

## LA FEMINIZACIÓN DEL CUIDADO<sup>1</sup>

Rocío Lago Urbano  
Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación.  
Universidad de Huelva.  
[rocio.lago@dpee.uhu.es](mailto:rocio.lago@dpee.uhu.es)

Patricia Alós Villanueva  
Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación.  
Universidad de Huelva.  
[patricia.alos@dpee.uhu.es](mailto:patricia.alos@dpee.uhu.es)

### RESUMEN

Las sociedades han experimentado cambios sociales relevantes que han tenido como consecuencia directa la introducción de modificaciones sustanciales en la vida cotidiana de las familias. Sin embargo, existen construcciones sociales que se han mantenido en el tiempo, fundamentalmente aquellas relacionadas con el género. Así mismo, el aumento de la esperanza de vida en nuestra sociedad nos ha llevado a cambiar nuestras perspectivas de futuro. El progresivo envejecimiento de la población unido a la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacitantes, conlleva la necesidad de ser cuidados, dependientes, surgiendo de forma paralela la figura del cuidador. Por lo relevante que es tanto a nivel familiar como social, merece ser estudiada como un agente social emergente, teniendo presente la influencia que los roles tradicionales ejercen sobre esta figura.

Tomando como referencia estudios anteriores, nuestro objetivo será conocer el perfil del cuidador en la ciudad de Huelva, analizando cuestiones relacionadas con esta figura, para comprobar que al igual que en otras ciudades de nuestro país, sigue siendo una tarea feminizada. Este estudio se llevó a cabo durante el año 2010, habiéndose concluido. Sin embargo, servirá como base de un programa de intervención socioeducativo para la persona cuidadora.

### PALABRAS CLAVE

Perfil del cuidador/a, roles de género, demencias, dependencia, familia.

<sup>1</sup> Las dos autoras de esta investigación tienen el mismo peso en la elaboración, desarrollo y análisis de la misma.

## ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

La familia, el Estado y el mercado son las tres instituciones encargadas de satisfacer la demanda de cuidados de los sectores de población que son dependientes. *"Una persona dependiente, (...), es aquella que durante un periodo prolongado de tiempo requiere de ayuda de otra persona para realizar ciertas actividades cotidianas. (...), los investigadores suelen distinguir entre dos grupos de actividades: por un lado, las orientadas al cuidado personal, que en terminología anglosajona reciben la denominación de <<actividades de la vida diaria>> (AVDs), como por ejemplo comer o afeitarse; y, por otro lado, aquellas cuyo propósito es mantener el medio ambiente de la persona, las denominadas <<actividades instrumentales de la vida diaria>> (AIVDs), como por ejemplo comprar o preparar la comida"* (Casado y López, 2001:43). Si embargo, es evidente el protagonismo de la familia en el cuidado de personas dependientes, frente a otras instituciones.

Ser cuidador principal de un familiar con demencia, es decir, una persona dependiente, no es una tarea prefijada o esperada por las familias, ni es una situación que el cuidador haya elegido voluntariamente. El cuidador surge de forma imprevista en una familia que recibe la noticia de que uno de sus miembros sufra demencia.

En cuanto a cuidadores podemos distinguir varios tipos según las características del mismo o el grado de implicación. Es posible hacer una distinción entre cuidadores formales e informales. Hablamos de *cuidador formal* cuando la persona se dedica al cuidado de forma profesional, y de *cuidador informal* cuando es un familiar o persona allegada quien se dedica a los cuidados sin ser remunerada ni realizar dicha tarea de forma especializada. De forma similar al avance de la enfermedad, las tareas del cuidador se asumen de forma progresiva, siendo muy difícil establecer el punto en el que el cuidador asume este papel y el momento en el que la persona enferma toma por completo el control de la vida del cuidador.

El proceso de cuidado está marcado por inesperadas transiciones que se desarrollan por el progresivo deterioro físico, cognitivo y funcional del paciente. Uno de los motivos que provocan estrés en el cuidador es el comentado deterioro del paciente, lo que dificulta que el cuidador pueda mantener la situación de control de la situación. Cuando se cuida a un enfermo con demencia nunca se puede estar seguro de cuánto puede durar ese momento de estabilidad o cuándo deberá enfrentarse con una alteración o problema nuevo. Cada vez que el cuidador se adapta al cambio, debe adaptarse a otro (Feinberg, 2002).

Este cambio en la vida de las familias se produce en un contexto en el que existe un generalizado desconocimiento sobre qué es Alzheimer, cómo se debe atender a la persona afectada, y qué recursos existen o están disponibles. Esta situación se produce a su vez en un contexto social en el que los valores que la sociedad transmite es la obligación de priorizar y dedicarse por completo al cuidado de un familiar enfermo, dejando a un lado los intereses y necesidades particulares y personales (IMSERSO, 2005). Estos cuidados están claramente feminizados, siendo una tarea que la sociedad impone a la mujer y no al hombre, influenciado por la cultural patriarcal.

El desconocimiento del cuidador ante la enfermedad, junto a su aparición en un contexto en el que apenas existen recursos, o cuando los hay su disponibilidad es escasa, así como la

situación social actual en las que las familias tienen cada vez menos miembros y por motivos económicos y laborales se encuentran cada vez más dispersas geográficamente, contribuyen a que los efectos de la enfermedad sobre las familias sean devastadores. La literatura científica es concluyente a la hora de afirmar que cuidar a un familiar dependiente, especialmente si padece demencia, provoca importantes consecuencias para la salud psicológica y física de los cuidadores. (Garre, Hernández, Lozano, Vilalta, Tasón, Cruz y cols., 2000; Pinquart y Sorensen, 2003; Vitaliano, Zhang y Scatan, 2003). También afecta a las relaciones familiares y sociales de los cuidadores y a su situación económica y laboral. (Losada y cols., 2006).

Como señalan algunos autores (García – Calvente y cols, 2004) existen muchas razones por las que el análisis del cuidador informal a la población dependiente es importante. Existen varios motivos especialmente relevantes. El primero de ellos es que la demanda de cuidados está en ascenso, el incremento de la supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacidad están haciendo aumentar el número de personas que necesitan cuidados y la complejidad de estos cuidados. En segundo lugar hay que tener en cuenta que la disponibilidad de cuidadores familiares o informales está disminuyendo, esto se debe a la disminución de la fecundidad, a los cambios en la estructura familiar y a la incorporación de la mujer al mercado laboral, ya que la mujer ha sido hasta la actualidad la principal fuente de cuidados dentro de la familia. Otra de las razones por la que el sistema informal de cuidados debe ser analizado es porque las familias continúan siendo la principal fuente de apoyo a personas con enfermedades crónicas y discapacitantes. Todo ello está apoyado por las políticas de bienestar que priorizan la atención a la salud en el propio entorno, y es por este motivo por el que cada día más personas con limitaciones funcionales son atendidas en su propia vivienda y en el seno de su familia, lo que repercute también en la complejidad de los cuidados que los familiares han de realizar en el hogar.

Actualmente, en nuestro país hay 600.000 personas que padecen esta enfermedad, de las que dos terceras partes son mujeres. (Martínez – Lage 2002). Por el dato especificado anteriormente se deduce que existen en España más de 600.000 cuidadores que atienden a estas personas, por lo que merece ser estudiado como un agente social emergente. La figura del cuidador es de gran relevancia en los procesos de demencia, tanto que cuando esta figura se quiebra o permanece ausente temporalmente, surgen no solo problemas familiares sino también graves problemas sociales.

En este estudio nos centraremos fundamentalmente en la figura del cuidador informal en la ciudad de Huelva y su relación con los roles tradicionales de género.

## **DESARROLLO**

### **Participantes**

La población objeto de estudio son cuidadores<sup>2</sup> familiares de personas enfermas de Alzheimer de la ciudad de Huelva, de la cual extraemos una muestra de 127 personas.

<sup>2</sup> En el texto la palabra cuidador es utilizada en sentido neutro, pues la muestra está formada tanto por hombres como por mujeres.

## Instrumento y procedimiento

Para la recogida de datos de esta investigación se elabora un instrumento destinado a conocer las características que nos van a proporcionar la información necesaria para establecer el perfil del cuidador. Concretamente se elabora un cuestionario por ser una herramienta útil y eficaz para recoger información en un tiempo relativamente breve. Dicho instrumento es creado por un grupo de expertos en la materia. Una vez diseñado el cuestionario se procede a la fase de aplicación del mismo y recogida de los datos. El cuestionario diseñado recoge información referente a datos personales tales como: sexo, edad-tanto del cuidador como de su pareja si la tuviera-, estado civil; datos referentes a la relación entre ambos: años como persona que ejerce los cuidados, parentesco con el enfermo, número de hijos del cuidador, grado de convivencia, número de miembros que conviven en el mismo domicilio; datos referentes a motivaciones y dificultades que encuentra: número de personas que le ayudan en el cuidado, motivos por el que cuidan, dificultades a la hora de prestar sus cuidados, percepción del grado de ayuda, datos referentes a la salud y dedicación personal.

## RESULTADOS

Una vez realizado y administrado el cuestionario a las personas cuidadoras, pasamos a examinar los resultados mediante un análisis estadístico simple. Finalizado el análisis obtenemos los datos que a continuación se exponen:

Sexo cuidador	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	35	27,5
Mujer	91	71,6
Perdidos	1	0,8
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

*Tabla 1. Sexo del cuidador*

Más de dos tercios de la población que cuida son mujeres, podríamos hablar pues de *cuidadoras*. En muchos de los casos en los que son hombres los que ocupan este papel, éstos suelen contratar un apoyo femenino para que les ayude.

Edad cuidador	Frecuencia	Porcentaje
28 a 30	1	0,8
31 a 36	2	1,6
37 a 40	6	4,7
41 a 45	7	5,5
46 a 50	12	9,4
51 a 55	25	19,6
56 a 60	15	11,8
61 a 65	14	11
66 a 70	16	12,5
71 a 75	9	7
76 a 80	13	10,2
81 a 85	8	6,2
Perdidos	1	0,8
Total	127	100,0

*Tabla 2. Edad del cuidador*

La franja de edad en la que se encuentran el mayor número de personas cuidadoras es de 51-55 años (19,7%). Ha de destacarse el dato del 10,2% de hombres-mujeres que cuidan estando su edad en el intervalo comprendido entre los 76-80 años, por lo que resulta difícil no pensar en estas personas en edad avanzada habrían de ser ellos los cuidados, y sin embargo están sirviendo de cuidadores de personas enfermas de Alzheimer con el esfuerzo físico y mental que ello supone.

E. civil cuidador	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	11	8,7
Casado/a	101	79,5
Separado/a	7	5,5
Viudo/a	5	4,7
Pareja hecho	1	0,8
Perdidos	1	0,8
Total	127	100,0

*Tabla 4. Estado civil del cuidador*

El 79,5% de las personas cuidadoras están casados, lo que no siempre se traduce en ayuda, colaboración esto o apoyo de su cónyuge, ya que en muchos casos es éste el propio enfermo de Alzheimer.

Años como cuidador	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1	10	7,8
1 a 2	8	6,3
2 a 3	9	7,1
3 a 4	11	8,7
4 a 5	13	10,2
5 a 6	14	11,0
6 a 7	57	44,9
Más de 8	4	3,1
Perdidos	1	0,8
Total	127	100,0

*Tabla 5. Años como cuidador*

En casi la mitad de los casos las personas cuidadoras llevan más de seis años desempeñando esta función. Por la permanencia como cuidador y su continuidad en el tiempo se podría deducir que ha sido siempre la misma persona la que cuida desde que su familiar enfermó.

Marido	Esposa	Hija	Hijo	Sobrino	Sobrina	Nieta	Otros	Perdidos
28	23	57	7	1	2	1	7	1
22%	18,1%	44,8%	5,5%	0,8%	1,6%	0,8%	5,5%	0,8%

*Tabla 6. Grado de parentesco*

La mayoría de personas que cuidan son las hijas del enfermo. Estas personas llevan el peso del cuidado, además de añadir a ello sus obligaciones y responsabilidades familiares.

Comparten domicilio	Frecuencia	Porcentaje	Rotación familiar	Frecuencia	Porcentaje
<i>Si</i>	102	80,3	<i>Si</i>	18	14,2
<i>No</i>	25	19,7	<i>No</i>	109	85,8
<i>Total</i>	127	100,0	<i>Total</i>	127	100,0

Tabla 7. Comparten domicilio y rotación familiar del cuidador

En el 80% de los casos el enfermo comparte domicilio con la persona cuidadora; en los otros casos el enfermo vive en su casa y es la persona cuidadora quien se desplaza en momentos puntuales del día como puede ser a la hora de comer o el baño. En la gran mayoría, de los casos no se produce rotación, es decir el enfermo vive siempre en la misma casa siendo cuidado por la misma persona.

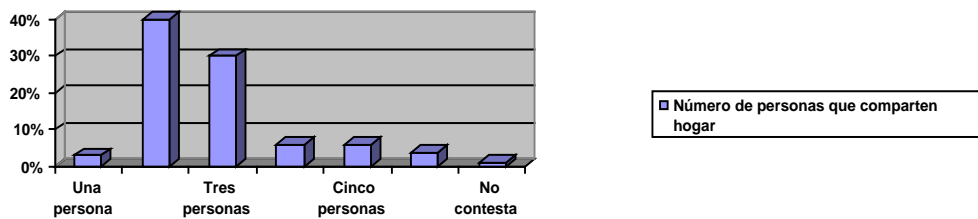


Tabla 8. Número de miembros que comparten hogar

En los casos en los que la persona cuidadora es el cónyuge suelen vivir los dos solos. La segunda situación más frecuente es que el enfermo viva con su hija cuidadora y el marido de ésta.

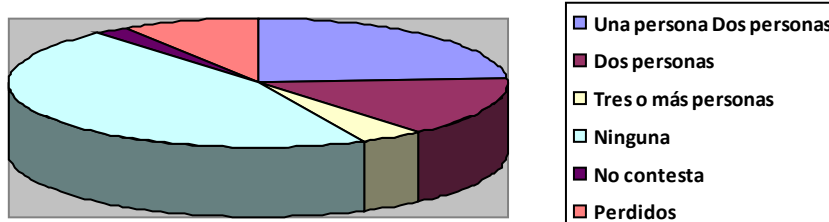


Tabla 9. De cuántas personas recibe ayuda

Enlazando con la tabla anterior, casi la mitad de las personas cuidadoras no reciben ninguna ayuda de los miembros de su hogar (46,5%), pues suelen vivir únicamente con el enfermo.

31 a 35	36 a 40	41 a 45	46 a 50	51 a 55	56 a 60	61 a 65	66 a 70	71 a 75	Perdidos
2%	3%	3%	5%	9%	10%	6%	2%	1%	59%

Tabla 10. Edad de la pareja del cuidador

La franja de edad en la que se encuentran más parejas de cuidadores/as es entre los 51 y 60 años (9% y 10%). Es necesario comentar que cuando la pareja del cuidador/a era el propio enfermo no se marcaba la casilla, de ahí el 59% de los casos perdidos.

Motivo por el que cuidar	Nº Personas
<i>Reciprocidad</i>	32
<i>Cariño</i>	40
<i>Obligación</i>	20
<i>Culpa</i>	1
<i>Evitar la censura</i>	0
<i>Altruismo</i>	21
<i>Gratitud</i>	3

Tabla 11. Razones por las que se cuida

Los motivos por los que se proporciona cuidados son por este orden: “por cariño”, “por reciprocidad”, “por altruismo”, “por obligación”, “por gratitud”. Solo en un caso aparece “por sentimiento de culpa” y nadie lo hace “por evitar la censura”. Es, por tanto, el cariño el motivo principal por el que se cuida a la persona enferma de Alzheimer durante tanto tiempo.

Nº hijos	1	2	3	4	5	6 o más	0	Perdidos
Porcentaje	13%	32%	28%	7%	2%	3%	13%	2%

Tabla 12. Hijos del cuidador



La mayoría de las personas cuidadoras tienen entre dos (32%) y tres hijos (28%), en los que en un alto porcentaje ven una vez al día solamente. Una vez por semana lo hacen en el 20% de los casos; y con cifras más bajas una vez al mes o menos.

Frecuencia con la que se ven (%)	Hijos	Nietos	Otros familiares	Vecinos	Amigos
<i>No tiene</i>	26,0	43,3	3,9	2,4	4,7
<i>Todos o casi todos los días</i>	40,2	19,7	27,6	44,1	14,2
<i>Al menos una vez en semana</i>	20,5	16,5	20,5	10,2	22,0
<i>Al menos una vez al mes</i>	5,5	4,7	9,4	3,9	14,2
<i>Menos de una vez al mes</i>	3,1	5,5	18,9	2,4	13,4
<i>Nunca</i>	0	3,1	18,9	31,5	27,6
<i>No contesta</i>	1,6	2,4	0,8	4,8	3,2
<i>Perdidos</i>	3,1	4,7	0	0,8	0,8
<i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabla 13. Frecuencia en relacionarse con otras personas

Los porcentajes referidos a la relación con los nietos son más bajos que con los propios hijos, aunque sigue destacando los que ven todos los días a sus nietos o una vez a la semana, y subrayamos el 3,1% que no los ve nunca. Esta tabla puede ayudar a comprender la gran soledad que sufre el cuidador durante su tarea.

Salud cuidador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Muy buena</i>	6	4,7
<i>Buena</i>	38	29,9
<i>Normal</i>	36	28,3
<i>Mala</i>	37	29,1
<i>Muy mala</i>	8	6,3
<i>No contesta</i>	2	1,6
<i>Total</i>	127	100,0

Tabla 14. Estado de salud del cuidador

La salud de la persona cuidadora se reparte prácticamente en tres tercios como “buena”, “normal”, o “mala”, quedando como residuales los dos extremos “muy buena” y “muy mala”. Ello

provoca que en torno a un 45% de los casos tengan “muchas” o “algunas” dificultades para realizar tareas cotidianas como podemos apreciar en la siguiente tabla:

Dificultades para realizar las tareas de cuidado	Frecuencia	Porcentaje
<i>Si, muchas</i>	28	22,0
<i>Si, hasta cierto punto</i>	30	23,6
<i>No</i>	59	46,5
<i>No contesta</i>	10	7,9
<i>Total</i>	127	100,0

Tabla 15. Dificultad para realizar tareas de cuidado

Grado de actividad	Mucha actividad	Bastante actividad	Regular	Poca actividad	Ninguna	N/C	Perdidos
<i>Porcentaje</i>	13%	18%	22%	27%	18%	1%	1%

Tabla 16. Actividades que realiza el cuidador durante el día

Estos datos provienen de la percepción de la persona cuidadora y por tanto se consideran bastante subjetivo. La mayoría confiesan que la actividad física diaria que realizan como andar, pasear, etc., es bastante escasa. Sólo un 18% confirma o percibe que realiza bastante actividad física. Si estos datos provinieran de un observador ajeno se consideraría mucha actividad en todos los casos, por el simple hecho del esfuerzo que supone cuidar a otra persona ininterrumpidamente.

Horas que dedica a si mismo	Frecuencia	Porcentaje	Horas que dedica al cuidado	Frecuencia	Porcentaje
<i>0</i>	38	29,9	<i>1 a 5</i>	10	7,9
<i>1</i>	23	18,1	<i>6 a 10</i>	2	1,6
<i>2</i>	42	33,1	<i>11 a 15</i>	13	10,2
<i>Más de 2</i>	22	17,3	<i>16 a 20</i>	14	11,0
<i>5</i>	1	0,8	<i>21 a 24</i>	86	67,7
<i>Perdidos</i>	1	0,8	<i>Perdidos</i>	2	1,6
<i>Total</i>	127	100,0	<i>Total</i>	127	100,0

Tabla 17. Horas de dedicación

Suelen dedicar poco tiempo, una o dos horas (51%) a sí mismos/as porque el cuidado de la persona enferma le absorbe todo el tiempo. El único tiempo que se dedica es el relacionado con el aseo personal. Al cuidado de la persona enferma le dedican casi todo el día (67%), exceptuando el tiempo que acuden muchos de los enfermos a recibir tratamiento o el tiempo que dedica la persona cuidadora a su jornada laboral.

Menos de 5	Entre 5 y 7	Entre 7 y 8	Más de 8	No sabe	No contesta
21%	40%	32%	3%	3%	1%

Tabla 18. Número de horas que duerme el cuidador

La media de horas que duermen estas personas es de 6 a 7 diarias. Todos coinciden en afirmar que no descansan como debieran por estar pendientes del enfermo/a toda la noche.

Ayuda cuidador	Pareja	Hijos	Nietos	Otros Familiares	Servicio domestico	Serv. religioso	Ayuda domicilio	Vecinos
1 día	11	17,3	0,8	7,1	2,3	0	6,3	1,6
Mas 1 día	4,7	2,4	0	3,1	6,5	0	1,6	0,8
1 semana	0,8	6,3	0	1,6	6,3	0	0,8	0
Mas 1 semana	1,6	3,9	0	2,4	7,1	0	2,4	0
1 mes	0,8	1,6	0	1,6	0,8	0	0	0
Esporad	7,1	11,8	2,4	3,9	58,3	1,6	0,8	4,7
Nunca	49,6	48,8	82,7	78,0	21,3	96,9	86,6	90,6
Perdidos	24,4	7,9	14,2	2,4	0,8	1,6	1,6	2,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabla 19. Personas que ayudan al cuidador en porcentajes

<i>Sí, es suficiente con su atención</i>	39%
<i>No, necesitaría más</i>	15%
<i>No, necesitaría la ayuda de más personas</i>	25%
<i>No sabe, no contesta</i>	21%

Tabla 20. Percepción del grado de ayuda

Ayuda	Razones económicas	No sé a quién dirigirme	No me gusta ver extraños en casa	No lo considero imprescindible	No hay nadie que se ocupe de mi	Otras	No sabe
No	64,6%	92,1%	96,9%	76,4%	96,9%	72,4%	89,0%
Perdidos	2,4%	1,6%	1,6%	1,6%	1,6%	1,6%	1,6%

Tabla 21. Razones por las que el cuidador no recibe ayuda

El principal motivo por el que la persona cuidadora no recibe ayuda es por la dificultad que supone asumir tener una persona extraña en su domicilio, lo que origina un inconveniente tanto para el/la cuidador/a como para la persona enferma, pues irrumpe en su estilo de vida. Si analizamos los casos podemos encontrarnos dos situaciones tipo: por un lado, cuando la persona cuidadora es joven, aparece la desconfianza de tener a una persona no conocida en su domicilio, generalmente esta persona se encuentra en edad laboral y deja a su familiar enfermo y su casa al cuidado de otra persona; por otro, cuando se trata de una persona mayor, le es más difícil asumir que la persona que le va ayudar no es un miembro de su propia familia, lo que se ve agravado por los inconvenientes que generan el cambio de rol tradicional.

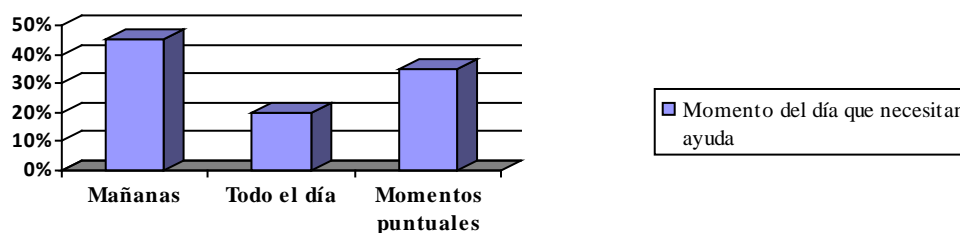


Tabla 22. Momento en el que necesitaría más ayuda

El momento del día que necesitan más ayuda es por las mañanas, más del 45% así lo manifiestan. Para los/as cuidadores/as que trabajan fuera de casa es el horario más difícil de cubrir, pero para los que no lo hacen, también se trata del tiempo de hacer gestiones, bancos, médicos, seguros, compras, etc. En torno al 20% sitúan todo el día con necesidad de recibir ayuda. El resto de los casos, se reparte entre las tardes, mañanas y noches, concretamente en momentos puntuales como el baño y aseo diario, el acostarse, comer, acompañar al médico, etc.

## PRINCIPALES CONCLUSIONES

Tras el análisis de los resultados, los datos evidencian una clara conclusión: *la tarea de cuidar sigue estando asociada al género femenino*. Más de dos tercios de la población que cuida son mujeres: 71,6% de mujeres frente al 27,5% de hombres. En muchos de los casos en los que son hombres los que ocupan este papel, suelen contratar a mujer que les sirva de apoyo y les ayude.

Así mismo, se observa que el perfil de las cuidadoras se identifica por ser mujer de entre 50 y 55 años, casada, que lleva cuidando a su padre o madre durante 6 o 7 años y que comparten el mismo domicilio con la persona enferma y que no goza de rotación familiar. Además podemos decir que generalmente conviven tres personas en el mismo domicilio y que esta tercera persona es el marido, cuya edad se sitúa entre los 56 y 60 años. La cuidadora tiene de 2 a 3 hijos, a los que ven casi todos los días, al igual que a los nietos, cuando los tienen.

Por otra parte, las relaciones sociales y tiempo de ocio se ven muy afectados, en el caso de tener vida social ven más a los vecinos que a otros familiares y con quien menos contacto tienen es con sus propios amigos. Con respecto al grado de ayuda, en la mayoría de los casos no la reciben de otras personas, ni pareja, ni hijos, ni nietos, ni otros familiares, sólo las que disfrutan de servicio doméstico reciben algún tipo de apoyo. De éste último grupo, más de la mitad están satisfechas de la labor de estas personas. El nivel cultural y socioeconómico está asociado al grado de ayuda que estas mujeres pueden llegar a recibir, aunque no a reducir el sufrimiento que esta enfermedad genera.

Las razones económicas están en el 33% de las causas de no recibir ayuda, hay un 22% que todavía no lo considera imprescindible y aún podemos hablar de un 6,3% que no sabe a quién dirigirse para pedir ayuda. El momento en que necesitarían más ayuda es mayoritariamente por las mañanas.

En relación al estado de salud de la figura de la cuidadora, no se extrae una clara conclusión ya que un tercio lo considera bueno, otro regular y un último tercio mala. A pesar de ello, no tiene dificultades para realizar las tareas cotidianas. Durante el día realizan poca actividad física-deportiva como andar, pasear, etc.; suelen dedicar poco tiempo a sí mismas, incluido el cuidado de la propia salud, aproximadamente de 1 a 2 horas y este tiempo está relacionado con la higiene personal; dedican prácticamente todo el día al cuidado de la persona enferma, durmiendo entre 6 y 7 horas. La percepción de la falta de tiempo para una misma es uno de los factores que aumentan la sobrecarga que perciben las cuidadoras.

Como reflexión final podemos reflexionar tomar las siguientes palabras respecto al papel de las mujeres como principales cuidadoras informales en la sociedad actual: *"Hasta ahora las familias, y en ellas especialmente las mujeres, han sido las primeras actrices en el ejercicio de las "tareas de bienestar", que consisten en cuidar del hogar, atender a los niños, enfermos y discapacitados, bregar por los familiares en apuros, apoyar a los jóvenes (...). Por eso, en nuestros días, preguntarse por el futuro de los miembros más vulnerables de la sociedad requiere, no sólo analizar la crisis del Estado benefactor, sino, sobre todo, estudiar despacio las consecuencias de tres cambios estructurales de envergadura: la incorporación de la mujer al mercado laboral, la transformación de la estructura familiar y la extinción de la "mujer cuidadora" (...). Y, por su parte, el Estado, cualquier Estado de la Tierra, carece de los recursos suficientes como para pagar unos trabajos de 24 horas, sin vacaciones, sin días de fiesta, que hasta ahora han hecho gratis las mujeres" (Cortina, 1999).*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Casado, Diego y López, Gregorio, *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*, Fundación –la Caixa||, Barcelona, 2001.

Cortina A. La extinción de la mujer cuidadora. *El País* 1999, p. 16.

Feinberg, L.F. (2002). *The state of the art: caregiver assessment in practice settings*. Family Caregiver Alliance. National Center Caregiving, San Francisco.

Garre-Olmo, J., Hernández-Ferrándiz, M., Lozano-Gallego, M., Vilalta-Franch, J., Turón-Estrada, A., Cruz-Reina, M.M., Camps-Rovira, G. y López-Pousa, S. (2000). Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista de Neurología*, 31, 522-527.

Losada, A., Montorio, I., Izal, M. y Márquez, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de persona con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: IMSERSO.

Pincuart, M. y Sorensen, S. (2003) Differences Between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267.

Vitaliano, P.P, Zhang, J. y Scanlan, J.M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 946-972.

<http://www.imsersomayores.csic.es> (Consultado 27/01/2011)