

## CAPÍTULO 42

### Cuidadores hombres

Dolores Torres Enamorado<sup>1</sup>, María Eslava Sánchez<sup>1</sup>, Rosa Casado Mejía<sup>2</sup>,  
Esperanza Ruiz Arias<sup>2</sup> y M<sup>a</sup> José Polvillo Avilés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*D Distrito de Atención Primaria Bahía de Cádiz- La Janda (España);* <sup>2</sup>*Universidad de Sevilla (España)*

La demanda de cuidados para personas dependientes en España se ha visto incrementada de forma notable en las últimas décadas y puede que siga aumentando a un ritmo elevado debido, en gran medida, a que nuestra sociedad está inmersa en una etapa de profundos cambios en muchos ámbitos, entre ellos: el demográfico, el económico o el social (IMSERSO, 2004).

Desde el punto de vista demográfico observamos un envejecimiento de la población producido por una baja natalidad y una baja mortalidad (INE, 2001), lo que implica una mayor esperanza de vida que a su vez se traduce en un mayor número de personas de edad  $\geq 65$  años, grupo de población que con mayor frecuencia desarrollan enfermedades crónicas y discapacidad. En ocasiones y como consecuencia de estas situaciones de discapacidad se puede llegar a confirmar un contexto de dependencia (IMSERSO, 2004).

Según los datos del último informe del IMSERSO (IMSERSO, 2005), en el 5,1% (725.870 hogares) de los hogares españoles viven personas que prestan ayuda a mayores de 60 años en aquellas actividades de la vida cotidiana que no pueden realizar por sí mismas. Ese número de hogares se traduce en 950.528 personas (se corresponderían con el 6% de la población de 18 y más años) encargadas de cuidar a personas dependientes (IMSERSO, 2005).

En el ámbito económico, considerando fundamentalmente los aspectos sanitarios, observamos el aumento de la demanda de intervenciones sanitarias domiciliarias debido a que muchas personas necesitan cuidados complejos o se encuentran en situación terminal. Esta situación de traslación del servicio sanitario hacia el domicilio se ve además aumentada por factores como el alta precoz hospitalaria o la cirugía ambulatoria, entre otros (Donelan, 2002).

Desde la perspectiva del tiempo dedicado a los cuidados de una persona con una enfermedad en su domicilio el 88% de las intervenciones las realizan redes sociales de apoyo, fundamentalmente la familia (Durán, 1999).

La familia es la principal proveedora de cuidados de salud y en muchas ocasiones, la única fuente de cuidados para quienes los necesitan (García-Calvente, 1999).

Por último, desde el punto de vista social se están produciendo cambios en la estructura y roles de la vida familiar. Además, la incorporación de la mujer al mercado laboral está contribuyendo a disminuir su tradicional e histórico rol de cuidadora fomentando la creación de nuevas estrategias de afrontamiento en los cuidados, entre las que se encuentra la incorporación del hombre a este tipo de intervenciones. En este sentido, sería interesante conocer los rasgos que definen el perfil personal, social y cultural de este grupo de hombres cuidadores; sin embargo, existe un importante déficit de estudios en este sentido, presentando estos aspectos un gran desconocimiento general (J.Gerontol, 2001).

El cuidar siempre ha sido un hecho natural ligado a la historia de las mujeres (García-Calvente, 2004), sólo cuando falta una red asistencial femenina entra en funcionamiento la red asistencial masculina (Observatorio de Personas Mayores, 2008).

En nuestra sociedad actual, se están desarrollando cambios que reducen la disponibilidad de la red asistencial femenina produciendo un aumento de la probabilidad de que la responsabilidad de los cuidados dentro del sistema familiar recaiga sobre los varones (Kramer, 2002). La incorporación creciente de las mujeres al mercado laboral, el descenso de la natalidad, el aumento de la esperanza de vida de ambos sexos y el cambio en las relaciones intrafamiliares, entre otros, harán que cada vez sean más los cuidadores varones (Kramer, 2002; Rivera, 2001).

En la actualidad los hombres tienen una mayor probabilidad de cuidar a sus familiares mayores dependientes, generalmente porque no hay una mujer en el entorno para llevar a cabo dicha intervención. Este estudio, pretende identificar las características que presenta dicho grupo de hombres cuidadores que, de forma emergente, están participando en los cuidados de personas discapacitadas y dependientes.

Los hombres encargados de forma principal del cuidado de una persona dependiente y conviviendo con ella se cifran en 100.000 (Crespo, 2007). Esta cifra tiende a incrementarse según las tendencias sociodemográficas y de

salud vinculadas con la disminución del número de personas que potencialmente se pueden hacer cargo de los cuidados, la reducción del tamaño de las familias, la incorporación de las mujeres al mercado laboral, la modificación de los roles de género y la mayor prevalencia de los trastornos crónicos, entre otros factores (Kramer, 2002).

En gran cantidad de la bibliografía revisada podemos encontrar el perfil de mujer encargada de los cuidados (García-Calvente, 2004; INE, 2002; Larrañaga, 2008), así como los efectos adversos que esta tarea representa para la salud de las cuidadoras principales (García-Calvente, 2004; Badía, 2004; Moral, 2003; Artaso, 2003; Babarro, 2004; Rodríguez, 2006); sin embargo observamos que está aumentando el número de cuidadores hombres que representan la figura de cuidador principal (Kramer, 2002; Rivera, 2001; Ruiz, 2008) y este hecho se ve acompañado por un gran desconocimiento de los factores que caracterizan a este nuevo grupo de personas cuidadoras, lo que no ocurre con el análisis de la mujer cuidadora (aunque estos estudios son muy recientes y aún insuficientes). Esto es debido a que la proporción de mujeres cuidadoras es muy elevada oscilando entre el 60 y el 85%. Esta desproporción justifica "a priori" que se haya prestado más atención al análisis de las cuidadoras, principalmente a los efectos que el cuidar tiene sobre ellas, a las que, por otra parte, se tiende a considerar más vulnerables a la tensión y al estrés (Observatorio de Personas Mayores, 2008).

Por otro lado, debemos considerar que muchos autores y autoras han estudiado las consecuencias que el cuidar tiene para la salud (Larrañaga, 2008; Badía, 2004; Moral, 2003; Artaso, 2003; Babarro, 2004). Estas consecuencias son tan importantes que un tercio de las personas encargadas de los cuidados manifiesta haber sufrido problemas de salud derivados de su tarea de cuidar (Cannuscio, 2004).

Respecto a las mujeres, los hombres presentan un riesgo igual o superior de mala calidad de vida relacionada con la salud y poco apoyo social cuando existe una elevada carga de cuidados (Moral, 2003). En este sentido, el presente estudio pretende contribuir a mejorar o mantener un buen nivel de salud en los hombres, primero visibilizándolos y, segundo, aportando más datos sobre su perfil.

Tras realizar una búsqueda bibliográfica observamos que existe un déficit de fuentes escritas que estudien las características de hombres que representen la figura de cuidador principal aportando una visión global del perfil de este grupo personas cuidadoras. Al estar aumentando el colectivo de hombres cuidadores en nuestra sociedad, sería pertinente comprobar qué características presenta éste grupo.

Ante los aspectos anteriormente descritos nos planteamos en este trabajo la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los rasgos que caracterizan el grupo de cuidadores hombres que recientemente se está incorporado al desarrollo e implementación de cuidados a personas en situación de dependencia?

### **Objetivos**

Objetivo general: conocer las características del perfil de los hombres cuidadores en la ciudad de Cádiz.

Objetivos específicos:

- Determinar las características sociodemográficas de los hombres cuidadores en Cádiz.
- Describir el nivel de sobrecarga según el Índice de Esfuerzo del Cuidador en los cuidadores hombres de la ciudad de Cádiz.
- Identificar la percepción del nivel de salud de los cuidadores hombres de la ciudad de Cádiz.

### **Metodología**

#### *Tipo de diseño*

Teniendo en cuenta los objetivos del estudio llevaremos a cabo una metodología cuantitativa trabajando con un diseño de corte cuantitativo y descriptivo correlacional, en concreto con una serie de casos transversales (Collière, 1999); puesto que lo que perseguimos es la enumeración descriptiva de características, observadas en un momento de tiempo y en un grupo de sujetos con una condición en común: todos son hombres cuidadores (De la Cuesta Benjumea, 2004). Si seguimos los criterios de clasificación de los tipos de estudio que plantean Argimon y Jiménez (De la Cuesta Benjumea, 2004) nuestro trabajo de investigación presenta un diseño descriptivo correlacional, observacional, transversal y retrospectivo.

#### *Población de estudio. Muestra y muestreo. Ámbito de intervención*

Tras contactar con las diferentes estructuras sanitarias de la ciudad de Cádiz y atendiendo al número de cuidadores hombres censados en el registro de personas cuidadoras; llevaremos a cabo un muestreo de la población. La muestra estará conformada por cuidadores hombres registrados en zonas básicas de salud urbanas de la ciudad de Cádiz que, tras tener conocimiento de los objetivos y la finalidad del estudio, acepten verbalmente participar en él.

*Descripción de la metodología*

A los integrantes de dicha muestra se les pasará un cuestionario validado (Ortiz, 2011) de manera heteroadministrada que consta de cinco bloques. En el primero de ellos se recogen datos sobre la persona o las personas cuidadas por el entrevistado. El segundo bloque se dedica a las características del entrevistado, siendo algunas de las variables más importantes la edad, el estado civil o la situación laboral. En el tercer bloque se indaga sobre la organización de los cuidados siendo alguna de las variables que se recogen en este apartado las siguientes: tiempo que lleva cuidando, si convive o no con la persona cuidada y si recibe ayuda para el cuidado y en caso afirmativo de qué naturaleza. El cuarto bloque está dedicado a las prestaciones que tienen estas personas para el cuidado y un quinto y último bloque en el que se analizan las repercusiones del cuidado en la salud de estas personas.

*Análisis de la información*

La información recogida en la primera parte del estudio se analizará mediante el paquete estadístico PASW ESTADÍSTIC 18.0 para Windows.

En primer lugar, se llevará a cabo una *depuración estadística*, explorando los datos para identificar valores atípicos y mostrar si existen valores inusuales o extremos en las observaciones. Asimismo, nos ayudará a determinar las técnicas estadísticas más adecuadas para el análisis de la información.

Lo complementaremos con un análisis descriptivo mediante el cual las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas o, en caso de distribuciones muy asimétricas, medianas y percentiles (P25 y P75), mientras que las variables no numéricas se reflejarán con frecuencias y porcentajes.

Los datos se presentarán en tablas, histogramas y gráficos de barras y sectores para facilitar su lectura.

*Aspectos éticos*

Todos los procedimientos se llevarán a cabo respetando los principios éticos para las investigaciones con seres humanos, de acuerdo con la Carta Internacional de los Derechos del Hombre, adoptada por la Resolución de la Asamblea General 217 III de 10 de Diciembre de 1948 de la Organización de las Naciones Unidas (Asamblea general de las Naciones Unidas, 1948) Así pues, antes de su incorporación, todos los participantes serán informados de forma verbal del procedimiento que se va a llevar a cabo y darán su consentimiento informado para participar en el estudio.

De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de datos de Carácter Personal, los datos personales que requerimos a los sujetos son los necesarios para realizar el estudio correctamente. No se revelará la identidad de ningún individuo bajo ningún concepto a personas externas a la investigación, así como tampoco sus datos personales. La participación es anónima, sin embargo, los datos de los participantes están registrados en una lista de control guardada por la investigadora principal y sólo se recurre a ella en los momentos imprescindibles.

**Resultados**

En cuanto al perfil de los hombres cuidadores de la ciudad de Cádiz hemos obtenido un hombre con una edad media de  $63,87 \pm 14,63$  años siendo la edad mínima de las personas encuestadas 26 años y la edad máxima 92 años (Tabla 1).

Tabla 1. Edades de los cuidadores hombres

	N	Mínimo	Máximo	Media	Dev. t.p.
Edad de la persona entrevistada	67	26	92	<b>63,87</b>	14,636
N válido (según lista)	67				

Respecto al estado civil lo más destacado de los datos encontrados es que el 61,2% está casado y el 29,9% soltero (tabla 2).

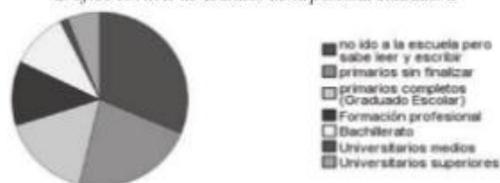
Tabla 2. Estado civil de la persona entrevistada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
soltero/a	20	29,9	<b>29,9</b>	29,9
casado/a	41	61,2	<b>61,2</b>	91,0
Válidos Conviviendo con la pareja	1	1,5	1,5	92,5
divorciado/a	1	1,5	1,5	94,0
Viuvo/a	4	6,0	6,0	100,0
Total	67	100,0	100,0	

Si nos basamos en el nivel de estudios, podemos decir que el 31,3% no ha ido a la escuela pero sabe leer y escribir, el 22,4% tiene estudios primarios sin finalizar, el 16,4% ha completado los estudios primarios, el 11,9% ha

adquirido formación profesional, el 10,4% ha cursado estudios de bachillerato y el 7,5% tiene estudios universitarios; tal y como mostramos en el gráfico 1.

Gráfico 1. Nivel de estudios de la persona cuidadora



En cuanto a la situación laboral hemos obtenido que el 23,9% trabaja y el 77,3% de los encuestados no ha tenido que modificar su situación laboral por la dedicación al cuidado. De los que han modificado la jornada laboral el 25% ha pedido una reducción de la jornada laboral.

El 88,1% ha convivido en el último año con la persona dependiente. El 52,2% se ha alternado los cuidados con alguien y el 70,1% recibe ayuda. La persona que ayuda en el cuidado es una mujer en el 79,2% de los casos (tabla 3), que pertenece a la familia en el 72,9% y el 81,3% de los cuidadores no paga por esta ayuda.

Tabla 3. Sexo de la persona que ofrece ayuda al cuidador

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	hombre	10	14,9	20,8	20,8
	mujer	38	56,7	79,2	100,0
	Total	48	71,6	100,0	
Perdidos	Sistema	19	28,4		
Total		67	100,0		

En relación al nivel de sobrecarga de los hombres cuidadores, obtenidos mediante el test validado de Índice de Esfuerzo del Cuidador, obtenemos que el 67,2% (tabla 4) presenta sobrecarga, ya que obtienen una puntuación mayor que siete.

Tabla 4. Puntuación obtenida en el Índice de Esfuerzo del Cuidador

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	1,5	1,5
	1	1	1,5	3,0
	2	6	9,0	11,9
	3	3	4,5	16,4
	4	5	7,5	23,9
	5	4	6,0	29,9
	6	2	3,0	32,8
	7	8	11,9	44,8
	8	6	9,0	53,7
	9	15	22,4	76,1
	10	9	13,4	89,6
	11	6	9,0	98,5
	13	1	1,5	100,0
Total		67	100,0	100,0

De todos ellos el 91% cuida a una sola persona dependiente que tiene una edad media de  $76,12 \pm 15$  años, siendo la edad mínima de las personas cuidadas 19 años y la máxima de 99 años (tabla 5). El 73,1% de las personas cuidadas son mujeres, madres en el 40,3% de los casos y en el 47,8% esposa del hombre cuidador.

Tabla 5. Edad de la persona cuidada

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
Edad Primera persona cuidada	67	19	99	76,12	15,136
N válido (según lista)	67				

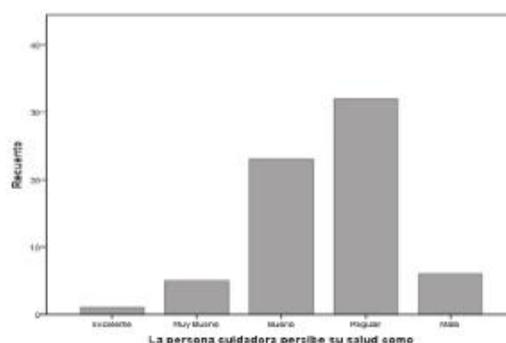
En relación a la recepción o no de ayuda gracias a la Ley de Autonomía Personal hemos obtenido que el 50,7% recibe algún tipo de prestación de ayuda; el 3% recibe como prestación una unidad de estancias diurnas, el 36,4% ayuda a domicilio y el 60,6% de los casos reciben una ayuda de tipo económico (tabla 6). En cuanto al destino de la prestación económica hemos obtenido que el 35% utiliza la ayuda económica como paga propia, el 30% la destina para contratar a alguien externo y el 35% para otros menesteres.

Tabla 6. Prestación recibida por la Ley de Autonomía Personal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Prestación económica	20	29,9	<b>60,6</b>	60,6
	Servicio de ayuda a domicilio	12	17,9	<b>36,4</b>	97,0
	Unidad de Estancia Diurna	1	1,5	<b>3,0</b>	100,0
	Total	33	49,3	100,0	
Perdidos	Sistema	34	50,7		
	Total	67	100,0		

Independientemente de si reciben alguna prestación por la Ley de Autonomía Personal hemos obtenido que el 47,8% utiliza la teleasistencia y que ninguno de los hombres cuidadores utiliza los respiros familiares ni los talleres impartidos por el personal de enfermería de Atención Primaria.

Por último en relación a los datos sobre la percepción de su estado de salud por parte de los cuidadores hemos obtenido que el 47% la cataloga como *regular*, el 34,3% como *buena*, el 9% *mala*, el 7,5% *muy buena* y el 1,5% *excelente*, tal y como se refleja en la tabla.



### Discusión

En este apartado, y en función de los resultados obtenidos en nuestro estudio, abordaremos la interpretación y análisis de los mismos. Dado el déficit que existe de fuentes escritas que estudien las características de hombres que representen la figura de cuidador principal, así como que especifiquen su nivel de sobrecarga y su estado de salud, el análisis de los resultados comparados está fundamentado; en gran medida, en nuestra interpretación. Tras analizar los resultados podemos confirmar que la metodología utilizada fue la correcta puesto que se ha conseguido cuantificar la sobrecarga de los cuidadores hombres al mismo tiempo que describir los principales rasgos de su perfil. Al analizar las variables dirigidas a caracterizar la figura del hombre cuidador hemos obtenido una edad media bastante similar a la encontrada en perfiles que muestran otros artículos cuya muestra está formada fundamentalmente por mujeres (Badia, 2004; Artaso, 2003; Babarro, 2004), incluso es bastante similar a un estudio que establece distinción de perfiles por sexo y que obtiene una edad media en hombres cuidadores de 69,8 años (Larrañaga, 2008).

En otro artículo hace referencia a que los hombres cuidadores presentan una edad mayor a las mujeres pero no recogen datos numéricos (Observatorio de Personas Mayores, 2008). Cuando revisamos los resultados obtenidos de las variables informativas del estado civil y comparamos los datos con estudios anteriores comprobamos que en dos de los tres estudios que contemplan esta variable el porcentaje de personas cuidadoras casadas se encuentra por encima del 80% (Artaso, 2003; Babarro, 2004). El origen de esta diferencia puede estar en una cuestión de sexo ya que la muestra de dichos estudios está conformada mayoritariamente o exclusivamente por mujeres. En cuanto al parentesco del cuidador con la persona cuidada hallamos estudios con unos datos bastante homogéneos a los

obtenidos en nuestro trabajo (Badía, 2004; Rodríguez, 2006). En todos los estudios seleccionados, como antecedentes de referencia se encuentran porcentajes mayoritarios de familiares de primer grado y, entre ellos, predominan los/as hijos/as. Sin embargo, cabría mencionar que en dos estudios (Artaso, 2003; Rodríguez, 2006) el porcentaje de hijas es mucho mayor al nuestro; 73,5% y 79% frente a 40,3%. Sería bastante interesante profundizar más en este dato ya que podría estar relacionado con una perpetuación de los roles de género.

A modo de resumen podríamos decir que, respecto al perfil de cuidador que hemos obtenido, no son tan diferentes las características de las personas responsables de los cuidados, según el sexo; encontramos un grupo de edad madura, generalmente casados cuyo parentesco con la persona cuidada más frecuente es de hijo o esposo y que, mayoritariamente poseen un bajo nivel de estudios; que habitualmente no trabaja fuera de casa y conviven con la persona cuidada. Estos rasgos de perfil común son compartidos con varios estudios (Observatorio de Personas Mayores, 2008; Larnaaga, 2008; Badía, 2004; Moral, 2003; Artaso, 2003; Babarro, 2004; Rodríguez, 2006).

### Conclusiones

El perfil de los hombres cuidadores en la ciudad de Cádiz se corresponde con el de un hombre que tiene una media de edad de  $63,87 \pm 14,63$  años, casado y familiar de primer grado de la personas cuidada. Posee un nivel de estudios bajo, convive con la persona cuidada y no trabaja fuera de casa. Los cuidadores hombres en la ciudad de Cádiz perciben su salud como regular y siete de cada diez está sobrecargado.

### Referencias

- Asamblea general de las Naciones Unidas. [Página principal de Internet]. Nueva York: Carta de los derechos del hombre. Resolución de la Asamblea 217 III de 10 de Diciembre de 1948. ONU. Disponible en: <http://www.onu.org/spanish/documents/ga/res/3/ares3.htm>
- Artaso, B., Goñi, A. y Biurrun, A. *Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares*. Revista Española de Geriatria y gerontología, 2003; 38 (4): 212-18.
- Babarro, A., Garrido, A. y Riera, M. *Perfil de sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS*. Atención primaria, 2004; 33(2): 61-6.
- Badía, X., Lara, N. y Roset, M. *Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del paciente de Alzheimer*. Aten Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 2004; 34 (4):170-7.
- Cannuscio, C., Colditz, A., Rimm, E., Berkman, L., Jones, P. y Kawachi, I. *Employment status, social ties, and caregivers' mental health*. Social Science & Medicine, 2004;58(7): 1247-1256.
- Collière, M.F. Encontrar el sentido original a los cuidados enfermeros. Rev ROL Enf.; 1999; 22 (1):303-307.
- Crespo, M. y López, J. El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar. 2007. Madrid: Ed. Pirámide
- De la Cuesta, C. Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. Texto y contexto Enferm 2004; 13(1):137-46.
- Donelan, K., Hill, C.A., Hoffman, C. and cols. *From the field: Challenged to care: Informal caregivers in a Changing health system*. Health Affairs 2002; 21:222-35.
- Durán, M.A. *La base del iceberg*. CSIC. 1999
- García-Calvente, M.M., Mateo, I. y Gutiérrez, P. *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluza de la Mujer, 1999.
- García-Calvente, M.M. y Mateo-Rodríguez, I.P. Eguiguren A. *El sistema Informal de cuidados en clave de desigualdad*. Gac Sanit 2004; 18(Supl 1):132-9
- Houde, S.C. *Men providing care to older adults in the home*. J.Gerontol. Nurs. 2001; 27(8):13-9; quiz 54-5
- IMSERSO *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. 2005. Madrid: IMSERSO
- Instituto Nacional de Estadística. *Censos de población y vivienda 2001. Resultados definitivos*. Madrid: INE
- Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud*. IMSERSO y FUNDACIÓN ONCE; 2002. Madrid: INE
- Kramer, B.J. *Men caregivers: an overview*. En B.J. Kramer y E.H. Thompson (Eds), Men as caregivers (pp. 3-19). 2002. Nueva York: Springer.
- Larnaaga, I. y Martín, U. *Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género*. Gac Sanitaria, 2008; 22(5):443-50

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Secretaria de servicios sociales, familias y discapacidad; IMSERSO. *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. 2004. Cap.I
- Moral, M.S. y Ortega, J. *Perfil y riesgo de morbilidad psiquiátrica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio*. *Aten Primaria*, 2003; 32(2):77-87
- Observatorio de Personas Mayores. *Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores*. Octubre, 2008. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias
- Ortiz, M. Validación de un cuestionario para hombres y mujeres con dependencia desde la perspectiva e género. Trabajo Fin de Máster. 2011
- Rivera, J. *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Análisis evolutivo de un estudio poblacional*. 2001. Madrid: Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid.
- Rodríguez, M., Abreu, A., Barquero, A. y León, R. *Cuidadores de ancianos dependientes. Cuidar y ser cuidados*. *Nursing* 2006; 24 (1):58-66
- Ruiz, E. *Estrategias de provisión de los cuidados informales familiares a mayores dependientes en el ámbito domiciliario: una mirada de género*. 2008. DEA. Sevilla; Universidad de Sevilla.