que no tiene tiempo para cuidar a otras personas como le gustaría.





CUIDADOS Y TRABAJO REMUNERADO: UN PUZLE DIFÍCIL DE ENCAJAR

Los estudios indican que una de cada cuatro personas que cuidan a una persona dependiente sufre consecuencias negativas de cuidar en el ámbito laboral y/o económico.

Este dato encubre importantes diferencias por sexo:

- La imposibilidad de plantearse trabajar fuera de casa se presenta en las mujeres con una frecuencia superior en veinte puntos porcentuales a la de los hombres (28% y 9% respectivamente).
- Igualmente, esta brecha de género es de cinco puntos porcentuales en el caso de las personas cuidadoras que han tenido que abandonar un empleo para cuidar (12% en mujeres, 7% en hombres).
- A mayor intensidad de cuidado, menor es la probabilidad de empleo de personas cuidadoras: un aumento de un 1% en las horas dedicadas a cuidar supone una disminución de un 10% en la tasa de empleo de personas cuidadoras y se reduce la probabilidad de tener un empleo a tiempo completo.
- En definitiva, hacerse cargo del cuidado de otras personas supone un elevado "coste de oportunidad" para las cuidadoras, que en muchos casos tienen que elegir entre trabajo productivo (remunerado) y de cuidados (no remunerado). Incluso aquellas que pueden compatibilizar ambos tipos de trabajo, asumen otras consecuencias, como son la limitación de las posibilidades de progreso en su carrera profesional, el cambio de trabajo o el absentismo laboral.

La exclusión del mercado laboral de las cuidadoras o la limitación para progresar profesionalmente tienen, entre otras, consecuencias negativas sobre la economía propia y familiar, ya que suponen una disminución de los ingresos.

Además, asumir el cuidado de una persona dependiente que padece problemas de salud también supone un incremento de los gastos. Sea por disminución de los ingresos o por aumento de los gastos derivados de cuidar, el hecho es que, según datos de la EDAD 2008, el 19% de las mujeres y el 14% de los hombres que cuidan a personas dependientes declararon tener problemas económicos.

El impacto laboral y económico de cuidar no solo se evidencia a corto plazo, sino que tiene también consecuencias en la vida de las personas que cuidan a más largo plazo. El abandono de empleo o la imposibilidad de acceso a él, tiene consecuencias en la disminución de los derechos a prestaciones sociales en un futuro (como las pensiones contributivas), reduciendo así la capacidad adquisitiva de las personas que cuidan incluso cuando ya no tienen que responsabilizarse del cuidado.

Se ha evidenciado que las personas cuidadoras en edad activa, sobre todo las mujeres, tienen un mayor riesgo de caer en la pobreza y de tener una mala salud.

Efectos positivos del cuidado: la satisfacción de cuidar

Pero no todas las personas que cuidan muestran un impacto negativo sobre sus vidas. Algunos estudios han documentado que casi un tercio de ellas no padecen sobrecarga ni efectos negativos sobre su salud, particularmente en las etapas precoces del proceso de cuidado y cuando este es de baja intensidad. Y otras personas señalan los efectos positivos que les reporta cuidar.

Según el modelo establecido por Carbonneau, los factores clave que intervienen en la satisfacción de cuidar son:

- La calidad de la relación entre la persona cuidadora y la cuidada,
- el significado que se otorga al rol de persona cuidadora,
- y la sensación de logro.

Estos factores se ven modulados por características personales y condiciones sociales que pueden ayudar a que el proceso de cuidado provoque menos consecuencias negativas como, por ejemplo:

- Contar con una buena red de apoyo social, familiar o profesional,
- tener capacidad de elección y de toma de decisiones relacionadas con el cuidado,
- y utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas (personales, sociales, espirituales, etc.).

Existe consenso en que las personas cuidadoras que manifiestan más sentimientos positivos en relación con el cuidado presentan menos depresión, menor sobrecarga, una mejor salud subjetiva y un mayor bienestar emocional.

No obstante, otros estudios también han señalado que estos aspectos positivos asociados a una mayor satisfacción con el rol de cuidados se asocian a una mayor depresión y dolor cuando fallece el familiar porque, no solo se pierde a un ser querido, sino también uno de los papeles más importantes y significativos que venían desempeñando en sus vidas.

Destacando algunos aspectos que influyen en la satisfacción relacionada con el cuidado:

- La propia salud de la persona cuidadora.
- La ayuda, el reparto de responsabilidades, el apoyo emocional, el agradecimiento y el reconocimiento social que recibe.
- La flexibilidad laboral para conciliar el cuidado con otras responsabilidades.
- La ayuda que recibe de las instituciones, administraciones y/o asociaciones.
- La información y conocimientos sobre la enfermedad, discapacidad o situación de salud de la persona a la que cuida, su posible evolución y complicaciones.
- La capacidad que tiene para resolver problemas o dificultades que vayan surgiendo a lo largo del proceso de cuidar, tomar decisiones que afectan al cuidado, delegar tareas o decir no a situaciones estresantes.

LOS CUIDADOS EN CRISIS: REPLANTEAMIENTOS PARA LA CORRESPONSABILIDAD

LA CRISIS DE LOS CUIDADOS: NECESIDAD DE UNA NUEVA MIRADA

La mejora de las condiciones de vida y los avances tecnológicos y sanitarios 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 simultáneamente ganará 35 millones de personas mayores de 80 años.

En segundo lugar, las **transformaciones experimentadas por la familia**, tanto en su estructura como en su funcionamiento, han sido muy importantes en las últimas décadas. La progresiva incorporación de las mujeres al mercado laboral remunerado, las nuevas formas familiares y el descenso de la fecundidad, están transformando el contexto en el que se desarrollará el cuidado informal en un futuro no lejano.

Por otra parte, el **nivel educativo** de la población española también está cambiando: las mujeres de generaciones jóvenes están superando a los varones en los niveles de educación superiores. 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 de los cuidados.

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. Pero 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.

Todos estos cambios sociales están transformando los modelos de cuidado que conocemos hasta la actualidad. Se ha **reducido drásticamente la cantidad de personas en disposición de cuidar**, dado que los hombres no se han incorporado a este rol en la medida necesaria. Y esto supone un gran reto para los sistemas de atención a la dependencia.

La respuesta de los hogares a las tensiones generadas por la presión de cuidar ha sido la externalización de los cuidados, que pasan a inscribirse en los circuitos de la globalización debido a la contratación generalizada de mujeres cuidadoras extranjeras.

La crisis de los cuidados exacerba las desigualdades sociales. Las tareas de cuidados se asientan en jerarquías de clase, raza, etnicidad y género, y se sitúan en una economía global y en contextos migratorios. Aparece una

mercantilización del trabajo reproductivo. Ante la imposibilidad de asumir el cuidado, y debido a la escasez de recursos de apoyo formales y falta de compromiso de los hombres, las mujeres de clase media y alta contratan cuidadoras para sus hijos e hijas o para sus mayores, aunque a veces recurran también al apoyo familiar, como ocurre con muchas abuelas y abuelos que se encargan de los menores del hogar.

A la vez que ocurre esto, las mujeres más vulnerables experimentan una doble discriminación y crisis de cuidados, pues las situaciones de dependencia se concentran especialmente en los hogares con rentas más bajas y éstas han de resolver los cuidados con el propio trabajo familiar. Esta inequidad social se traduce también en los costes de oportunidad de las cuidadoras: incompatibilidad laboral, probabilidad de perder el empleo, efectos sobre la propia salud y otros efectos sobre la vida personal y social. Las mujeres inmigrantes, además, se ven forzadas a dejar a sus hijos e hijas al cuidado de familiares en su país mientras ellas cuidan a otras personas, estableciendo así las **cadenas globales de cuidados.**

Es obvio que no podemos seguir manteniendo la expectativa de que las mujeres nos seguiremos dedicando en exclusiva a los cuidados. Es urgente provocar un cambio hacia la corresponsabilidad social, que no solo incluya la participación de los hombres, sino de toda la sociedad.

Algunos aspectos claves en la búsqueda de la corresponsabilidad:

- Los cuidados deben replantearse como una responsabilidad colectiva: necesaria para el sostenimiento de la vida y la generación del bienestar.

- La corresponsabilidad debe ser asumida tanto desde lo privado como desde lo público. Se requiere la intervención del Estado, las instituciones privadas y los hogares (y al interior de estos, entre hombres y mujeres y también entre generaciones, un "pacto de género y generacional"), para brindar cuidados dignos y libres de discriminación.

Algunas ideas para andar un camino más justo hacia la responsabilidad colectiva en los cuidados:

- Es necesario invertir en educación en igualdad. Esta es la piedra angular del paso firme que nos lleve hacia un mundo más justo e igualitario.
- Eje comunitario: poner la comunidad al servicio de la igualdad, promover iniciativas comunitarias, crear entornos de apoyo.
- Eje público: es necesario situar los cuidados en el centro de las políticas públicas, como un derecho fundamental básico, y que haya mecanismos que lo hagan posible. Por ejemplo, con políticas que equilibren la jornada laboral con otras dimensiones de la vida, con los permisos de paternidad, con una amplia red de servicios públicos de atención a la infancia, y con un sistema integral de atención a la dependencia.

Destacando la necesidad de cuidarse:

- Para que las mujeres que cuidan puedan reducir el impacto negativo de cuidar en su salud y su calidad de vida a nivel individual, es preciso prestar mucha atención al cuidado de sí mismas, incluyendo aspectos básicos como: mejorar la autoestima, aprender a pedir ayuda, delegar responsabilidades, compartir tareas, trabajar la asertividad y aprender a decir no, mantener las relaciones sociales, aprender a comunicarse mejor con familiares y personas del entorno, etc.

BUSCANDO APOYOS FORMALES PARA CUIDAR

Los esfuerzos realizados desde los servicios públicos para reducir el impacto del cuidado y compensar el coste que conlleva continúan siendo insuficientes y muy desiguales entre distintos contextos.

Un informe de la OCDE sintetiza en tres grupos los principales recursos de apoyo formal que actualmente se dirigen a las personas cuidadoras en los diversos países:

1) Un primer grupo de medidas lo constituyen las orientadas a conciliar el trabajo remunerado con el cuidado informal.

Entre ellas destacan medidas como los permisos laborales para cuidar y la flexibilización de horarios de trabajo. Son medidas que todavía en nuestro contexto cuentan con una gran inequidad de género, ya que son las mujeres las que principalmente hacen uso de estas medidas.

2) 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 distintos tipos:

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. Los servicios de respiro consisten en liberar a las personas cuidadoras de la responsabilidad de cuidar durante un período de tiempo (desde algunas horas a varios días o semanas), para lo que aportan un relevo en el cuidado a través de centros de día, atención

en el domicilio o residencial. Sin embargo, la financiación pública para ello continúa siendo escasa en nuestro contexto.

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. La mayor parte de estos servicios proviene de iniciativas locales y se basa en gran medida en el voluntariado.

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 pieza clave.

3) 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.

Se hace proporcionando apoyo financiero al cuidado informal a través de prestaciones económicas.

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. Uno de los aspectos más debatidos de la ley ha sido la generalización de la prestación económica a personas cuidadoras, aunque en su formulación se contemplaba como una medida de "carácter excepcional".

Esta medida, si no va acompañada de un plan más amplio de apoyo a los cuidados, puede aportar un beneficio práctico (y muy útil para las familias) pero consecuencias indeseables en cuanto a desigualdades de género. Puede ser utilizada como sustitución de la escasa provisión de servicios formales de atención, además de que puede condenar a las mujeres a seguir asumiendo en solitario un rol que las excluye socialmente.

Un adecuado planteamiento de intervenciones (sociales, sanitarias, etc.) sobre la salud de las personas cuidadoras debería centrarse en **potenciar el reparto del cuidado**, más que en hacer a las mujeres todavía más competentes en la gestión de la enfermedad.

Por otro lado, actuaciones dirigidas a **promover una mayor autonomía de las personas dependientes** se hacen cada vez más necesarias para dar respuesta a los cambios sociales. Solo así se podrá aspirar, a largo plazo, a liberar masivamente a las mujeres de la obligación moral de cuidar (al menos de los cuidados más técnicos y penosos), para lo que será necesario que todos los agentes sociales asuman, de manera conjunta, esta responsabilidad.

ONU Mujeres ha resumido estos retos en el **"triple objetivo de las tres erres"**:

R1: Redistribución de los trabajos de cuidados entre todos los actores sociales, así como de los recursos de cuidados entre todas las personas.

R2: Reducción ("eliminación") de los trabajos de cuidados más penosos / Promoción de la autonomía de los sujetos con necesidades de apoyos.

R3: Reconocimiento de los cuidados y de los sujetos de cuidados: visibilizar y valorar los cuidados y a las personas que los ejercen.

Aquí puedes encontrar información sobre los recursos formales de apoyo para cuidar disponibles en Andalucía:

https://bit.ly/2OKdYGj

Teléfonos de información sobre dependencia:

Teléfono de información sobre Dependencia

900 166 170

Servicio que presta la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de Andalucía a través de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, cuya finalidad es atender a las demandas de información de la ciudadanía y de profesionales en relación a la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y sus modificaciones.

SERVICIOS (Central y provinciales)

Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (Servicios Centrales)
955 048 770

Servicio de Valoración de la Dependencia en Almería
950 158 400

Servicio de Valoración de la Dependencia en Cádiz
956 007 000 / 956 007 052

Servicio de Valoración de la Dependencia en Córdoba
957 005 472

Servicio de Valoración de la Dependencia en Granada
958 942 158 / 958 940 719

Servicio de Valoración de la Dependencia en Huelva
959 034 272

Servicio de Valoración de la Dependencia en Jaén
953 013 626

Servicio de Valoración de la Dependencia en Málaga
951 036 400 / 951 036 422

Servicio de Valoración de la Dependencia en Sevilla
955 006 800

Las personas cuidadoras no deben dudar en consultar también en su centro de salud, a su profesional de referencia. Además de apoyarles en el cuidado de la persona dependiente, los y las profesionales del sistema sanitario deberán atenderles como personas cuidadoras con necesidades y demandas de salud propias.

RESUMIENDO ALGUNAS IDEAS: 10 MENSAJES CLAVE

Los cuidados son universales. Todas las personas cuidamos y somos cuidadas, con mayor o menor intensidad en distintas etapas de la vida y con diferencias en función del sexo y de otras características. **Es una actividad fuertemente feminizada y escasamente reconocida,** lo que contribuye a su invisibilidad social.

El cuidado informal se refiere a la prestación de cuidados a personas que requieren ayuda para las actividades básicas de la vida, por parte de familiares, amistades u otras personas de la red social cercana, que no reciben retribución económica por ello.

En España, más de tres cuartas partes de las personas que requieren cuidados los reciben exclusivamente del sistema informal. La responsabilidad principal de los cuidados es asumida principalmente por mujeres, y lo hacen solas o con escasas ayudas para cuidar.

Las mujeres asumen el rol de cuidadoras como parte de su identidad de género y lo afrontan de manera más intensa que los hombres, realizando solas las tareas más pesadas y que más afectan a su salud y a su calidad de vida.

La salud de las mujeres que cuidan se ve más deteriorada que la de los hombres que lo hacen. Ellas presentan peor salud general, más dolor y malestar, más enfermedades crónicas y hábitos de vida menos saludables, como escaso ejercicio físico, mala alimentación o un descanso insuficiente.

El cuidado se asocia a una mayor frecuencia de problemas de salud mental, como depresión, ansiedad y estrés, que se constatan más en las mujeres y en situaciones de cuidado intenso. El apoyo social amortigua el estrés y la sobrecarga derivada del cuidado.

El cuidado también afecta a otras dimensiones de la vida: cuidar tiene consecuencias laborales y económicas, y en las relaciones familiares y sociales. El tiempo para cuidarse a sí misma se reduce, lo que resulta en peores hábitos de vida y un menor acceso a servicios preventivos de salud.

No todas las personas que cuidan muestran un impacto negativo en su salud. Algunos factores clave que intervienen en la satisfacción de cuidar son la calidad de la relación entre la persona cuidadora y la cuidada, el significado que se otorga al rol de persona cuidadora y la sensación de logro.

Los cambios en la estructura demográfica, los nuevos modelos familiares, laborales y sociales, han provocado que se reduzca drásticamente la disponibilidad de personas en disposición de cuidar. La crisis de los cuidados ha evidenciado la urgencia de un nuevo replanteamiento hacia la corresponsabilidad social de los mismos.

Existen actuaciones dirigidas a conciliar el trabajo remunerado con el cuidado, a mantener y restaurar el bienestar de las personas cuidadoras y a compensar el valor económico y social del cuidado. Es necesario potenciar el reparto equitativo en el cuidado y promover una mayor autonomía de las personas dependientes.

LECTURAS Y RECURSOS PARA SABER MÁS

ALGUNAS LECTURAS RECOMENDADAS

Carrasco, Cristina; Borderías, Cristina y Torns, Teresa (2011). El trabajo de cuidados. Madrid: La Catarata.

Carrasquer, Pilar (2013). El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. Cuadernos de Relaciones Laborales, 31(1), 91-113.

Coello-Cremades, Raquel y Pérez-Orozco, Amaia (2013). Cómo trabajar la economía de los cuidados en la cooperación para el desarrollo. Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Colombo, Francesca; Llena-Nozal, Ana; Mercier, Jérôme y Tjadens, Frits (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Publishing.

Del Río-Lozano, María; García-Calvente, María del Mar; Marcos-Marcos, Jorge; Entrena- Durán, Francisco y Maroto-Navarro, Gracia (2013). Gender identity in informal care: Impact on health in Spanish Caregivers. Qualitative Health Research, 23 (11): 1506-1520.

Durán, María Ángeles (2019). La riqueza invisible del cuidado. Universitat de València.

Gálvez, Lina; Rodríguez, Paula; Agenjo, Astrid y Domínguez, Mónica (2013). El trabajo de cuidados de mujeres y hombres en Andalucía. Medición y valoración. Instituto Andaluz de la Mujer.

García-Calvente, María del Mar; Del Río-Lozano, María y 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.

Instituto Nacional de Estadística [INE] (2008). Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD).

Pinquart, Martin y Sorensen, Silvia (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.

Sallé, María Ángeles y Molpeceres, Laura (2018). Reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidados. ONU Mujeres.

ALGUNAS WEBS DE REFERENCIA

PiCuida. Estrategia de Cuidados de Andalucía
https://www.picuida.es/estrategia-de-cuidados-de-andalucia/

Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
https://bit.ly/37fwSLN

Escuela de Pacientes
https://escueladepacientes.es/

ALGUNAS PELÍCULAS

Los principios del cuidado (2016). De Rob Burnett

Siempre Alice (2014). De Walsh West y Richard Glatzer

Intocable (2011). De Olivier Nakache

Arrugas (2011). De Ignacio Ferreras

Cuidadores (2010). De Oskar Tejedor

¿Y tú quién eres? (2007). De Antonio Mercero

El hijo de la novia (2001). De Juan José Campanella

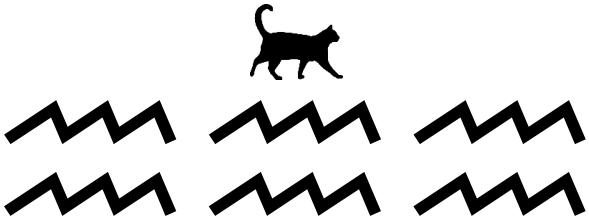
RECURSOS AUDIOVISUALES

El trabajo no remunerado de la mujer y su importancia en la economía
https://bit.ly/38itMIk

Un futuro de cuidado
https://vimeo.com/21692886

Cuidado resbala
https://vimeo.com/67552738

Salud y personas cuidadoras
https://bit.ly/2SEalmw

Invisibles
https://bit.ly/2vjyMOm

Este cuaderno se terminó de imprimir el día 8 de marzo de 2020,
Día Internacional de la Mujer