TESIS DOCTORAL

¿Cuidar por amor?

Una aproximación al trabajo de cuidados y a sus consecuencias en mujeres cuidadoras a partir de los conceptos de amor y violencia de género; y de apoyo social y salud

Doctoranda: Marisol Díaz González

Dirigida por la Dra.: Ana Estévez Gutiérrez



Universidad de Deusto
Deustuko Unibertsitatea

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

Bilbao, septiembre de 2015

La directora

La doctoranda

El día que una mujer pueda no amar
con su debilidad sino con su fuerza,
no escapar de sí misma sino encontrarse,
no humillarse sino afirmarse,
entonces ese día el amor será para ella,
como para el hombre,
fuente de vida y no de peligro mortal

Simone de Beauvoir

AGRADECIMIENTOS

Llevar a cabo una empresa de estas características no es trabajo sólo de una. Muchas han sido las personas que han colaborado para que esta tesis viera la luz. A todas ellas estoy muy agradecida; y pido perdón, de antemano, por si no menciono a alguna de ellas.

A mi directora la Dra. Ana Estévez, que siempre ha estado dándome ánimos, por su apoyo científico y personal; gracias a sus estímulos he podido llegar a la meta.

A José Ignacio Ruiz Olabuénaga, que aunque ya no esté entre nosotras y nosotros , me empujo en esta aventura.Gracias por su espíritu critico y por sus ánimos .

A todas las mujeres y asociaciones que han participado en el estudio, y a las personas que entregaron cuestionarios a vecinas, compañeras y amigas, sin las que no hubiese podido llevar a buen término esta investigación. Gracias Enma, Iratxe y David por el apoyo en el trabajo de campo y en el estadístico.

A mi empresa Osakidetza, en concreto a Osi Bilbao-Basurto, que me ha facilitado las cosas con financiación. A mis compañeras y compañeros de trabajo del centro de salud y la Unidad Docente .

A Nerea, amiga y colaboradora, con la que he compartido camino y con la que he llegado a buen puerto.

A Jose, Alberto y las Allende, y en general a todos y todas mis Amigas y Familiares (en mayúsculas), por su apoyo emocional, comprensión y cariño; y por mantenerse a mi lado hasta el final en este proceso de luces y sombras.

A todas las personas que me acompañan en el trabajo y en la vida; con las que siempre ando afrontando desafíos.

A esas mujeres que cuidan y cuidan y siguen cuidando; sin perder de vista que muchas de ellas han pagado un precio muy alto por dedicarse a los/las demás. En

ocasiones, tanto cuidado las ha situado en segunda fila, y yo, con mi trabajo, he intentado visibilizarlas y situarlas como protagonistas.

Y sobre todo,

A mi madre Julia y mi suegra Lucía (recientemente fallecida) de las que he aprendido a no ser tan esclava de mi destino por mi condición de mujer y a relativizar la importancia de las tareas del cuidado.

Y fueron nuestras madres las que nos obligaron a repensar y a hacer frente a las adversidades.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO 7

2.1. SOBRE EL CUIDADO 7

2.1.1. DEFINICIONES Y DIMENSIONES DEL CUIDADO 7

2.1.2. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CUIDADO: EL GÉNERO Y EL SISTEMA ECONÓMICO 11

2.1.3. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL CUIDADO 14

2.1.3.1. La socialización diferencial y la construcción social del cuidado 14

2.1.3.2. De la socialización a la ética del cuidado 18

2.1.4. EL CUIDADO INFORMAL 20

2.1.4.1. Clasificaciones, características y actividades del cuidado informal 20

2.1.4.2. El cuidado informal como objeto de estudio 24

2.1.5. AGENTES DEL CUIDADO: LA FAMILIA, EL MERCADO Y EL ESTADO 26

2.1.5.1. La familia y los nuevos modelos familiares 27

2.1.5.2. El mercado y la externalización del cuidado 31

2.1.5.3. El Estado, el cuidado como derecho y las políticas sociales 32

2.1.6. CIFRAS Y TIEMPOS PARA EL CUIDADO 34

2.1.6.1. Marco normativo internacional sobre el trabajo doméstico 35

2.1.6.2. Cuantificación del trabajo de cuidados 36

2.1.6.3. Contextualización del trabajo de cuidados 38

2.1.7. LA CRISIS DE LOS CUIDADOS 42

2.2. FACTORES ASOCIADOS AL TRABAJO DE CUIDADOS EN LAS MUJERES: EL AMOR, VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PAREJA Y LA SALUD 46

2.3. SOBRE EL AMOR 48

2.3.1. CONCEPTUALIZACIÓN Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS MODELOS Y CLASIFICACIONES DEL AMOR 48

2.3.2. EL AMOR ROMÁNTICO: CARACTERIZACIÓN E IDEALIZACIÓN 52

2.3.2.1. La idealización del amor romántico 54

2.3.2.2. La estructura del amor: la familia 58

2.3.3. LAS RELACIONES DE PODER Y DE DEPENDENCIA DENTRO DEL AMOR 60

2.3.3.1. El poder del amor 60

2.3.3.2. La dependencia y la violencia afectiva 64

2.3.4. EL CUIDADO POR AMOR: LA MATERNIDAD 67

2.4. SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PAREJA 72
2.4.1. EVOLUCIÓN NORMATIVA DEL CONCEPTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO 72
2.4.2. CONCEPTUALIZACIÓN Y CONTEXTOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO 77
2.4.3. TIPOS DE VIOLENCIA 81
2.4.4. TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA 84
2.4.4.1. El ciclo de la violencia y la escalada de violencia 85
2.4.4.2. El modelo ecológico 89
2.4.4.3. El modelo de poder y género basado en el género 92
2.4.4.4. El modelo piramidal en violencia de género 98
2.4.5. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO A NIVEL INTERNACIONAL, EUROPEO Y ESPAÑOL 100
2.4.5.1. El ámbito internacional 101
2.4.5.2. El ámbito europeo 102
2.4.5.3. El ámbito estatal 104
2.4.5.3.1. Encuestas 104
2.4.5.3.2. Estimación a partir de denuncias 108
2.4.5.3.3. Estimación a partir de las muertes 109
2.4.6. LAS CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DE LA VIOLENCIA DE PAREJA 110
2.5. SOBRE LA SALUD 112
2.5.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA DEFINICIÓN DE SALUD 112
2.5.2. LAS DESIGUALDADES SOCIALES Y LOS DETERMINANTES DE LA SALUD 115
2.5.2.1. Los ingresos económicos y la salud 118
2.5.2.2. El ámbito laboral y la salud 119
2.5.3. LAS DIMENSIONES DE LA SALUD, LOS ESTILOS DE VIDA Y EL GÉNERO 123
2.5.4. CONTEXTUALIZACIÓN DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LA SALUD DE LOS HOMBRES Y DE LAS MUJERES 128
2.5.4.1. La salud reproductiva 134
2.5.4.2. Consecuencias en la salud mental 136
2.5.5. LA RELACIÓN ENTRE TRABAJO DE CUIDADOS Y SALUD 138
2.5.5.1. La sobrecarga producida por el trabajo de cuidados 138
2.5.5.2. La importancia del apoyo social 143
2.5.5.3. Las consecuencias del trabajo de cuidados en la salud de la mujer 146

CAPÍTULO III

OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA 153

3.1. OBJETIVOS GENERALES, ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO 153

3.1.1. OBJETIVO GENERAL 153

3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO 153

3.2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 156

3.2.1. PARTICIPANTES 156

3.2.1.1. Características descriptivas de la muestra por edad 159

3.2.1.2. Características descriptivas de la muestra por estado civil 159

3.2.1.3. Características descriptivas de la muestra según sexo de la pareja 160

3.2.1.4. Características descriptivas de la muestra según nivel de estudios 160

3.2.1.5. Características descriptivas de la muestra por ocupación laboral/nivel profesional 161

3.2.1.6. Características descriptivas de la muestra, según variables relacionadas con la duración de la relación 162

3.2.1.7. Características descriptivas de la muestra por número de hijos/hijas y de personas que conviven en el núcleo familiar 163

3.2.1.8. Características descriptivas de la muestra según tiempo de ocio y hobbies 163

3.2.2. INSTRUMENTOS 164

3.2.2.1. Datos socio-demográficos 165

3.2.2.2. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZCBI) - Zarit Care Burden Interview 165

3.2.2.3. Escala de Evaluación de las Relaciones de Hendrick - (Relationship Assessment Scale, RAS) 167

3.2.2.4. Cuestionario de Salud General (SF-12) - Medical Outcomes Survey Short-Form General Health Survey 167

3.2.2.5. Escala revisada de Tácticas para la Resolución de Conflictos (CTS2)- Revised Conflicts Tactics Scale-2 170

3.2.2.6. Escala de Ajuste Diádico abreviada -EAD - 13 173

3.2.2.7. Cuestionario de Actitudes hacia la Igualdad de Géneros - CAIG 174

3.2.2.8. Escala de Actitudes Amorosas - EAA 175

3.2.2.9. Cuestionario MOS de Apoyo Social (The Medical Outocomes Study Social Support Survey - MOS-SSS). 177

3.3.3. PROCEDIMIENTO 178

3.3.4. DISEÑO Y ESTRATEGIA DE ANÁLISIS 179

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS 181

4.1. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LA MUESTRA DE MUJERES SEGÚN VARIABLES PSICOLÓGICAS 181

4.1.1. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LA MUESTRA SEGÚN SOBRECARGA PRODUCIDA POR TRABAJO DE CUIDADOS 183

4.1.2. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LA MUESTRA SEGÚN EL TIPO DE AMOR 184

4.1.3. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LA MUESTRA SEGÚN EL TIPO DE VIOLENCIA 186

4.1.4. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LA MUESTRA EN RELACIÓN A LA SALUD 186

4.2. ANÁLISIS PREDICTIVO DE LA SOBRECARGA EN CUIDADORAS 188

4.2.1. CORRELACIONES BIVARIADAS ENTRE LAS VARIABLES ESTUDIADAS 189

4.2.2. DIFERENCIAS DE MEDIAS EN LAS VARIABLES MEDIDAS EN FUNCIÓN DE LA INTENSIDAD DE CARGA DE CUIDADO 194

4.2.3. ANÁLISIS MULTIVARIADO EN LA PREDICCIÓN DE LA CARGA DE LA CUIDADORA 197

4.2.4. EFECTO DE MEDIACIÓN DEL APOYO EN LA RELACIÓN ENTRE CARGA DE LA CUIDADORA Y SALUD 200

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO 203

5.1. DISCUSIÓN 203

5.1.1 SOBRE LA INVESTIGACIÓN 205

5.1.2 SOBRE LA RELACIÓN ENTRE EL TRABAJO DE CUIDADOS Y EL PERFIL 207

5.1.2.1. LA SOBRECARGA Y EL PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO DE LA MUESTRA DE MUJERES 210

5.1.2.2. LA SOBRECARGA Y EL PERFIL PSICOLÓGICO DE LA MUESTRA DE MUJERES DE LA CAPV 217

5.1.3. SOBRE LA RELACIÓN ENTRE EL TRABAJO DE CUIDADOS, EL AMOR Y LA VIOLENCIA 224

5.1.3.1. LA SOBRECARGA DE TRABAJO DE CUIDADOS PERCIBIDA Y LOS TIPOS DE AMOR PRESENTES EN LA MUESTRA DE MUJERES DE LA CAPV 225

5.1.3.2. LA SOBRECARGA DE TRABAJO DE CUIDADOS PERCIBIDA Y LOS DISTINTOS TIPOS DE VIOLENCIA QUE EXPERIMENTAN LAS CUIDADORAS DE LA CAPV 229

5.1.4. SOBRE LA RELACIÓN ENTRE EL TRABAJO DE CUIDADOS Y LA SALUD DE LAS CUIDADORAS 232

5.1.4.1. EL ESTADO DE SALUD DE LA MUJER CUIDADORA 233

5.1.4.2. COMPRENDIENDO LAS RELACIONES ENTRE SOBRECARGA DE TRABAJO DE CUIDADOS, SALUD Y APOYO SOCIAL 236

5.2. LIMITACIONES 239

CAPÍTULO VI

PRINCIPALES CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN…....243

6.1. CONCLUSIONES MÁS ALLÁ DEL DEBATE SOBRE EL CUIDADO Y SUS FACTORES RELACIONADOS ……..…243

6.2. LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACION ……..……....251

BIBLIOGRAFÍA..... 255

ANEXOS

ANEXO 1.- CARTAS DE PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGAIÓN ADJUNTAS AL CUESTIONARIO EN CASTELLANO Y EUSKERA 333

ANEXO 2.- LISTADO DE ASOCIACIONES DE BIZKAIA, GIPUZKOA Y ARABA EN LAS QUE SE ENTREGÓ EL CUESTIONARIO..... 337

***ASOCIACIONES DE MUJERES DE BIZKAIA* 337**

***ASOCIACIONES DE MUJERES DE GIPUZKOA* 338**

***ASOCIACIONES DE MUJERES DE ARABA* 339**

ANEXO 3.- EL CUESTIONARIO 341

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Tiempo dedicado a actividades productivas no de mercado en un día. Promedio por funciones principales. Serie 2003/2010……..... 39

Tabla 2.- Actividades principales y porcentaje de personas que las realizan en el día y duración media de la actividad. 2009/2010…….…… 40

Tabla 3.- Hitos en la consideración de la violencia contra las mujeres por los diferentes organismos internacionales…….…… 74

Tabla 4.- Los contextos de la violencia de género…….. 77

Tabla 5.- Factores de riesgo de violencia basados en el modelo ecológico…… 92

Tabla 6.- Prevalencia a lo largo de la vida de violencia en la pareja en función de la edad……... 102

Tabla 7.- Número de denuncias por violencia de género (2009/2014)……... 108

Tabla 8.- Número de denuncias por violencia de género por Comunidad Autónoma. 2014……... 109

Tabla 9.- Factores determinantes en las diferencias de salud……. 118

Tabla 10.- Evolución de las relaciones de apoyo y cuidado……... 145

Tabla 11.- Estadísticos descriptivos de las variables analizadas……. 157

Tabla 12.- Distribución de frecuencias para la variables categóricas……. 158

Tabla 13.- Distribución de frecuencias para la variable “Estado Civil”……. 159

Tabla 14.- Distribución de frecuencias para la variable “Sexo de la pareja”……. 160

Tabla 15.- Distribución de frecuencias para la variable “Nivel de Estudios”……. 160

Tabla 16.- Distribución de frecuencias para la variable “Tipo de Trabajo”……... 161

Tabla 17.- Listado de ocupaciones de las mujeres activas……. 161

Tabla 18.- Intervalos de tiempo a la semana dedicadas al ocio y tiempo libre…….. 164

Tabla 19.- Estadísticos descriptivos de las variables analizadas……. 182

Tabla 20.- Variable “A quién se cuida”…….. 184

Tabla 21.- Listado de enfermedades crónicas……. 187

Tabla 22.- Coeficientes de correlación entre las variables relativas a la carga del cuidador y el resto de variables estudiadas……... 190

Tabla 23.- Coeficientes de correlación entre las variables relativas a la salud y el resto de variables estudiadas……. 191

Tabla 24.- Diferencias univariadas por grupo de sobrecarga en Salud…….. 195

Tabla 25.- Diferencias univariadas por grupo de sobrecarga en Apoyo Social…….. 197

Tabla 26.- Regresión múltiple para predecir la variable “Impacto”……... 198

Tabla 27.- Regresión múltiple para predecir la variable “Interpersonal”……... 199
Tabla 28.- Regresión múltiple para predecir la variable “Competencia / Expectativas” 199
Tabla 29.- Análisis de mediación sobre el efecto indirecto de la carga del cuidador en la salud. Como variable mediadora se analizó el apoyo social……. 201

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.- Clasificación por género de la actividad doméstica……... 41

Figura 2.- Porcentaje de la población de 50 años y más que dedica más de 20 horas semanales al cuidado informal, 2007…… 42

Figura 3.- Componentes básicos del amor…….. 51

Figura 4.- Ciclo de la Violencia…….. 87

Figura 5.- Escalada de violencia……. 88

Figura 6.- Explicación de la interrelación de los sistemas implicados en la violencia de género desde el modelo ecológico……... 91

Figura 7.- La Rueda del Poder y del Control…….. 96

Figura 8.- Porcentaje de mujeres que han sufrido violencia física y/o sexual en la pareja desde los 15 años. 2012…….. 104

Figura 9.- Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015. Principales magnitudes 106

Figura 10.- Evolutiva de las víctimas mortales por violencia de género (2000/2015)... 110

Figura 11.- Vías y efectos en la salud de la violencia contra la pareja……... 111

Figura 12.- Principales determinantes de la salud…….. 115

Figura 13.- Determinantes sociales de la salud……... 116

Figura 14.- Determinantes estructurales de las desigualdades en salud……. 117

Figura 15.- Modelo teórico de las relaciones de empleo y las desigualdades en salud.. 120

Figura 16.- Estructura de dimensiones sensibles al género en salud…….. 124

Figura 17.- Evolución de la percepción de la salud según la edad (2002/2013)…… 130

Figura 18.- Desigualdades en calidad de vida relacionada con la salud por clase social. 2013……... 131

Figura 19.- Desigualdades en calidad de vida relacionada con la salud por nivel de estudios. 2013…… 132

Figura 20.- Evolución de la salud mental 2002/2013……. 137

Figura 21.- Modelo sociocultural de estrés y afrontamiento…….. 140

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La violencia y el maltrato han estado presentes, a lo largo de la historia, en la vida de las mujeres. Hablamos de una violencia que estaba, y en alguna de sus forman aún hoy sigue estando, naturalizada y normalizada, ya que forma parte de la cultura y del sistema patriarcal en el que vivimos. Esto, junto con que estos tipos de violencias se sitúan en el ámbito de lo privado y doméstico, hace que sean, en algunos casos, invisibles, que se encuentren silenciadas y ocultas e incluso que sean justificadas al amparo del "amor romántico" y los mitos y estereotipos de género que suscita.

Por lo tanto, el tejido de las relaciones patriarcales que impera en nuestro día a día atrapa a las mujeres en un sistema de roles diferenciados, respecto del amor y del cuidado, que en algunos casos podría convertirse en violencia o que, incluso, podría tener implicaciones en la salud de las mujeres; ya que el modo en el que una mujer es cuidadora viene determinado por el contexto cultural y social en el que ha aprendido y desarrollado los roles de género.

Esta investigación hace especial hincapié en el trabajo de cuidados que realizan las mujeres, ya que se considera que el ejercicio de estas actividades las sitúa en una posición complicada respecto a la persona cuidada. Esto se debe a la dimensión moral que engloba este ámbito que hace que la sociedad, la familia y ambas partes de la relación que implica el cuidado normalicen lo que tiene que ser y lo que tiene que hacer la mujer, y, en concreto, la que es considerada por la sociedad como buena esposa, buena madre, buena hija o buena abuela, la que tiene que sacrificar su vida, su ocio y su salud por el bien y por el cuidado de la familia.

En este sentido, entendemos por cuidado informal o trabajo de cuidados aquel que se realiza en un entorno doméstico, económicamente sin remunerar, y que engloba gran variedad de actividades de la vida diaria. Mayoritariamente es realizado por mujeres del ámbito de la familia y abarca dimensiones que no sólo son materiales, sino afectivas y morales.

Por lo tanto, consideramos el concepto "cuidado" como una construcción social que esconde una socialización diferenciada entre géneros que afecta a las desigualdades entre hombres y mujeres. En este sentido, siguen siendo las mujeres las que realizan, de manera mayoritaria, estas actividades de cuidado informal y, como resultado de esto, son las que sufren las consecuencias cuando existe sobrecarga de ellas en sus vidas cotidianas.

A partir de esta idea, este estudio plantea los siguientes interrogantes que han sido los pilares que nos han ayudado a formular los objetivos y las hipótesis de trabajo de la tesis: ¿Por qué cuidan las mujeres? ¿Qué ideas subyacen al concepto de cuidado y con qué otros factores están relacionadas? ¿Cuidan por amor?

De este modo, en primer lugar se ha comenzado deconstruyendo el concepto de cuidado y nos hemos adentrado en otro como es el amor, que, en alguna de sus vertientes, se encuentra íntimamente relacionado con la violencia de género: ¿Las mujeres cuidan por amor? O mejor dicho: ¿Las mujeres creen que cuidan por amor? Si esto fuera así, ¿este tipo de cuidado basado en el amor tiene consecuencias violentas?

En este sentido, el concepto de amor, a partir de la concepción del "amor romántico" podría justificar y naturalizar situaciones de violencia de género que, en gran medida, podrían formar parte de la naturaleza de los cuidados informales. Por lo que nos podemos preguntar: ¿Qué concepto de amor inculca la sociedad que hace que las mujeres acepten los roles relativos al cuidado informal sin cuestionarse sus bases? ¿Si las ideas que subyacen al amor, en ocasiones, podrían justificar o naturalizar la violencia de género, ocurre lo mismo con las ideas que subyacen al cuidado informal? Si esto fuera así, ¿son las cuidadoras conscientes de esto?

Por otra parte, el cuidado informal, además de poder estar relacionado con estos factores, también está vinculado al tema de la salud, pero no sólo a la de las personas que reciben los cuidados, sino a las mujeres cuidadoras que los proporcionan, porque el cuidado no sólo está dirigido a personas enfermas sino que engloba una serie de relaciones que mantiene a las mujeres cuidadoras en alerta a lo largo de su ciclo vital. En este sentido: ¿Cuáles son las consecuencias que tiene para la salud de las cuidadoras la sobrecarga que genera el trabajo de cuidados? ¿Hasta qué punto son conscientes de que las patologías que sufren están vinculadas con las actividades derivadas del cuidado

informal? ¿Qué papel juega el apoyo social en el trabajo de cuidados y con la salud de las cuidadoras? ¿Podría ser que tanto el amor como apoyo social haga más llevadera las labores del cuidado? En esta tesis se han manejado cuatro conceptos alrededor del trabajo de cuidados y hemos buscado las conexiones existentes entre ellos: el cuidado, el amor y la violencia de género, por un lado; y el cuidado, la salud y el apoyo social, por el otro, para saber si se cuida por amor y si este tipo de cuidados tiene implicaciones violentas; o para comprobar si el apoyo social, visto como amor, ayuda y si las relaciones positivas, están relacionadas con el trabajo de cuidados y la (buena) salud de las cuidadoras.

De este modo, con la variable cuidado en el centro de la investigación y los factores amor, violencia de género, salud y apoyo social girando alrededor de ella esta tesis tiene como objetivo general estudiar la (multi)relación entre las actitudes de desigualdad que subyacen a los conceptos de amor y de violencia de género con la manera en que las mujeres entienden el cuidado informal; así como las implicaciones en la propia salud de las cuidadoras que provoca la sobrecarga generada por este tipo de cuidado.

Para conseguir este objetivo hemos indagado en distintos aspectos como la dedicación de las mujeres al cuidado de otras personas y la postergación del cuidado propio, la sobrecarga física y emocional derivada de la doble y triple jornada de las mujeres, la desvalorización personal y social de este tipo de trabajo, la maternidad obligatoria y sin corresponsabilidad social, la idealización del amor romántico, la dependencia y la violencia afectiva, las dificultades para acceder y permanecer en el empleo a consecuencia de estas actividades de cuidado, la violencia estructural y la violencia simbólica que sufren las mujeres y la relación de éstas con la dimensión moral del trabajo de cuidados, la importancia del apoyo social para aliviar la sobrecarga de la cuidadora, el deterioro de la salud de las mujeres o cómo el malestar y la enfermedad se relacionan estrechamente con la imposición de los mandatos y roles tradicionales de género.

¿Por qué este tema y por qué con este enfoque? Desde mi práctica asistencial como enfermera en Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) me he acostumbrado a realizar prácticas de cuidado profesional, ya que por la consulta han pasado, pasan y creo que seguirán pasando mujeres que no sólo me cuentan sus dolencias, sino que

acompañan sus relatos de extractos de sus vidas como cuidadoras de otras personas, y en muchas ocasiones son discursos marcados por el hastío. Por otra parte, desde mi práctica docente en violencia de género, muchas de las intuiciones que me surgían a partir de los relatos de estas mujeres eran confirmadas con datos preocupantes.

Las mujeres que forman mi cupo son unas 800, fundamentalmente mayores de 65 años, las cuales me plantean sus situaciones a partir de interrogantes que fueron gérmenes de este trabajo de investigación: "Y a estas alturas, ¿dónde voy a ir?" o "¿Cómo le voy a dejar si no sabe sobrevivir sin mí?". Además, había otro síntoma que me hacía pensar que detrás de los trabajos de cuidados que realizaban las mujeres había algo más: muchas veces las consultas que pedían no eran para hacer consultas médicas sobres sus propias situaciones; si no que se reunían con el personal sanitario para intentar solventar problemas de otras personas; en muchas ocasiones de sus maridos.

Todo esto me hizo pensar que detrás de estas situaciones de sobrecarga producida por el trabajo de cuidados estaba la idea incrustada de "cuidar por amor", la cual es inculcada a partir de una socialización diferenciada entre hombres y mujeres. Además, en alguno de los casos se podía vislumbrar como las situaciones descritas podrían llegar a generar violencia en contra de las cuidadoras; o implicar complicaciones en la salud de estas debido a la sobrecarga que este tipo de trabajo provoca en las mujeres.

Por otra parte, encontraba casos de mujeres con una red de relaciones más amplia y que contaban con mayor apoyo social, en cuyas situaciones se hacía más llevadera la carga de trabajo.

Con la idea de lograr el objetivo propuesto se desarrolló este trabajo que se ha dividido en seis capítulos: introducción; marco teórico; objetivos, hipótesis de trabajo y metodología; análisis de resultados; discusión y conclusiones. Además, las últimas páginas están dedicadas a las referencias bibliográficas que han sido leídas para la construcción de esta investigación y los anexos necesarios para entenderla en su globalidad.

El marco teórico, capítulo 2, está dividido, a su vez en cuatro grandes bloques. En el primero se analiza el término cuidado, en concreto, el cuidado informal y se contextualiza la situación de las mujeres cuidadoras en cifras y tiempos. Después, uno a

uno, se definen y desarrollan los factores que intervienen en la investigación. Primero el amor, sobre todo el amor romántico; segundo la violencia de género, la ejercida al interior de la pareja; y tercero la salud, apartado que termina relacionando la sobrecarga del trabajo de cuidados con el apoyo social.

En el capítulo 3, se encuentra todo lo relacionado con los objetivos, hipótesis de trabajo y metodología de la investigación. En él está descrita la caracterización socio-demográfica de la muestra y una presentación de cada uno de los instrumentos que se han utilizado en la investigación para completar el cuestionario final. Para poder indagar sobre estas interconexiones que en ocasiones están invisibilizadas, se elaboró un protocolo con 8 escalas y cuestionarios que versan sobre la sobrecarga del cuidado, la satisfacción en la pareja, los tipos de amor y de violencia, las actitudes hacia la igualdad de géneros, la salud en general y el apoyo social.

En el capítulo 4, el de análisis de resultados, se realiza una caracterización de la muestra en función de las variables psicológicas de los instrumentos de medida y un análisis predictivo de la sobrecarga de las cuidadoras. A continuación se interpretan todos los datos expuestos en este capítulo a la luz del marco teórico y se plasma lo concluido en el capítulo 5 dedicado a la discusión.

Por último, el capítulo 6 es en el que se recogen las conclusiones del estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. SOBRE EL CUIDADO

Pese a los avances experimentados durante los últimos años por la sociedad en materia de igualdad, la mujer sigue siendo la figura fundamental sobre la que se articulan los cuidados informales en el ámbito doméstico, un trabajo fruto de un desigual proceso de socialización que favorece el establecimiento y la perpetuación de desigualdades de género.

Para entender los motivos que llevan a este asimétrico reparto de tareas es preciso definir y conceptualizar el cuidado, conocer su evolución social y las dimensiones y los aspectos que influyen en el mismo.

2.1.1. Definiciones y dimensiones del cuidado

El cuidado es una necesidad básica, diaria y social que permite mantener la vida y la salud, sin la cual la sociedad no podría subsistir (Carrasco, 2006). Así, en general, el trabajo de cuidar, como manifiesta Torralba i Rosello (1999), es una labor fundamental de la condición humana; y más concretamente, para personas o grupos con necesidades evidentes el cuidado, es un acto de asistencia, de apoyo o de facilitación que les permite mejorar su condición o modo de vida (Leininger, 1984).

De este modo, el cuidado nace de la existencia de una relación dependiente y supone la provisión de servicios para la conservación de condiciones psíquicas, sociales y materiales (Durán, 2003; 2014). En esta línea, Patricia Paperman (2011) sugiere que la vulnerabilidad y la dependencia no son una excepción, sino que constituyen un rasgo constitutivo de lo humano. De hecho, las situaciones de dependencia y vulnerabilidad se manifiestan a lo largo de todo el ciclo vital (con menores, personas adultas y mayores),

ya que todos los seres humanos son dependientes en algún momento a lo largo de su vida.

Por lo tanto, en función del contexto y de la fase del ciclo vital que se encuentre cada persona, el cuidado varía a fin de cubrir necesidades en diferentes edades y dependencias (infancia, personas mayores, discapacidad, etc.). Como señala Soledad Murillo (2003) el cuidado, en general, puede ser clasificado en dos grandes tipos: el proporcionado a niños, niñas y adolescentes, en el que junto a la obligación hay una fuerte fuente de gratificación; y, por otro lado, el que se dedica a la atención para hacer frente a una enfermedad, crónica o aguda, llamado cuidado asistencial. Además, son diferentes las características del cuidado que se presta en función de si es hombre o mujer, tanto en el tipo de actividades que asumen como en el tiempo dedicado al cuidado (Sala, García, Sala, Coscolla, Aguilar, Roca y Martí, 2009).

Por otra parte, el cuidado surge de la relación de servicio y de preocupación por las otras personas (Hochschild, 1990), lo que da lugar, de forma consciente o inconsciente, a actitudes y actos que no se realizan completamente de forma natural o sin esfuerzo. Esto es, el cuidado supone mucho más que una acción que surge de manera instintiva o natural, ya que abarca sentimientos, acciones, conocimientos y tiempo.

Teniendo esto en cuenta, es complicado establecer límites y determinar en qué consiste el cuidado o determinados aspectos que lo engloban, a saber: a quién se cuida, cuál es el espacio en el que se desarrolla el cuidado y durante cuánto tiempo se presta; lo que hace prácticamente imposible conocer su magnitud real. Se difuminan los espacios dentro de las dicotomías público o privado, ocio o consumo, material o económico, lo que dificulta la conceptualización de esta necesidad social que no acaba de desligarse, como veremos más adelante, de las concepciones familiares.

Ante la variedad de definiciones en torno a este concepto, la propuesta por Francoise Colliere (1993, p. 7) engloba diferentes aspectos con el objetivo de abarcar la complejidad de su definición y de sus diferentes dimensiones, así: “cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades. (...) Representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener a los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida”. Esta autora sostiene que las personas

desarrollan habilidades que les hace ser capaces de alimentarse y comunicarse, contribuyendo los cuidados y la forma de cuidar al aumento o a la reducción de la existencia humana.

Arlie Hochschild (2008), por su parte, lo define como la atención personal y sostenida que se ofrece para el bienestar de otra persona. Esta atención varía, fundamentalmente, en función del grado de cercanía entre la persona que cuida y la que es cuidada, pudiendo incluso establecerse relaciones que se perpetúan durante toda la vida.

Es conveniente destacar que el trabajo de cuidados va más allá de lo puramente biológico, ya que también abarca dimensiones psicológicas, sociales y culturales. De hecho, el cuidado presenta la peculiaridad de abarcar dimensiones, como las psicológicas y morales, que no están presentes en otros trabajos (más enfocados a la dimensión material). De este modo, la emoción, la afectividad o los sentimientos están presentes de forma natural en la relación que se establece entre el cuidador o cuidadora y la persona cuidada (Fernández, Artiaga y Dávila; 2013). Rosario Aguirre (2007), por ejemplo, destaca los aspectos afectivos que esta relación conlleva, como pueden ser el acompañamiento y la escucha (Carrasco, 2006; Folbre, 1995; Folbre, 2001; García, Mateo, y Eguiguren, 2004).

Por otra parte, el cuidado, así definido, emerge también como imperativo moral que surge por el establecimiento de lazos afectivos o por un sentido de la responsabilidad para con otra gente, sin esperar una contraprestación pecuniaria (Folbre, 1995).

A partir de las dimensiones expuestas en las que se establece el cuidado y que lo vinculan a signos de feminidad, éste presenta dificultades para que se comparta equitativamente con otras personas de la familia, por lo que es más una imposición social que una elección voluntaria.

En este marco de análisis, Daly y Lewis (2000; 2006; 2011) definen el cuidado social (*social care*) como el conjunto de actividades y relaciones implicadas en el desarrollo del cuidado con carácter transfronterizo, entendidas como tales tanto las que soportan el sostenimiento de los requisitos físicos y emocionales de las personas

dependientes (nivel micro) como los marcos normativos, económicos y sociales a los que son asignados (nivel macro), en los que los y las diferentes agentes mantienen e infieren en su organización social. Se plantean, así, nuevas necesidades sociales en la organización social del cuidado. Con la nueva demarcación propuesta los conceptos de familia, estado y mercado cobran una nueva dimensión que se va a desarrollar en el apartado reservado para los distintos agentes del cuidado.

De este modo y por lo que respecta a este concepto, las teóricas del "care" (Mayobre y Vázquez, 2015) introducen una novedad importante al hacer referencia no solo la atención a las necesidades materiales, sino también a las de índole afectivas, subjetivas, emocionales y morales. Por lo tanto, el concepto *social care* no es unidimensional. De hecho, Mary Daly y Jane Lewis (en Carrasco, Borderías y Torns, 2011) establecen tres dimensiones interrelacionadas entre sí:

- Es una forma particular de trabajo que implica un análisis de las condiciones en que se efectúa, ya sea asalariado o no asalariado, ya que es un proceso que involucra tanto a la actividad como a la persona que la realiza.
- Al enmarcarse dentro de un marco normativo de obligación y responsabilidad definido por relaciones sociales y familiares, también tiene una dimensión ética, donde el Estado puede flexibilizar o perpetuar las normas vigentes.
- Implica costos (ya sean financieros o emocionales) que se comparten al interrelacionarse lo público y lo privado.

Joan Tronto (2010), por su parte, aborda las dimensiones del cuidado como cuidado práctico (*caring for)* y cuidado emotivo (*caring about*). Para esta autora el cuidado es una actividad multidimensional que engloba todo aquello que las personas hacen para mantener, continuar y reparar el "mundo" de tal forma que se pueda vivir en él lo mejor posible. Entiende por "mundo" el cuerpo, los seres y el entorno, cuyas interacciones crean una red compleja que sustenta la vida (Tronto, 2004).

La evolución de los trabajos de cuidados siempre ha estado interrelacionada con diferentes aspectos: la del trabajo (no remunerado; pero sí experto y cualificado); el relacionado con lo emocional y con la responsabilidad; y el desempeño dentro de un sistema determinado por relaciones familiares y de género.

2.1.2. Aspectos relacionados con el cuidado: El género y el sistema económico

Teresa Torns (2008) afirma que pese a no existir una definición universalmente aceptada del cuidado sí que existen aspectos compartidos; por ejemplo: se trata de una actividad mayoritariamente femenina tanto en ámbito público-institucional como en el privado; la actividad del cuidado se considera parte de las tareas doméstico-familiares; las mujeres de la familia la desempeñan desde una dimensión de obligación moral y voluntariedad; o el cuidado de las mujeres en la familia suele ser calificado como de soporte informal[1]. Por otra parte, también es un trabajo que implica la realización de múltiples tareas al mismo tiempo lo que exige un exhaustivo control de tiempos y espacios, por la polivalencia de los conocimientos requeridos.

Como se ha mencionado previamente, en los años 70, en paralelo a los estudios de género, surgen las definiciones de *care about* y *care for* en Reino Unido y, como apunta María Teresa Martin (2009), desde estas concepciones se cuestiona la fragmentación y la parcialidad del cuidado generando nuevos espacios de demarcación que solo pueden desarrollarse a través de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres. Como señala esta misma autora (2008) estas definiciones incluyen aspectos emocionales, y desde el término *care* se analiza la complejidad de los cuidados al incorporar simultáneamente tanto los sentimientos como los tipos de acción. Esto se debe a que estas concepciones permiten distinguir entre el *care* como actividad o trabajo, un aspecto práctico (*caring for*, ocupación); por ejemplo, la actividad sería el vestir a un niño o niña, llevarle al colegio, recogerle, bañarle, darle la cena; y el *care* como disposición, desde aspectos psíquicos, emocionales, afectivos (*caring about*, preocupación); por ejemplo, el cariño con que se trata a él o la menor, el interés que se pone en ayudarle con las tareas escolares o en su educación.

El trabajo relacionado con los cuidados es realizado mayoritariamente por mujeres para la satisfacción directa de necesidades concretas siguiendo la lógica del cuidado y que da lugar al establecimiento de redes sociales en base a estos componentes afectivos.

[1] Este punto se aclara en el epígrafe "El cuidado informal"

No obstante, Amaia Pérez y Sira del Río rechazan la idea de que sea un trabajo "hecho por amor". Para ellas, "la retórica del altruismo en el hogar ha servido para maquillar las relaciones de poder envueltas en lo rutinario de muchas tareas, las dimensiones de la obligatoriedad y la coacción" (2002, s/p). Es por esto último que las autoras optan por adoptar el término de "trabajo de cuidados", con el objetivo de romper con los límites del espacio doméstico y de distanciarse del componente más material, para resaltar su dimensión inmaterial.

Además, como apuntan diferentes autoras y autores la invisibilidad de esta labor persiste como rasgo de discriminación (German, Hueso y Huércanos, 2011; Hernández-Bello, 2009; Lamas, 2000; Maruani, 2002; Murillo, 2006; Tobio, 2010). En nuestras sociedades y a través de la historia ha sido la mujer la que ha asumido la mayor parte de los cuidados, dando nombre a lo que se denomina "trabajo reproductivo de la mujer", y se han asumido en el seno de vínculos afectivos del matrimonio o de la pareja, dándose por hecho que se realiza dentro de la esfera privada en el seno de la familia y considerándose que es un trabajo de amor (Finch y Groves, 1983; Hochschild, 2009).

Hoy en día todavía existen resistencias (sociales, económicas y psicológicas) a la hora de asumir los enfoques que evidencian y ponen en valor el trabajo de cuidados invisibles proporcionados por las mujeres, muchas de edad avanzada, en el ámbito doméstico y que contribuyen al mantenimiento de las desigualdades de género, así:

> "Las mujeres tienen menos valor porque están más ligadas a la corporeidad, y a cuidar de la vida hasta el final; pero también es cierto que la vida y sus necesidades están desvalorizadas porque pertenecen al ámbito de las mujeres, se basan en capacidades humanas que son realizadas fundamentalmente por ellas" (Grupo Dones i Treballs, 2003; p. 68).

El hecho de que sea una labor que sufre falta de reconocimiento hace que carezca de valor social y económico, lo que se denomina la "invisibilidad del trabajo de las mujeres". Además, las condiciones en que las mujeres realizan o resuelven su trabajo doméstico pueden condicionar su entrada o permanencia en el mercado laboral -tanto el formal como el informal- (Buxarrais y Burguet, 2014; Lamas, 1996).

Centrándonos en este último punto, la división sexual del trabajo ha permitido, a lo largo de la historia, que la reproducción social no remunerada sustente la inequidad de género (Gúzman,1998; Montoya, 2015). En este sentido, es, precisamente, la

división sexual del trabajo instaurada en nuestra sociedad la base de la subjetividad femenina orientada hacia el cuidado, la conexión con los demás y la disposición a satisfacer las necesidades ajenas. Esto supone que la persona cuidada sea no solo objeto de preocupación, sino también un instrumento de realización y de confirmación de la valía de la mujer (Izquierdo, 2003).

Por otra parte, existen aspectos que hay que reseñar ya que ponen de manifiesto su importancia para la construcción del mercado. Las actividades que engloba el cuidado son necesarias para la vida, pero además, existe otro aspecto del trabajo familiar doméstico absolutamente necesario para que el mercado y la producción capitalista puedan funcionar: el cuidado de la vida en su vertiente más subjetiva de afectos y relaciones, el papel de seguridad social del hogar (socialización, cuidados sanitarios), la gestión y relación con las instituciones, etc. Se trata de actividades destinadas a criar y a mantener personas saludables, con estabilidad emocional, seguridad afectiva, capacidad de relación y comunicación, etc., características humanas sin las cuales sería imposible el funcionamiento de la esfera mercantil capitalista (Carrasco, 2013).

El trabajo de cuidados se mueve por la percepción de una necesidad insatisfecha, que motiva la acción inmediata, la generación de valores de uso[2] y que siempre involucra un componente intersubjetivo de establecimiento de relación humana (Pérez-Orozco, 2006). De este modo, se producen bienes y servicios para el autoconsumo familiar, fuera del circuito laboral, que tienen el valor de uso y que satisfacen necesidades humanas.

El establecimiento de relaciones afectivas, de cuidados y de calidad de vida es lo que aporta valor al trabajo doméstico, siendo fundamental para que el mercado y el resto de las actividades de la economía y la política funcionen (Alberti-Manzanares, 2014). En este sentido, algunos y algunas autoras señalan aspectos económicos para relacionar el cuidado con su valor y peso en la economía, y desarrollan el concepto de economía del cuidado desde el feminismo. Con ello han logrado dar visibilidad al trabajo de cuidado doméstico, partiendo del hecho de que el trabajo de cuidados tiene una función en las economías como reproducción de la fuerza de trabajo (Bergmann,

[2] El valor de uso es una característica del trabajo de cuidados. No tiene un valor mercantil en cuanto a su producto, como el trabajo de producción o de cambio, pero sí tiene valor en cuanto al uso, medido por la satisfacción que proporciona.

2005; Budig y Misra, 2010; Carrasco, 2011; Folbre, 1995; Gardiner, 1997; Pérez-Orozco, 2014; Picchio, 2005; Razavi, 2007; Rodríguez, 2015).

No obstante, como indica María Ángeles Durán (2000) la existencia de un salario es secundaria, lo fundamental es el espacio donde se realizan. Habría que incrementar el binomio publico/privado con el objetivo de convertirlo en un "trinomio" en el que se incorporara lo doméstico, porque, como argumenta esta autora, el concepto de privacidad para los hombres supone recogimiento en la vida familiar -al margen de obligaciones y prestaciones públicas- mientras que para las mujeres implica un conjunto de prácticas afectivas y materiales que se orientan al cuidado y atención a otros miembros de la familia (Murillo, 1996). El hecho de que los cuidados sean remunerados o no, dependerá de elecciones políticas, de valoraciones culturales compartidas y de sistemas de género (Batthyány, Genta y Perrota, 2013).

Por lo tanto, el cuidado como concepto universal es un término polisémico y complejo que implica diferentes acciones vinculadas con actitudes en el ámbito privado, dentro del marco familiar, en un espacio de obligatoriedad para las mujeres desde el imaginario social consolidado y en el marco de una división sexual del trabajo, que incluye aspectos de tiempo, responsabilidad, siendo difícil encontrar un término que englobe estos aspectos y que visibilice a las mujeres cuidadoras para otros y otras (Carrasco et al., 2011; Comas d'Argemir, 2000; Lagarde, 2004; Monteso, 2015). De hecho, Marta Nussbaum (2002; 2006) señala cómo en todas las culturas las mujeres dan amor y cuidados, desde un rol tradicional de crianza de niños y niñas y del cuidado del hogar, del marido y de la familia, dando respuesta a necesidades y dependencias humanas.

2.1.3. Construcción social del cuidado

2.1.3.1. La socialización diferencial y la construcción social del cuidado

La socialización según Anthony Giddens (1995; 1998; 2001) se puede describir como el proceso social a partir del cual las personas a lo largo de toda la vida, adquieren valores, actitudes y saberes, en interacción con otras personas en función del género de la persona, y que van a configurar un sistema de creencias para actuar y pensar de una

forma determinada. Este proceso se transmite de una generación a otra, y en el caso del cuidado, vincula a la mujer al espacio del otro. Desde la socialización que emerge del entramado familiar entre hombres y mujeres se establecen pautas y normas de asignación diferencial.

Este autor se refiere a agentes socializadoras en alusión "a los grupos y a los contextos sociales dentro de los cuales se producen importantes procesos de socialización" (Giddens, 1995, p. 109), sin perder de vista que existen diversas maneras de socializarse, por ejemplo, a través de la familia, el sistema educativo, los medios de comunicación, etc., desde donde se emiten mensajes, normas y valores diferentes en función de si se es hombre o mujer (Walker y Barton, 1983). Por otra parte, distintos autores y autoras (Lewis, 1992; Saraceno, 2004) defienden el concepto de ciudadanía social desde el reconocimiento de la importancia de los cuidados para la sociedad. Izquierdo, Mora y Duarte (2006, pp. 11-12) afirman que:

> "El individuo y la pretendida autonomía sólo son viables en tanto haya un espacio regido por la solidaridad y por el compromiso. La dependencia, la necesidad de los demás, quedan recogidas en las relaciones familiares. La noción actual de ciudadano no sería posible sin división sexual del trabajo. El hombre adquiere la cualidad de individuo en la medida en que disponga de una infraestructura de soporte que se haga cargo de los dependientes, que lo atienda a él mismo y a las criaturas, los enfermos y viejos bajo su responsabilidad. En realidad, el ciudadano no es un individuo aislado y autónomo, sino el cabeza de una supuesta comunidad orgánica".

El resultado es una división sexual del trabajo que condiciona a la mujer a ocupar el terreno reproductivo, con valores relacionados con la dependencia, la responsabilidad familiar y de cuidado (labores sin valor de mercado por su gratuidad), mientras que el hombre ocupa la esfera productiva, con valores hacia el éxito y la independencia. Esto deviene en que lo masculino predomina en la esfera pública o exterior con valor social y lo femenino se ve restringido a la esfera privada (Alzamora, Bosch, y Ferrer, 2006; Castells y Subirats, 2007); diferenciándose dos espacios: el doméstico o privado (marcado por los afectos y el amor) y el público/político (marcado por la acción). En esta organización del cuidado están latentes las asimetrías con el diferente reparto de tareas.

En este sentido, García-Calvente, Mateo y Eguiguren (2004) afirman que la función de cuidar se asocia a un rol de género asignado a las mujeres culturalmente. Al

abordar el cuidado desde una perspectiva de género se entiende que la mujer no cuida porque sí, sino que es debido al proceso de socialización diferencial, el cual construye a la mujer para el otro. La historia de la mujer como género ha sido hasta ahora la de un ser de y para los otros.

Desde esta socialización diferencial se da naturalidad y se "justifica" las desigualdades sociales (Alberdi y Matas 2002; Blanch, 2003), en la que las mujeres asumen tareas como propias (el cuidado) que van a establecer roles y actitudes que conforman la identidad de género (aquella con las que las mujeres u hombres se identifican y que se refiere a las características adjudicadas a la masculinidad y feminidad). Es a través de este proceso de socialización desde donde se construyen las dos identidades, la femenina y la masculina con independencia del sexo (Walker y Barton, 1983). El resultado de ello es que el cuidado está fuertemente ligado a la identidad de género generando una espiral de desigualdad y falsa justificación en la que se da por supuesto que las cuidadoras lo son por el hecho de ser mujeres, al tiempo que son mujeres porque cuidan (Tobío, 2012). Por otra parte, también nivel social, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo, la salud es un valor social y cultural, y como apunta Eulalia Pérez (2006, p.47): "existe una construcción social del rol de cuidadora ligado al género femenino, basado en creencias acerca de las funciones protectoras de la familia y, sobre todo, de las mujeres como proveedoras naturales de cuidados".

Por lo tanto, existe un aprendizaje del cuidado y desde la infancia se transmiten pautas de género diferentes en la educación y en los juegos orientados al futuro. Así, a las niñas se les "educa" para el cuidado a través de vehículos como las muñecas: seres inertes a los que tienen que cuidar, aprendiendo así a lavarlas el pelo, dormirlas y cuidarlas en general. Además, van a ser esas mismas muñecas las que preparen la comida o vayan a la compra, para transmitir el rol de cuidadora desde la infancia y desde la propia mujer. En el marco de esta construcción social del cuidado, este adquiere una dimensión diferenciada y feminizada: recae el peso en la mujer, es el techo de cristal, y se transmiten pautas de género diferentes, enseñando a ser niña o a ser mujer (Moreno, 1986, 2012; Subirats y Brullet, 1988).

En esta línea, podemos señalar algunos estereotipos asociados a las mujeres que establecen cualidades de género (Martín-Baró, 2006) y que delegan a las mujeres al papel de cuidadoras:

- Su mayor capacidad de paciencia, cariño y autosacrificio.
- Su mayor capacidad para el trato humano.
- El salario es secundario para las mujeres.
- Las bajas por maternidad representan un coste muy alto.
- Las mujeres son sensibles y virtuosas.
- La idealización del trabajo doméstico por amor a los hijos e hijas.

Las relaciones de producción patriarcales generan valores morales, estéticos y patrones de comportamiento sobre lo que debe ser y hacer una mujer. Es, por ello, básico implementar políticas reales y eficaces para lograr la equidad de género.

Si bien es cierto que se han producido cambios y la mujer avanza con independencia en el mercado laboral, estos avances no han supuesto la incorporación del hombre en las tareas del cuidado al mismo ritmo, y pese a los evidentes cambios que ha experimentado y experimenta la sociedad, al abordar los conceptos ideológicos asociados a la masculinidad y la feminidad la ideología patriarcal parece inalterada y vigente (Lagarde, 1993).

No obstante, se están experimentanto cambios en la configuración de los cuidados. Como apunta Carmen Yago (2009, p. 22):

> "Ahora hay bastantes mujeres que ya no dejan el empleo para dedicarse con exclusividad al cuidado de la casa y de sus hijos e hijas, o cuanto menos representa una opcion que ha dejado de ser la norma (…) Sin embargo, las nociones de deber y responsabilidad moral sirven todavía para interpretar la labor cotidiana de cuidar a otras personas dirigiendose especialmente hacia las mujeres".

El futuro es incierto y la lenta evolución de los patrones de género y de socialización apunta hacia nuevos escenarios marcados por la externalizacion de los cuidados y la contratación de mujeres extranjeras como respuesta a la "doble presencia". Y como señala Dolors Comas (2014, p. 189) "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 efectos sobre la vida afectiva y relacional". Y sigue: "las funciones asistenciales sólo resultan visibles cuando no es la familia la que las hace".

2.1.3.2. De la socialización a la ética del cuidado

Tal y como se ha apuntado, el "cómo debe ser" una mujer se construye desde los principios de la ética patriarcal ligada a valores que feminizan el cuidado y donde lo afectivo prima sobre el saber científico. El cuidado requiere, por tanto, sentimientos de ternura y afecto como un corpus de conocimiento, amparado en mandatos de género y con autoridad académica (Carrasquer, Torns, Tejero y Romero, 1998). Cortes y Parra (2009, p. 208) afirman que la familia se convierte para las mujeres en "un espacio de socialización política más influyente que para los hombres y el ámbito familiar en "un espacio de lo privado que facilita las relaciones íntimas y el cuidado de los otros". Así, la socialización generada en el ámbito de la familia da como fruto una "ética del cuidado".

Desde esta ética, el compromiso hacia los demás se entiende como una acción en forma de ayuda en virtud de la cual la persona tiene el deber de ayudar a los demás para satisfacer necesidades que surgen en el día a día: evitar el daño, proteger o atender (Alvarado, 2004).

Otras autoras, siguiendo la línea de Carol Gilligan (1982) rechazan las teorías biologicistas (Noddings, 1984; Ruddick, 1989), y afirman que la actitud moral se deriva de la socialización desde la infancia, desde donde se desarrolla la actitud y aptitud para el cuidado. Estas teorías ponen en cuestionamiento la ética universalista patriarcal, en la que la responsabilidad hacia los demás es una relación de ayuda; es decir, teniendo responsabilidad hacia otras personas a las que tenemos el deber de ayudar. Esta visión genera que el cuidado esté desigualmente e injustamente distribuido desde las diferentes organizaciones sociales, partiendo de la consideración de que el cuidado es una responsabilidad individual, sin contemplar las características tanto de las personas que lo reciben como las que lo proveen, y en las que el Estado no está exento de responsabilidades.

Fruto de esta visión surge el cuestionamiento del para qué y del porqué del mismo. Las respuestas deben orientar las responsabilidades recogidas en las políticas del cuidado, centradas en la realización de la justicia social como eje de sustentación de las políticas públicas para el desarrollo humano y social (Arias, 2007). Sin embargo, en el ámbito familiar el trabajo de cuidados es percibido como obligatorio y desinteresado,

y es asumido por la mujer como una obligación moral por la vinculación emocional y afectiva hacia el ser cuidado.

De este modo, el cuidado hacia las demás personas emerge como imperativo moral para las mujeres, siendo éstas las responsables ante la sociedad y en el seno del hogar, y generando un sistema de relaciones entre dos moralidades: de derechos y de responsabilidad (Gilligan, 1982). De esta manera, se establece una dicotomía entre la justicia y el cuidado, y entre las esferas de lo público y lo privado, planteándose conflictos y cuestiones morales entre cuidar a los demás y cuidarse a una misma. En este contexto, la mujer asume la responsabilidad del cuidado, ya que ha aprendido a cuidar de sí misma como a cuidar de las otras personas buscando el bienestar de estas.

Mª Jesús Izquierdo (2003) hace referencia a la existencia de un "lado oscuro" plasmado en la relación de abuso que puede ejercer la mujer al crear dependencias hacia sus cuidados, llegando a convertir a la persona cuidada en persona dependiente; una situación que se transmite de madres a hijas .

Desde la ética del cuidado, éste adquiere una dimensión social, siendo un agente transformador en las relaciones entre hombres y mujeres (Grimshaw, 1995; Arias, 2007), y repercute en aspectos como la afectividad, la compasión, la comprensión y la reflexión ética sobre el comportamiento moral diferenciado de hombres y mujeres. Por su parte, el modelo de moral masculino se relaciona con elementos como la agresividad y el egoísmo. La ética está unida a construcciones de género, desde donde el hombre y la mujer establecen diferencias. Rosemarie Tong (1998) entiende que la ética del cuidado no puede estar ligada a un solo género: hombres y mujeres no pueden ser totalmente personas precisamente porque usan los géneros como una justificación para mantenerse alejados de lo que de otra manera podrían ser. En este sentido, tradicionalmente se ha puesto el acento en los derechos y en la equidad, mientras que desde la ética del cuidado se hace hincapié especialmente a la responsabilidad asumida hacia el otro y la importancia de preservar la red de relaciones por medio del cuidado (Arraez, 2013). En este planteamiento subyace una lógica en la que las propias mujeres se perciben a sí mismas a partir de un sistema de relaciones humanas, en las que su función es ejercer cuidados o atender a otros y otras, y no dañar. El mundo se definiría así como una red de relaciones (Torras, 2013).

2.1.4. El cuidado informal

2.1.4.1. Clasificaciones, características y actividades del cuidado informal

Una clasificación sobre el cuidado más importante es la que permite establecer diferencias entre cuidar de manera informal o formal.

Bajo el concepto de cuidado formal se engloban las acciones que un o una profesional realiza de forma especializada. Asimismo, se pueden establecer dos tipos básicos dentro del cuidado formal: el prestado por las instituciones públicas (vinculadas al Estado); y el que contratan directamente las familias para el cuidado en el hogar (relacionadas con el mercado). En el próximo apartado del capítulo se profundizará en este aspecto.

En cambio, el concepto de cuidado informal hace referencia al apoyo que se ofrece desde la red social de la persona receptora del cuidado de forma voluntaria (sin contraprestación monetaria ni mediación institucional alguna).

Aunque no existe consenso en cuanto a su definición (Letablier, 2007; Prieto y Serrano, 2013), sí lo hay en la existencia de estas cinco características principales del cuidado informal apuntadas por Prieto y Serrano (2013):

1. Es un tipo de actividad o trabajo que han venido realizando las mujeres, exclusivamente hasta hace unas décadas. En este sentido, la dedicación a los cuidados sería una dimensión central de la identidad femenina.
2. Este cuidado tiene carácter relacional o interpersonal.
3. También consta de un carácter de obligatoriedad, expresado según diferentes autoras como ética del cuidado.
4. Tiene una dimensión nuclear en la configuración social de las relaciones sociales entre géneros.

Por lo tanto, el cuidado informal es indispensable para la continuación de toda la sociedad (reproducción social), no tiene remuneración, es una obligación que tiene costes en términos de tiempo y energía (trabajo), se presta a familiares y amistades,

carece de valor aparente en un ámbito privado, como lo es el entorno doméstico, y está asociado a una cuestión de género, siendo, hoy por hoy, "un trabajo de mujeres", ya que si bien la figura de la persona que cuida está ligada a la cultura siempre aparece vinculada a la mujer (García-Calvente, del Río y Marcos, 2011; Elson, 2000).

Tomando como punto de partida estas características y junto a las reflexiones de Amaia Pérez y Sira del Río (2002), se puede definir el cuidado informal como aquel que se presta en el seno del hogar (entendido como un conjunto de personas que conviven y que comparten estrategias económicas, más allá del concepto de familia nuclear tradicional), que tiene un componente afectivo y relacional, y que se caracteriza por ser un trabajo invisibilizado.

Por lo tanto, nos atenemos al cuidado informal o trabajo de cuidados[3], objeto de estudio en esta tesis, como un concepto multidimensional en el que están relacionadas tareas, costes y sentimientos, ya que como apunta Badgett y Folbre (2003) la vida de la otra persona depende del cuidado.

Teresa Martín (2013), por su parte, afirma que el cuidado informal se caracteriza por contener tres dimensiones:

- La dimensión material consiste en una estimación, mediante indicadores económicos y de tiempo, del valor del trabajo realizado en el ámbito doméstico-familiar (al margen del mercado laboral) para determinar su contribución económica y social.
- La dimensión emocional hace referencia a la importancia que tienen los aspectos afectivos en la construcción de las relaciones de trabajo en el seno de las familias, y de las relaciones de cuidado en particular.
- La dimensión moral se refiere a la importancia que tienen las ideas como condicionantes y justificantes de comportamientos. Esto es, hay pensamientos que determinan qué está bien y qué no lo está y otorgan valor a ciertos comportamientos y se lo restan a otros.

[3] Aunque a lo largo del texto nos referiremos al "cuidado informal", por ser la terminología más difundida, hemos escogido una definición en la que se hace referencia al término con el concepto "trabajo de cuidado".

Por su escasa o nula visibilidad, al no estar integrado dentro del mercado laboral, la clasificación del cuidado informal entraña notables dificultades de identificación y aglutinación. A ello se añade el hecho de que son muy diversas y variadas las tareas o actividades que pueden incluirse bajo el epígrafe de cuidado informal, por lo que es necesario delimitar aquellas actividades que puedan considerarse como tal. Además, los cambios sociales, políticos y culturales conllevan también transformaciones en la naturaleza del cuidado, con los consiguientes impactos en la estructura familiar.

En relación con las actividades y tareas relacionadas al cuidado informal, Van den Berg, Brouwer, Koopmanschap (2004); Van den Berg y Spauwen (2006); y Van den Berg et al. (2006) establecen diferentes Actividades de la Vida Diaria (AVD) vinculadas a él:

- Trabajo doméstico de la vida diaria (limpieza, cuidados personales).
- Actividades de la vida diaria (cuidado personal).
- Actividades instrumentales de la vida diaria (adaptaciones en el hogar).
- Actividades instrumentales: Tareas domésticas (limpiar, planchar).
- Otras actividades instrumentales (salir a la calle, compras, médico).

El hecho de que dentro del cuidado informal se articulen diferentes actividades y tareas que tienen por finalidad la supervivencia y el desarrollo de las personas, hace que sus dimensiones sean complejas y diversas (Tobío, Agulló, Gómez y Martín, 2010).

Así, bajo el amparo del concepto "cuidados" se engloban las AVD variadas que van desde la alimentación al afecto, pasando por actividades diarias que resultan desagradables, repetitivas y agotadoras en ocasiones, pero que son imprescindibles para el funcionamiento del hogar (Razavi, 2007). Se establecen de este modo una serie de tareas estandarizadas en la organización del día a día para cubrir necesidades básicas previsibles (alimentación, salud, aseo) que definen y condicionan cómo es el espacio doméstico (Migliorini, Cardinalli y Rania, 2011).

Teresa Torns (2008) incluye, por su parte, además de las tareas más evidentes (compra, limpieza, preparación de alimentos, cuidado y atención de niños y niñas y personas dependientes), otras que no lo son tanto, como la gestión y organización del hogar y del núcleo familiar. Así mismo, este trabajo no remunerado contribuye de forma

fundamental al mantenimiento y consolidación del ámbito doméstico (espacios y bienes) y, en un espacio más personal, a la salud, la educación, la formación, el mantenimiento de relaciones sociales y el apoyo psicológico a los miembros de la familia (Picchio, 1994).

Asimismo, el Instituto Andaluz de la Mujer (2013) resume las actividades relacionadas con el cuidado informal en todas aquellas actividades que se desarrollan para atender o apoyar, tanto de manera física o emocional, a todas las personas de un hogar que requieren cuidados, no sólo aquellas denominadas comúnmente como "personas dependientes". El cuidado informal está íntimamente ligado con la cultura en la que está enmarcado: la cultura patriarcal. Dentro del sistema patriarcal se establecen diferencias de género, se crean normas en donde lo masculino adquiere un poder político, económico y social, y se establecen relaciones jerárquicas (Lamas, 2002). Esta estructura social, además, se mantiene mediante una ideología que legitima estos privilegios (Alzamora, Bosch, y Ferrer, 2006), convirtiéndose en el principal elemento de dominación de la mujer (Castells, 1998). En este contexto, debemos tener en cuenta que las relaciones interpersonales que se establecen también están marcadas por la dominación y la violencia que se instaura desde la cultura y las instituciones patriarcales (Connell, 1987; 2006).

De este modo, se puede establecer una estructura de cuidados en la familia en función de los diferentes niveles de jerarquía y poder que se distribuyen entre las mujeres. Así, un primer nivel de la jerarquía estaría ocupado por una mujer ligada por parentesco al dependiente del que es responsable, y los siguientes niveles se situarían otra u otras cuyo trabajo es remunerado y que se ajustan a las condiciones decididas por la primera.

También fuera del ámbito familiar el cuidado se estructura en un orden jerárquico femenino, situándose las mujeres expertas o técnicas en un primer nivel y tras ellas las mujeres simplemente "cuidadoras". A medida que se va descendiendo de nivel la carga de trabajo es mayor, así como su invisibilidad y la indefinición de las tareas (Fernández, Artiaga, y Dávila, 2013).

Dentro de los cuidados informales en la esfera doméstica también se establecen diferentes clasificaciones y diferencias entre las hijas que cuidan progenitores y abuelas

que lo hacen con sus nietos y nietas. Según Gregorio Rodríguez Cabrero (1994, 2004) se pueden establecer dos tipos de cuidadores y cuidadoras:

- Las tradicionales, que asumen la responsabilidad de cuidados sin darse cuenta.
- Las modernas, que asumen el papel de cuidado cuando la persona comienza a necesitar ayuda.

Por último, se muestran las siete dimensiones del cuidado informal que identifica Carol Thomas (1993):

1. La identidad de la persona proveedora de cuidados.
2. La identidad de la persona receptora de cuidados.
3. Las relaciones interpersonales entre persona cuidadora y receptora de cuidados.
4. La naturaleza de los cuidados.
5. El dominio social.
6. La relación económica existente en la provisión de cuidados.
7. El marco institucional en el que se insertan los cuidados y los servicios.

En esta tesis, el cuidado estaría referido al trabajo informal, no retribuido, proporcionado por las mujeres a lo largo de la vida en un espacio privado doméstico y regido por un deber moral, que se ofrece a las personas de la familia o a personas con las que existe un vínculo emocional.

2.1.4.2. El cuidado informal como objeto de estudio

Para focalizar el objeto de estudio, la presente tesis girará exclusivamente en torno al trabajo de cuidados informal realizado por mujeres, prestando una especial atención a las desigualdades de género que acarrea.

Cabe destacar que las condiciones de vida de las mujeres cuidadoras pasan desapercibidas para la mayoría de los análisis convencionales vinculados al cuidado, ya que, en general, para identificar a los y las cuidadoras en las investigaciones se toman como punto de partida el tipo de dependencia que tienen las personas a las que cuidan. El hecho de hacer referencia únicamente al cuidado informal desde la perspectiva de la

persona con algún tipo de discapacidad o dependencia que lo recibe es una manera sesgada de entender este tipo de cuidado; ya que concebido de manera holística, es necesario para la vida en todas las etapas del ciclo vital, ya que toda persona es o puede ser, en algún momento de su vida, beneficiario del sistema informal, y en muchos casos es o acabará siendo cuidadora (García-Calvente, Mateo y Eguiguren, 2004).

Por lo tanto, en este estudio no se incidirá en aquellos cuidados profesionales para los que se requieren conocimientos científicos y habilidades técnicas, que son administrados por profesionales que adquieren esas competencias a través de estudios reglados.

También queda fuera de la presente investigación el trabajo de cuidados que tiene asignado un salario, centrándose en aquel al que se dedican la mayoría de las mujeres a lo largo de su ciclo vital (mujeres asalariadas o no), las cuales se hacen cargo de la mayoría del trabajo reproductivo en el espacio doméstico y familiar (Durán, 2012), entendiendo este como trabajo porque produce bienes y servicios (Himmelweit, 1995, 2011; Oakley, 1985; Perez-Orozco, 2006).

Por lo tanto, solo resulta pertinente para este estudio el cuidado prestado por mujeres, en muchas ocasiones de edad avanzada, que asumen un rol de cuidadoras dentro del ámbito doméstico y familiar sin retribución económica. Estas mujeres tienen como funciones tanto la ayuda en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) como el apoyo emocional, para que la persona a la que se cuida en las diferentes fases del ciclo vital pueda satisfacer sus necesidades.

Así, se abordará el coste o sacrificio que conlleva el cuidado informal a las mujeres cuidadoras, con perspectiva de género, que supeditan expectativas, relaciones, ocio o trabajo remunerado en función de una socialización diferencial la cual entiende que "las mujeres son las protagonistas casi en exclusiva y muchas veces en solitario de los 'cuidados informales', por lo que la figura de 'cuidador principal' suele coincidir con la de 'cuidadora principal" (Sanchez-Reinón, 2012, p. 190).

2.1.5. Agentes del cuidado: la familia, el mercado y el Estado

La distribución de las funciones del cuidado es un fenómeno complejo en el que intervienen factores de índole cultural con un alto valor de reconocimiento por quien las realiza, y otros que han hecho del cuidado una herramienta de ejercicio del poder que genera una distribución muy desigual de responsabilidades y recursos, considerándolo como una acción marginal en los circuitos de la economía productiva.

Es preciso, pues, vincular el concepto de cuidados con la ética, los derechos y la política. En nuestra sociedad aparece el sentimiento de afecto y solidaridad como una necesidad de involucración con la causa del otro, al mismo tiempo que el Estado concibe el cuidado como una responsabilidad social que implica decisiones, recursos y distribución de competencias, enmarcadas en una red de cooperación que se articula en el tejido social (Arias, 2007). En este sentido, diferentes autores y autoras plantean (Pautassi, 2007; Vara, 2006), que los cuidados también son derechos de las personas, de la ciudadanía; a pesar de que el desarrollo global de todas las sociedades está en buena parte condicionado por conductas individuales altruistas, como el cuidado informal a la salud (Rogero, 2010).

En este contexto, la existencia de un Estado del Bienestar consolidado es fundamental, ya que la puesta en marcha o supresión de políticas sociales afecta al ámbito doméstico, las relaciones familiares y a los cuidados en particular (Valle, 2003). Según Gosta Esping-Andersen (2000; 2009) el bienestar depende de tres factores fundamentales: la familia, el mercado y el Estado, así como de las relaciones e interacciones que se establecen entre ellos, espacios con responsabilidad política no exenta de significados sociales, en el que el modelo de familia, de mercado y de Estado juega un papel clave, ya que la actividad del cuidado se imparte desde estos tres agentes.

Como ya se ha señalado anteriormente, aunque las mujeres siguen siendo las proveedoras de la mayor parte del cuidado informal en todas las sociedades (Durán, 2014), en la organización social del cuidado intervienen diferentes agentes que deben afrontar el problema de la creciente necesidad de cuidados, al que el Estado debe responder (Álvarez, 2014**)**, teniendo en cuenta que no solo son las mujeres las que realizan los cuidados, que existen otras instituciones (residencias, guarderías, centros de

día) u otras mujeres contratadas a través de pequeñas ayudas (ley de dependencia), con costes muy por debajo del valor de mercado, que participan de esta tarea.

Desde el cuidado informal se analizan las responsabilidades sobre las que se articula el cuidado, estando su naturaleza en función de quien lo ejerce y siendo tres sus pilares básicos de sustentación: la familia, el Estado y el mercado (Bettio, Simonnazzi y Villa, 2006; Huenchuan y Guzman 2007; Rodríguez, 2007)[4].

Según Pilar Carrasquer (2013), se conforma un triángulo socio-institucional en que se desarrollan los cuidados, en función de determinantes socio-demográficos, culturales, sociales, económicos, etc., la responsabilidad del cuidado que se adquiere se puede desplazar desde el ámbito privado al ámbito público.

Tal y como indica Lucía Artazcoz (2014), la relación entre Estado, mercado y familia influye en la división sexual del trabajo. En este sentido, Schäfer, Tucci y Gottschall (2012) resaltan el hecho de que en la estructura económica, en función de cómo se organizan, las mujeres de los países occidentales han adquirido mayor papel en el trabajo productivo, gracias al crecimiento de la economía de servicios. Pese a ello, el capitalismo de bienestar occidental se sigue caracterizando por una división persistente y altamente sexual del trabajo, que coloca a las mujeres en una clara desventaja.

2.1.5.1. La familia y los nuevos modelos familiares

Para Inés Alberdi (1999) la familia está formada por varias personas que conviven en un mismo espacio, comparten los recursos de los que disponen y consumen bienes en el marco de la vida cotidiana. No obstante, el concepto de familia y sus funciones está en constante evolución (Tobío et al., 2010), en buena parte debido a que los Estados son los que tienen el poder para definir qué es una familia a través de su normativa, de sus

[4] Razavi (2007) propone el término "diamante del cuidado" que integraría: familia, mercado, Estado y organizaciones no gubernamentales, desde donde se brindaría el cuidado en función de quien recibe o da; y que se traduce en términos de bienestar desde el proceso de reproducción social que requiere según Picchio (2003): productos materiales y bienes dentro de un contexto institucional que incluye familias, organismos estatales, empresas, mercados y comunidades.

actuaciones y la definición de las unidades censales. El concepto de familia es variable y depende de cada contexto histórico y social (Comas, 2014).

En este escenario social Brugué, Gomá y Subirats (2005, p. 119) señalan que "se transmiten y se aprenden los principios y las normas básicas de pensamiento, acción y relación que permitirán a las personas ser reconocidas y reconocerse como miembros de la sociedad". En este sentido, pese a que la familia también ha ido cambiando (menor número de hijos, mayor esperanza de vida, incorporación de la mujer al mercado laboral, etc.) sigue siendo una unidad básica de prestación de servicios. Según Comas d´Argemir (citada en Valle 2003, p. 191) en base al peso del afecto, la familia cubre necesidades de mantenimiento y apoyo a lo largo de la vida en aspectos como "gestación, crianza, salud, manutención, vestido, alojamiento, educación, transmisión de valores, cuidados".

En el modelo de familia tradicional (patriarcal), el denominado *male breadwinner,* se plantea que el padre es el proveedor de mercancía y las tareas del cuidado las lleva a cabo la mujer, ama de casa y cuidadora, (Aznar y Belmonte, 2013; Carrasquer, 2013; Daly y Lewis, 2000; Díaz, Guzmán, Mauro, Todaro y Yáñez, 2004; Mora y León-Medina, 2011). Este modelo de familia se asentaba sobre una ideología y unos valores concretos, en los que primaba el matrimonio tradicional y la sujeción de las mujeres a la voluntad de los hombres y de un sistema que favorecía la estricta separación de trabajos y roles entre ambos cónyuges, lo que provocaba la desvalorización de lo doméstico para ocultar el nexo existente entre el cuidado de la vida y la producción capitalista. Este modelo de familia ha recibido diferentes nombres: familia patriarcal, fordista o familia parsoniana por su carácter funcional como generadora de bienestar y sostenibilidad de la vida (Del Moral, 2013). En este contexto, la participación social de la mujer quedaba limitada al entorno de la familia, existiendo una idealización desde los mitos patriarcales.

Sin embargo, este modelo tradicional de familia (heterosexual biparental) está en declive, como afirma Castells (1999, 2004), por la aparición de nuevas dinámicas de cambios en la familia que dan como resultado una mayor diversidad de parejas y familias, produciéndose lo que define como una "crisis de la familia patriarcal" caracterizada por el resquebrajamiento del modelo de familia universal concebido desde la autoridad/dominación del hombre sobre la familia. Con el afloramiento de familias

monoparentales, familias matrifocales y parejas de doble ingreso se rompe el paradigma universal de la familia. No obstante, el modelo patriarcal no ha desaparecido del todo, generando una confrontación entre la nueva dimensión de la mujer como trabajadora; y la resistencia del modelo social ha de adecuarse a la nueva situación (falta real, que no legislativa, de conciliación de la vida personal, laboral y familiar; mantenimiento de los roles de género dentro del hogar, sin un reparto equitativo de las tareas domésticas). De hecho, la respuesta de la sociedad frente a los nuevos retos, resistiéndose a un reparto igualitario de tiempos, trabajos y responsabilidades entre todos los miembros de la familia puede retroalimentar la discriminación de género que sufren las mujeres dentro de la familia.

Así, los principios y normas básicas se ven alterados con las reformas legislativas y las transformaciones, que modifican los comportamientos sociales en las familias (Alberdi, 1999; De la Concha y Osborne, 2004; Lorente, 2013; Menéndez, 2012). Estamos asistiendo a la pérdida de legitimidad del patriarcado como sistema de dominación, a la participación del mercado y del Estado en la vida familiar, a la intensificación del proceso de individualización, a la disminución de la densidad institucional en el interior del universo familiar, junto a la emergencia de una sociedad postindustrial (Flaquer, 2002). Estos cambios afectan a los roles de las personas de la familia como repercuten en el modelo de cuidado.

Sin embargo, el cuidado no remunerado, y sin reconocimiento social, sigue recayendo en la familia. Y de hecho, al hablar de cuidados se piensa automáticamente en la familia, que sigue siendo considerada el principal agente proveedor de cuidado y servicios para el bienestar (Durán, 2002; Tobío, 2002), obviando la realidad de que cuando se habla de familias se hace alusión a las mujeres: “La evidencia que en la familia se proporcionan cuidados se suele confundir con la evidencia de la obligación familiar” (Finch 1989, p. 5).

Como se ha apuntado anteriormente, pese a que las mujeres han ganado protagonismo en el ámbito público, especialmente por su mayor presencia en el mercado laboral, esto no se ha traducido en una merma de su labor como cuidadoras en el ámbito doméstico. Como señala Pilar Carrasquer (2013, p. 93) esto supone una mayor carga de trabajo para las mujeres y pone en duda la viabilidad de la provisión de cuidados sustentada sobre el colectivo femenino por la limitación de la disponibilidad

de mujeres hacia los cuidados. Este es uno de los indicadores para conocer cómo se reparte la prestación de cuidados,

El nuevo papel desempeñado por las mujeres en la sociedad acarrea el surgimiento de nuevos modelos de cuidado. Teresa del Valle (2003) apunta algunos de estos cambios: se separa el cuidado directo del peso de las relaciones afectivas basadas en el parentesco; entran en escena nuevos espacios de cuidado (centros de día, residencias de larga duración o temporales, apartamentos tutelados), superando el ámbito doméstico; y los y las profesionales asumen la labor de cuidado.

Según Brunet y Alarcón (2005), desde este modelo familiar que sigue siendo dominante se explica la segmentación laboral y social en la esfera pública y se actúa sobre el ámbito familiar desde un esquema que se retroalimenta. De ahí que, tal y como ponen de relieve estos autores**,** el empleo a tiempo parcial al que acceden las mujeres sea una muestra evidente de la aceptación del modelo familiar "hombre jefe de familia", en el que la mujer hace compatible su presencia en el mercado laboral (contrato de trabajo) y la responsabilidad que supone el ámbito doméstico (contrato social).

Una de las cuestiones que se hace preciso indagar es la escasa implicación del hombre en las tareas del cuidado (Aliaga, 2006). A pesar de que su incorporación al cuidado ha avanzado, las estadísticas demuestran que las mujeres asumen consecuencias aceptadas socialmente. Así, aunque es una evidencia que los roles masculinos están evolucionando en los que se refiere a una mayor participación en las tareas de cuidado y del hogar, la identidad masculina no está cambiando al mismo ritmo que la femenina (Stinus, 2014). A esto hay que unir el hecho de que la baja participación del hombre se asume con naturalidad, como si se tratara de un hecho estructural de nuestra sociedad. Por el contrario, a la mujer, desde esta misma naturalidad, se le atribuye la responsabilidad social y moral del cuidado, enfrentándose a dificultades de conciliación, determinando las capacidades del cuidado según el sexo. La doble presencia forma parte de la agenda rutinaria de la mujer, a pesar de los cambios enumerados se hace necesario considerar que mientras que la mujer se ha incorporado al mundo público el hombre no se ha incorporado al mundo privado. Esto provoca la existencia de una relación asimétrica de género a la hora de dar y recibir cuidados: las mujeres (cuñadas, suegras, hermanas, tías, etc.) son las que más cuidados otorgan, en especial las hijas (Zibecchi, 2014).

Si bien el hombre se incorpora al cuidado casi exclusivamente en situaciones extremas, este hecho se valora mucho socialmente. Concretamente se valora su abnegación o su dedicación, su sufrimiento y el esfuerzo que han hecho por asumir y desempeñar correctamente una tarea que no se les supone adecuada a su rol masculino.

La consolidación del modelo de doble jornada, aquel en el que las mujeres se incorporan al mercado laboral gracias a la tercerización de las sociedades industriales, genera que en la actualidad funciones que eran asumidas por la familia son llevadas a cabo por otros agentes, como el Estado o el mercado: en ocasiones el Estado no asume estas funciones, bien por falta de capacidad o por otros intereses, siendo el mercado quien ejecuta los cuidados (Téllez y Martínez, 2008).

Los efectos anteriormente señalados han provocado un aumento de la necesidad de labores del cuidado que han sido asumidos por las mujeres en detrimento de su participación en el mercado laboral. Surgen así, de forma natural, innovadoras formas de organización para paliar la falta de compromiso y de respuesta de los poderes públicos. Esto es especialmente reseñable en un momento como el actual en el que la crisis económica está provocando fenómenos como la vuelta al hogar de jóvenes emancipados o de personas mayores que se encontraban institucionalizadas en residencias.

2.1.5.2. El mercado y la externalización del cuidado

La incorporación de la mujer al mercado laboral, al ámbito productivo, disminuye su tiempo para dedicar al cuidado (Castells y Ortiz, 1992) y, de este modo, el cuidado informal se deriva: las mujeres de clase media y alta contratan fundamentalmente a otras mujeres como cuidadoras de otras personas de la familia.

La productividad del sector privado, tal y como afirma Susan Himmelweit (2011), hace que el empleo de cuidados informales intensifique el trabajo o empeore las condiciones de aquellas mujeres más vulnerables. Además, como apunta Pilar Rodríguez (2008) el empleo no cubre las necesidades en los hogares, "saturándose el trabajo en sus hogares, en sus familias, especialmente si deben cuidar de familiares con autonomía reducida (niños, enfermos, discapacitados, ancianos y adultos sanos).

También se sobrecarga a quienes integran las redes de apoyo. La escasa conciliación, la ausencia de apoyo del Estado, la falta de compromiso de los hombres y el elevado coste de los servicios de empresas de cuidado no permiten asumir el cuidado informal en el seno del hogar, por lo que el cuidado se externaliza a mujeres, mayoritariamente inmigrantes, y, en ocasiones, se recurre al apoyo familiar como es el caso de abuelos y abuelas.

Otro factor a tener en cuenta en el incremento de cuidados externos es el crecimiento de una economía centrada en los servicios que supone un aumento de la demanda de mano de obra de mujeres, tanto de inmigrantes como de autóctonas. Este fenómeno se ve fortalecido por el incremento de la esperanza de vida, que tiene relación directa con el aumento de enfermedades crónicas en edades mayores, lo que implica en ocasiones la contratación de personas para el cuidado de personas dependientes.

2.1.5.3. El Estado, el cuidado como derecho y las políticas sociales

No obstante, como apuntan Tobío et al. (2010) los cambios demográficos han provocado que las fronteras del cuidado se trasladen del ámbito privado, donde estaba en la familia (mujer), al ámbito público, que adquiere también una función social por la participación del Estado mediante políticas sociales.

A la hora de abordar el papel que juega el Estado como agente de cuidado hay que distinguir dos posicionamientos en función del grado de responsabilidad asumida: el familista y el desfamiliarizador[5] (Aguirre, 2008; Sainsbury, 2000). Como nos recuerda Tobio (2010), el Estado empieza a asumir tareas en torno al cuidado que la familia por diferentes razones tiene que delegar. El Estado actúa "con sus actores, sus instituciones y sus formas relacionales, un campo que se sitúa en la intersección entre las familias y las políticas sociales" (Letablier, 2001, p. 86).

El Estado ha de asumir dar respuesta a un nuevo e incipiente modelo de políticas sociales y reconocer el cuidado como el cuarto pilar del bienestar, junto con la salud, la

[5] Se usa el término familismo para las representaciones sociales del cuidado que se asume desde el ámbito familiar, identificando así también la responsabilidad que desde la familia se acomete.

educación y la seguridad social. En la práctica, esto supone la obligación del Estado de reconocer el derecho universal a recibir atención en situaciones de dependencia (Montaño, 2010) y no de simplemente prestar una atención residual asistencialista. Estas políticas sociales influyen en la construcción del cuidado y en su evolución en diferentes niveles, que van desde el más básico, el ámbito doméstico o familiar, hasta el marco de responsabilidad institucional más amplio, el Estado.

En los países desarrollados la liberación de la mujer para su integración en el mercado de trabajo remunerado se ha visto favorecida por medidas como los subsidios por nacimientos, las desgravaciones fiscales por hijo/a, las bajas por maternidad, las guarderías, los servicios de atención en el hogar o la posibilidad de contar con servicios médicos gratuitos o de bajo costo (Ortiz, 2006). Para Precarias a la Deriva (2004) la función del Estado se sitúa en un campo extremadamente difuso, un terreno resbaladizo cuya naturalidad sigue sin ser cuestionada. Y todo ello en un momento de crisis para el sistema nacional de atención a las situaciones de dependencia por los recortes en prestaciones públicas; un sistema que, de todos modos, se sigue sosteniendo en gran medida en los cuidados prestados en las familias, habitualmente por las mujeres (Muñoz y Martín, 2013).

Desde esta perspectiva, se considera al Estado como principal garante en la responsabilidad de proporcionar cuidados a través de políticas públicas que regulan las prestaciones (Carrasco y Mayordomo, 2003), si bien está en cuestionamiento que políticas reduzcan o exacerben las desigualdades de género, contemplándose la necesidad de implementar políticas en clave de género en las instituciones públicas, las organizaciones de la sociedad civil y las familias en su diversidad, para hacer frente al reto que supone una población en claro proceso de envejecimiento. Sin embargo, los sistemas formales para el cuidado no aseguran el cuidado del bienestar, asumiendo las familias -y en la mayoría de los casos las mujeres- cuidados que deberían ser prestados por la Administración (guarderías, altas hospitalarias que obligan a cuidados en el domicilio, etc.). Sin embargo, Rosario Aguirre (2008) sostiene que el Estado pierde protagonismo al transferir a las familias y al mercado el cuidado. Así, la provisión de cuidados se manifiesta con pequeños sacrificios, sin ningún reconocimiento social y económico, atribuido sin ser parte, a la esfera de lo privado, siendo un problema que debe formar parte de derechos ciudadanos y democráticos.

En este sentido, es importante poner de relieve los cambios conceptuales que supone la creciente privatización de los servicios sociales públicos que atienden el cuidado, pasando las personas de ser sujetos de cuidado a ser números de prestación de servicios, elementos de listas de espera o una carga prestacional.

2.1.6. Cifras y tiempos para el cuidado

En esta investigación se entiende que el trabajo de cuidados de manera holística y se tienen en cuenta todos los tipos de relaciones que se pueden establecen entre el proveedor o proveedora del bien o servicio de cuidado y el receptor o receptora del mismo son (Gardiner, 1997; Rodríguez, 2005):

1. Relaciones de cuidado de personas que podrían por sus medios proveerse de los servicios de cuidado, pero que los exigen de otras personas por cuestiones sociales, culturales y hasta económicas.
2. Relaciones de cuidado donde la persona cuidada no puede proveerse autónomamente de los servicios de cuidado por ser demasiado joven, demasiado mayor o por estar enferma o discapacitada.
3. Relaciones de cuidado recíprocas, donde los servicios de cuidado se ofrecen espontáneamente y donde no existe un patrón de continuidad.

Según Cristina Carrasco, el trabajo de cuidados supone una serie de tareas de apoyo no solo a las personas dependientes, sino también a la gran mayoría de varones adultos sanos (Carrasco, 2006). Cualquier persona, a lo largo de su ciclo vital, puede sufrir algún grado de dependencia y ser, por tanto, objeto de cuidados, por lo que no puede encasillarse en un determinado periodo. Sira del Río (2004) sitúa en el grupo de personas dependientes a lo que denomina dependientes sociales, hombres que no tienen la formación para cuidarse ni quieren hacerlo[6], y como añade Amaia Pérez-Orozco (2006) cuando los varones enviudan pueden ser también dependientes por el hecho de no saber realizar las actividades domésticas y tener que enfrentarse a ellas.

[6] Como señala la autora, estos dependientes sociales son todavía muy numerosos en nuestro país. No saben cocinar, ni lo que es una dieta sana, no lavan la ropa, no planchan, no limpian la casa... algunos ni tan siquiera son capaces de llevar el control de su medicación cuando están enfermos, ni de comprar su propia ropa interior, y derivan su cuidado personal a coste cero.

Respecto a este colectivo concreto, Mª Ángeles Durán (2006) apunta como estas necesidades derivan de un modelo normativo de relaciones de género donde hay buen número de hombres adultos sanos que generan una enorme cantidad de trabajo de cuidados a sus familias, y más concretamente, a las mujeres de sus familias. Las tareas del ámbito doméstico se asocian a necesidades biopsicosociales que personas de la familia demandan a la mujer por ser entendidas como algo natural. Pese a que la mujer se ha incorporado a la esfera laboral, esto no ha supuesto una liberación de la carga de trabajo doméstico, y como apunta Anderson (2006), se hace necesario distinguir entre el cuidado de alguien que es incapaz de hacerlo por sí mismo y el cuidado que se realiza para alguien que puede hacerlo por sí mismo pero no lo hace.

2.1.6.1. Marco normativo internacional sobre el trabajo doméstico

En la Convención para la *Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (ONU, 1972), ya se plantearon compromisos internacionales con políticas de género. La Cumbre Mundial Sobre Desarrollo Social, en Copenhague (1995) promovió el desarrollo social con respeto total a la dignidad humana para lograr la igualdad y equidad entre mujeres y hombres; y como se plasmó en la IV Conferencia de Naciones Unidas celebrada en Beijing (1995) se aprobó la cuantificación del trabajo a través de la propuesta de ampliación de los sistemas de contabilidad nacional con una cuenta satélite del trabajo no remunerado, pese a lo cual todavía hoy no se han detectado cambios significativos en los sistemas contables nacionales.

Tal y como indica Yolanda Jubeto (2012) existe un marco normativo internacional ratificado por los estados miembros de la ONU para que las administraciones públicas pongan en marcha estrategias de transversalización de género. Se trata de mandatos legales que exigen analizar los presupuestos públicos desde esta perspectiva. Desde estos foros se pide a los gobiernos elaborar indicadores económicos reales en los que se cuantifiquen el trabajo doméstico.

En este sentido, en el informe de UNIFEM (2006) se hace referencia a las numerosas inequidades y discriminaciones que prevalecen en contra de las mujeres, vinculadas a armonizar las obligaciones reproductivas y las actividades productivas.

Fruto de ello surgen campañas como *HeForShe, Women* desde la ONU (2014), que busca emprender acciones como compromiso a la igualdad de género en diferentes ámbitos contra todas las formas de violencia y discriminación que enfrentan mujeres y niñas, y en las que se invita a participar también a los hombres.

2.1.6.2. Cuantificación del trabajo de cuidados

Como ya se ha señalado el cuidado es esencial para el mantenimiento de la vida, pero también lo es para el sostenimiento de un estado social y democrático de derecho (Torres, 2012), en el que el trabajo productivo y el reproductivo no se pueden desligar, ya que forman parte de la economía (Flores, 2011).

Pese a ello, el escaso valor económico de las funciones reproductivas y de cuidados (Bazo y Ancizu, 2004; Borderías, Carrasco y Alemany, 1994; Durán 2006; Murillo, 2006; Torns, 2008; Torres,2012) se excluyen del ámbito productivo/económico; de ahí su difícil cuantificación. Sin embargo, como apunta Ruth Todasco en Waring (2004) sólo cuando el trabajo no remunerado de las mujeres sea reconocido y valorado, se valorarán las demandas y las necesidades reales de las mujeres. De hecho, el tiempo dedicado por las mujeres al cuidado reduce su autonomía, independencia y formación (Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

Esta desvalorización del trabajo de cuidados (Borderías, 2003) no sólo se produce dentro del entorno doméstico, sino que en términos económicos tampoco se cuantifica a través del PIB (Elson, 2004; Ravazi, 2007). Y eso pese a que las mujeres siguen siendo las proveedoras de la mayor parte del cuidado desde atención a personas dependientes, tanto en lo que se refiere a aspectos más físicos (funciones de cura y limpieza) o de vigilancia (evitar percances o enfermedades) como aquellos más próximos a la gestión, a la representación familiar y a la comunicación, que son difíciles de deslindar conceptualmente y más aún de cuantificar en tiempo o asignación de valor (Durán, 2011).

En este sentido, Carrasco y Mayordomo (2003) apuntan que una actividad valorada socialmente como es el trabajo de mercado es asignada a los hombres, mientras que las mujeres asumen, o se ven avocadas a asumir, la responsabilidad sobre

la reproducción de la fuerza de trabajo y el cuidado de las personas, una actividad marginada y no reconocida.

Estos autores afirman que las labores del hogar o el trabajo doméstico -donde se engloba el cuidado informal- son básicas para la supervivencia, la socialización y la calidad de vida. Pese a su importancia, estas labores siguen estando invisibilizadas en sondeos tan importantes como la Encuesta de Población Activa (EPA), la cual lleva realizándose desde 1964 de manera trimestral y está orientada a dar datos de las principales categorías poblacionales en relación con el mercado de trabajo (ocupados, parados, activos e inactivos), pero sin tener en cuenta las labores domésticas.

Debbie Budlender (2004; 2007) considera que no se puede medir el trabajo de cuidado por su naturaleza no económica, además de porque el cuidado origina tareas difíciles de cuantificar. Ante estas dificultades, la medida propuesta por Shahra Razavi (2007) es la más común y se apoya en la cuantificación de dicho trabajo a través de encuestas del uso del tiempo, mediante las cuales se registran las actividades que una persona realiza a lo largo del día para poder estimar el valor económico de este trabajo de cuidados. Estas encuestas no solo determinan el número de horas de la actividad, sino que además desvelan información de quién realiza el trabajo y cuantifican el tiempo de ocio.

El tiempo es un recurso del que todas las personas disponen. Puede ser utilizado de manera individual o en grupo, en función de los intereses de cada persona, y permite cuantificar la dedicación por parte de las personas de la sociedad de la realización de actividades como, por ejemplo, el trabajo asalariado o el trabajo de cuidados. El tiempo, como recurso limitado que es, puede generar desigualdades de género por su desequilibrado reparto, y para detectar estas situaciones (Guezmes y López, 2011) las encuestas de empleo del tiempo son una de las herramientas más empleadas.

Tal y como afirma la Plataforma para la Acción de Beijing (que cumple este año su veinte aniversario), reconocer el trabajo de cuidados significa "hacer visible" la naturaleza, el alcance y el papel que juega en cada contexto social. Y para ello es preciso tomar conciencia de quién lo realiza y de su papel imprescindible para el funcionamiento de la sociedad y la economía. En este contexto, el reconocimiento del cuidado incluye su medición a través de encuestas de uso del tiempo.

La renovación conceptual e instrumental en las ciencias sociales ha hecho posible elaborar encuestas sobre la distribución o empleo del tiempo a nivel nacional y conocer su dimensión dentro de la economía informal. De este modo se pueden ofrecer estimaciones sobre actividades que tradicionalmente han estado supeditadas a la invisibilidad. No obstante, en función de las herramientas de recogida de información que se empleen, los datos pueden variar considerablemente. Además, hay que tener en consideración el papel que puede jugar la propia percepción de las personas involucradas en el estudio (García Saínz, 2005).

Una de las herramientas es las encuestas del uso del tiempo, que nos aproximan a las desigualdades de género en cuanto al tiempo que se realiza de cuidados en el entorno doméstico.

2.1.6.3. Contextualización del trabajo de cuidados

En España la primera encuesta del Empleo del Tiempo se realizó en el año 2002/2003. También se han llevado a cabo algunos estudios para poder medir el trabajo doméstico no remunerado en donde se encuadra el tipo de cuidado informal tratado en esta tesis:

- El Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT) ha desarrollado la Cuenta Satélite de la producción doméstica para la Comunidad Autónoma de Euskadi en los años: 1993, 1998, 2003 y 2008. El objetivo de las cuentas satélite de producción doméstica es proporcionar una imagen global de las actividades productivas emprendidas por los hogares y aportar una estimación del valor económico aportado por dichas actividades. Éstas son proporcionar: alojamiento, cuidados, educación, comida y ropa. En todas ellas, la mujer es la principal encargada de estas tareas.
- En Madrid, el informe sobre la cuenta satélite del trabajo no remunerado, concluyó que el colectivo de las amas de casa representa el gran motor no solo de la economía sino de la de los hogares (Durán, 2008).
- Los datos más actuales los presenta el Instituto Nacional de Estadística (INE), el cual elaboró en 2010 un análisis de contenidos extraídos de la Encuesta de

Empleo del Tiempo 2009/2010 (2011). En este informe se describen los lugares donde se desarrolla la actividad humana, se analiza cómo las parejas reparten las responsabilidades del hogar y proporciona una valoración económica de las actividades productivas no de mercado de los hogares españoles. Actualmente es el único informe a nivel estatal que ofrece una visión del cuidado informal en el hogar por género. Este informe también arroja datos más específicos sobre las horas dedicadas al cuidado informal, ofreciendo una evolutiva de 2003 a 2010 (Ver Tabla 1).

***Tabla 1*.- Tiempo dedicado a actividades productivas no de mercado en un día. Promedio por funciones principales. Serie 2003/2010. Horas y minutos al día**

Funciones	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Vivienda	1:07	1:05	1:03	1:02	1:01	0:59	0:59	0:59
Alimentación	1:55	1:51	1:47	1:44	1:42	1:40	1:40	1:41
Vestido	0:40	0:38	0:37	0:37	0:35	0:35	0:35	0:35
Cuidados	0:38	0:40	0:41	0:43	0:44	0:46	0:46	0:47
Trayectos	0:19	0:20	0:21	0:22	0:23	0:24	0:25	0:25
Voluntariado	0:11	0:11	0:11	0:11	0:11	0:11	0:11	0:11
Total	**4:50**	**4:45**	**4:40**	**4:39**	**4:36**	**4:35**	**4:36**	**4:38**

Fuente: INE (2011).

Se observa en la Tabla 1 cómo la actividad del cuidado[7] concentra mayor tiempo al pasar los años, siendo la tercera con más tiempo de dedicación. Además, este informe (INE, 2011) concluye que los hombres invierten menos tiempo y participan menos en la generalidad de las consideradas actividades domésticas, lo que propicia el mantenimiento de los estereotipos de género.

[7] Como se ha expuesta previamente, se entiende que el cuidado informal no sólo se centra en el cuidado en sí, sino que se incluyen otros factores como la alimentación, el vestido, etc.

***Tabla 2.*- Actividades principales y porcentaje de personas que las realizan en el día y duración media de la actividad. 2009/2010**

Porcentaje de personas que realizan la actividad en el transcurso del día y duración media diaria dedicada a la actividad por dichas personas. 2009-2010

Actividades Principales	Total personas		Varones		Mujeres	
	% de personas	Duración media diaria	% de personas	Duración media diaria	% de personas	Duración media diaria
0 Cuidados personales	100,0	11:32	100,0	11:35	100,0	11:29
1 Trabajo remunerado	33,5	7:20	38,6	7:54	28,6	6:35
2 Estudios	14,8	5:18	14,4	5:27	15,1	5:09
3 Hogar y familia	83,5	3:34	74,4	2:28	92,2	4:25
4 Trabajo voluntario y reuniones	11,8	1:50	9,1	2:01	14,4	1:43
5 Vida social y diversión	57,0	1:43	56,0	1:49	58,1	1:38
6 Deportes y actividades al aire libre	38,4	1:46	41,8	1:57	35,1	1:33
7 Aficiones e informática	29,7	1:52	36,0	2:02	23,6	1:37
8 Medios de comunicación	88,4	3:00	87,7	3:08	89,0	2:51
9 Trayectos y tiempo no especificado	84,6	1:23	87,4	1:25	82,0	1:21

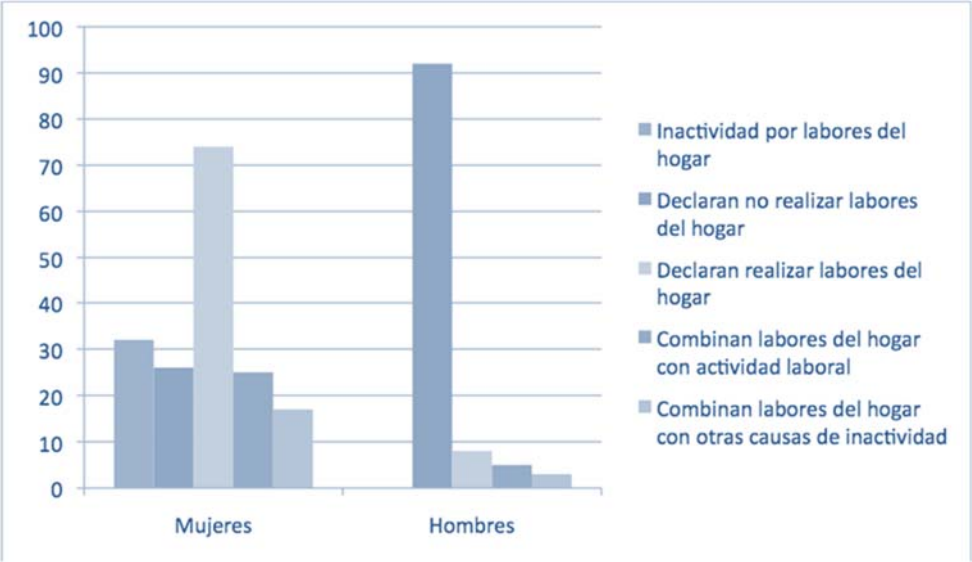
Fuente: Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-2010 INE (2011)

De los datos de la tabla se extrae que hombres y mujeres participan de forma desigual en la realización de las actividades cotidianas. Salvo en el apartado de cuidados personales (comer, dormir, higiene), la mayoría de actividades presentan diferencias significativas en cuanto al porcentaje de personas que las realizan en el transcurso del día. Así, el 38,6% de los hombres trabaja de forma remunerada y le dedica en media casi ocho horas, frente al 28,6% de las mujeres, que, además, trabajan una hora y 20 minutos menos que los hombres. Además, el 92,2% de las mujeres realizan actividades de cuidado informal (domésticas y se ocupan del cuidado de niños, ancianos/ancianas y dependientes), durante casi cuatro horas y media, frente al 74,4% de los hombres (con duración promedio de dos horas y media).

El tiempo destinado por las mujeres a las actividades domésticas se acrecienta cuando existen niños y niñas en edad preescolar en el hogar, mientras que el de los varones tiende a permanecer invariante. Además, la condición de trabajadoras remuneradas de las mujeres no las libera de destinar tiempos considerables a las labores domésticas. Cualquiera que sea la duración de la jornada laboral, ellas dedican mucho más tiempo que los varones a estas actividades.

Así, la diferente distribución del reparto de tiempo entre hombres y mujeres constituye un indicador más del desigual reparto de tareas, sobre todo de las actividades reproductivas, domésticas o de cuidados (Ver Figura 1).

***Figura 1.-* Clasificación por género de la actividad doméstica**



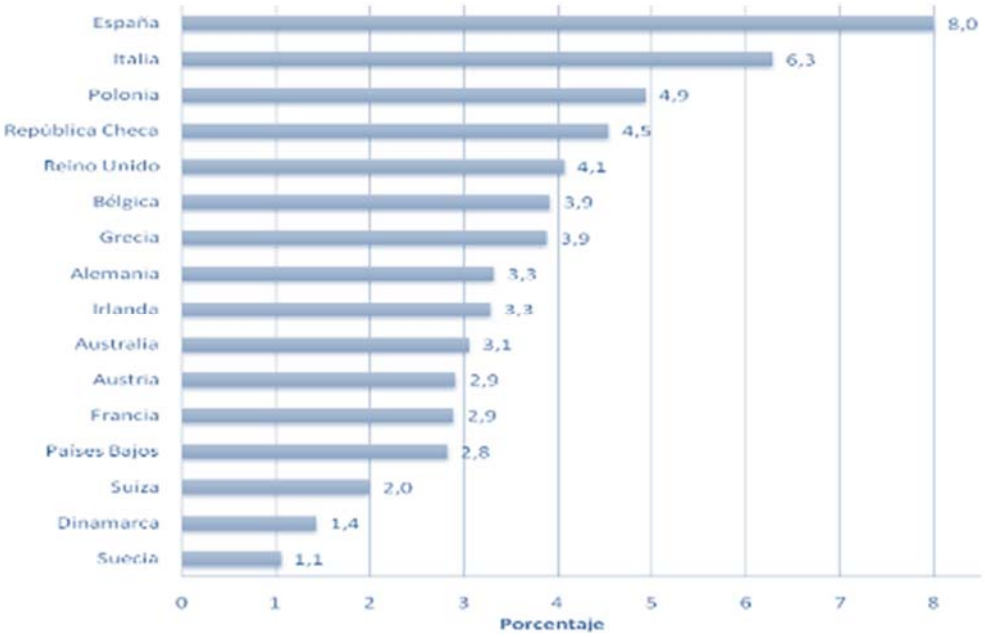
Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2007).

Esto deriva en una mayor carga para las mujeres, que asumen los tiempos otorgados a la esfera doméstica y extra-doméstica, en lo que es conocido como doble jornada, y que redunda en la pérdida de tiempo libre, autonomía y privacidad

Siguiendo en esta línea, en la revisión de la literatura llevada a cabo por Catalán y Garrote (2012) se destacan los siguientes datos:

- La mayoría de la atención de salud se presta en el hogar por mujeres entre cifras que varían en el Estado entre el 72% y el 74%.
- La mujer como es la cuidadora principal en lo que se refiere al cuidado de personas mayores, con cifras que oscilan entre el 60% y 85%.
- La actividad de cuidar conlleva la exclusión del mercado laboral en el 35% de los casos y una reducción temporal en más del 46%.
- Describe al cuidador principal como una persona que forma parte del grupo de edad de 45-64 años y son las mayores de 60 años las que se dedican en mayor proporción (72,5%) al cuidado.

***Figura 2.*- Porcentaje de la población de 50 años y más que dedica más de 20 horas semanales al cuidado informal, 2007**



Fuente: Pazos Morán, 2007.

Pese a las limitaciones que presentan los diferentes métodos para cuantificar el trabajo no remunerado, no cabe duda que el uso del tiempo es uno de los mayores indicadores para dar cuenta de la dedicación de hombres y mujeres a cualquier tipo de trabajo. Y, como hemos visto, entre las herramientas existentes en la actualidad, las encuestas de uso del tiempo son el instrumento más fiable para el acercarse a la realidad del trabajo no remunerado (Durán, 2012).

2.1.7. La crisis de los cuidados

Los cambios sociales generados por el reto que supone el cambio demográfico inciden en el aumento de las necesidades de los cuidados, especialmente por el aumento de la esperanza de vida y por el consiguiente envejecimiento de la población más necesitada de cuidados (mayoritariamente son personas polimedicadas y que sufren alguna enfermedad crónica), a lo que Tobío, Agulló, Gómez y Martín (2010) se refieren como multidependencia.

Cabe recordar que si hoy día el 5,6% de la población española es mayor de 80 años, en el 2060 este índice casi se triplicará, alcanzando el 15%, mientras que solo un

13% tendrán entre 0 y 14 años, según el último informe de la UE sobre envejecimiento en Europa (Informe sobre el Envejecimiento 2015. Proyecciones económicas y presupuestarias para los 28 Estados miembros de la UE (2013/2060)).

Por otra parte, según Constanza Tobio (2005, p. 19), el nuevo modelo de cuidados, en el que se incorporan las mujeres a actividades extra-domésticas, "cohabita con el viejo modelo familiar", basado en la división del trabajo según el género. En lugar de integrarse y crear una nueva articulación laboral-doméstica, el nuevo modelo se ha superpuesto al viejo modelo familiar, dando como resultado un sistema contradictorio e incluso conflictivo. En este punto entran en juego factores asociados a circunstancias vitales que condicionan desde la desigualdad y que marcan metas en el proyecto vital de las mujeres desde condicionantes como la edad, el estado civil, la situación de convivencia y la carga familiar. La mujer se siente responsable del cuidado y existe, como señala Alicia Garrido (2003, p. 94), la idea de que el sacrificio y la renuncia es uno de los costes del cuidado, sacrificio que tiene lugar desde que se renuncia al trabajo laboral por el cuidado, y solo "en situaciones de sobrecarga las mujeres renuncian a dicho sacrificio, pero entonces surge el sentimiento de culpa y la autopercepción negativa como malas madres".

Los problemas para compatibilizar el rol de cuidadora con el ejercicio de una ocupación pueden llegar a suponer para la mujer su salida del mercado laboral. En muchas ocasiones esta situación extrema no es voluntaria y puede venir motivada por factores como la discriminación de las mujeres dentro del mercado laboral; por presiones existentes dentro del propio hogar, fundamentalmente por parte de la pareja, ante la dificultad de conciliar la vida laboral con el cuidado de la familia; o por el convencimiento de que es natural que sea la mujer y no el varón quien renuncie a su empleo para atender las necesidades de familiares (Garrido, 2003).

Soledad Murillo (2006) habla del "malestar de emancipación" al referirse al sentimiento generado en muchas mujeres a la hora de conciliar el espacio doméstico y el mercado de trabajo. En estas mujeres no se experimenta una sensación de logro en estos ámbitos, sino la idea de ir contrarreloj para cumplir con las obligaciones que en ambos lugares se reclaman".

Moreno, Recio, Borrás y Torns (2013) destacan los tres factores principales generadores de esta crisis:

1. Alargamiento de la vida como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y la dependencia.
2. El impacto del llamado declive del modelo "male breadwinner" (patriarcal) con cambios en la estructura patriarcal de familia.
3. El aumento de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo formal.

Por lo tanto, factores como el envejecimiento de la población, los cambios en el modelo de familias, la incorporación de la mujer al mercado laboral o el aumento en número y complejidad de las necesidades de cuidados generan cambios en los diferentes agentes sociales que proporcionan cuidados, lo que produce transformaciones en torno al cuidado, como la que se denomina "crisis del cuidado" que, como afirma Sandra Ezquerra (2011, p. 176), supone una "agudización de las dificultades de amplios sectores de la población para cuidarse, cuidar o ser cuidados".

En este contexto se habla de crisis de cuidados, un fenómeno que surge de la reorganización de las formas de trabajo productivo y reproductivo, manteniéndose no obstante la división sexual del trabajo y la brecha de género, y de la incapacidad de los diferentes sistemas de bienestar para atender a la dependencia (Carrasco, Borderías, y Torns, 2012; Fraser, 2000; Gálvez y Torres, 2010; Hochschild, 2001, 2008; Pérez-Orozco, 2009; Vega, 2009).

Este conflicto de modelos de cuidados se produce tanto a nivel macro, al cuestionar cómo se satisfacen las necesidades de bienestar a partir de la relación Estado/familia/mercado/comunidad, y micro, al poner en tela de juicio la división de tareas entre mujeres y hombres, y entre generaciones (Aguirre, 2007).

Esta crisis de cuidados parte de la desigualdad del trabajo informal, donde se externaliza el trabajo de cuidados surgiendo un nuevo modelo de organización entorno al cuidado hacia las personas dependientes, donde los movimientos migratorios juegan un papel fundamental. Sin ampliar la temática de este estudio, conviene señalar estos efectos que se traducen en la necesidad de compra de cuidados a mujeres,

fundamentalmente inmigrantes, en lo que Hoschhild define como "cadenas globales de cuidados".

No se puede obviar que, como señala Raquel Royo (2011), esta crisis de cuidados tiene lugar en el seno de una sociedad que prima la producción y que ha otorgado el sello de "invisible y gratuito" a una labor socialmente esencial como lo es el cuidado. Como apunta esta autora, para satisfacer las necesidades de la economía, el sistema social, construido desde la óptica del modelo de "varón proveedor", precisa que la mujer ejerza al mismo tiempo la doble función de trabajo reproductivo no remunerado y de mano de obra en el mercado laboral. En este contexto, el trabajo en el sector de cuidados adquiere un carácter transfronterizo, creando flujos de movimientos internacionales y dando lugar a las llamadas cadenas globales de cuidados: hogares en distintos lugares del mundo interrelacionados que se transfieren cuidados de unos a otros (Pérez-Orozco, 2009).

Desde la estructura social se alude a este concepto, que como señala Amaia Pérez-Orozco (2006) el cuidado adquiere dimensiones transnacionales. Se trata de redes dinámicas desde donde se transfieren cuidados en base a ejes de poder (género, etnia, clase social y lugar de procedencia). Este movimiento también se ha denominado "*care drain"* (migración para cuidar) (Bettio et al., 2006) e incluye el traslado de mujeres procedentes de países del sur que se desplazan al norte para satisfacer la creciente demanda de cuidados (Torns, 2011).

2.2. FACTORES ASOCIADOS AL TRABAJO DE CUIDADOS EN LAS MUJERES: EL AMOR, VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PAREJA Y LA SALUD

Una vez establecido el marco conceptual del cuidado informal en los siguientes apartados de esta tesis se han estudiado tres factores que podrían guardar relación con este tipo de cuidado y que precisan un análisis específico para entender cómo se entretejen entre sí y cómo generan relaciones de género que pueden repercutir en el bienestar de las mujeres. Estos son: el amor, la violencia de género, la salud y el apoyo social. Para explicitar la complejidad de las relaciones de cuidado sería preciso abordar las normas que regulan quién cuida y desentrañar las interrelaciones de los otros factores.

La forma en que una mujer es cuidadora podría venir determinada tanto por las características afectivas de su relación como por el contexto cultural y social, donde aprende roles de género que limitan al ámbito doméstico las tareas del cuidado.

Por lo tanto, un primer apartado habría que relacionarlo con la asociación de cuidado y amor, desde donde diferentes autores y autoras señalan cómo el cuidado informal se vincula con una relación de afecto/dependencia dentro de las relaciones familiares. Debemos considerar, así, la influencia que tiene la construcción del amor en la construcción del rol de la mujer como proveedora de cuidados.

Mª Jesús Izquierdo (2003) dice que la mujer cuidadora obtiene satisfacción principalmente de ser querida y valorada y sólo es capaz de valorarse en la medida en que se siente valorada, conectada con el otro, receptiva a sus necesidades, relacionando su valor social con la capacidad de cuidar de los demás, tiene dificultades para enfrentar los conflictos, las oposiciones de intereses, los desencuentros, como lo tiene también para reconocer el valor de lo que hace.

En este apartado nos planteamos profundizar en este tema al plantearnos *¿Por qué cuidan las mujeres?* Esto supone remitirnos al compromiso que desde la socialización se adquiere en el cuidado por amor al otro, desde las relaciones de pareja cobra importancia revisar los factores socioculturales que inciden en el análisis de la permanencia en la relación y satisfacción con la misma.

Como señalan Abel y Nelson (1990, p. 7) se espera que las personas que cuidan proporcionen amor, ya que "en la práctica el cuidado no se puede separar del servicio personal (…) y tanto en el campo doméstico como en el de la fuerza de trabajo asalariado la mayor parte de cuidadores son miembros de grupos subordinados, son lo que dan cuidado por obligación a la vez que por cariño y preocupación". En este sentido, el papel que juega el amor romántico en la construcción del cuidado puede ayudar a desentrañar el rol que desempaña la mujer.

Además, existen otros aspectos, dentro del marco doméstico, que son determinantes a la hora de constituir las relaciones en seno de la pareja/familia, como la dedicación al cuidado de otras personas y la postergación del propio; la sobrecarga física y emocional derivada de la doble y triple jornada; la desvalorización personal y social; el control, el uso y abuso de la sexualidad femenina; la maternidad obligatoria y sin corresponsabilidad social; las dificultades para acceder y permanecer en el empleo; y la precariedad laboral.

Todos estos aspectos relacionados con el trabajo de cuidado podrían tener consecuencias directas en la salud de las mujeres y podrían incluso terminar en situaciones de violencia directa o simbólica. De este modo, el ejercicio del trabajo de cuidadoras podría poner a las mujeres en mayor riesgo de sufrir violencia de género.

Por último, el deterioro de salud de las mujeres, el malestar y la enfermedad de las mujeres que viven este tipo de situaciones se complementa y se explica con el estudio de la relación estrecha entre la salud y la imposición de los mandatos y roles tradicionales de género. De este modo, diferentes autores y autoras ponen de manifiesto que la socialización diferencial incide en la salud de las personas en función del género (Bird y Rieker, 2008, Martínez-Benlloch y Bonilla, 2000; Mingote y López-Dóriga, 2001; Russo y Green, 1993; Unger y Crawford, 1996, Valls-Llobet, 2003).

Por lo tanto, la sobrecarga producida por el trabajo de cuidados podría influenciar directamente a la salud de las cuidadoras. Sin embargo, *¿el apoyo social mengua esta carga?* Este sería otro de los interrogantes que guía el marco teórico.

2.3. SOBRE EL AMOR

Dentro del proceso de construcción social del cuidado informal como elemento de discriminación y desigualdad entre géneros hay un factor que por su gran relevancia merece una atención especial. Se trata del amor, que podría ser entendido como elemento generador de relaciones de poder y de dependencia afectiva en el seno de la familia y la pareja que contribuye al surgimiento y consolidación del rol de la mujer como prestataria "per se" de cuidados y que incluso puede llegar a generar situaciones de violencia de género.

2.3.1. Conceptualización y evolución histórica de los modelos y clasificaciones del amor

Las definiciones y descripciones sobre el amor no se reducen solamente a estados afectivos y sentimientos (Yela, 2000). Para este autor, el amor es un conjunto de pensamientos, sentimientos, motivaciones, reacciones fisiológicas, acciones (incluida la comunicación no verbal) y declaraciones (conducta verbal) que engloban el fenómeno amoroso y que discurren en las relaciones interpersonales, íntimas y sexuales, que pueden ser modificadas por la cultura. Como dice Erich Fromm (1980) el amor no es solo una relación con una persona concreta, es también una actitud. Por lo tanto, el amor no es solo un sentimiento, es también una estructura de vida, como lo es el desamor, vinculado a las mujeres y hombres y relacionada con otras dimensiones como la libertad, la apertura, el sentido de la vida o la creación (Chiappo, 2002).

Más allá de factores bioquímicos, el amor, la atracción y las emociones son construcciones socioculturales, que rechazan la idea de que el amor y la atracción están relacionados con este tipo de factores. Así, se alude a la socialización diferencial que explicarían las diferencias y dinámicas de poder diferentes (García, 2013). En este sentido, Mari Luz Esteban (2011) pone también en cuestionamiento las teorías biologicistas cuando argumenta que las influencias del entorno cultural establecen unas determinadas coordenadas en las que se produce y se consolida este "pensamiento amoroso", y en las que se sentimentalizan a las mujeres, que son vistas como incompletas, particulares y dependientes. Por el contrario, los hombres son percibidos

como completos, universales e independientes, al margen de que tengan o no detrás a alguien o a muchas (normalmente mujeres) que abastezcan sus necesidades físicas o emocionales.

Así, desde muchas teorías de la psicología el amor construye a la mujer como ser emocional diferenciado del hombre. La autora Jessica Benjamin (1996), en su libro "Lazos de amor: Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación", propone una revisión del pensamiento psicoanalítico, discutiendo los planteamientos de Freud acerca del desarrollo psíquico de la mujer construido en subordinación al hombre y sometida en la relación sexual a él. Para esta autora el psicoanálisis ha favorecido que se ignore la relación de igualdad, manteniendo diferenciación entre objeto femenino y sujeto masculino.

Tal y como señala Pilar Rodríguez (2005, p. 140) "el orden sexo género actúa articulando una visión del mundo, una ontología, que diferencia lo masculino de lo femenino, y que permite organizar de manera desigual la división del trabajo y del amor".

A continuación, se presenta una muestra de los distintos autores y autoras los cuales a partir de sus conceptos sobre el amor han mostrado diferentes especificidades y han elaborado sus propios modelos y clasificaciones sobre el amor.

En principio, Hatfield y Walster (1978; 1985) que a finales de los años 70 clasificaron el amor como el amor pasional y el amor compañero. Unos años después, Caryl Rusbult (1983) añade a su modelo el compromiso como la variable que determina la duración de la relación; y Shaver, Hazan y Bradshaw (1988) integran tres sistemas: el sistema de apego, el sistema de cuidado y el sistema sexual/reproductivo.

De manera paralela, Lee (1973, 1988) establece una clasificación que apunta la existencia de seis tipos de amor (Eros, Ludus, Storge, Pragma, Manía y Ágape), en la que los estilos primarios (Eros, Ludus y Storge, que serían como colores primarios) se combinan con los otros, siendo independientes unos de otros. Basándose en esta tipología de Lee, la escala de actitudes hacia el amor de Hendrick y Hendrick (1992) evalúa esta clasificación (Ubillos et al., 2001):

- Eros o amor pasional, "irresistible, con sentimientos intensos, fuerte atracción física y actividad sexual".
- Ludus o amor lúdico, "poca implicación emocional y sin expectativas futuras".
- Storge o amor amistad, "compromiso durable que se desarrolla lenta y prudentemente, y que se basa en la intimidad, la amistad y el cariño".
- Pragma o amor pragmático, "basado en la búsqueda racional de la pareja ideal".
- Manía o amor obsesivo "fuerte dependencia de la pareja, celos intensos, posesividad, desconfianza y ambivalencia".
- Ágape o amor desinteresado, "renuncia absoluta y entrega totalmente desinteresada. Es un amor más bien idealista en el que la sexualidad y la sensualidad no son relevantes".

Posteriormente, y con el objetivo de evaluar estos tipos de amor, Hendrick y Hendrick (1986, 1990) desarrollaron la escala de actitudes amorosas LSA (*Love Scales Attitudes*). Con esta escala, Hendrick y Hendrick (1993) clasificaron las historias románticas descritas por jóvenes universitarios en los seis estilos diferentes de Lee: eros o amor a primera vista (34%), storge (66%), ludus (2%), manía (2%), pragma (17%) y ágape (2%). Más de las tres cuartas partes de las historias descritas correspondían al amor de compañero, seguidas de una tercera parte de ellas que se enmarcaban en el amor pasional.

A finales de los años 80, Robert Sternberg (1989, 1998, 2000) propone clasificar los diferentes tipos de amor en base a su interpretación, partiendo de la premisa de que las personas tienden a enamorarse de personas que representan un papel complementario. En base a este modelo compara al amor con un triángulo conformado por los tres componentes que caracterizan el amor: intimidad (I), pasión (P) y compromiso (C). Los vértices de este triángulo pueden ser diferentes en función de los cambios y el tipo de relación en cuanto a cantidad. Así, se clasificarían en no-amor, cariño, amor apasionado, amor vacío, amor romántico, amor compañerismo, amor fatuo *y* amor consumado.

***Figura 3.*- Componentes básicos del amor**



Fuente: Sternberg (1986, p.129).

En la década de los 90, Anthony Giddens (1995), por su parte, propone tres tipos de amor: el amor pasión, el amor romántico y el amor confluente, con importantes diferencias. Así, los hombres apostarían por el amor pasión, mientras que las mujeres se identificarían más con el amor romántico que irá sustituyéndose por el amor confluente, un amor que no presenta diferencias de género y que al tener una naturaleza más libre es un amor contingente, activo, que no guarda la idea de "para siempre", y la idea de exclusividad "uno, solamente uno", en lo que describe como una "relación pura con mayor autonomía sexual, en lo que define como sexualidad plástica descentrada, liberada de las necesidades de la reproducción (...); liberada de la hegemonía fálica, del desmedido predominio de la experiencia sexual masculina" (Giddens, 1995, p. 12).

El amor, como sentimiento, evoluciona con el paso del tiempo, tal y como apunta Zeifman y Hazan (1997), ya que en una primera fase de la relación el amor se percibe de un modo más fisiológico, pero con el paso del tiempo (dos a tres años) las manifestaciones físicas van dando paso a otras más serenas.

Beck, Ulrich y Beck-Gernsheim (2001) y Beck-Gernsheim, (2003) se hacen eco de estas nuevas relaciones en lo que denominan "multiplicidad creciente de situaciones" desde donde se configura una relación más equitativa en una más amplia gama de modelos, desde la individualización de las sociedades en donde se retrasa la edad de matrimonio, la de tener hijos, dando lugar a nuevas formas de familia: personas que se vuelven a casar, familias monoparentales donde hay que compatibilizar trabajo, familia, amor y matrimonio, a través de una nueva maternidad y paternidad (Beck, Ulrich y Beck-Gerheim, 2001).

Esta nueva forma de sociabilidad se concibe desde lo individual, donde se supone que se libera a las personas de los roles de género, un fenómeno complejo en el que se debe compatibilizar amor y trabajo. "Este juego de indios y vaqueros entre los géneros surge también una contradicción hasta ahora encubierta, absolutamente no erótica, no sexual, es decir, la contradicción entre las exigencias del mercado laboral y las exigencias de las relaciones amorosas, donde y como sea (familia, matrimonio, maternidad, paternidad, amistad)" (Beck, Ulrich y Beck-Gerheim, 2001). Se plantea, pues, un nuevo modelo que tiene dos caras: una personal y otra institucional. Surge así la necesidad de contar son servicios que faciliten los cuidados y las relaciones privadas en el seno de la pareja, como la flexibilidad horaria, el acceso a guarderías, etc.

Por último, Berta García (2013, p. 23) hace referencia al "amor-funámbulo", entendiendo como tal:

> "aquel amor que, para quienes lo experimentan y cimientan, es (o debe ser) una elección tan bilateral como mutuamente ventajosa y auto-realizadora. Este amor contemporáneo y occidental por excelencia ha superado, aunque no renunciado totalmente, al 'romanticismo tradicional': antes bien, se aproxima al 'amor confluent' y a la 'relación pura'. Es un amor más democrático, más individualista, más íntimo, más sofisticado en relación a la inteligencia emocional y a la sexualidad plástica, más igualitario, más utilitarista y, por último, más legalista, en comparación con los modelos normativos anteriores. Sin embargo, se enfrenta con dos tipos de contracciones, tanto externas como internas".

Entre las primeras cabe destacar la flexibilidad del mercado laboral y de la economía, que rompe con los presupuestos psicológicos de la pareja y la familia, y la desigualdad de género. Respecto a las internas, esto es, las que surgen de la propia auto-concepción, se articulan en base a la antinomia "liquidez" versus "apego". Desde esta concepción, el concepto que surge del amor es superior y reduce considerablemente las contracciones del modelo anteriormente vigente.

2.3.2. El amor romántico: Caracterización e idealización

Esteban y Távora (2008) señalan como el amor romántico es parte intrínseca de la subordinación social de las mujeres, por lo que su análisis es necesario para desentrañar los mecanismos de dicha subordinación y, más en general, el funcionamiento del

sistema de género y su posible transformación. Este amor es considerado por otros autores y autoras como amor sexual (Esteban, Medina, y Tavora, 2005).

Así, el amor constituye un tema especialmente complejo cuando se alude a su papel como elemento fundamental de la construcción cultural y la socialización de género, donde el romanticismo sustenta la estructura de pareja y se convierte en eje fundamental en la sociedad occidental. De hecho, en buena medida, las relaciones de pareja, y por tanto el cuidado, se asientan y mantienen sobre la idealización del amor imperante en la sociedad, que estimula la figura del amor romántico (Simpson, Campbell y Berscheid, 1986).

Como apunta Pilar Sanpedro (2005) desde la idea de amor romántico se aprende el significado de otros conceptos relacionados con el enamoramiento: amor a primera vista, sacrificio por la otra persona, olvido de la propia vida, etc. Estas ideas surgen desde la infancia y durante todo el proceso la educación sentimental de las mujeres, las cuales generan que las relaciones que se establecen en base al amor romántico sirvan como puerta de entrada del machismo (Montero, 2013). Por otra parte, Esteban, Medina y Tavora (2005) hacen especial mención a la relación estrecha que existe entre la organización del amor y el ordenamiento desigual del mundo, llegando a la conclusión de que el amor romántico perpetúa la subordinación de las mujeres desde una heterosexualidad impuesta socialmente.

Como señala Anthony Giddens (1995) el amor romántico surge en la época capitalista industrial, con influencia de la división sexual del trabajo y unido a la institución del matrimonio, en donde la mujer ocupa la esfera privada (el habitus doméstico). La relación de pareja se sustenta y consolida en el amor romántico (García Palma et al., 2012), que surge de una red de relaciones entre amor romántico, matrimonio y sexualidad, en donde es el enamoramiento un requisito donde se fundamenta la relación de pareja (Simpson, Campbell y Berscheid, 1986; Ubillos et al., 2001). En este sentido, como apunta Eva Illouz (2009, p. 18): “El amor romántico se ha convertido en un elemento íntimo e indispensable del ideal democrático de la opulencia que acompañó el surgimiento de los mercados masivos, con lo cual ofrece una utopía colectiva que trasciende y atraviesa todas las divisiones sociales”.

2.3.2.1. La idealización del amor romántico

Castells y Subirats (2007) llegan a definir el amor como *"el opio de las mujeres"*. Estas autoras ponen de manifiesto que el amor es concebido como lo maravilloso de la vida y apuntan que las mujeres tienen como meta y destino ideal de este amor la maternidad, entendida como cuidado. Todo ello desde un modelo que les asigna el cuidado de los bebes, como espacio propio y del que serán responsable. La sociedad da por descontado este cuidado, sumándolo al trabajo fuera de casa, lo que llevará a la mujer, desde el amor, a posibles situaciones estresantes. A los hijos e hijas que tendrá que cuidar hasta la treintena, ya que actualmente al abandono del hogar se hace a edades más avanzadas. Según Cristina Palomar (2005) es la moral, los valores sociales o religiosos, y no es el amor, los factores que determina que una mujer "cumpla" con sus "deberes maternales".

A través del matrimonio o la relación de pareja, la mujer es sometida a una presión social marcada por el imperativo de amor para el otro y vinculada al hecho de ser madre. Por otra parte, la mujer tiene acceso al mundo laboral desde la perspectiva de socialización diferenciada siempre y cuando contemple las normas patriarcales: formar una familia instaurada en el concepto tradicional de matrimonio, por ejemplo, ya que es el estado idóneo para alcanzar roles de buena madre, esposa y cuidadora. En este sentido Marcela Lagarde (2001) acuña el término de "madresposa", aludiendo a que no se puede ser esposa sin ser madre. En este modelo de socialización Lagarde (2001, p. 13) señala que "la primera relación amorosa de las personas es con quien las cuida" y, en una relación tradicional de género, es de la madre de quien se aprende los contenidos y objetivos del amor, asumiendo desde la infancia que la maternidad se suma al trabajo doméstico, así como al cuidado.

Desde esta óptica se idealiza el trabajo de la mujer en el entorno familiar y la vida en la esfera doméstica se percibe ausente de conflicto: la mujer debe estar contenta porque su amor por los hijos e hijas y por la pareja la realiza postergando su propia realización para cuando los descendientes sean mayores. Según Coral Herrera (2010) el romanticismo patriarcal impregna las estructuras amorosas invisibilizando la ideología subyacente a una estructura de pareja basada en la propiedad privada (dualidad, la heterosexualidad, la monogamia y el fin reproductivo).

El amor romántico, además, sirve de telón para ocultar agresiones en la pareja, es uno de los pilares para construir relaciones de pareja desde el control. Desde la visión romántica del amor, este se convierte en caldo de cultivo de ideas distorsionadas de este sentimiento, que confunden, por ejemplo, los celos con amor (González y Santana, 2001). Celos, control y otras formas de coerción de la libertad de la mujer podrían ser percibidas como demostraciones de amor. De hecho, es precisamente la concepción irreal del amor a través de la utilización de mitos románticos (Yela, 2003), que se nombrará a continuación, uno de los factores de riesgo más reseñados en estudios sobre violencia de género, especialmente, entre los y las más jóvenes (Bosch et al., 2007; Cavanagh, 2007; Diaz-Aguado, Martínez y Martín, 2013; Shulman y Kipnis, 2001).

Se puede afirmar, según señalan Carvallo y Moreno (2008), que los mitos y estereotipos abundan y que, hoy por hoy, permanece la idea del mundo feliz en el que están el amor, la sexualidad y las fantasías de idealización dentro de lo que se considera el vínculo afectivo-sexual. Esta idealización del amor desde la socialización ha sido señalada por diferentes autores y autoras (Averill, 1975; Averill y Boothroyd, 1977; Bosch et al., 2007; Gómez, 2004; Herrera, 2010; Iglesias, 1987; Longo, 2013; Simon, Eder y Evans, 1992; Mateos, Garrido y Rodríguez, 2014; Simpson, Campbell, y Berscheid, 1986; Sternberg, 1986, 1998; Varela 1997; Yela, 2000 y 2003).

Para Bosch y Ferrer (2011) el amor diferenciado según género, al que denominan amor cautivo, crea falsas expectativas y puede estar en el origen de la violencia de género. Desde una socialización diferenciada las mujeres podrían esperar la aparición en su vida de un "príncipe azul" dentro de un marco caracterizado por la espera, la pasividad, el cuidado y la renuncia. Y de este modo, el amor romántico reproduce la desigualdad (Bericat, 2000; Bosch y Ferrer, 2000; De Miguel, 2008; Esteban y Távora, 2008; Illouz, 2009), y como señala Gilles Lipovetsky (1999; 2002), raras son las mujeres que no soñaron con el gran amor, las que, en un momento u otro de su vida, no expresaron su amor por el amor.

Diferentes investigaciones (Esteban y Tavora, 2008; Ferrer y Bosch, 2013) demuestran que los mitos románticos son abundantes y aceptados por un importante número de personas. Carlos Yela (2003) destaca los siguientes: los mitos de la equivalencia; la media naranja: tenemos una pareja predestinada; la exclusividad; la perdurabilidad del amor a través de los años de convivencia (pasión eterna); la

fidelidad; el emparejamiento: creencia en la monogamia amorosa; la omnipotencia: el amor lo puede todo; y los celos como un signo de amor. De la misma manera, la relación entre el amor y los cuidados a menudo se aborda como si existieran de manera natural, en lugar de reconocer el mito, la costumbre, la ley o las instituciones (Nussbaum, 2001).

Bosch et al. (2007) destaca también que la idea del amor romántico como un proyecto vital que aparece con fuerza en la socialización de las mujeres. En el imaginario social, desde la socialización diferenciada, se promueven relaciones afectivas y/o sexuales diferentes para hombres y mujeres a través de los roles diferenciados, perpetuando el amor romántico, la estructura socio-familiar y el rol de cuidado de la mujer. Como apunta María Victoria Álvarez (2014) se ha vendido el amor romántico como un estado civil ideal cuya finalidad ha sido crear la familia patriarcal, una familia nuclear binarista heterosexual dejando al margen otras realidades (LGTB o colectivos intersexuales) que son entendidas y percibidas como anormales y extrañas. Se legitima, así, el amor romántico a través de la estructura del matrimonio (Segalen, 1983).

Asimismo, Nieves Salobral (2014, p. 385) resalta que el amor romántico:

> "impone metas, reproduce un desarrollo moral sexuado atravesado por la ley del logro, nos orienta hacia los objetos que tenemos que alcanzar para reproducir el estilo de vida perfecto. Sólo tenemos que no pensar, ignorar voluntariamente y avanzar junto al resto, y si ellas buscan amor nosotras también, porque para las mujeres o sujetos feminizados no ser amadas es la frustración que más pone en cuestión su identidad. Asumir la existencia en su sentido de simulacro que no hace más que abrir el hambre de tragar: consumir más y más amor romántico sin parar".

La idealización, como reflexiona Jordi Roca (2008), obliga a la pareja a unirse para siempre, se vincula al matrimonio, la pasión y la durabilidad, es para lo bueno y para lo malo y requiere de nuevas cualidades para las personas: constancia, autocontrol, reclusión en el hogar y calidad de la relación. El amor pasa a ser el eje sobre el que gravita el mundo y por el cual, si es preciso, hay que sacrificar todo.

Desde la estructura social y de poder se insta a las mujeres a buscar pareja bajo el pretexto de la búsqueda del amor ideal, condenándolas a desigualdades, sometimiento y sacrificio. Se construye, así, un modelo de domesticidad donde la familia, y por

extensión el hogar, es el hábitat natural y naturalizado de la mujer, que vive situaciones de conflicto generadas a partir de pautas de igualdad irreales que las nuevas generaciones han asumido al amparo de roles tradicionales, pese a que es evidente la pervivencia de diferencias de género (Melero, 2008). Se impone a las chicas una búsqueda del amor romántico, para organizar y construir un futuro, mientras que para los chicos es la seducción, implicando ganancia. La necesidad de amar es más fuerte en la mujer, pero a la vez es más dependiente, tal y como señala Aurora Leal (2007).

Así, Mariana Longo (2013, p. 7) resalta el hecho de que esta concepción del amor contribuye a la perpetuación de las desigualdades de género, ya que.

> "el amor romántico encaja armoniosamente con la domesticidad, la especialización compulsiva de las mujeres en las emociones y en el trabajo doméstico y nuestra espacialización en la esfera privada deliberadamente des-politizada y por la que solemos estar aisladas unas de otras, en tanto orienta la vida de las mujeres hacia el establecimiento de una relación social que es estridentemente desigual pero que, simultáneamente, es presentada como prioritaria: un vínculo amoroso-sexual, más o menos duradero con un varón".

Se crea así un compromiso que predispone a la mujer a dar cuidados y al hombre a recibirlos. En este sentido, el cuidado crea un vínculo por el cual la mujer es valorada en la medida que es capaz de proporcionar cuidados a los demás, especialmente a su pareja.

Coral Herrera (2009, s/p)[8] utiliza el término romanticismo patriarcal para resaltar el vínculo existente entre amor-propiedad-desigualdad, y señala que este "es más potente que las leyes, se ama desde el concepto de propiedad privada y desde la desigualdad, donde el amor de la mujer en nuestra sociedad es un amor incondicional, abnegado, entregado, sometido y subyugado". Como señalan Esteban, Medina y Távora (2005) el amor no solo es una ideología cultural, construye relaciones de género, desde donde se consolida un amor alienado y alienante que constituye una de las bases del patriarcado moderno (Firestone, 1976; 2003).

[8] Tesis no publicada. Cita extraída de la página: http://haikita.blogspot.com.es/2012/11/la-violencia-de-género-y-el-amor.html

Para acabar con este patriarcado basado en la desigualdad de género, Esteban y Távora (2008) proponen llevar a cabo una deconstrucción del amor romántico y apartarse de la idea de heterosexualidad obligatoria, ubicándolo en un contexto donde no se naturalice la jerarquización de género. Esta idea también es compartida por Marcela Lagarde (s/f)[9] cuando apunta que es necesario "analizar nuestros valores y mitos amorosos para descubrir cuales siguen configurando nuestra idealización del amor. Necesitamos des-idealizar el amor".

2.3.2.2. La estructura del amor: la familia

La sociedad educa en el amor desde un sistema de creencias y de relaciones afectivas que, como afirma Fina Sanz (1995; 2007), es clave para entender el mantenimiento y/o reproducción de un orden social. Según José Luis Sangrador (1993, p. 195), el amor está en la base de una institución social: la familia, en donde existen diferencias de roles cuyo resultado es un incremento del trabajo de la mujer y "las mujeres terminan siendo explotadas aún más que antes".

En este contexto, no debe entenderse la familia como un ente autónomo, ya que forma parte de un entramado social que varía en el tiempo y en el espacio y "deviene de la construcción, a través de determinados procesos sociales o históricos, de un consenso respecto a esa realidad social que se plasma en una serie de leyes, instituciones, normas, símbolos, referentes, etc." (Pichardo, 2008, p. 49).

La familia, extensa en las sociedades preindustriales, ha dado paso a la familia nuclear abriendo así espacios de individualización en los que, como señala María Lameiras (2008, p. 112) "el hombre puede construirse a expensas de la relegación de las mujeres, cuya individualidad queda invisibilizada detrás de la de sus maridos, padres, hermanos o hijos, quedando en un rol de cuidadora de todas las personas de la familia, al albur de la dependencia del marido para resguardar la estructura familiar, a la par que se establece una compleja trama de relaciones de dependencia e independencia, hace de las relaciones entre los géneros una realidad diferente y singular".

[9] Ver más en: http://www.feministas.org/desiguales-por-amor.html

Así, el modelo de familia tipo tradicional propuesto por Talcott Parsons (1976), caracterizado por fuertes lazos de parentesco con división de roles en cuanto a trabajo productivo y reproductivo, ha dado paso en la sociedad actual a relaciones diversas y complejas, emergiendo otro hegemónico modelo de pareja heterosexual y otros muy diversos: parejas homosexuales, parejas separadas, etc. Son varios los factores que han provocado este cambio, siendo los principales la independencia económica, la movilidad social y geográfica que genera un menor apoyo familiar y un mayor apoyo en la relación (Yela, 2000).

Virginia Maqueira (1997) evidencia la diversidad de formas familiares que no siguen el modelo tradicional de familia heterosexual . Jordi Roca (2008) clasifica estas nuevas formas de convivencia en:

- Familias de segundo matrimonio: se producen lazos como hijos/hijas con "dos madres" y/o con "dos padres"; hermanos de padre y/o de madre; mis, tus, nuestros hijos/hijas; dos, cuatro, seis abuelos, etc., existiendo abundante complejidad parental.
- Cohabitación o parejas de hecho: las personas que después de un divorcio si bien vuelven a vivir en pareja no lo hacen de manera formalizada mediante un matrimonio. Establece la variante concubinatos de jubilados, que adoptan una convivencia de este tipo para no ver afectada su pensión.
- L.A.T. (*Living Apart Together*): vivir juntos separadamente, o el vivir separados pero juntos, es una fórmula consistente en el hecho que cada miembro de la pareja mantiene un domicilio propio.
- Familias monoparentales que inicialmente han sido más una consecuencia del divorcio o de la viudedad que no una opción libremente asumida, con uno sólo de los cónyuges y la descendencia correspondiente.
- Las familias gays u homosexuales.
- Las llamadas familias de fin de semana, referidas a aquellas cuyos miembros sólo conviven durante este período debido a razones generalmente de tipo laboral, son otras tantas fórmulas de convivencia y relación más o menos idiosincrásicas de este capitalismo tardío o modernidad avanzada incrustados en la llamada globalización.

No obstante, y pese a la evolución del modelo de familia, se sigue perpetuando el amor romántico, tal y como constataron en su investigación Ferrer, Bosch, Navarro, Ramis y García (2008), donde más del 80% de la población española admitía el amor romántico como estilo preponderante. Mar Venegas (2011) señala que al continuar siendo la pareja estable el ideal, los cambios que se han producido no se han materializado en la práctica.

2.3.3. Las relaciones de poder y de dependencia dentro del amor

2.3.3.1. El poder del amor

Independientemente de cómo cada persona entienda y viva el amor, es importante tener presente que la salud psíquica de una pareja está muy determinada por el modelo de poder que ambos hayan instalado (Coria, 2011).

Anna Jónasdóttir (1993; 2011) nombra lo femenino como el amor, y lo masculino como lo digno de ser amado. Esta conceptualización del poder del amor asigna espacios diferenciados, situándose lo masculino en el epicentro. Por tanto, los cuidados están sedimentados en relaciones de poder (Picchio, 2001; 2003; 2012). En este sentido, Marta Selva (2011) pone de manifiesto que el amor romántico impregnado de valores culturales favorece la formación de vínculos de dependencia y relaciones de poder con la entrega total de la mujer y al dominio del hombre. La ideología sobre la familia "puede considerarse un medio de garantizar y ocultar relaciones de poder y explotación en el seno de los hogares" (Narotzky 2004, p. 171). Es más, Shulamith Firestone (1976) afirma que la fuente de energía y el poder social masculinos es el amor que las mujeres proporcionan a los hombres, lo que indicaría que este constituye el cemento con el que esta edificada la dominación.

La propia vinculación de amor y poder significa que el amor es fuente de poder, y que muchos mecanismos amorosos permiten acumular poder, así: al amar y al ser amados ganamos poder, mientras que al no amar y al no ser amados perdemos poder (Lagarde, 2001). Esto podría significar que la experiencia amorosa es también una experiencia política, ya que el amor reproduce formas de poder y es también un espacio para la liberación y la emancipación política. Si lo relacionamos con el cuidado, Mª Luz

Esteban (2011) recalca el hecho de que por ser las mujeres más emocionales que los hombres se vean relegadas a estas actividades. El amor, en este sentido, se concibe como cuidado para el otro desde una idea de trabajo más que desde la idea de disfrutar o de proporcionar placer.

Como ponen de manifiesto Botton y Oliver (2009), el modelo tradicional corresponde a una sociedad jerárquica patriarcal, con desigual distribución de roles, fundada en relaciones de poder y en un modelo enraizado con la violencia de género, en el que a la mujer le corresponde casarse y al hombre ser cabeza de familia. Desde diferentes agencias socializadoras se enfrenta a la disyuntiva de optar por un amor pasional -en el caso de las chicas buscando el poder y en el caso de los chicos buscando la belleza, un amor que infringe sufrimiento- o escoger a una persona menos atractiva, renunciando de este modo a la pasión.

Como señala Coral Herrera (2011, p. 19) "el poder también se relaciona con el miedo al poder del otro. La mayor parte de las relaciones entre los hombres y las mujeres han estado siempre basadas en el miedo al poder del otro, a la dominación física y psicológica. En este sentido, los hombres siempre han entendido la seducción femenina como estrategia simbólica de dominación por la vía de la sutil persuasión". De esta manera, las relaciones que se establecen entre estructura y sentimiento precisan del análisis del cuidado, el por qué se cuida o el por qué se tienen que satisfacer las necesidades de las demás personas, y obligan a reconsiderar estas estructuras y mecanismos, tal y como propone Dolors Comas (2014).

Desde el amor en una sociedad patriarcal la mujer renuncia a una parte importante de sus intereses a costa del mantenimiento de la relación amorosa, en un espacio privado. Nancy Fraser (1997) hace referencia al poder doméstico patriarcal desde donde se configura un orden familiar estructurado en una cultura que pivota en torno a la figura masculina.

Por otra parte, Eva Illouz (2009) destaca la influencia del poder económico en el amor, construido en un contexto cultural. Esta construcción está influenciada por los medios de comunicación que venden amor y desamor. Zygmunt Bauman (2007) apunta el concepto "de amor liquido" para referirse a la gran velocidad de consumo de sexo,

amistad y relaciones de pareja donde el amor ya no es estable y desde donde se conforma una estructura de red desde la que es posible conectarse o desconectarse.

Este nuevo concepto de amor, que describen autores y autoras como Illoz (2009) o Bauman (2007), no está exento de nuevas formas de violencia de género, donde el patriarcado se adapta a los nuevos cambios de formas de relacionarse: sexting, toothing, etc.

En ocasiones, el control sobre la mujer por parte del hombre deriva en un sentimiento de propiedad que se extiende incluso más allá de la relación de pareja, ya que una vez extinguida ésta por iniciativa de la mujer el hombre se sigue creyendo con derecho al control. Esto da lugar a situaciones como la *sextorsión* (chantaje consistente en la amenaza de hacer público en la red imágenes o momentos íntimos de la pareja o de alguno de sus miembros). Es por tanto necesario hacer referencia a la existencia, cada vez más frecuente y diversificada de violencia y acoso a través de los medios digitales, entendido como el daño continuado e intencionado ocasionado a través de medios digitales o internet hecho por una persona o grupo contra una víctima que no puede defenderse por sí misma, con el fin de humillar, agredir, maltratar, difamar, insultar, amenazar o desprestigiar (Patchin e Hinduja, 2006). Esto es especialmente frecuente entre los jóvenes que se socializan indistintamente en dos mundos paralelos, el real y el virtual (Megías y Rodríguez, 2014), generando nuevos modos de relación afectiva y, por tanto, de parejas. En este entorno se promueven cada vez con más normalidad actitudes de control y de dominación (Mateos et al. 2014).

En el caso de los agresores más jóvenes es especialmente preocupante el que adopten estrategias online de control/poder/posesión sobre la mujer reforzadas por la sociedad, los estereotipos culturales y las instituciones que siguen primando el estatus y poder de los hombres.

El hombre se hace dueño único del concepto de amor como fuente de poder, generando la plusvalía emocional, y como apunta Anna Jónasdottir (1993) el hombre se apropia de los cuidados y del amor de la mujer, tanto directamente como a través de los hijos/hijas. De ese amor y cuidado que las mujeres dedican a los hombres es de donde ellos sacan la autoridad y la seguridad que necesitan para seguir ejerciendo el poder. Si el capital es la acumulación de trabajo alienado, la autoridad masculina es la

acumulación de amor alienado, no sólo en la apropiación del trabajo doméstico de las mujeres, sino también en la apropiación de su dedicación emocional.

Por todo ello, para Arlie Hochschild (2003, 2008) las mujeres están divididas emocionalmente entre las exigencias del trabajo y las demandas desde la familia: los intentos de la mujer porque su pareja comparta los cuidados -aún cuando logra que esto suceda, ella sigue siendo la responsable- provocan tensiones en la pareja. Rohde-Dachser (1995) habla de la renuncia de una mujer a sus propias necesidades con el propósito de centrarse exclusivamente en las necesidades urgentes de los demás, lo que denominó "la solución depresiva femenina".

Como justifica Marcela Lagarde (1999) las mujeres buscan en el amor la completud, es decir, que el hombre al que aman de sentido a sus vida. Esta dedicación en cuerpo y alma con capacidad para el amor y el cuidado, excluye a las mujeres de espacios de poder, generando su espacio, un espacio domesticado emocional y sexual. Persuadiéndolas de que con el amor encontrarán su plenitud se justifica el amor como eje vertebrador de la relación. De este modo, y siguiendo a Victoria Ferrer y Esperanza Bosch (2013), las vidas de muchas mujeres giran en torno a ese eje que es el amor, a diferencia de la vida de los hombres, donde el amor o la relación de pareja pertenecen a un segundo plano, siendo lo prioritario el reconocimiento social.

Para Simone de Beauvoir (2005) la dependencia que genera la idealización de la figura masculina (el amor romántico) es fruto de una visión religiosa que presenta al hombre como una realidad suprema y constituye uno de los factores fundamentales generadores de violencia machista. Para esta autora, "el simple hecho de amar y de ser amada genera en la mujer un falso sentimiento de seguridad y protección, instaurándose la dependencia de una manera cuasi natural y sin aparente imposición por parte del hombre" (De Beauvoir, 2005, p. 827).

El anhelo de complementariedad y de fusión al que hace referencia Nieves Simón (2009) esconde el chantaje emocional, la posesión cuando existen asimetrías y la manipulación sentimental. Estar a demanda de quien se ama obliga a tener una actitud de alerta para que la entrega amorosa resulte oportuna y agrade. Respecto a estas asimetrías, las mujeres son más capaces de unir el amor y el placer sexual y los hombres son más capaces de separar el amor y el placer sexual (Yela, 2003).

2.3.3.2. La dependencia y la violencia afectiva

Después de lo expuesto hasta el momento, se podría entender que para la mujer renunciar al amor se podría concebir como un fracaso. Desde esa construcción de subordinación, donde el amor todo lo puede, se construye una relación de dependencia caracterizada por complacer al otro con el consiguiente abandono de la propia autonomía y, como señalan Nash y Garrayo (1991), se ignora también la sexualidad de la mujer, la cual estará sometida a la satisfacción del hombre.

Tal y como apunta Simone de Beauvoir (2005, p. 812), la mujer está "destinada al varón desde su infancia, acostumbrada a ver en él un soberano al que no le está permitido igualar, lo que sueña la mujer que no ha aniquilado su reivindicación de ser humano es superar su ser hacia uno de estos seres superiores".

La mujer en ocasiones incluso padece de la considerada la "ceguera amorosa", secundada con ideas vinculadas a la siguientes expresiones: "es el amor de mi vida", "él es bueno", etc. En esta situación la mujer no es receptiva, e incluso rechaza, los consejos de otras personas, incluidos los colectivos profesionales.

Por otra parte, el miedo a la soledad hace a la mujer dependiente de su pareja, desde la no autonomía personal. A la mujer, en su proceso socializador, se la hace dependiente de la felicidad a cargo de la otra persona desde la educación sentimental, como señala Isabel Martínez-Benlloch (2005). El miedo también se instala en las mujeres y chicas jóvenes como apunta Ana de Miguel (2010). El miedo a quedarse sin un hombre, a que el hombre no se comprometa, a que se enfaden, a que las insulten, en definitiva, el miedo a la violencia. Esta percepción de miedo no sólo se instaura en la mujer, también los hombres tienen miedo de perder sus privilegios, y como apunta Ana de Miguel (2010, p. 154) "todo grupo dirigente teme la rebelión de los que previamente ha sometido, de los súbditos, de los subordinados. Y para justificar el aplastamiento de la rebelión les demoniza y finge temerles, igual hasta se lo cree".

Además, debemos tener en cuenta que la feminidad estereotipada otorga un valor vicario a las mujeres, lo que las coloca en una posición de subordinación que genera una baja autoestima y falta de reconocimiento, tal y como afirma Isabel Martínez Benlloch

(2005). Las dificultades e incapacidad de alcanzar los mandatos de género producen efectos negativos subjetivos. Asimismo, las dificultades para cambiar estas idealizaciones culturales y transformar las condiciones de vida opresoras, puede llevar a muchas mujeres a la depresión. La creencia en la pareja ideal hace creer a la mujer que romper el vínculo con su pareja supone un fracaso en la vida, y pese al deterioro de la relación, llega a pensar que la situación mejora por el simple hecho del paso del tiempo, lo que aumenta el riesgo de tolerar una situación de violencia.

Las asimetrías en las relaciones amorosas son evidentes y la conceptualización del amor delimita un campo de desigualdad que genera estilos de relaciones tóxicas, donde puede existir violencia de pareja (Sanpedro, 2004). Sastre, Marimón y Hernández (2003) afirman que si bien el machismo es la forma de dominio, el romanticismo es la respuesta de sumisión. Esta sumisión, como señala Rafael Silva (2013), no está exclusivamente condicionada por valores culturales, sino que también abarca relaciones amorosas, sexualidad y vida reproductiva.

Es desde el amor romántico desde donde se manifiestan actitudes de control y celotipia, que como señala Petit y Prat (2008) son situaciones de abuso y sumisión, aunque se ven como normales o necesarias para afianzar sentimientos. Las relaciones de amor romántico están presididas por los celos, desde donde se desea que la mujer sea exclusiva para él, sin poder elegir otra persona que no sea él, desde una vivencia de constante peligro ante la ruptura de la relación (Velázquez, 2003).

Amurrio, Larrinaga, Usategui y del Valle (2008, 2010) señalan, además, como la violencia de género está intrínsecamente ligada al imaginario social sobre el amor, los modelos amorosos y los modelos de atractivo en los que "hemos sido socializadas y seguimos siendo socializadas". Señalan cómo en esa dicotomía se establece el amor unido al sufrimiento, mientras que explícitamente se nos enseña que violencia y amor son dos conceptos opuestos.

En el análisis de la violencia, Melgar y Valls (2010) destacan el hecho de que las investigaciones no profundizan en las causas donde el amor (romántico e idealizado) es motivo de violencia de género en una relación de pareja. En este sentido, Marta Selva (2011) relaciona el poder con el amor romántico, vinculando ambos, y señala como influyen en la socialización de la mujer ya que desde la misma relación de entrega de la

mujer se establece una relación de dominación por parte del hombre. En este contexto, Pilar Sanpedro (2004) advierte sobre la alta probabilidad que tienen de sufrir violencia aquellas mujeres que buscan el amor romántico con la intención de lograr una relación que dé sentido a su vida. Estas mujeres se ven inmersas en una espiral de violencia, en la que es muy difícil que vean en ese cambio una promesa de vida mejor.

Según señalan Martínez, Bonilla, Gómez y Bayot (2008, p. 110) "la no igualdad fomenta la imposición/subordinación, y, en consecuencia, la violencia" y es desde la familia desde donde impone un poder desigual, unido al principio de autoridad (Blanco, 2006).

Desde la desigualdad en el proceso de socialización hay elementos que explican la violencia de género como determinados perfiles de personas que se asocian con la atracción (dominación, imposición o desprecio), modelos que se heredan de una sociedad jerárquica que valora como natural un amor desenfrenado, inevitable y con sufrimiento (Botton y Olive, 2009). Como revela Patricia Melgar (2009), las mujeres víctimas de violencia de género han sido socializadas en la desigualdad, la violencia y en que ésta resulte atractiva. Además, el sentimiento de amor y atracción hacia el maltratador es una de las causas, con importante incidencia, que dificulta la superación de la violencia de género.

La socialización en el amor deja huella en las relaciones afectivas y sexuales. Basándose en diferentes trabajos sobre la construcción de la violencia, Melgar y Valls (2010), identifican dos limitaciones, que son:

- La consideración del amor como irracional. En el caso de que la mujer afirme estar enamorada, no resultaría posible la transformación de su realidad.
- El centrar el foco de análisis en la construcción de un ideal de amor. Se valora como negativo anhelar el alcance de este amor ideal, idea que es interpretada como un aumento de la dependencia y la vulnerabilidad de la mujer. Así, no se cuestiona la incoherencia de que una pareja que maltrata no se corresponde con ese ideal, pero la relación se sigue manteniendo.

En este mismo sentido, Jacobson y Gottman (2001) plantean otro elemento que contribuye a que algunas mujeres no abandonen una relación violenta: ellas tienen la

esperanza de ayudarles a convertirse en padres y esposos normales. Por ello ponen en marcha mecanismos por parte de la mujer que niegan esta violencia, y que preserva el sentimiento de ilusión y amor, vinculando una petición de amor y de perdón. Este tipo de violencia fue definida por primera vez de manera internacional en 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el artículo 1 de su declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (A/RES/48/104 de 23 de febrero de 1994). Sin embargo, la violencia de género[10] no está únicamente relacionada con el amor. Se trata de un fenómeno poliédrico complejo, que tiene múltiples caras, y repercute en diferentes esferas en la mujer, como la salud y el cuidado.

Como señala Izquierdo (2003, p. 24) el sexismo, y la violencia de género por extensión, ha impregnado profundamente los estilos de vida y las conciencias, y solo recientemente las relaciones familiares han salido del ámbito íntimo al público poniendo de relieve la gravedad de este problema.

2.3.4. El cuidado por amor: la maternidad

El apego juega un papel fundamental en la relación amorosa. Reme Melero (2008, p. 61) engloba bajo este término los lazos emocionales construidos y mantenidos por las personas y que son altamente significativas a nivel relacional, "con derivaciones prácticas en la forma de entender dichas relaciones, de sentirlas y de actuar en consecuencia". Este autor señala que el modo en el que la persona manifiesta su vinculación es la expresión directa de los esquemas mentales construidos a lo largo de sus experiencias afectivas.

La teoría del apego de John Bowlby (1969), por su parte, formula que existe una tendencia para formar vínculos afectivos que generen sentimientos de seguridad. Así, los afectos son necesarios para el desarrollo de la persona. En esta línea, Hazan y Shaver (1994) plantearon que el amor puede ser considerado como la expresión del vínculo de apego en las relaciones afectivas entre adultos, así que prácticas relacionadas con el enamoramiento -la pérdida y el mantenimiento de la relación- concuerdan con la

[10] Se volverá a incidir en este factor en el apartado siguiente del marco teórico con mayor profundidad.

teoría del apego. En el apego se incluye el cuidado y el cuidado del otro/otra (Yela, 2003). De este modo, las necesidades de apego se convierten en las principales motivaciones por las que las mujeres organizan sus vidas (Levinton, 2000). Las jóvenes son socializadas en el amor y en la dependencia, en donde la pareja aparece como una figura indispensable para su felicidad. Por el contrario, a los chicos se les socializa en la independencia y autonomía (Charkow y Nelson, 2000).

En el proceso de la socialización de las mujeres se da una especial importancia al cuidado y mantenimiento de las relaciones de pareja, siendo para un gran número de mujeres un pilar fundamental en sus vidas (Freixas, 2005). Un factor a tener en cuenta es la culpa que generan las mujeres con el cuidado, convirtiéndose en un objeto facilitador de la sumisión (Bañón, 2010). De ahí que este sentimiento, tan estudiado por la psicología, sea también un instrumento político de primer orden en la jerarquización social.

Desde la cultura patriarcal y de cuidado se predispone a la mujer como cuidadora como base ideológica desde la que se construyen toda una serie de mecanismos, mitos románticos, que, como señala Araceli Medrano (2012), son una expresión de las relaciones marcadas por la desigualdad que justifican el machismo, perpetuando el papel dominante de los hombres y asociando virilidad con poder.

Estas creencias entorno al amor, compartidas socialmente, expresan verdades absolutas y poco flexibles, y según Carlos Yela (2003) son ficticias, absurdas, engañosas, irracionales e imposibles de cumplir.

En la relación de pareja, tal y como señala Soledad Murillo (2003), las mujeres asumen como propia una especial relación de cuidado, cuando se decide quién debe hacerse cargo en una situación donde el sujeto masculino debe dedicar todas sus energías a llevar a buen término un proyecto propio. Indistintamente que se trate de superar una prueba (oposición o meta profesional), la mujer sabrá mantenerse a la sombra para que el hombre pueda concentrarse en una actividad que le resulte vital (un aprendizaje resta interacción con los asuntos domésticos).

Desde este ideario se organiza un modelo de transitar por la vida en el que la mujer, que está al servicio de las otras personas “de tanto profundizar en los deseos

ajenos, suelen perder la habilidad para descifrar los propios y, de tanto acomodarse para satisfacer aquellos, terminan haciendo propios los deseos de otros (…) no son pocas las mujeres que ven desplegarse ante sí un enorme desierto intransitable a la hora de buscar los deseos dentro de ellas" (Coria, 2005, p.29). Es cuando Coria (1987 ,1992), plantea relacionarse con el debe y haber, con los propios deseos. Son múltiples las características que se le asignan al amor, principalmente el cuidado, que Aurora Leal (2007) contribuye a la génesis y a la consolidación de un rol femenino dentro de la pareja. Sin embargo, en muchos casos difícilmente ellas llegan a considerar que sus motivaciones personales de vida puedan ser la base de su propio sentimiento de valía.

Dentro de las concepciones culturales que conforman la feminidad, el cuidado es una dimensión fundamental y, más concretamente, la concepción clásica de la maternidad (Bubeck, 1995; Bock y Thane ,1996), vinculando el desarrollo de la mujer y sus hijos e hijas a su relación mutua. Es obvio que este concepto ha evolucionado durante los últimos años pero la esencia permanece invariable asignando de modo innato a la mujer cualidades naturales para el cuidado de los demás. Esto genera la existencia de nuevas formas de explotación entre las propias mujeres. Y es que, como describe María Huertas (2010, pp. 95 -96), "el amor materno y la buena madre que lanza sus dardos a la línea de flotación de las mujeres (...) en etapas de crisis manifiestan sentirse culpables por todas aquellas manifestaciones verbales o de conducta que transgreden las funciones asignadas culturalmente a su rol de género (...) Culpa de infidelidades «sexuales» (...) culpa e insatisfacción con su propio cuerpo (...) de su «frigidez» en relación a una sexualidad masculina exclusivamente coital (...). De las agresiones y hasta de los abusos sexuales (...). A veces ignoran estas aberraciones, las minimizan o tardan en denunciarlos, porque sienten que ellas tienen algo que ver, por no responder a sus demandas sexuales, porque ya están mayores, porque no están suficientemente tiempo en casa, etc."

Haciendo un repaso de los discursos feministas de la maternidad, Belén Nogueiras (2013) señala el cuestionamiento de las categorías inexistentes de "instinto maternal", las "madres patógenas" y la mirada culpabilizadora que conllevan la "buena madre" como la que está "siempre disponible", posponiendo sus deseos y necesidades personales. La maternidad emerge así como la única y completa realización personal. A ello se une el reduccionismo de la maternidad a sus aspectos biológicos, sin

contemplarla como una categoría sociopolítica. Como apuntan Almudena Hernando (2000; 2002) y María Luisa Maqueda (2014) encontramos una orden que imputa a las mujeres roles afectivos, de cuidado, desde donde tienen que conservar la familia, y así, "los deseos propios no importan. De hecho, no existen porque lo único importante es satisfacer los de la instancia superior generadora de orden y sentido" (Maqueda, 2000, p. 19). Nancy Chodorow (1984) señala, por su parte, como desde la sociedad se ejerce un poder sobre la maternidad desde donde el rol maternal adquiere una significación ideológica y psicológica, siendo definidor de la vida de las mujeres.

La cultura del cuidado en el amor pone especial énfasis en lo femenino unido a lo maternal, en donde la mujer deja de existir y, como apuntan Bretones, Solé y Pie (2011, p. 8) "la frase 'ya eres una mujer' durante la pubertad esconde un engaño. En realidad lo que se está diciendo es 'cuidado, ahora puedes ser madre'. Se plantea la posibilidad de la maternidad pero no se responde al enigma de qué es ser mujer. A las mujeres les preocupa y ocupa el cuidado de sus criaturas, haciendo frente a todo tipo de vaivenes personales y familiares, y en ocasiones encarando un 'rol de madre' antes de tiempo".

Desde el cuidado se convierte en ley el mandato adulto de la maternidad, y como señala Catherina Garcia-Murillo (2014, p. 58):

> "la niña debe amar a su muñeca, es su naturaleza. El objetivo de atraer, de ser contemplada, es aprendido a través de ese juguete con el que la niña debe aprender a jugar inventando historias maternales y que es a la vez su propio reflejo. Que la niña se relacione con ese objeto mimético y cree unos estrechos lazos corporales y simbólicos, que ella se vea reflejada en ese objeto que representa un cuerpo sexuado equivalente al suyo, que su principal valor sea el de ser bella, que se le exija cuidarla de cierta forma y representar a través de ella su papel materno: todo esto se convierte en un imperativo simbólico".

En ese binomio sexual-asexual, es en el que se asocia a la mujer con la maternidad de una forma asexuada, desde una construcción cultural, y aunque se ha modificado en el tiempo sigue unida a la construcción familiar del amor, tal y como señalan Tellez y Martínez (2008). La maternidad, al igual que las criaturas, puede ser deseada, pero la maternidad sin pareja y sin la responsabilidad familiar constituye una utopía para muchas mujeres, aunque tengan la posibilidad de decidir tener o no tener hijos (Beck, Ulrich, y Beck-Gernsheim, 2001).

La mujer sufre un proceso en el que se maternalizan todos sus demás roles, y desde un destino de amor y abnegación, que genera "sobre-cargas", las mujeres "deben pre-ocuparse" y ocuparse de las demás personas y satisfacer sus necesidades entorno al cuidado, bienestar y familiar (Martínez-Benlloch, 2005). Además, difícilmente las mujeres pueden desaprender y liberarse de este modelo maternal, que es la base del ideal de feminidad (Coria, 2005).

En esta línea, Anna Rossetti (2010, p. 122) apuesta por hacer una deconstrucción conceptual de la maternidad, ya que:

> "el icono de la maternidad ha consistido durante siglos en una mujer joven, acunando plácidamente a un bebé. Aunque a menudo el poner una vida en el mundo significaba poner en peligro la propia, aunque nuestras propias experiencias -afortunadamente no tan dramáticas- supongan algo más que la contemplación de un recién nacido, aunque exista la contra-imagen de la suegra, que convierte a la madre en un ser bicéfalo ángel-víbora, aunque existan imágenes y discursos, generalmente elaborados por mujeres, de otros aspectos más complejos y menos agradables del asunto, en el inconsciente persiste la figura que enlaza maternidad con juventud, dulzura, ternura, pasividad y contemplación".

Este cuestionamiento de concepto clásico de maternidad plantea nuevos retos que como apunta María Xosé Agra (2010, p. 24): "No es acabar con la familia sino con el privilegio de la familia heterosexual, se trata de redefinir la privacidad, de garantizar la diversidad de y en las familias apelando a argumentos de justicia, libertad e igualdad." O como dice Young (1997, pp. 105-106), un principio básico de la justicia liberal es que las normas que deben regular los derechos y obligaciones relativos a intercambios, relaciones y estructuras institucionales, no deben privilegiar una forma particular de vida, justo en aras de la libertad. Sin embargo, "la institución del matrimonio viola este principio con consecuencias opresivas y de desventaja para mucha gente".

2.4. SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PAREJA

Cuidado y violencia parecen, a priori, dos términos contrapuestos y antagónicos; sin embargo, bajo la excusa del amor, el cuidado en la esfera de la pareja y de lo cotidiano podría generar situaciones de violencia de género, una violencia oculta y silenciada que rara vez traspasa el ámbito de lo doméstico. Esta problemática podría ser especialmente preocupante en el caso de mujeres de edad avanzada que asumen el cuidado de sus parejas, y en su caso, la violencia hacia ellas, como algo natural. Para abordar esta cuestión es necesario delimitar y conceptualizar el concepto de violencia de género.

2.4.1. Evolución normativa del concepto de violencia de género

Ésta fue definida por primera vez de manera internacional en 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el artículo 1 de su declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (A/RES/48/104 de 23 de febrero de 1994) como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada" (ONU, 1993, p. 4). Además, se reconoció a su vez que las causas de la violencia contra la mujer podrían ser estructurales.

Este fue el primer instrumento internacional que abordó de forma explícita la violencia contra las mujeres y que estableció un marco para la acción nacional e internacional, e inspiró la primera de cuatro conferencias mundiales que llevaron la problemática de la violencia de género a las agendas de política mundial (Bosch, Ferrer, Navarro y Ferreiro, 2010).

En la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres celebrada en Pekín se desarrolló “La Declaración de Beijing” (1995), en la que se definió la violencia de género como "todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico,

sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada" (ONU, 1995, p. 51).

En este sentido, esta declaración es el documento más completo producido por una conferencia de las Naciones Unidas con relación a los derechos de las mujeres. El debate se centró en el concepto de género y se reconoció la necesidad de una reevaluación tanto de la estructura social como de las dinámicas propias en las relaciones entre mujeres y hombres a la luz de este concepto.

Especialmente interesante resulta la definición de violencia contra las mujeres como:

> "una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana especialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se le asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad" (ONU, 1995, p. 52).

Por su parte, en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) se aportó una definición específica de violencia de pareja, entendiéndola como "aquellas agresiones físicas, como los golpes o las patadas, las relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual, los malos tratos psíquicos, como la intimidación y la humillación, y los comportamientos controladores, como aislar a una persona de su familia y amigos o restringir su acceso a la información y la asistencia" (OMS, 2002, pp. 17 - 18).

Estos acontecimientos son algunos de los más representativos en el trabajo sobre la violencia de género, pero también han sido partícipes de este desarrollo una serie de momentos clave a nivel internacional y europeo que se presentan en la Tabla 3.

***Tabla 3.*- Hitos en la consideración de la violencia contra las mujeres por los diferentes organismos internacionales**

AÑO	HECHO	APORTACIÓN
1945	Carta de las Naciones Unidas. San Francisco.	Realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario y el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos fundamentales de todas las personas sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión (artículo 1.3).
1948	Declaración Universal de los Derechos Humanos.	Respeto a la dignidad e integridad de la persona sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de sexo (artículos 1 y 2.1).
1966	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Nueva York.	Los Estados partes se comprometen a garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos civiles y políticos (artículo 3).
1975	I Conferencia Naciones Unidas sobre las Mujeres. Ciudad de México.	Fue convocada por la Asamblea General de las Naciones Unidas para concentrar la atención internacional en la necesidad de elaborar objetivos orientados hacia el futuro, estrategias y planes de acción eficaces para el adelanto de la mujer. Con ese fin, la Asamblea General identificó tres objetivos que se convertirían en la base de la labor de las Naciones Unidas en beneficio de la mujer: • La igualdad plena de género y la eliminación de la discriminación por motivos de género • La integración y plena participación de la mujer en el desarrollo • Una contribución cada vez mayor de la mujer al fortalecimiento de la paz mundial
1976	Tribunal Internacional de Delitos contra la Mujer.	Asisten 2.000 mujeres de 40 países que discuten sobre distintas formas de violencia de género y proponen medidas de acción.
1979	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Nueva York.	Se instó a los Estados firmantes a establecer medidas legislativas y de otra índole que prohíban la discriminación contra la mujer. Ratificada por España el 16 de diciembre de 1983.
1980	Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer. Copenhague.	El Consejo de Acción Europea para la Igualdad entre Hombres y Mujeres señala que la violencia física, tanto sexual como en la pareja, debería ser legislada por los estados miembro.
1985	Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer. Nairobi.	Se introduce el término empoderamiento.
1986	Parlamento Europeo	Resolución sobre las agresiones a mujeres que recomienda a sus estados miembros emprender medidas para afrontar el problema.
1987	Comisión Europea	Publicación del "Informe Rubinstein" que pone de manifiesto la importancia del acoso sexual como problema y aporta una definición del mismo.
1992	Comisión Europea	Comité para la eliminación de la discriminación contra las mujeres (CEDAW) para la vigilancia de la ejecución de la Convención.
1992	Tratado de la Unión Europea. Maastrich.	El principio de igualdad no obstará para que los Estados miembros puedan adoptar medidas de acción positiva (artículo 6).

AÑO	HECHO	APORTACIÓN
1993	Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos. Viena.	Se reconoce que los derechos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos. Adopta la Declaración y el Programa de Acción de Viena (a/conf. 157/23), donde se reconocen los derechos humanos de las mujeres como parte de los derechos universales.
1993	III Conferencia Ministerial sobre igualdad entre mujeres y hombres Roma.	Declaración política sobre la necesidad de combatir la violencia contra las mujeres y Resolución sobre violencia y abuso sexual contra las mujeres.
1993	Asamblea General Naciones Unidad (20 diciembre)	Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.
1994	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo.	Programa de Acción que recalca que el avance de la igualdad en materia de género, el empoderamiento de la mujer y la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer son las piedras angulares de los programas relacionados con la población y el desarrollo.
1995	Cumbre Mundial para el Desarrollo Social. Copenhague.	Programa de Acción donde se condena firmemente la violencia contra la mujer, centrándose en la violencia contra el niño y la niña, la violencia en el hogar y la violación.
1995	Conferencia Mundial sobre la Mujer. Pekín.	Se destaca la importancia de la igualdad y no discriminación por razón de sexo. Declaración de Pekín y Plataforma de Acción para garantizar los derechos de la mujer.
1996	49ª Asamblea Mundial de la Salud	Resolución 49.25 que constata el aumento notable de violencia de género; se reconocen sus graves consecuencias psicológicas y sociales para las mujeres y el desarrollo social; se declara prioridad de salud pública; se insta a sus estados miembro a evaluar el problema y a tomar medidas para prevenirlo y resolverlo.
1997	IV Conferencia Ministerial sobre Mujeres y Hombres del Consejo de Europa. Estambul.	Se insta a los Estados miembros a preparar un Plan de Acción para combatir la violencia contra las mujeres.
1997	Declaración Final de la Segunda Cumbre del Consejo de Europa, firmada en 1997. Estrasburgo.	Los Jefes de Estado y de Gobierno afirman su determinación de combatir la violencia y la explotación sexual que sufren las mujeres.
1997	Tratado de Amsterdam (firmado el 2 de octubre de 1997 por los ministros de Asuntos Exteriores de los quince países miembros de la UE), art. 141 TCEE.	Modifica el artículo 6 (antiguo artículo F) del Tratado de la Unión Europea para consolidar el principio del respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. Introduce nuevas disposiciones relativas a la igualdad entre el hombre y la mujer: consagra como objetivo de la Unión el principio de igualdad entre ambos sexos (art. 2 TCEE), incorpora la perspectiva de género en todas las actuaciones comunitarias y, en concreto, establece que "*en todas las actividades contempladas en el presente artículo, la Comunidad se fijará el objetivo de eliminar las desigualdades entre el hombre y la mujer y promover su igualdad*" (art. 3 TCEE), atribuye al Consejo la competencia para adoptar acciones adecuadas para combatir la discriminación basada en el sexo (art. 13 TCEE) y profundiza en la regulación de las acciones positivas en relación con el principio de igualdad de retribución

AÑO	HECHO	APORTACIÓN
1999	Comisión Europea	Campaña de Sensibilización ante la Violencia contra las Mujeres.
2002	Recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa	Sobre la protección de las mujeres contra la violencia. Entre otras cosas, establece que el acoso por razones de género y el acoso sexual constituyen discriminación y deben prohibirse.
2004	Tratado por el que se instituye una Constitución Europea, acordado por el Consejo Europeo de Bruselas de 18 de junio de 2004.	En relación con la igualdad de género, la Parte 1, artículo 1.2, incluye la igualdad entre mujeres y hombres como un valor de la Unión, y el artículo 1.3 establece que la Unión fomentará la igualdad entre mujeres y hombres
2011	Convención de Estambul del Consejo de Europa	Es el primer mecanismo vinculante en Europa para proteger, prevenir, perseguir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres.

Fuente: Basado en Sanmartín, Molina y García (2003); en el *I Plan de Igualdad de Oportunidades de la Comunidad Foral de Navarra (2006/2010)* y en la Organización de los Estados Americanos (OEA) y el Consejo de Europa (2014).

A nivel del Estado Español, la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de género define la violencia de género como: "una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas por sus agresores carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión y que tiene como resultado un daño físico, sexual o psicológico" (BOE núm. 313, p. 42.166). Esta ley resulta pionera ya que introduce por primera vez en España la perspectiva de género como análisis e incorpora factores socioculturales e históricos como causa de la violencia de género. De este modo, se reconoce la violencia como un asunto social, y no privado, lo que para Bosch y Ferrer (2000) implica un mayor conocimiento del problema, así como un nuevo modo de analizar sus causas; y por tanto, una oportunidad para sugerir actuaciones preventivas. Para entender la denominación de violencia de género es preciso también tener en cuenta las características sociales atribuidas a hombres y mujeres. De esta forma, se observa que la mayoría de dichas características son construcciones culturales, producto de la sociedad y no proceden únicamente de la naturaleza biológica (Casique y Furegato, 2006).

2.4.2. Conceptualización y contextos de la violencia de género

La violencia contra las mujeres puede darse en distintos contextos. A continuación, en la Tabla 4, se presenta la propuesta de Heizer (2000) donde se realiza un análisis de los mismos:

***Tabla 4.*- Los contextos de la violencia de género**

Violencia en la familia[11] (Violencia doméstica[12])	Violencia en las relaciones de pareja Violencia en las relaciones de noviazgo
Violencia en los conflictos armados	Violación como arma de guerra.
Violencia en la sociedad	Agresiones sexuales Explotación y tráfico de mujeres *Con fines sexuales* *Con otros fines*
Violencia en el ámbito laboral	Acoso sexual Bullying / mobbing
Violencia en los medios de comunicación	Explícita *Pornografía* *Violencia física* *Representaciones de violación o de esclavitud sexual* *Utilización de mujeres y niñas como objetos sexuales* Implícita *Estereotipos sexistas (imagen de la mujer: como objeto sexual, ama de casa, "estándar de belleza inalcanzable",…)*
Violencia institucional (perpetrada o tolerada por el estado)	Física Emocional Sexual Aborto o esterilización forzada
Violencia en las tradiciones culturales	Mutilación genital femenina Matrimonios precoces Crímenes por honor Crímenes por la dote Ejecuciones extrajudiciales Agresiones con ácido

Fuente: Heizer (2000).

[11] Si bien existe una extensa discusión entre diferentes autores (Alberdi y Matas, 2002; Bonino, 1999; Fernández, 2002) por la falta de concreción sobre el género y la identidad del agresor y víctima al hablar de violencia doméstica, en la presente tesis se tomará como concepto la violencia ejercida por el hombre hacia la mujer en el ámbito doméstico.

[12] Actualmente se está sustituyendo este término por el de "violencia infligida por la pareja" (OMS, 2013).

Hay un largo debate sobre la expresión más adecuada para referirse a la violencia ejercida contra las mujeres: violencia familiar, violencia doméstica, violencia en la pareja, violencia de género, violencia contra las mujeres, violencia sexista, violencia machista, dating violence, terrorismo doméstico, etc. Cada uno de estos términos pone énfasis en un aspecto de esta compleja realidad y cada uno tiene unos referentes. Ya lo indican Lakoff y Johnson en su libro *Metáforas de la vida cotidiana* (1995): "En todos estos casos una diferencia de forma indica una sutil diferencia de significado, así, no podrían expresar las diferentes conceptualizaciones el mismo problema siendo el lenguaje un elemento clave". (…) Nuestros conceptos estructuran lo que percibimos, cómo nos movemos en el mundo, la manera en que nos relacionamos con otras personas. Así que nuestro sistema conceptual desempeña un papel central en la definición de nuestras realidades cotidianas (…)" (Lakoff y Johnson, 1995, p. 187). Es razonable suponer que las palabras solas no cambian la realidad y que los cambios en nuestro sistema conceptual transforman lo que es real para nosotros y nosotras y afectan a la forma en que percibimos el mundo y actuamos sobre la base de esas percepciones[13]. Esta es otra parte del problema en la definición: el hecho de encontrar palabras veraces que no mientan acerca del fenómeno, que no alteren el fenómeno y que no sean enunciados falsos. Sin embargo la palabra, la gestalt, la metáfora puede tener un papel transformador, ¿existe algún constructo que sea motor del cambio? Definir la violencia contra la mujer requiere un esfuerzo que beneficie a las mujeres. Se necesita de un constructo independiente de verdad, en el que el concepto se adapte a las experiencias de las mujeres.

Por lo tanto, el hecho de denominarla desde diferentes términos, hace que se valoren las especificidades que la formulan; y por ello, cabe pensar que el concepto de violencia está lleno de matices, sutilezas y complejidad. El discurso social contiene significados y acciones que nos marcan el cómo entendemos la realidad. Autores como Max Weber (1944) hacen referencia a la violencia ejercida por quien posee la autoridad: la violencia legitimada.

[13] En el capítulo 24 (p. 202) estos autores exponen como la verdad es siempre relativa a un sistema conceptual, que es definido en gran medida, por medio de metáforas .La mayoría de nuestras metáforas se han desarrollado en nuestra cultura en largos periodos de tiempo, pero muchas también son impuestas por la gente en el poder, los líderes políticos, religiosos, los grandes de los negocios, de la publicidad, los media, etc. En una cultura donde el mito del objetivismo está vivo y la verdad es siempre verdad absoluta, la gente que consigue imponer sus metáforas sobre la cultura consigue definir lo que es verdad,lo que consideramos que es verdad.

Por lo tanto, y teniendo en cuenta la desigualdad en la relaciones de las mujeres en torno al cuidado, se propone la terminología de violencia de género como la más adecuada por ser este un factor determinante en la explicación de aspectos de esta tesis como el cuidado, en la que se establece esta ligadura entre género y violencia basada en un sistema conceptual no arbitrario, ya que existen relaciones desiguales entre géneros. Y porque desde este marco se puede entender el poder de la pareja como práctica de explotación para el cuidado. Esa asimetría de poder en las relaciones entre hombres y mujeres viene definida, como señala Milagros Amurrio et al. (2010), por el poder social que impone un tipo concreto de feminidad y de masculinidad, que definen comportamientos y actitudes diferenciados que afectan a la totalidad de la vida social.

La OMS (2003) especifica, por su parte, que la violencia de pareja se refiere a cualquier comportamiento dentro de una relación íntima (actual o pasada) que puede causar daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación sean o no del mismo sexo[14]. Pese a que la violencia de pareja ha estado presente a lo largo de la historia, ha sido una cuestión invisibilizada y no reconocida porque se aceptaba como parte del orden establecido; es decir, como un derecho del marido, y parte a su vez de la vida privada de las parejas donde no había que intervenir (Bosch y Ferrer, 2000). Por lo tanto, es algo aprendido y fundamentado a través de las tradiciones del dominio masculino, la religión y las reglas sociales (Zurita, 2013), por lo que este tipo de violencia se da en un estructura patriarcal que naturaliza el sometimiento de la mujer al hombre (Ferrer, 2007; Maqueda, 2006) y se convierte en una determinada forma de entender las relaciones entre hombres y mujeres. De hecho, todavía hoy en día se asumen diferentes roles al socializarse las mujeres de forma diferente que los hombres. Esta diferenciación de roles, asentada en un sistema patriarcal de relaciones de género, dirige a la mujer a temas como el cuidado, el trabajo doméstico, la educación de los y las hijas, además de retroalimentarse por los micromachismos cotidianos que sufren.

Estos micromachismos, concepto creado por Bonino (1995) y estudiado por diferentes autores como Ferrer, Bosch, Navarro, Ramis y García (2008), Lomas (2003), Ruiz - Jarabo y Blanco (2005), entre otros, se refieren a conductas sutiles y cotidianas

[14] El interés de esta tesis es el estudio de las relaciones de violencia sufridas por las mujeres a manos de sus parejas (hombres), teniendo en cuenta el peso de la cultura patriarcal. Es por ello, que a pesar de estar de acuerdo con esta acepción, la presente investigación se centra sólo en relaciones hombre - mujer.

que constituyen estrategias de control y microviolencias que atentan contra la autonomía personal de las mujeres y que suelen ser invisibles o, incluso, estar perfectamente legitimadas por el entorno social y que tienen como objetivo perpetuar la situación de desigualdad. Algunos de ellos serían los que influyen en la invasión de los espacios físicos y simbólicos, la generación de seguridad y temor, la relegación de la mujer hacia el rol femenino tradicional y las maniobras de control e infravaloración. Por su parte, los estereotipos del papel de la mujer en las relaciones de pareja, los cuales desempeñan un papel determinante en el mantenimiento de este tipo de violencia (Lorente, 2001), son resultado de expectativas sociales, experiencias pasadas, exposición a modelos prototípicos e interacciones cuyos resultados reciben distintos tipos de refuerzo (Barberá, 1998).

Por lo tanto, según estos autores/autoras se podría considerar que la violencia de género es una problemática compleja y fundamentada en las desigualdades construidas social y culturalmente entre hombres y mujeres y que está legitimada y reproducida por las instituciones y prácticas sociales. Este tipo de violencia tiene unos rasgos particulares que la diferencian de otros tipos de violencia (Alberdi y Matas, 2002; Ruiz - Jarabo y Blanco, 2005), que son:

- La invisibilidad social que se produce principalmente dentro de la intimidad del hogar. Además, la transmisión de valores culturales hacia la mujer, en la que la preparan para mostrar una predisposición para mantener y cuidar las relaciones de pareja, la sitúan en un estado de vulnerabilidad para tolerar y justificar las conductas violentas.
- El método de control y/o castigo con el que los agresores utilizan la violencia para asegurar la sumisión de la mujer.
- El sentido de culpabilidad: muy relacionado con la característica anterior. La persona agresora distorsiona el sentimiento de culpabilidad y responsabiliza a la mujer del daño sufrido justificándose afirmaciones de que ella le provocó o de que se lo merecía. Por otro lado, la mujer siente culpa por no ser capaz de protegerse.

2.4.3. Tipos de violencia

Como se ha visto en el punto anterior, la violencia de género es un concepto dinámico y complejo que varía en función de las circunstancias sociales en las que se da. La mayoría de la literatura sobre este tema clasifica la violencia de pareja en violencia física, violencia psicológica (psíquica o emocional) y violencia sexual, en función de la naturaleza de los actos ocurridos durante los episodios de violencia (Alberdi y Matas, 2002; Crawford, 2002; ONU, 1993; Oram, Trevillion, Feder, y Howard, 2013; Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño, y del Río-Lozano, 2007). Estas manifestaciones no se dan en forma independiente, sino que están interrelacionadas. Así, la violencia psicológica generalmente precede a la violencia física (Vizcarra, Poo y Donoso, 2013) y hay que considerar también que la violencia física puede existir sin violencia psicológica, pero generalmente no a la inversa (Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco, 2004).

El Ministerio de Sanidad (2007) define distintos tipos de violencia.

- Violencia física: cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer. Labrador et al. (2004) añaden que se considera violencia o maltrato físico cualquier conducta que implique la utilización intencional de algún instrumento o procedimiento para afectar el organismo de otra persona, de modo que encierre riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de dicha conducta.
- Violencia psicológica: Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Sus manifestaciones son las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono. Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual. Además, en el caso de la violencia ejercida contra las mujeres por la pareja o expareja deben tenerse en cuenta dos elementos importantes: la reiteración de los actos violentos y la

situación de dominio del agresor, que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima.

- Violencia sexual: Ocurre siempre que se impone a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad, tanto por parte de su pareja o por otras personas. Las agresiones sexuales comprenden cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación. Los abusos sexuales comprenden también cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, pero realizado sin violencia ni intimidación, aunque siempre sin que medie el consentimiento de dicha persona.

En el ámbito laboral, el acoso sexual es también una forma de violencia contra la mujer. Existe cuando se solicita a la mujer (para sí o para un tercero) favores de naturaleza sexual, provocando con ello en la mujer una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante. Existen además otras formas de violencia sexual menos estudiadas en nuestro país que no pueden obviarse, como por ejemplo las mutilaciones sexuales, el tráfico de niñas y mujeres o el turismo sexual, entre otras. Estas formas de violencia también son violencia de género.

Algunos/algunas autores/autoras como Barragán, 2006; Bosch y Ferrer, 2002; Consejo de Europa, 2007; Rey - Anacona, Mateus - Cubides y Bayona - Arévalo, 2007; Torres, 2004; añaden otros tipos de violencia a las tres formas principales (física, psicológica y sexual) y que coexisten o se presentan de forma sucesiva cuando las relaciones de pareja se caracterizan por el deseo de dominación del hombre sobre la mujer:

- Violencia económica: Consiste en impedir el acceso a la información o el manejo del dinero o de otros bienes económicos. Se materializa normalmente en no dar dinero o darlo en cantidades pequeñas, hacer que la mujer tenga que pedir dinero y rechazar su petición, chantaje económico, etc. Esta situación de dependencia económica aumenta la vulnerabilidad de la mujer, la hace más proclive a otras formas de violencia, acentúa su aislamiento y le impide tomar decisiones concretas para salir de la relación de maltrato.
- Violencia espiritual: consistente en la destrucción de las creencias culturales o religiosas de las mujeres mediante el castigo, la ridiculización o la imposición de un sistema de creencias ajeno al propio.

- Violencia social: significa el aislamiento de la víctima, bloqueando su acceso a apoyos y recursos sociales, o la humillación en las relaciones sociales. Los celos, las sospechas de infidelidad o traición emocional y demandas extremas acerca del tiempo y la atención que les dedica la pareja resultarían en un importante aislamiento de la persona maltratada.
- Negligencia: no proporcionar (o no hacerlo debidamente) recursos financieros o materiales, información o servicios a la pareja, a pesar de que el agresor está obligado legalmente a hacerlo; no brindar ayuda económica o material a la pareja cuando ésta lo necesitaba y el victimario estaba en capacidad de hacerlo o no advertir a la pareja sobre algún peligro para su integridad física o psicológica.

Algunos de estos tipos de violencia van más allá de la propia pareja y se convierten en marco permisivo para ejercer violencia contra la mujer. De este modo, nos encontramos con otros tres tipos de violencia:

- La violencia estructural, en este sentido, es un término estrictamente relacionado con la violencia económica, pero que incluye barreras intangibles e invisibles contra la realización de las opciones potenciales y de los derechos básicos. Estos obstáculos se encuentran firmemente arraigados y se reproducen diariamente con el mismo tejido social, por ejemplo, la negación de la información inherente a los derechos fundamentales y las relaciones de poder en los centros educativos o de trabajo.
- La violencia política o institucional se plasma, por su parte, en el uso de un doble código por el que se legitima alguna forma o expresión de violencia mientras se lucha contra otras formas de ésta. También la omisión de actuaciones contra ella constituye una forma de violencia. Se manifiesta cuando las instituciones (educativas, legislativas, judiciales, etc.) no desarrollan políticas de igualdad de oportunidades o las desarrollan insuficientemente; cuando no se implementan programas de prevención de la violencia; cuando se permite la violencia y/o no se protege a las mujeres que la sufren; etc.
- Por último, la violencia simbólica se refiere a los mecanismos socializadores del patriarcado, incluyendo la invisibilización de las mujeres en los textos, el cine o la publicidad, o su reproducción desarrollando sólo aquellos roles tradicionalmente considerados como propios de ellas, como el rol de cuidadoras.

Habitualmente coexisten diferentes tipos de violencia en una misma relación de pareja, por lo que no es posible establecer un patrón de aparición de violencia en la pareja, (Blanco, Ruiz-Jarabo, García de Vinuesa y Martín-García, 2004), pero sí se puede hablar de que la violencia de pareja implica un control coercitivo, deliberado, repetitivo y prolongado (Burgos, Canaval, Tobo, Bernal de Pheils, y Humphreys, 2012). Normalmente comienza ya en el propio inicio de la relación de pareja con violencia psicológica, mediante detalles que pasan inadvertidos y que poco a poco el cuidado al otro puede minar la autonomía de la mujer, a la vez que va generando dependencia y aislamiento social sin que la mujer lo identifique como violencia (Ferrer et al., 2008).

2.4.4. Teorías explicativas de la violencia contra la pareja

Existen multitud de modelos que explican por qué la mujer se mantiene en una situación de violencia en la pareja (VCP)[15]. Las primeras propuestas explicativas culpabilizaban a la mujer y justificaban la conducta violenta del agresor (Lorente, 2007). Estos son modelos reduccionistas y unicausales que no explican un problema tan complejo, y que ponen énfasis en características individuales de la mujer o el hombre (Bosch y Ferrer, 2002).

A partir de los años 60 se desarrollaron multitud de teorías que explicaban la VCP, pudiéndose agrupar en diferentes teorías de raíz psicoanalítica, psicosocial o conductual, que atribuyen la culpa de los malos tratos a factores individuales, sean estos psicológicos o fisiológicos, que afectan tanto a la víctima como al agresor. En la literatura científica abundan más las explicaciones psicológicas que las fisiológicas (Dobash y Dobash, 1992) y éstas aportan una visión de la violencia masculina como la conducta de algunos hombres enfermos o psicológicamente trastornados (Maynard, 1993). Por otro lado, las teorías psicosociales postulan que los hombres se vuelven individualmente abusivos como respuesta a las presiones sociales y del entorno, como por ejemplo la pobreza, la mala calidad de vida, el desempleo, patrones patriarcales, etc. (Smith, 1989). Otras teorías hacen referencia a un supuesto ciclo de transmisión

[15] A partir de ahora se utilizarán las siglas VCP para referirse a Violencia Contra la Pareja.

generacional de la violencia, según el cual el agresor ha aprendido una conducta que posteriormente reproduce.

En esta tesis se opta por aquellos modelos explicativos que no separan el binomio género y violencia -tal y como sugiere Lorente (2004)- y abordan el problema de la VCP interrelacionando factores sociales, culturales e individuales donde variables como la edad, el trabajo doméstico, la relación de pareja y el cuidado se contemplan como relevantes, descartando los modelos tradicionalistas que consideran que el origen de la violencia de género tiene una explicación en características individuales de la mujer o del hombre. De hecho, se van a tomar como marco de referencia el ciclo de la violencia (Walker, 1979) y la escalada de violencia (Larouche, 1987), la teoría ecológica de Broffenbrener (1977), el modelo de poder y género de Pratto y Walker (2004) y el modelo piramidal de Bosch y Ferrer (2012). Así, el análisis de la VCP pasa por un enfoque estructural y sociológico, más enriquecedor y útil que desde solo un enfoque psicológico y clínico, como señalaran Alberdi y Matas (2002), o como plantea Fina Sanz (2007) no se puede entender la violencia de género al margen del contexto y sólo desde un modelo psicosocial con perspectiva de género.

Desde diferentes teorías se intenta responder a la pregunta de por qué las mujeres siguen en una situación de violencia y no pueden salir de este contexto. A continuación se presentan algunas de estas teorías en profundidad.

2.4.4.1. El ciclo de la violencia (Walker, 1979) y la escalada de violencia (Larouche, 1987)

Una de las teorías más relevantes es la del ciclo de la violencia desarrollada por Leonore Walker en 1979 en la que se describen las sintomatologías de la mujer que sufre violencia y el carácter cíclico del maltrato de las mujeres; utilizando el modelo de indefensión aprendida de Seligman (1975) como base de su teoría. Según este modelo "la indefensión es el estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos son incontrolables", así la respuesta de huida o de reacción está bloqueada en la mujer que padece acontecimientos violentos: haga lo que haga, siempre

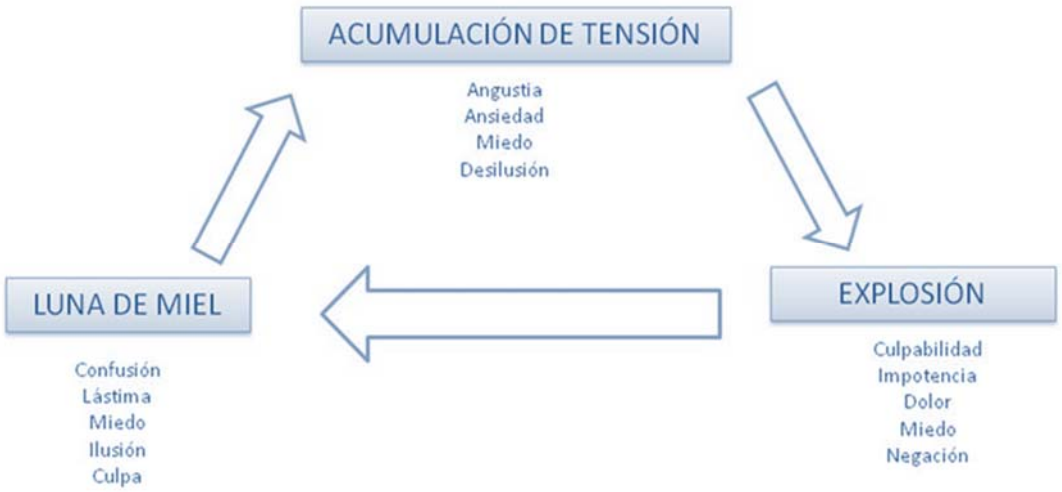
ocurrirá lo mismo. Debido a esto renuncia a efectuar cambios en su vida al no creer en estas modificaciones.

Walker (1979) afirma que la mujer está atrapada en un patrón de comportamiento cíclico, donde se dan tres fases que pueden ser variables en relación a la duración e intensidad:

1. Fase de acumulación de tensión. Aumento de tensión de forma gradual por pequeños incidentes del comportamiento de la mujer que aumentan la hostilidad y el enfado en el agresor, sin motivos comprensibles para la mujer que los atribuye a factores externos (estrés laboral, etc.). La mujer piensa que no puede hacer nada para cambiar la situación y que estos episodios aislados desaparecerán pudiendo adoptar una serie de medidas para manejar dicho ambiente. Con el tiempo, la tensión entre la pareja aumenta dando lugar a incidentes violentos de mayor o menor gravedad. De forma progresiva, en la mujer va aumentando la rabia y poco a poco disminuye el control sobre sí misma y la situación. Se dan episodios en la mujer de angustia, miedo y ansiedad. La mujer en esta fase puede reconocer cuando va a ocurrir el maltrato y prever sus consecuencias, minimizándolas. La pareja puede estar instalada en esta fase durante periodos largos de tiempo o de forma permanente.
2. Fase de explosión de violencia, o fase aguda o estallido de la violencia. Esta fase es la más corta, pero posiblemente la más dañina, al estallar la violencia de mayor o menor gravedad. La mujer no controla la situación, pero es consciente de que no puede cambiarla. En esta fase puede existir violencia física, psicológica y/o sexual sin límites. Después de unas horas se produce la transferencia de la culpabilidad (la víctima asume el papel de victimario). Cuando se acaba esta fase, la situación vuelve a la calma, la mujer adopta una situación de incredulidad hacia la situación de maltrato, no reconoce y niega lo que la está pasando, aunque puede rechazar a la pareja se producen manifestaciones en la mujer de negación, conmoción, etc.
3. Fase de arrepentimiento, de reconciliación o "luna de miel". En esta fase disminuye la tensión, puede existir arrepentimiento del hombre, que sigue necesitando a la mujer y tiene miedo a perderla por lo que en las primeras ocasiones, se disculpa por su comportamiento, mostrándose cariñoso, prometiéndola que no volverá a ocurrir y manifestando su deseo de cambiar de

actitud, volviendo a la supuesta normalidad de la relación. En esta fase hay conductas extremadamente cariñosas y persuasivas para recuperar el control de la mujer (regalos, promesas para dejar alguna adicción, terapias de violencia de género, etc.), aunque los cambios duran poco. También puede ocurrir que el hombre niegue o minimice el abuso, o pida a la mujer que "no le vuelva a hacerle perder la paciencia". Por tanto, esta fase se caracteriza por el arrepentimiento y demostración de afecto del agresor, intentando volver a recuperar la confianza de la mujer, buscando apoyo en familiares y amistades, pero sigue conservando el poder. El maltratador desplaza la culpa hacia la víctima haciéndola creer que ella es la responsable de lo ocurrido y que se merece el maltrato. La mujer está confundida, producto de una manipulación afectiva. Por otro lado, la mujer aunque haya sufrido maltrato se vuelve a sentir querida y necesitada como proveedora de cuidados hacia su pareja olvidando las agresiones.

***Figura 4.*- Ciclo de la Violencia**



Fuente: Elaboración propia basado en el modelo de Walker (1979)

Siguiendo esta teoría, Lorente (2001) acuñó el término de personalidad bonsái para explicar esta situación de VCP, comparando lo que el agresor hace con su pareja con un árbol al que se le impide crecer:

- La persona agresora va podando cualquier iniciativa que tome la mujer, es el único que, a su antojo, riega y cuida el bonsái (así corta los lazos con el mundo exterior, aislando a la mujer).

- Controla su crecimiento, por lo que las escasas manifestaciones de afecto, van empequeñeciendo cada vez más a la mujer. El maltratador se vuelve a sentir seguro, después que la mujer le haya perdonado y el ciclo se repite.

La repetición del ciclo hace que los períodos de violencia aumenten con más frecuencia, y los de luna de miel se hagan cada vez más cortos. Esto lleva a la mujer a tener menos control de su situación, perdiendo la confianza en sí misma y sometiéndose al control del maltratador. Este patrón cíclico de la violencia puede aplicarse a muchas mujeres que sufren VCP, aunque no siempre entre las diferentes fases, se produce la fase luna de miel, oscilando el ciclo entre la tensión y la agresión.

A la mujer se le hace casi imposible salir de la situación. Una vez que se da el maltrato existe alta probabilidad de que se repita (Rincón, 2003); se produce así una espiral en donde la fase de luna de miel cada vez dura menos (Labrador, et al., 2004; Lorente 2004, Walker 2009), lo que se denomina la escalada de la violencia (Ver Figura 5).

***Figura 5.*- Escalada de violencia**



Fuente: Elaboración propia basado en Larouche (1987).

Paralelo al ciclo de la violencia se encuentra la denominada por Larouche (1987) escalada de la violencia. Este término se usa para hacer referencia a un proceso paulatino y ascendente de cuatro etapas en las que la intensidad y la frecuencia de las agresiones se van incrementando a medida que pasa el tiempo. La primera etapa de la violencia es sutil y refinada: es la agresión psicológica. Consiste en atacar directamente la (auto)estima de la víctima. El agresor ridiculiza las realizaciones de la víctima; ignora su presencia, lo que dice y no tiene en cuenta sus opiniones; siembra la duda cuando ella

emite una opinión; y se hace cargo de ciertas funciones porque "ella no es capaz de realizarlas". El agresor se ríe cuando la víctima toma una iniciativa; compara las realizaciones de su pareja con las de otras personas autoridad en esa materia, y corrige o comenta cada acción, gesto o realización de su víctima. Un funcionamiento así no aparece como una evidencia de violencia para la pareja pero su efecto es devastador. La víctima se ve como una persona incompetente en muchas áreas y esferas y teme oponerse a su pareja.

Después de esta etapa, la violencia verbal se instala. Ella refuerza la agresión psicológica y aumenta la intensidad del desprecio. El agresor denigra directamente a la víctima. Le habla de su cuerpo empleando comparaciones ofensivas. Le apoda para ridiculizarla. Minimiza la importancia de las relaciones sexuales, comparando a la víctima con una prostituta. Asocia los comportamientos de ella a los de un enfermo/a mental. Lanza amenazas de agresión, de homicidio o de suicidio. Crea un clima de ansiedad, describiendo la violencia que él ejercería sobre ella. La ridiculiza en presencia de terceras personas. Le grita, le habla fuerte cerca de ella. Se contradice y le acusa de sus propias contradicciones. Este tipo de violencia se termina por el homicidio, el suicidio o ambos a la vez. A menos que el ciclo de violencia sea interrumpido, la escalada es la siguiente: violencia psicológica, violencia verbal, violencia física o agresión física y/o sexual, homicidio y/o suicidio.

2.4.4.2. El modelo ecológico (Brofenbrenner, 1977)

La VCP se compone de una diversidad de factores que interaccionan entre los mismos. Una de las teorías que nos aporta visión holística de este fenómeno es el modelo ecológico desarrollado por Brofenbrenner (1977, 1979, 1987). Este modelo ha sido asumido por la OMS (2003) y recomendado por otros organismos internacionales como el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer UNIFEM (2003) y la Asociación de Psicología Americana (APA, 2002).

El modelo ecológico defiende que la comprensión del desarrollo humano debe ir más allá de la observación de la conducta e implica examinar los sistemas de interacción y las características del entorno donde tiene lugar el comportamiento. En este sentido,

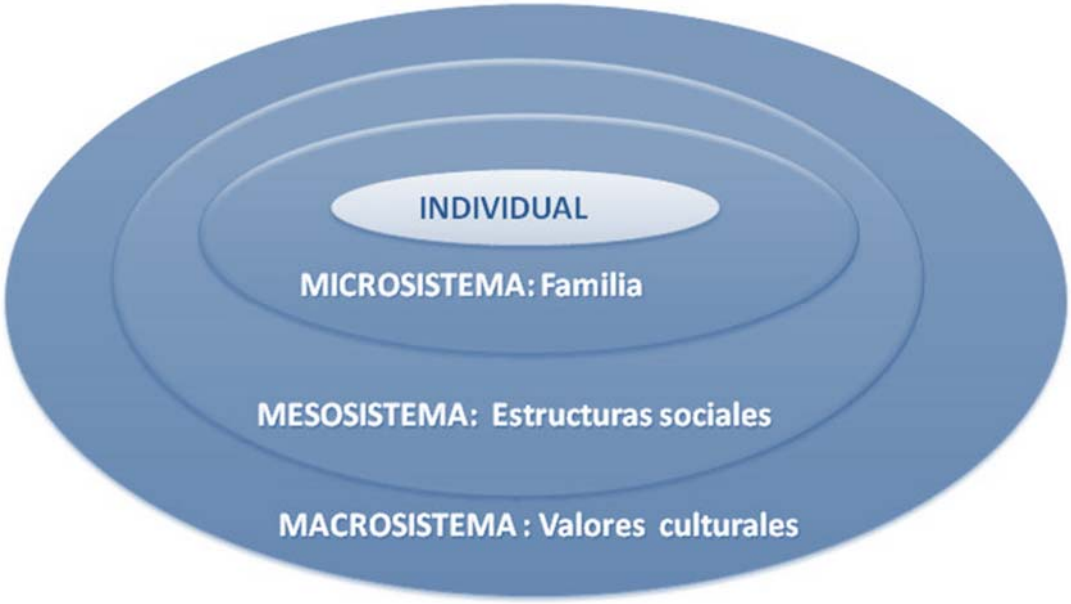
Heise (1988, 1998) expone que son diversas las causas que dan origen a la violencia de género en la pareja y recomienda una mirada que contemple la interacción de factores culturales, sociales y psicológicos ya que plantea que la conducta violenta surge en función del intercambio de la persona con el ambiente, siendo una interacción bidireccional y recíproca. Para ello, propone que se visualice esa interrelación de factores a partir de cuatro niveles o subsistemas de análisis, los cuales denomina como nivel individual, microsistema, exosistema y macrosistema. En cada uno de estos subsistemas puede darse la VCP, ya sea física, psicológica y/o sexual de forma específica y concurrente (Ellsberg y Heise, 2005).

1. Nivel ontogénetico o individual: se trata de la historia personal que el individuo aporta a su relación de pareja. Corresponde a las características del desarrollo personal que afectan a la respuesta en el microsistema y exosistema y que aumentan la probabilidad de ser víctima o autor de violencia. En este nivel se engloban los factores que influyen en las relaciones interpersonales, tales como las características biológicas, cognitivas, emocionales y conductuales del sujeto.
2. Nivel microsocial o Microsistema: es el contexto más inmediato en el que se da la VCP. Comprende la estructura familiar, la interacción de las personas del núcleo familiar entre sí, pudiéndose modificar y adaptarse el equilibrio entre familia y entorno. Los conflictos conyugales giran en torno a la división del trabajo, los problemas de drogas y la mayor formación académica de la mujer. Desde este microsistema se adquieren los primeros esquemas y modelos de conducta que guiarán futuras relaciones sociales y expectativas sobre uno mismo y los demás (Heise, 1998).
3. Mesosistema o Exosistema: Son todas las estructuras sociales (formales e informales) que, aunque no contienen a la persona en sí misma, influyen, delimitan y determinan el ambiente o contexto en el que se sitúa (Brofenbrenner, 1979). Son en estas estructuras formales e informales las que hacen perdurar el problema del maltrato a través de pautas culturales sexistas y autoritarias y pueden interrelacionar dos o más entornos. Ejemplos de mesosistema/exosistema son el vecindario, el mundo laboral, las redes sociales, la iglesia o la escuela.
4. Macrosistema o nivel macrosocial: Es el nivel más amplio que contiene a los otros subsistemas, engloba al exosistema que a su vez contiene al microsistema, integrado por la cultura y la subcultura (ideología, y valores culturales)

(Brofenbrenner, 1977). Se concreta en las normas, creencias y valores culturales que legitiman la violencia y se transmiten mediante el proceso socializador, como: la masculinidad y la feminidad tradicionales, la distribución rígida de roles de género, el uso de la fuerza como método de resolución de conflictos o los mitos sobre la violencia que culpan a la víctima por el maltrato sufrido.

Basándose en esta teoría, Donald Dutton (1988) desarrolló su teoría donde explica que el sistema patriarcal, que genera en los hombres la actitud de superioridad, es el que determina el tipo de respuesta que la persona manifestará contra los estresores del microsistema y exosistema.

***Figura 6.*- Explicación de la interrelación de los sistemas implicados en la violencia de género desde el modelo ecológico**



Fuente: Elaboración propia basado en el modelo de Brofenbrenner, 1977.

Siguiendo la teoría ecológica, se presentan algunos de los factores de riesgo que influyen para que se dé una situación de violencia contra la pareja (Ver Tabla 5).

***Tabla 5.*- Factores de riesgo de violencia basados en el modelo ecológico**

INDIVIDUAL	MICROSISTEMA	MESOSISTEMA	MACROSISTEMA
Carga histórica	Familia disfuncional	Problemáticas sociales	Normas y valores sociales y creencias culturales amplias que justifican, excusan o facilitan la violencia contra la mujer
Autoestima baja	Violencia generacional	Sanciones comunitarias deficientes contra la violencia de género	Representaciones sociales
Falta de afecto	Fricción respecto del empoderamiento de la mujer	Papeles complejos tradicionalmente asignados a cada género	Violencia estructural
Dependencia	Conflictos conyugales	Normas y creencias comunitarias que justifican, excusan o facilitan la violencia contra las mujeres y las niñas	Relaciones y usos de poder: concepciones sobre el poder y la violencia.
Educación	Ambientes familiares violentos	Respuestas institucionales débiles a la violencia contra las mujeres	Modelos de organización cultural y familiar.
Edad	Dominación masculina en la familia y/o comportamiento controlador de la pareja de sexo masculino	Falta de sistemas de apoyo para las mujeres en la comunidad	Formas violentas para la resolución de conflictos.
Desempleo		Reproducción de la cultura violenta a través de los mass media.	
Uso de drogas			
Problemas de salud mental y de comportamiento			
Discapacidad			

Fuente: Buvinic, Morrison y Shifter, 1999; Heise y García Moreno, 2002; Jewkes, Sen y García Moreno, 2002; Krug, Mercy, Dahlberg, y Zwi (2002).

2.4.4.3. El modelo de poder y género basado en el género (Pratto y Walker, 2004)

Dentro del modelo ecológico se indica que aunque el poder es un factor reconocido en la explicación de la VCP, su influencia queda integrada en la interrelación con otros factores individuales, familiares y comunitarios (Heise, 1998). Desde el modelo de poder y género de Pratto y Walker (2004) se propone que la mujer que provee cariño y cuidado incidirá en su autonomía y en el control de los recursos.

Así, la mujer cuida y el hombre consigue recursos, mediante el reparto: superioridad/ inferioridad.

Las diferencias de poder entre los géneros en las parejas se fundamentan en cuatro bases. Estos cuatro pilares en los que se basarían las diferencias de poder entre los géneros, no son estáticos sino dinámicos, en cuanto que una base de poder influye en la otra: quien adquiere poder en una base es más fácil que adquiera poder en las otras (Megías y Montañes, 2012).

1. El uso de la fuerza o amenaza: constituye la mayor fuente de desigualdad de género. Agresión, violación, acoso sexual y el abuso emocional o amenazas para conseguir obediencia. Impacta tanto en la mujer víctima como en el grupo de mujeres de una manera disuasoria, llegando a aceptar comportamientos discriminatorios no violentos (Alberdi y Matas, 2002).
2. El control de los recursos: los hombres controlan más recursos que las mujeres. El control de los recursos se manifiesta como base del poder, a partir de relaciones denominadas por las autoras como parentalistas; es decir, relaciones que se tienen entre dos personas en condiciones de desigualdad. Esta relación de control de recursos y VCP requiere mayor investigación (Vyas y Watt, 2009).
3. Las asimétricas responsabilidades sociales: autoras como Marcela Lagarde señalan como "el patriarcado es un orden de poder, un modo de dominación de los hombres y de lo masculino. Y está basado en la supremacía de los hombres, sobre la interiorización de lo femenino (…) El mundo resultante es asimétrico desigual y enajenado, de carácter androcéntrico, misógino y homófono" (Lagarde, 2000, p. 397). Alberdi y Matas subrayan que el ejercicio de los roles tradicionales llevan a la mujer a una situación de riesgo “a mayor nivel de desigualdad en el reparto de funciones y de responsabilidades y a mayor desequilibrio en cuanto a participación en la toma de decisiones entre los géneros, mayor es el poder que se ejerce sobre las mujeres y mayor es el riesgo potencial que éstas tienen de sufrir violencia” (Alberdi y Matas, 2002, p. 25)
4. La ideología de género o como la cultura legitima las asimetrías en las otras tres bases de poder.

Para Lori Heise (1998) el fenómeno de la violencia es complejo y está arraigado en las relaciones de poder basadas en el género, la sexualidad, la propia identidad y las instituciones sociales.

Queda así latente que la VCP es una expresión de relaciones de poder instituidas social e históricamente. Así, cabría preguntarse ¿existiría la VCP si no existiesen estas relaciones de desigualdad? Es desde el poder desde donde se justifica y perpetua la VCP, poder que define el espacio doméstico, en donde el hombre es dueño de prácticas abusivas que pueden ir desde el control de las amistades de la mujer a negarle dinero o no colaborar en las tareas domésticas exigiendo estas, como en el caso del cuidado. Manuel Castells (2001) entiende el poder como la relación que, sobre la base de la producción y la experiencia, impone el deseo de algunos sujetos sobre los otros mediante el uso potencial o real de la violencia física o simbólica. Desde este poder la VCP queda naturalizada y justificada apareciendo como algo normal puesto que el hombre tiene poder y dominio sobre la mujer, que es de su propiedad (ejemplos de esto: en la cultura anglosajona la mujer pierde su apellido, estudios que analizan solo hombres y los resultados son presentados como ambos sexos, etc.). Desde la asimetría de las relaciones entre géneros es desde donde se legitiman y mantienen las desigualdades (Expósito y Moya, 2005; Gerber, 1995; Heise y García Moreno, 2003; Morilla, 2001; Saltzman, 1992; UNICEF, 2000). El reflexionar sobre estas desigualdades nos puede ayudar a comprender este entramado complejo de factores para su abordaje.

Como apunta Dolores Juliano (citada en Montalbán, 2006), se pueden dibujar tres grandes círculos concéntricos: el primero sería el más amplio y abarcaría la violencia fundada en la no admisión de otros grupos o colectivos sociales distintos o diferenciados; el segundo se encuentra dentro del primero y es la violencia que se explica en función de roles y estereotipos relacionada con los papeles de superioridad al hombre y sumisión a las mujeres; el tercer círculo de violencia es el que sufren las mujeres dentro de los hogares por sus maridos o parejas y suele ser respuesta al apartamiento o rebeldía de la mujer al papel que de ella se esperaba, que es tanto como el negarle la capacidad de elección de su papel en la sociedad. Se intenta justificar esta violencia con los celos, el alcohol, etc.

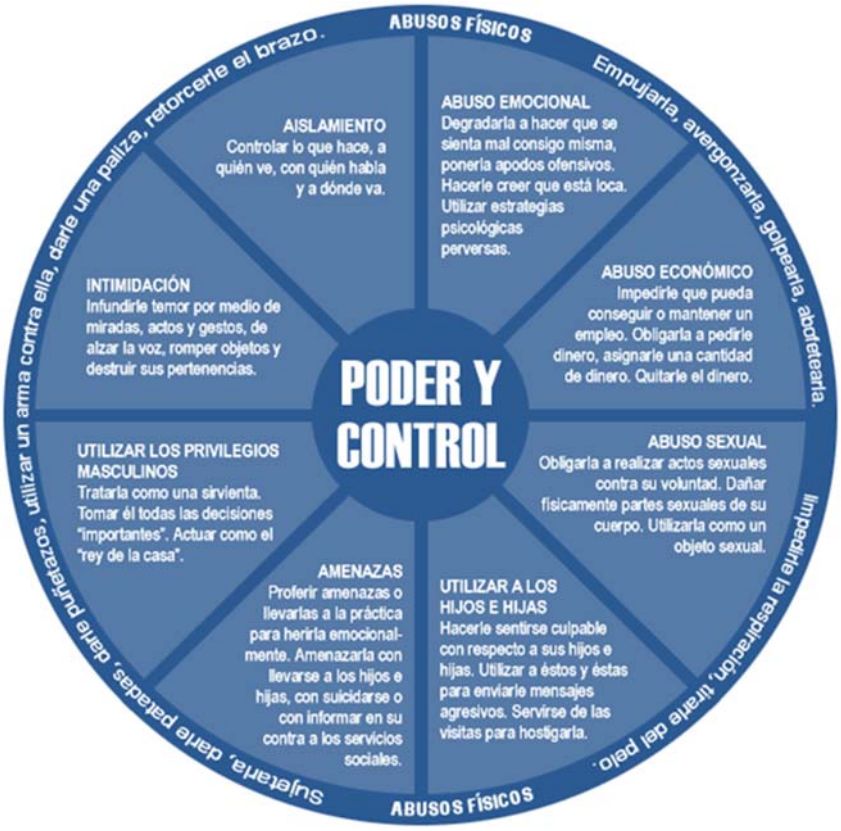
Así, podemos concluir que la violencia se aprende socialmente; que no es producto de la biología o genética. Se ejerce poder empleando la fuerza física, psíquica, económica o política, cuando una persona se encuentra en una posición superior a la otra (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2005).

Desde el análisis de las relaciones de poder, autores como Michel Foucault (1971) analizan estas relaciones argumentando como el hombre ocupa una posición de poder dentro del sistema patriarcal, desde la que instruye control y desde donde la mujer adquiere una posición de inferioridad. Pierre Bourdieu (1999) se interroga por qué la primacía masculina se da en todas las culturas, de ahí parte el análisis en su obra "La violencia simbólica". Desde esa violencia simbólica que señala Bourdieu (1999) nacen sumisiones que ni siquiera se perciben como tales, apoyándose en unas "expectativas colectivas" y en unas creencias socialmente inculcadas.

Según María Luisa Maqueda (2006) es la prepotencia de lo masculino y la subalternidad de lo femenino, los cuales constituyen los ingredientes simbólicos que definen las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, el origen de la violencia de género. La mujer por miedo permanece con el agresor, que mediante estrategias de control, utiliza el uso de la violencia para afirmar que la mujer es una posesión suya. Este poder podría genera en la mujer dependencia y angustia. Desde este sometimiento, legitimado por la cultura y reforzado por la socialización, la mujer se siente insegura, y, como define Chandra Mohanty (2008) pasa a ser una víctima arquetípica del control masculino. Se define así el patriarcado como una forma de organización donde las relaciones sociales se estructuran desde relaciones de poder asimétricas y jerárquicas (Cantera, 2005).

El gráfico de la rueda del poder y control (Pence, 1983) permite visualizar cómo es la dinámica del poder y el control en las relaciones de maltrato. En la misma se analizan las creencias y conductas de los hombres que ejercen violencia contra sus parejas para obtener poder y control en la relación, y se exploran las creencias del hombre relacionadas con normas y valores socioculturales. Una versión más actualizada es la de Fleck-Henderson, Jensen, Emory y Savage (2004).

***Figura 7.*- La Rueda del Poder y del Control**



Fuente: Fleck-Henderson et al. (2004)

La violencia se manifiesta como comportamiento aprendido desde donde se practican comportamientos que establecen desigualdades y asimetrías en la relación de pareja que benefician al hombre y maltratan a la mujer, y cuyo último fin va a ser el control o dominio total. En el centro de la rueda se encuentra el deseo de conservar el poder y el control, utilizando para ello el cuidado basado en el amor como una herramienta para lograrlo.

La propia naturaleza de los sistemas de poder lleva consigo aparejada la existencia, en mayor o menor grado, de violencia, y tal y como indica Amelia Valcárcel (2008) el poder no es asumido e interiorizado de forma espontánea por las personas a las que se les impone. De hecho, "si el poder es percibido como natural e innato significa que se ha admitido completamente" (Valcárcel, 2008, p. 19). En este sentido, el amor justificaría el poder que supone la opresión de las mujeres por parte del hombre, siendo conceptos como entrega, servidumbre, sacrificio y obediencia fruto de la desigualdad por amor y constituyendo ejemplos de opresión amorosa (Lagarde 2008, p 2).

La violencia es consustancial a todas las sociedades, ya que se articulan en base a relaciones de poder que constituyen el orden social y generan dominación de unas personas sobre otras y, en ocasiones, conflicto social como el que se destaca desde la teoría social de la dominación masculina. Tal y como apunta Jónasdóttir (año) el control y explotación del amor de las mujeres genera una violencia de hondas raíces en una sociedad que promulga la apropiación por parte del hombre del amor de la mujer sin ofrecer nada a cambio. Se genera así una plusvalía que puede devenir en violencia al interiorizar el hombre que debe controlar el cuidado incluso a pesar de poner en juego la salud de la mujer. Así, como recalca Rosa Cobo (2008, p. 38) "este proceso de explotación las deja incapacitadas para reconstruir sus reservas emocionales y sus posibilidades sociales de autoestima y autoridad".

De este modo, el cuidado hacia los demás, y especialmente hacia la pareja, puede acarrear una merma en la calidad de la salud de la mujer. De hecho, las propias funciones productivas y reproductivas conllevan relaciones de poder y dominación como señala Zillah Eisenstein (1979), de las que se beneficia el hombre. El cuidado, entendido como poder ejercido por el hombre, contribuye al mantenimiento de las desigualdades y discriminaciones de género, y por extensión de la violencia (Zuñiga, 2010). La violencia generada desde esta discriminación se extiende a todas las esferas sociales (doméstica, laboral), lo que ayuda a comprender la realidad compleja y oculta que vive la mujer, marcada por el ejercicio del poder. Las interrelaciones no siempre explicitas y percibidas entre amor, dominación, control y abuso de poder son consustanciales al sistema patriarcal, y contribuyen perpetuar a la situación de sumisión en la que viven las mujeres, lo que Bosch, Ferrer, Ferreiro y Navarro definen como "el gran engaño de la superioridad masculina" (2013; p. 13).

Tradicionalmente la sociedad ha legitimado el sentimiento de posesión y dominación del hombre sobre la mujer y ha favorecido la pasividad y la obediencia de la mujer. Tal y como apunta Inés Alberdi (2005) y Mª Eugenia González (2008), las creencias, valores y normas sociales y culturales favorecen estos estereotipos ligados a los roles tradicionales de género. De hecho, el culto al poder mediante los privilegios del patriarcado es para Luis Rojas (2005) el germen cultural más pernicioso de la violencia doméstica. Al llevarse a cabo desde una relación no equitativa y asimétrica, que supone un notable desgaste emocional, el cuidado no siempre es positivo y puede

repercutir negativamente en el bienestar de la mujer. Como señala María Jesus Izquierdo (2004, p. 130) la labor como cuidadora es absorbente y agotadora, al vivir básicamente para satisfacer las necesidades de los demás sin reconocimiento alguno. Esta situación podría conducir a las mujeres a deprimir su autoestima y puede generar una mayor fragilidad, lo que según Graciela Ferreira (1992) se traduce en renunciar a su propia existencia como personas y suprimir su autonomía individual, aumentando así el riesgo de situaciones de violencia. Es precisamente el ámbito doméstico y, más concretamente, la familia, un escenario propicio para la opresión de las mujeres, ya que como señala Martha Nussbaum (2007), en la familia coexiste el amor y los cuidados con violaciones de la dignidad e igualdad de las personas como violencia doméstica, violación marital, abuso sexual de niños, malnutrición de las niñas, desigual cuidado de la salud o desiguales oportunidades educativas. Muchas mujeres son consideradas, en la invisibilidad de lo doméstico como un instrumento al servicio de las necesidades de los otros. La familia, por tanto, puede significar tanto amor como también desatención, abuso y degradación.

2.4.4.4. El modelo piramidal en violencia de género (Bosch, Ferrer, Ferreiro y Navarro, 2012)

Este modelo explicativo surge al albur de teorías feministas y entroncadas desde los planteamientos en VCP, de UNIFEM y ONU (Bosch y Ferrer, 2013). Este modelo parte de la idea de que la socialización diferenciada de hombres y mujeres genera diferentes intereses y aporta claves para la intervención en VCP. Bosch, Ferrer, Ferreiro y Navarro (2013) proponen el modelo piramidal, tomando como base el modelo de la pirámide de necesidades de Maslow, el cual consta de cinco escalones:

1. El sustrato patriarcal: es la base de la pirámide, con desequilibrio de poder y corte patriarcal donde los hombres ostentan más poder, el cual es concedido por estructuras que mantienen, inventan y reinventan creencias patriarcales desde la que se sustenta la violencia. Este nivel tiene similitudes con el macrosistema de los modelos ecológicos, ya que argumentan que desde el código patriarcal se transmite la VCP como algo natural. De hecho, según estas autoras las estructuras existentes en las sociedades modernas siguen siendo patriarcales persistiendo usos

y costumbres "que siguen condicionando la vida de las mujeres" (Bosch, et al., 2013, p. 275).

2. La socialización diferencial: el aprendizaje de los roles de género en mujeres y hombres no está exento de "valores ideológicos que genera la cultura patriarcal de los que se nutre el agresor, o, dicho empleando la terminología del modelo ecológico, de difusión del macrosistema" (Bosch, et al., 2013, p. 277). Desde este modelo piramidal se mantiene que "los hombres que no cuestionen y se benefician limpiamente de los privilegios patriarcales, seguirán su marcha ascendente a través de la pirámide, y se creerán legitimados al considerar naturales todos los componentes de su socialización, y por supuesto, su papel en la pareja y en el juego del amor" (Bosch, et al., 2013, p. 279).
3. Las expectativas de control se refieren a la "asunción de conductas destinadas a controlar a las mujeres: sus vidas, sus cuerpos, sus amistades, su economía" (Bosch, et al., 2013, p. 283). Las autoras plantean que cuando los hombres no se cuestionan el significado de lo que es ser hombre y mantienen estereotipos y creencias basados en la cultura machista, van a desarrollar conductas violentas que conllevan el maltrato hacia su pareja. "Cree tener unos derechos sobre su pareja que le permiten controlar su vida en todas sus facetas, y eso con base en su masculinidad, y una vez más, utilizando el amor como coartada" (Bosch, et al., 2013, p. 285), donde los celos van a tener una importancia crucial dentro del control de la pareja.
4. Los factores desencadenantes: las autoras entienden que un evento desencadenante sería todo aquel fenómeno o acontecimiento personal, social o político-religioso que activa el miedo del maltratador a perder el control sobre la mujer. Funciona, en definitiva, como excusa para que el maltratador ponga en marcha las estrategias de control violencia que se considera legitimado a ejercer. Estos factores están fundamentalmente ubicados dentro del exosistema.
5. El estallido de la violencia: el maltratador, en su afán de no perder y/o de recuperar el control sobre la mujer que se considera legitimado a ejercer, desplegaría toda una serie de estrategias (incluyendo las diferentes formas de violencia física, psicológica, económica, sexual, etc.), dando origen a las importantes cifras de incidencia y prevalencia existentes. Se usa la violencia para cambiar a la mujer, al apreciar la desigualdad de poder y, como sostiene J.W

White (2001), el poder es de género: se asocia a el hombre con poder y dominación.

Para Bosch et al. (2013) el llamado "amor romántico" sustenta la base de la violencia. Este amor que para la mujer es sacrificio y entrega, para el hombre es recibir y controlar porque "la clave está en el deseo de dominar y controlar a quien se considere inferior (…) habrá un denominador común: atacar la autoestima femenina, intentar destruir y aniquilar su yo" (Bosch, 2013, p. 274). De este modo, el modelo piramidal que se propone no sólo incluye elementos explicativos para la violencia contra las mujeres (y para la violencia de género) de manera ordenada y jerarquizada, si no que contempla la existencia de un mecanismo de filtraje o fuga en cada uno de los escalones. Este mecanismo visibiliza la existencia de todos aquellos varones que, aun habiendo sido socializados dentro de los mandatos patriarcales (como todos), en algún momento del proceso inician una toma de conciencia que les lleva a renunciar a sus privilegios genéricos en sus relaciones sociales con las mujeres y en sus relaciones afectivas. (Bosch y Ferrer, 2013, p. 64).

2.4.5. Contextualización de la violencia de género a nivel internacional, europeo y español

Medir la prevalencia real de la violencia de género es una tarea ardua y compleja. Las estadísticas disponibles por medio de la policía, los centros de mujeres y otras instituciones formales a menudo subestiman los niveles de la violencia debido a la escasa notificación de casos. Tal y como se ha explicado anteriormente, la consideración de la violencia de género en la pareja como una cuestión privada y la asunción de esta violencia como "algo normal" por parte de las mujeres dificultan la medición real de los casos existentes y perpetúan la invisibilización de la dimensión real de este problema (Bosch y Ferrer, 2000; OMS, 2005).

En cualquier caso, lo cierto es que la violencia y el maltrato en la pareja son fenómenos frecuentes, aunque los resultados de estudios e investigaciones arrojan porcentajes de personas que se muestran favorables a este tipo de violencia en un número inferior a la incidencia real (Bosch et al., 2007). Esto puede deberse al

fenómeno de la deseabilidad social, por el que las personas contestan a lo que está socialmente aceptado (Sugarman y Hotalin, 1997). Por todo ello, es difícil estimar la incidencia real de mujeres que son maltratadas a manos de sus parejas y que varían en los diferentes estudios según la definición y la metodología empleada. Enrique Gracia (2002; 2003; 2009) considera que los datos que existen no son más que la punta del iceberg[16].

2.4.5.1. El ámbito internacional

La ONU ha elaborado una compilación de datos sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres de 99 países extraídos de estudios que van desde el año 1990 hasta diciembre de 2012. Estos resultados se recogen en base al porcentaje de mujeres que dicen haber sufrido violencia de pareja y/o de alguien que no es pareja, de tipo física, sexual, y ambas, durante los últimos doce meses o de su vida. También incluyen puntos como el primer acto sexual forzado y el abuso durante el embarazo. La OMS (2013), por su parte, es el organismo que ofrece los datos más actualizados. Trabajan en su estudio[17] con una única metodología[18] y unifican la definición de los diferentes tipos de violencia contra la mujer (tomando sólo la violencia física y la sexual)[19] con el objetivo de poder realizar una comparación entre distintos entornos. Los

[16] La mayoría de las mujeres no denuncian los hechos y no se sienten animadas a hacerlo por unos sistemas que se suelen considerar como poco comprensivos con su situación. Los datos oficiales sobre la justicia penal sólo recogen los pocos casos en que se presenta una denuncia (FRA, 2014).

[17] En el estudio se investigaron varios factores que pueden poner a las mujeres en una situación de riesgo de violencia a manos de su pareja. Además, se abordaron las consecuencias globales de la violencia contra la mujer infligida por su pareja, entre las que cabe mencionar el modo en el que la violencia afecta a la capacidad de la mujer para mantener a su familia, conservar su trabajo, preservar sus ingresos, permanecer en contacto con su familia y formar parte de grupos o asociaciones. El estudio también exploró toda una serie de consecuencias para los hijos e hijas de estas mujeres y el grado en el que éstos habían sido testigos de la violencia física infligida a sus madres.

[18] Se obtuvieron las estimaciones de la prevalencia de violencia física y sexual mediante una metodología cualitativa, entrevistando de un modo directo y claro sobre sus experiencias a mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 69 años.

[19] La violencia física se definió en función de si había sido abofeteada o le habían arrojado algún objeto que pudiera herirla; empujada o le habían tirado del cabello; golpeada con un puño u otra cosa que pudiera herirla; golpeada con el pie, arrastrada o había recibido una paliza; estrangulada o quemada a propósito; amenazada con una pistola, un cuchillo u otra arma o se había utilizado cualquiera de estas armas contra ella. La violencia sexual se definió en función de tres comportamientos: ser obligada a tener

países[20] que participaron en este estudio fueron elegidos en función de criterios específicos, entre los que se encuentran Samoa, Perú, Brasil, Namibia, República Unida de Tanzania, Etiopía, Serbia y Montenegro, Bangladesh, Tailandia, Japón y Nueva Zelanda.

El porcentaje de mujeres que habían tenido pareja alguna vez y que habían sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su pareja a lo largo de su vida es del 30% (95% IC=27.8% a 32.2%). En la Tabla 6 se presentan estas prevalencias en función de la edad.

***Tabla 6.*- Prevalencia a lo largo de la vida de violencia en la pareja en función de la edad**

Grupo de edad	Prevalencia	95%, IC%
15-19	29.4	26.8 a 32.1
20-24	31.6	29.2 a 33.9
25-29	32.3	30.0 a 34.6
30-34	31.1	28.9 a 33.4
35-39	36.6	30.0 a 43.2
40-44	37.8	30.7 a 44.9
45-49	29.2	26.9 a 31.5
50-54	25.5	18.6 a 32.4
55-59	15.1	6.1 a 24.1
60-64	19.6	9.6 a 29.5
65-69	22.2	12.8 a 31.6

N = 347.605 mujeres

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013, p. 17).

2.4.5.2. El ámbito europeo

A nivel europeo, los datos más recientes de los que se dispone son los ofrecidos por la encuesta de la Agencia Europea de Derechos Humanos (FRA, 2014)[21]. Los principales resultados de este estudio muestran que:

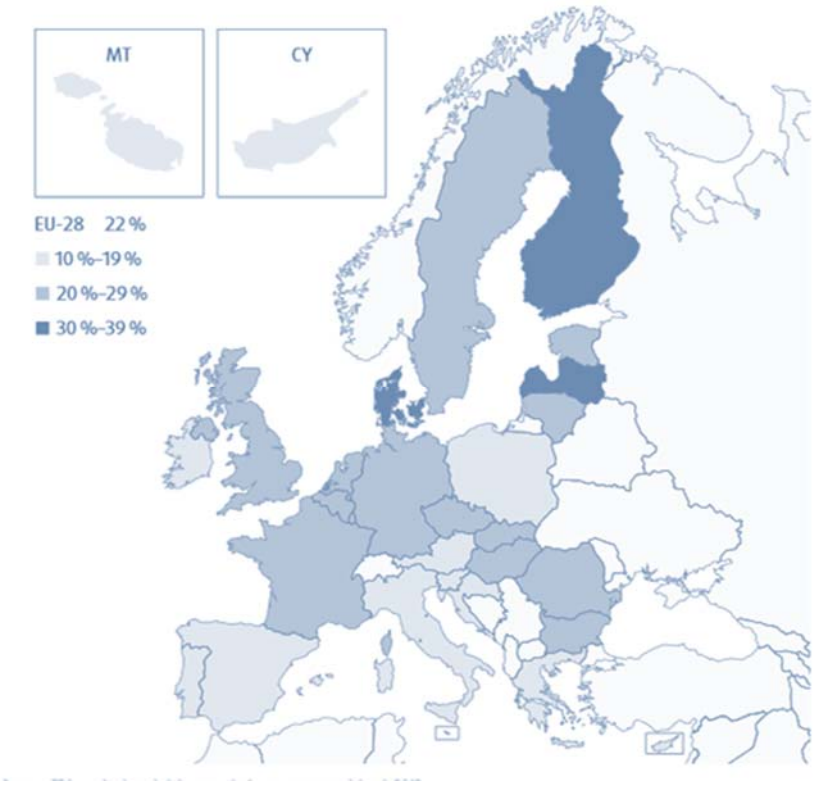
relaciones sexuales en contra de su voluntad; tener relaciones sexuales por temor a lo que pudiera hacer su pareja y ser obligada a realizar algún acto sexual que considera degradante o humillante.

[20] 79 ciudades y dos territorios.

[21] Este estudio responde a una petición de datos sobre este tema, realizada por el Parlamento Europeo, con el fin de tomar medidas para la erradicación de la violencia contra las mujeres en la Unión Europea. Los resultados provienen entrevistas personales realizadas a 42.000 mujeres de edades comprendidas entre los 18 y los 74 años, residentes en los 28 estados miembros de la UE (con una media de 1.500 entrevistas por país)

- Se calcula que 13 millones de mujeres (7 % de mujeres con edades de entre 18-74 años en la UE) experimentaron violencia física durante los 12 meses previos a la entrevista de la encuesta.
- Unos 3,7 millones de mujeres en la UE (2 % de mujeres con edades de entre 18-74 años) experimentaron violencia sexual durante los 12 meses previos a las entrevistas de la encuesta.
- Una de cada 3 mujeres ha experimentado violencia psicológica y/o sexual desde los 15 años.
- El 8% de las mujeres han experimentado violencia física y/o sexual durante los 12 meses previos a la entrevista de la encuesta.
- De aquellas de mujeres que tienen (o había tenido) pareja, el 22% han sufrido violencia física y/o sexual por su pareja desde los 15 años.
- El 31% de las mujeres han sufrido uno o varios actos de violencia física desde los 15 años.
- El 11% han experimentado algún tipo de violencia sexual desde los 15 años, bien por su pareja o por otra persona.
- Una de cada 20 mujeres ha sido violada desde los 15 años de edad.
- En la UE, el 18 % de las mujeres han sido objeto de acoso a partir de los 15 años de edad, y un 5 % de las mujeres lo habían experimentado en los 12 meses previos a la encuesta.
- En torno al 12 % de las encuestadas indicaron que habían experimentado alguna forma de agresión o incidente sexual por parte de un adulto antes de los 15 años.
- Mientras que en la mayoría de los casos la violencia se da durante la relación de pareja, en un 16% de los casos ha sido después de la ruptura.

***Figura 8.*- Porcentaje de mujeres que han sufrido violencia física y/o sexual en la pareja desde los 15 años. 2012**



Fuente: (FRA, 2014, p. 29)

2.4.5.3. El ámbito estatal

En España la tasa de prevalencia de la violencia de género se estima partiendo de tres indicadores: las encuestas de ámbito nacional, el número de denuncias interpuestas y el número de muertes registradas por organismos oficiales.

2.4.5.3.1. Encuestas

La Macroencuesta de Violencia contra la Mujer es la herramienta más importante que se realiza en España para el estudio de la violencia contra la mujer. Se realiza cada cuatro años desde 1999 y su objetivo principal es conocer el porcentaje de mujeres residentes en España que han sufrido o que sufren actualmente algún tipo de violencia por el hecho de ser mujeres. Para la realización de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015 la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género ha adaptado y ampliado el cuestionario de esta Macroencuesta para medir mejor la violencia que

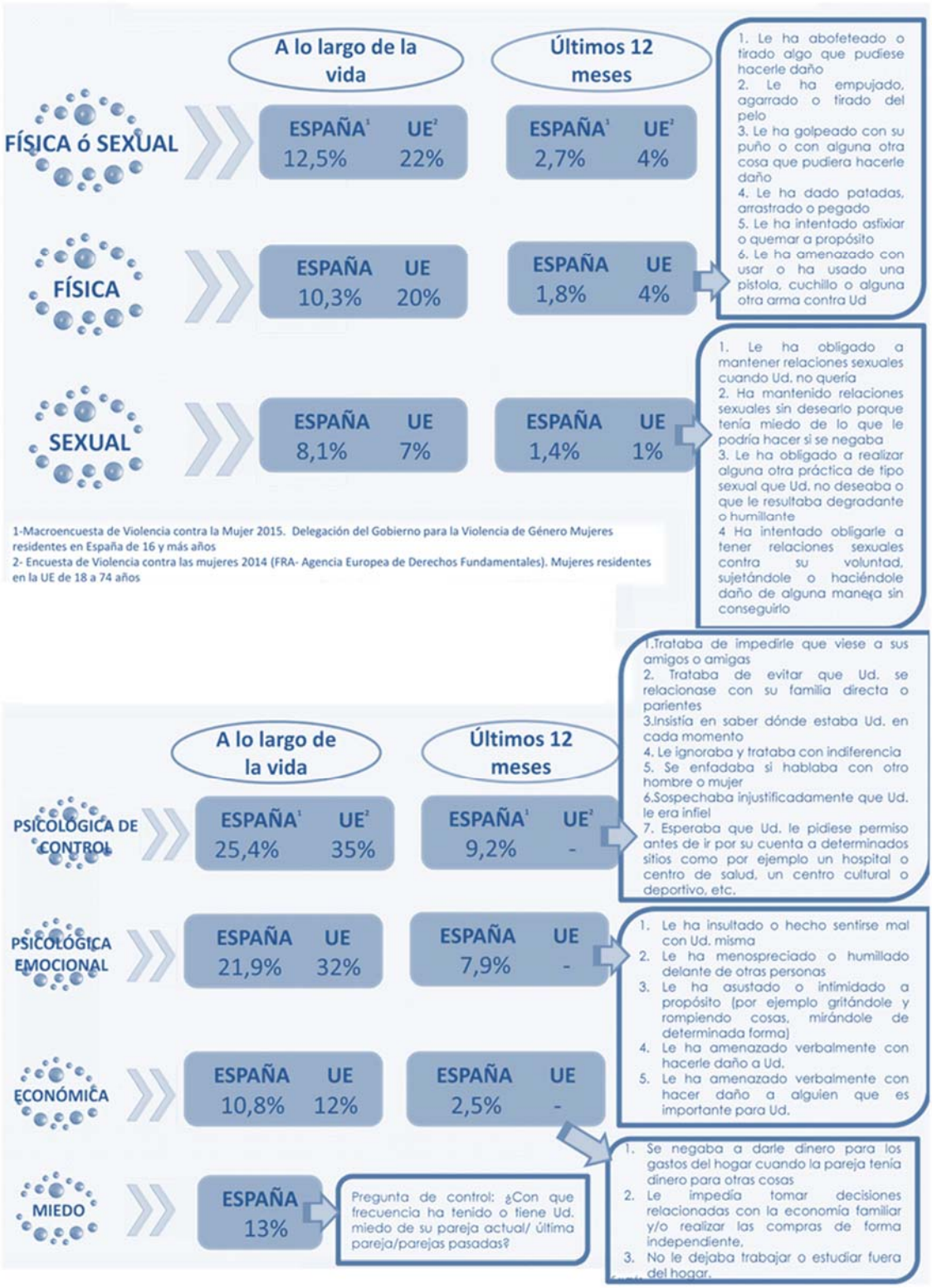
sufren las mujeres en el ámbito de la pareja o expareja, y como novedad este año se ha introducido un módulo de preguntas que permite disponer, por primera vez en España, de datos sobre la prevalencia de la violencia física y sexual sufrida por las mujeres fuera del ámbito de la pareja[22].

Otra mejora es que se recoge información de todas las parejas que la mujer ha tenido a lo largo de su vida, a diferencia de las macroencuestas anteriores, en las que se preguntaba sólo por las parejas de los últimos 10 años, por lo que el porcentaje de mujeres que han tenido pareja aumenta bastante con respecto a las macroencuestas anteriores y por tanto se mide con más precisión la prevalencia de la violencia en el ámbito de la pareja o expareja a lo largo de la vida de las mujeres. De este modo, la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015 permite realizar una radiografía de la violencia de género mucho más precisa que la existente hasta ahora. Tal y como queda recogido en la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016, "la realización de una radiografía lo más precisa posible de la realidad, basada en datos, estudios e investigaciones permitirá: la obtención del máximo conocimiento acerca del problema; el diseño de actuaciones eficaces para prevenir la violencia y asistir a las mujeres en su recuperación; la evaluación de las políticas públicas y de su efectividad, calidad e idoneidad".

Siguiendo los criterios recomendados por los organismos internacionales para la medición de la violencia sufrida por la pareja o expareja, en esta macroencuesta se diferencia por tipos de violencia, y los ítems de cada tipo de violencia están muy claramente definidos para que se incluyan como violencia cosas que lo son y para evitar que se queden fuera situaciones reales de violencia como ocurría en las anteriores macroencuestas. Así, se han desarrollado 5 bloques de preguntas para medir los siguientes tipos de violencia: psicológica de control, psicológica emocional, económica, física y sexual.

[22] La Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015 se ha realizado sobre una muestra de 10.171 mujeres de 16 y más años, representativas de la población femenina residente en España. Se ha ampliado la muestra en más de 2.000 mujeres con respecto a la macroencuesta 2011 y se ha entrevistado presencialmente a mujeres de 16 y más años en lugar de sólo a mayores de 18 años como se hacía en las anteriores macroencuestas.

***Figura 9.*- Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015. Principales magnitudes**



Fuente: Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015.

A continuación de exponen algunas de las conclusiones principales, extraídas de los datos más relevantes del estudio:

- El 12,5% de las mujeres encuestadas han sufrido violencia física y/o violencia sexual de sus parejas o exparejas. La media de la UE de mujeres que lo han sufrido es del 22% según la encuesta de la FRA.
- Del total de mujeres, el 11,6% ha sufrido violencia física a lo largo de su vida de alguna persona con la que no mantiene ni ha mantenido una relación de pareja.
- El 15,5% de las mujeres afirman haber sufrido violencia física, sexual o miedo de alguna pareja o expareja.
- Ha aumentado el porcentaje de mujeres que han logrado salir de la violencia de género con respecto al año 2011.
- Las principales razones para la no ruptura del silencio son no conceder suficiente importancia a la violencia de género, el miedo y la vergüenza
- Ser constata un alto grado de satisfacción con los servicios de ayuda para mujeres víctimas de violencia de género, especialmente con los servicios sanitarios.
- Las ayudas que prefieren recibir las mujeres que sufren violencia de género son apoyo psicológico, ayudas económicas y apoyo jurídico.
- Ruptura del silencio: el 86,7% de las mujeres sufren o han sufrido violencia de género han acudido a la policía o al juzgado, a algún servicio de ayuda o han contado a alguien su situación.
- Las mujeres con una discapacidad acreditada igual o superior al 33% sufren más violencia de género que las mujeres sin discapacidad.
- La incidencia de la violencia de control en el último año entre las mujeres jóvenes que tienen o han tenido pareja en alguna ocasión, es muy superior a la media de mujeres de cualquier edad.
- Del total de mujeres que han sufrido violencia física, y/o violencia sexual y/o miedo de su pareja o expareja, el 42% ha sufrido lesiones a lo largo de su vida como consecuencia de la violencia.
- Las mujeres que han sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas, perciben un deterioro de su salud.
- De las mujeres que denunciaron la violencia de sus parejas o exparejas en el 27,5% continuó la relación a pesar de haber interpuesto una denuncia.

Además, la Macroencuesta 2015 destaca tres factores que protegen contra la violencia de género:

1. Dedicar tiempo para cuidarse y sentirse bien consigo misma.
2. Compartir las tareas domésticas
3. Tener personas cercanas que se preocupan por el bienestar de la mujer.

Así, el 51,8% de las mujeres que no han sufrido violencia de género afirman dedicar 'siempre o casi siempre' tiempo para cuidarse y sentirse bien frente al 45% de las mujeres que han sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas. El 50,4% de las mujeres que no han sufrido violencia de género afirman compartir 'siempre o casi siempre' las tareas domésticas con quienes viven frente al 42,8% de las mujeres que han sufrido violencia.

2.4.5.3.2. Estimación a partir de denuncias

El Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer realiza distintos informes anuales (2007, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014) y facilita una base de datos con el número de denuncias por violencia de género.

En la Tabla 7 se muestra la evolutiva del número de denuncias por violencia de género. Si bien el número de denuncias tiene una tendencia descendente desde el 2008, en 2014 se ha dado un pequeño repunte.

***Tabla 7.*- Número de denuncias por violencia de género (2009/2014)**

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
12%	13,5%	12,9%	12,7%	12,7%	12,2%	11,9%	12%

N = 1.052.177

Fuente: Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (2007, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014)

Si se analizan el número de denuncias tramitadas en 2014 por violencia de género en función de la Comunidad Autónoma (Ver Tabla 8), Andalucía encabeza la lista, seguida por Madrid y Cataluña.

***Tabla 8.*- Número de denuncias por violencia de género por Comunidad Autónoma. 2014**

Comunidad autónoma	Número de denuncias por violencia de género	Puesto
Andalucía	26910	1
Aragón	3241	12
Principado de Asturias	2486	13
Islas Baleares	4687	9
Canarias	6936	5
Cantabria	1230	16
Castilla y León	5132	7
Castilla - La Mancha	4283	10
Cataluña	17342	3
Comunidad Valenciana	16635	4
Extremadura	1933	14
Galicia	5209	6
Comunidad de Madrid	19270	2
Región de Murcia	5039	8
Comunidad Foral de Navarra	1328	15
País Vasco	3990	11
La Rioja	549	17
Ceuta	239	19
Melilla	303	18

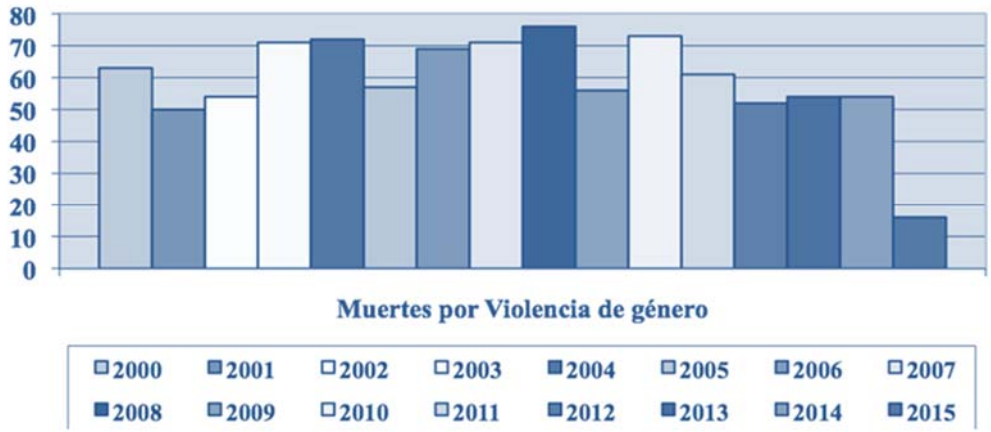
Fuente: Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (2014)

2.4.5.3.3. Estimación a partir de las muertes

El tercer indicador es el número de mujeres que mueren a causa de los malos tratos. Las cifras que se presentan a continuación están extraídas de la base de datos del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer[23]:

[23] Ver más en http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es/

***Figura 10.*- Evolutiva de las víctimas mortales por violencia de género (2000/2015)**



Fuente: Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer.
Nota: Los datos de 2015 corresponden hasta el 15 de abril.

Como se aprecia en la Figura 10, en los últimos años el número de muertes ronda las 50 al año, cifra inferior a las obtenidas a principio de la década[24].

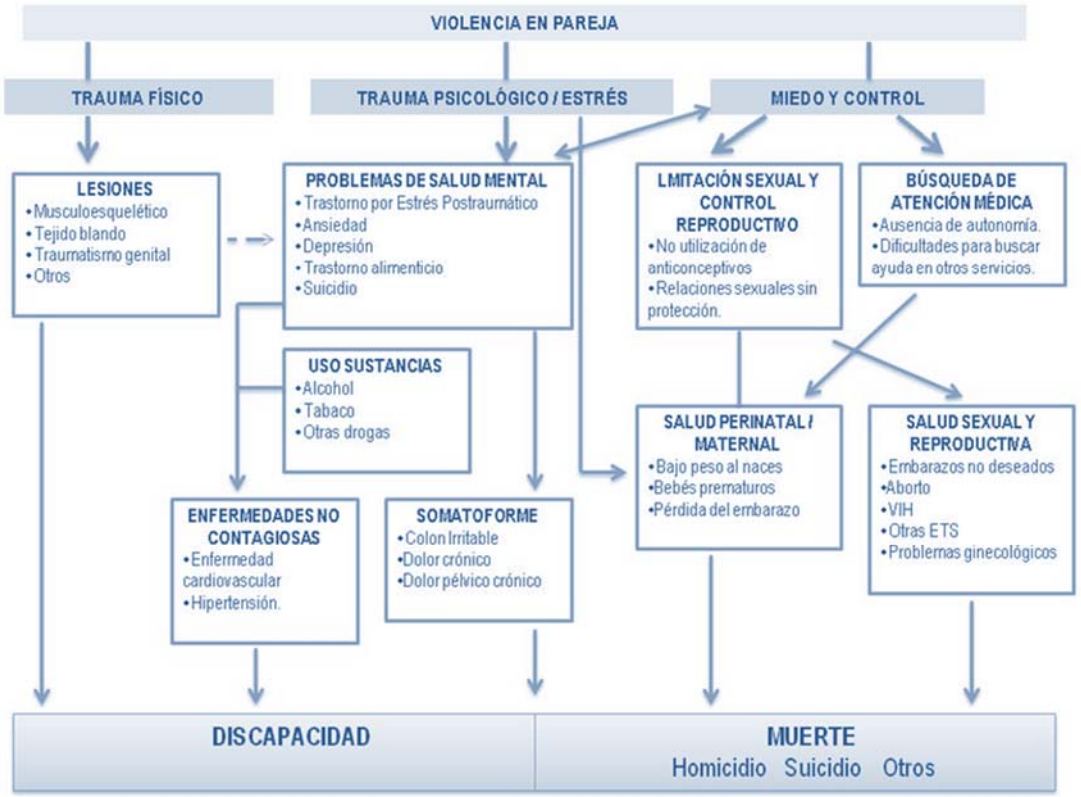
2.4.6. Las consecuencias para la salud de la violencia de pareja

La violencia de pareja conlleva una serie de consecuencias en la salud general de la mujer y es causa directa de lesiones físicas y de síntomas tanto físicos como emocionales que persisten durante mucho tiempo después de que el abuso haya terminado. El impacto de la violencia de género en la salud psicológica aumenta la probabilidad de sufrir depresión, casi el doble que en las mujeres que no han sufrido violencia de pareja (OMS, 2013), así como el desarrollo de estrés postraumático (Dutton-Douglas, Burghardt, Perrin y Chrestman, 1994).

En la Figura 11 se muestra el gráfico elaborado por la OMS en 2013 donde se recogen las principales consecuencias y efectos en la salud de la violencia de pareja.

[24] A pesar de disponer de una base de datos bastante amplia, es en la página web de la Federación de Asociaciones de Mujeres Separadas y Divorciadas donde detallan estas muertes resumiendo y derivando a las fuentes originales (periódicos on-line) donde se publicaron los sucesos: nombre y edad de la víctima, agresor, origen del agresor y de la víctima, etc. Ver más en http://www.separadasydivorciadas.org/wordpress/?page_id=466://

***Figura 11.*- Vías y efectos en la salud de la violencia contra la pareja**



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013, p.8).

2.5. SOBRE LA SALUD

Tanto la sobrecarga que producen las actividades del trabajo de cuidados como las situaciones de violencia de género que sufren algunas mujeres tienen implicaciones directas en su salud. En este apartado vamos a ver la relación que existe entre la salud y el género con el objetivo de centrarnos en dos aspectos que inciden de manera directa en la salud de las cuidadoras informales: la sobrecarga de trabajo y el apoyo social.

2.5.1. Evolución histórica de la definición de salud

La salud se considera un derecho humano (Declaración de Derechos Humanos, 1948, art. 25.1):

> "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".

La Organización Mundial para la salud lleva muchos años elaborando una definición de salud en la que han ido incorporando diferentes elementos. Actualmente la definición de este organismo está en vigor y aceptada oficialmente. De este modo, en la primera definición publicada en 1948 afirman que la salud es "un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad" (OMS, 1948, p. 1). Esta definición no está exenta de críticas por su carácter idealista y utópico, como apunta Maribel Pizarro en la evaluación que realizó sobre la salud en función del género (Emakunde, 2014). Esto lleva a una conceptualización inalcanzable para la mayoría de las personas. Además, señala su carácter estático, desde el que no se contemplan factores como el medio ambiente, el estilo de vida o las causas biológicas que determinan un estado dinámico y cambiante. Ya que según el contexto se entiende que la salud es un elemento clave, cuyo impacto puede redundar en factores socioeconómicos, entre otros[25].

[25] Ya en la Conferencia Internacional de Alma-Ata sobre Atención Primaria de salud (1978) se plantean las desigualdades, impulsando la participación desde la atención primaria con el fin de que todos los

Sin embargo, la propia OMS va incluyendo distintas dimensiones a la definición, incluyendo (OMS, 1986, p. 1):

> "el grado en que una persona o grupo es capaz, por un lado, de llevar a cabo sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades y, por otro lado, enfrentarse al ambiente. En consecuencia la salud debe considerarse no como un objetivo en la vida sino como un recurso más de la vida diaria. La salud es un concepto positivo que comprende los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas".

En 1997 se incorporarán más elementos como el trabajo en la definición, proponiendo que la salud sea aquello a conseguir para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven. Como apunta Concha Colomer (2000) no se modifica la definición, pero se adopta un concepto dinámico y se abandona el utopismo. Se van incorporando, así, otras dimensiones, lo que provoca la evolución de la definición desde un enfoque biologicista (donde el foco de atención está en los determinantes biológicos y no se tienen en cuenta las diferencias que existen en la salud de hombres y mujeres, ni sus relaciones y contextos sociales) a un enfoque holístico más global e integrador, que hacen del concepto un fenómeno dinámico y multidimensional (OMS, 1986).

En esta línea, en el informe canadiense de Marc Lalonde (1974, pp. 3-5) "Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses" se incorporan cuatro determinantes sociales al concepto de salud:

- Estilos de vida: el conjunto de decisiones que toma el individuo y afectan a su salud sobre las cuales ejerce cierto grado de control entre las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales.

---

pueblos gocen del mayor nivel de salud posible para el año 2000, la meta de esta conferencia no ha sido conquistada a día de hoy. Detrás de esta conferencia nacerán otras como la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la salud (OMS, 1986), donde nació la carta de Ottawa. En este documento se establecen las condiciones o prerrequisitos para alcanzar el objetivo de Salud para todos en el año 2000: paz, educación, alimentación, vivienda digna, renta, ecosistema estable, justicia social y equidad: "Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud (OMS, 1986: 1) y añade más adelante: "el cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud" (OMS, 1986, p. 3).

- Biología humana: los hechos relacionados con la salud, física o mental, que se manifiestan como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de su constitución orgánica.
- Medio ambiente físico y social: aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales se tiene poco o ningún control.
- Sistema de salud: cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos de atención de salud.

Son los factores relacionados con el medio ambiente y con los estilos de vida los que más influyen en la salud. De hecho, diferentes autores y autoras (Arellano, Escudero y Moreno, 2008; Borrell et al., 2005; Marmot y Wilkinson, 2001) establecen relaciones entre desigualdades socioeconómicas y el proceso salud enfermedad. De este modo, René Dubos (1995, p. 6) relaciona la salud con la "adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio", no solo desde una estructura biologicista sino desde donde se integran otras variables como las psicológicas (Dubós,1975). Si tenemos en cuenta la definición de Perpignan (1976, citado en Cornelláí-Canals, 1999) vemos la aportación de un concepto singular como el de una manera de vivir alegre, autónoma y solidaria.

Por otra parte, Ivan Illich (1976) se refiere también a la salud desde la perspectiva de un proceso adaptativo gracias al cual las personas se adecúan a la cultura que comparten, en un entorno social determinado y construido. En este sentido, Alessandro Seppilli (1970) hace referencia a una condición de equilibrio funcional cuya finalidad es integrar a la persona en su ambiente natural y social.

Para Peter Pritchard (1986) por su parte, es importante pensar en la salud como un proceso, antes que como un estado, porque éste sólo describe una imagen congelada de una escena movida, en un momento particular.

Posteriormente, Colomer y Álvarez-Dardet (2001, p. 28) señalan que "la salud está profundamente influida por variables sociales, por lo que no debe extrañarnos que se vea afectada por el cambio social". Por otra parte, Rodríguez y de Miguel (1990) analizan las relaciones entre salud y poder. Estos autores entienden la salud como instrumento de poder desde la que se mantiene la estructura social dominante y la desigualdad en las relaciones. Ivan Illich (1976) destaca el papel de los grupos o

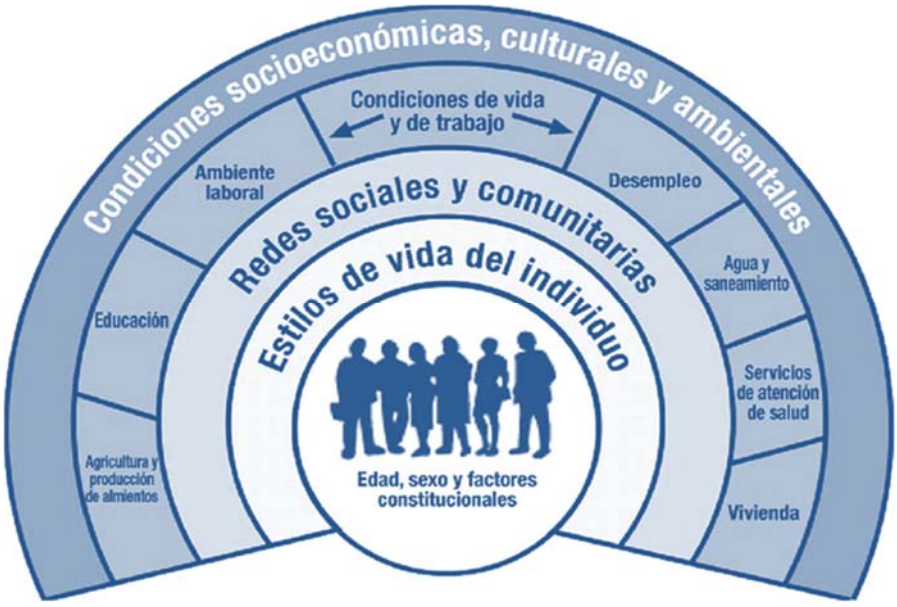
estructuras de poder a la hora de implantar desigualdades de salud conceptualizando lo que es salud y enfermedad.

2.5.2. Las desigualdades sociales y los determinantes de la salud

El informe *The Black report*, dirigido por Douglas Black en 1988 (Black, Morris, Smith y Townsend, 1988) establece la influencia de la estructura social a lo largo del ciclo vital como marco de análisis de desigualdades sociales. En su investigación en Reino Unido evidencian que el riesgo de morir antes de los 65 años es mayor en las clases sociales más desfavorecidas. Este informe marcó un antes y después en los servicios sanitarios británicos y sirvió de referencia a otros países para evidenciar las desigualdades socioeconómicas, incluyendo a posteriori otros factores.

Cabe mencionar que desde la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Dahlgren y Whitehead (1991) explican desde su modelo, (Ver Figura 12) como las desigualdades sociales en salud son el resultado de las interacciones de distintos y diferentes niveles de condiciones causales, desde lo individual (edad, sexo) hasta la comunidad (redes, sistemas de apoyo).

***Figura 12.*- Principales determinantes de la salud.**

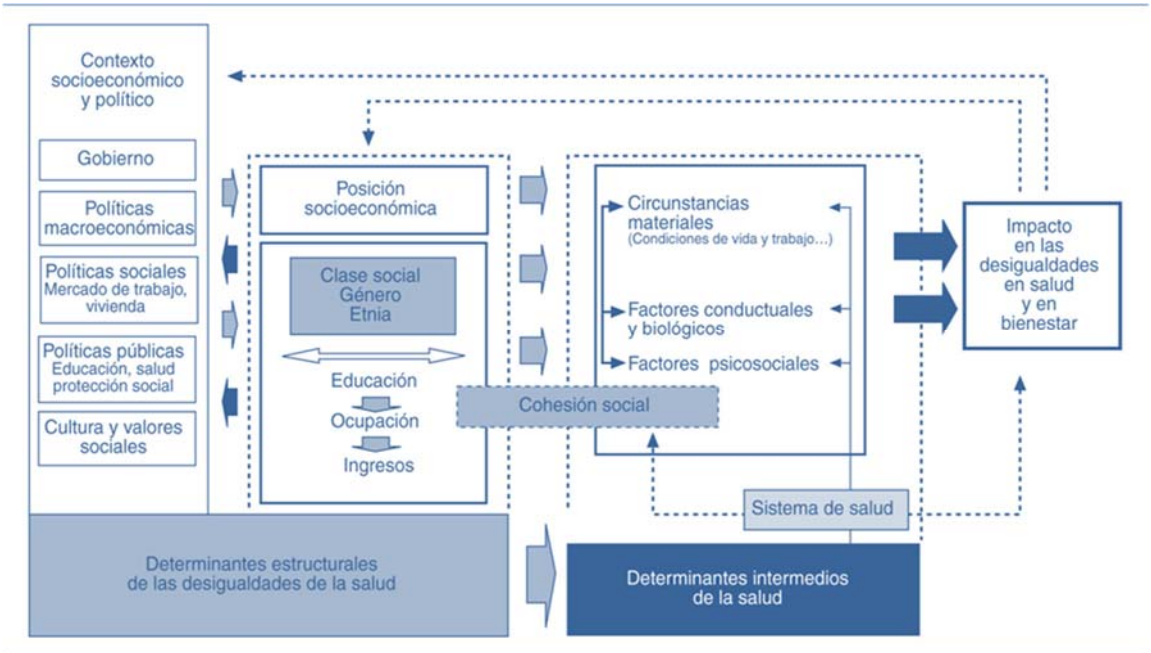


Fuente: Dahlgren y Whitehead (1991, p. 11)

Los determinantes sociales en salud se refieren a las características específicas y a las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud, ya que son los contextos sociales en los que trabajan y viven las personas el reflejo del lugar que ocupan en las jerarquías de poder (Krieger, 2002). Se clasifican en determinantes estructurales e intermedios. Los primeros generan estratificación social, e incluyen a los segundos que se definen mediante los factores tradicionales como ingresos, educación, género, raza o sexualidad (OMS, 2007). La estructura social incluye los factores de desigualdad (clase social, género, edad, etnia y territorio) que ponen en evidencia la existencia de desigualdades en salud debido a las diferencias en el poder, el prestigio y el acceso a los recursos. La estructura social determina desigualdades en los factores intermedios, los cuales, a su vez, lo hacen en las desigualdades en salud (Borrell y Benach ,2006; Borrell y Artacoz ,2007; Borrell, 2015; Jausoro., Dávila, y Arrieta, 2006).

Como afirman Lynch, Smith, Kaplan y House (2000), Marmot y Bell (2009) y Wagstaff y Culyer (2012) las desigualdades de salud se originan desde las desigualdades sociales, políticas y económicas, aunque como recalca Michael Marmot (2005; 2013) el nivel de ingresos, lo que sería un determinante intermedio, es un fuerte determinante del estado de salud.

***Figura 13.*- Determinantes sociales de la salud**

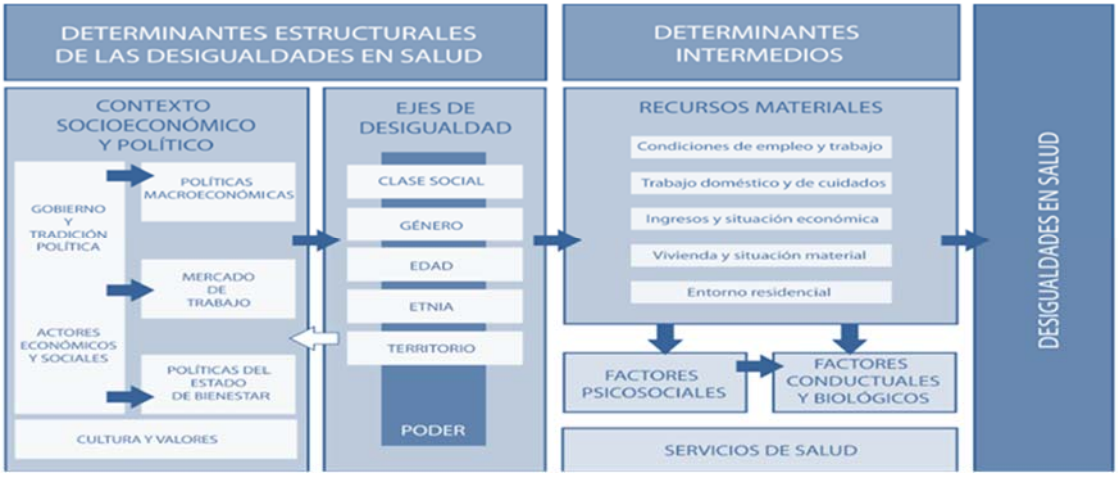


Fuente: OMS (2010, p. 41).

La figura de los determinantes sociales de salud propuesta por la OMS (Ver Figura 13) pretende mostrar los mecanismos y procesos que asignan posiciones sociales a las personas. Es una figura que está basada en la influencia que tienen los determinantes estructurales en la salud.

La primera columna se refiere a los principales factores contextuales que pueden afectar a las desigualdades en salud, por ejemplo la manera que la sociedad genera y distribuye poder y riqueza. Asimismo, se consideran otros factores relevantes como: la cultura, los valores y las normas sociales. En la segunda columna se encuentran los aspectos principales de jerarquía que definen la estructura social y las relaciones de clase dentro de la sociedad. Se incluyen determinantes estructurales que influyen en las desigualdades de salud como: el género o la etnia/raza. Estos determinantes conllevan la creación de desigualdades sociales en las condiciones de vida y de trabajo. Por último, en la tercera columna, se sitúan los determinantes intermedios de la salud y el sistema de salud que se encuentra unido al modelo como un determinante social más.

***Figura 14.*- Determinantes estructurales de las desigualdades en salud**



Fuente: Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España (2010, p. 5).

Margaret Whitehead (1990; 2011) plantea que las desigualdades son evitables e injustas, ya que no se corresponden con inequidades en salud, se trata de comportamientos libremente elegidos y, por tanto, son modificables, mediante el igual acceso a la atención para la misma necesidad; la misma utilización para la misma necesidad; y la igual calidad de atención para todas las personas.

***Tabla 9.*- Factores determinantes en las diferencias de salud**

	Evitables	Injustas
La variación natural, biológica.	No	No
El comportamiento nocivo elegido libremente.	Sí	No
La ventaja transitoria de salud de un grupo sobre otro cuando ese grupo adopta primero un comportamiento que promueve la salud hasta que los otros tienen los medios de ponerse al mismo nivel.	Sí/No	No
El comportamiento nocivo cuando el grado de elección de los estilos de vida se encuentra restringido por factores socioeconómicos.	Sí	Sí
La exposición a condiciones no saludables y al estrés e el trabajo y en la vida diaria.	Sí	Sí
El acceso inadecuado a los servicios de salud esenciales.	Sí	Sí
La movilidad social descendente por causas de salud.	Sí	Sí

Fuente: Basado en Whitehead (2000).

Esta autora señala que clasificar la desigualdad como injusta no depende de juicio de valor: las desigualdades se miden; las inequidades se juzgan (Whitehead, 2000). Hilary Graham (1984, 2004) propone en el diseño de políticas para reducir las desigualdades basado en:

- Focalización en mejorar la salud de los grupos más vulnerables.
- Reducción de las desigualdades entre estos grupos y los más favorecidos.
- Reducción de las desigualdades en toda la población, teniendo en cuenta el conjunto del gradiente social.

Los siguientes epígrafes se centran en los determinantes intermedios. En concreto, en los ingresos económicos y en el ámbito laboral, en el que, como se ve en la Figura 14, está incluido el trabajo de cuidados. Junto con la vivienda, son los determinantes que se centran en los recursos materiales y que más influencia tienen en las desigualdades relacionadas con la salud entre hombres y mujeres.

2.5.2.1. Los ingresos económicos y la salud

Dentro de todas las Recomendaciones de la Comisión Española (2010) para reducir desigualdades apuntan como principales ejes de acción la distribución del poder, la riqueza y los recursos; las condiciones de vida y de trabajo a lo largo del ciclo vital: infancia, trabajo y envejecimiento; los entornos favorecedores de la salud: entornos físicos, y entornos favorecedores de hábitos saludables; los servicios sanitarios; y la vigilancia, investigación y docencia.

Respecto al acceso a los servicios sanitarios, la dificultad de acceso a los servicios de salud es, sin duda, un factor determinante de las desigualdades de salud. Las características del sistema de salud, su acceso, cobertura, oferta y producción de servicios pueden modificar los efectos de los determinantes sociales de la salud mediante la eliminación de las barreras existentes a la provisión de servicios y la orientación de las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad de grupos de la población (Organización Panamericana de Salud, 2002).marmot

Por otra parte, la fuente de ingresos en el hogar afecta a la salud, desde el momento que los ingresos económicos son determinantes para vivienda adecuada, capacidad de compra de bienes y servicios que afectan a la salud. El nivel de ingresos afectan al grado de autonomía de las personas, existiendo asociación entre los ingresos y los factores de riesgo para la salud (Borrell, 1996).

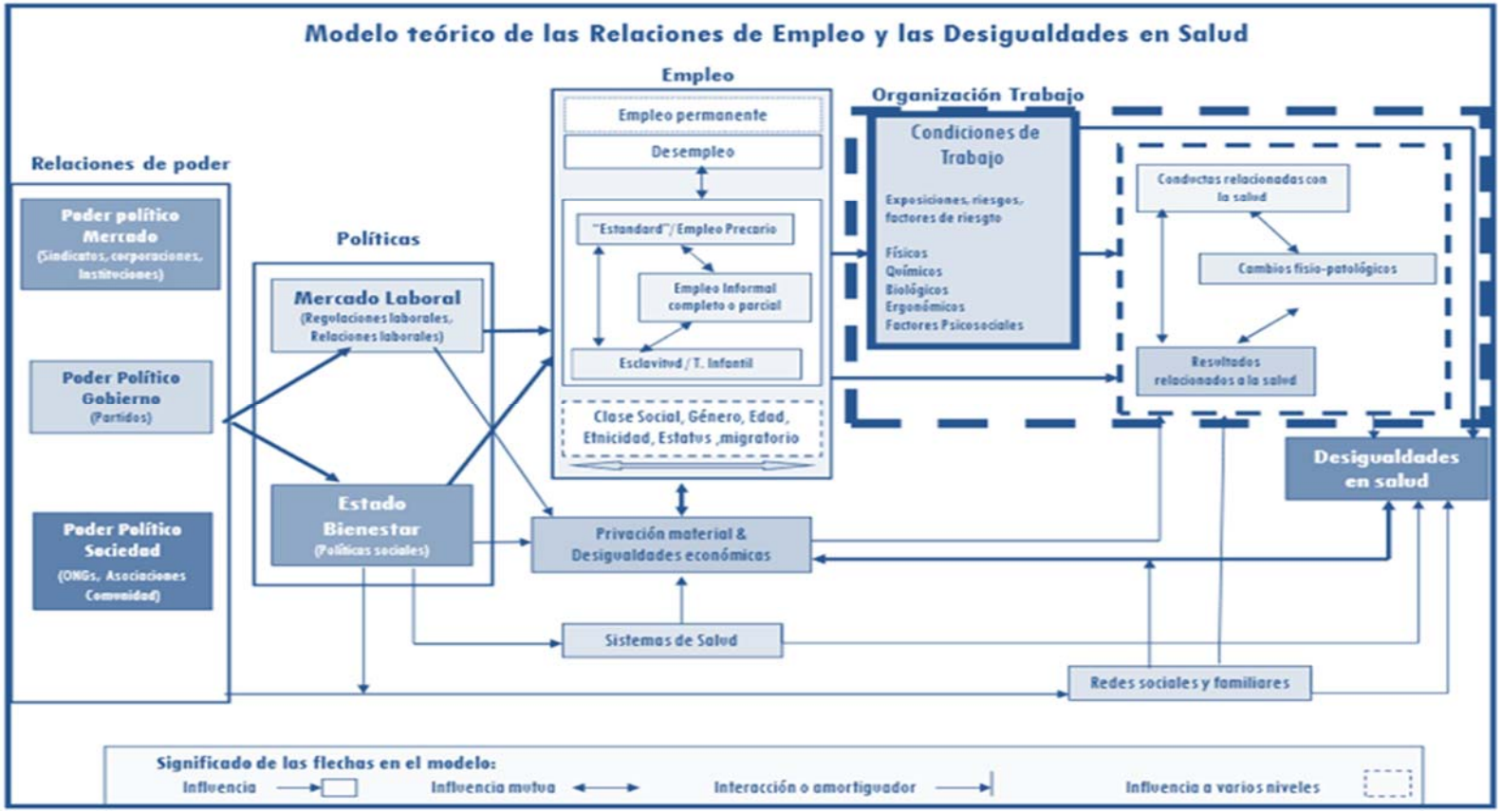
De este modo, entre los determinantes de mala salud se describe la pobreza; las personas pobres son más vulnerables y más expuestas a riesgos de enfermar, ya que los recursos son más escasos y su acceso más dificultoso. Se hace aquí alusión a la feminización de la pobreza, el empobrecimiento de las mujeres a nivel mundial es mayor que el de los hombres, por el menor acceso al poder y a la riqueza. La edad de las mujeres influye en esta feminización de la pobreza, como en el caso de la pensión de jubilación en las mujeres que no han realizado un trabajo remunerado.

En definitiva, y como apunta Michael Marmot (2013) el nivel de ingresos va a ser determinante en las desigualdades de salud. Según Amartya Sen (1992; 2002; 2010) el nivel de ingresos influye en la salud, además de otros factores sociales como educación, gasto en salud o la conducta de las personas.

2.5.2.2. El ámbito laboral y la salud

Un factor determinante para la salud de cualquier persona es el trabajo que ejerce y las condiciones en las que lo desempeña.

***Figura 15.*- Modelo teórico de las relaciones de empleo y las desigualdades en salud**



Fuente: Benach, Muntaner, Santana y Chairs (2007, p. 31).

Por lo general, los empleos con mayor carga emocional y psicosocial son desempeñados por mujeres. Se trata de trabajos de cara al público y en muchas ocasiones poco cualificados, como la atención a personas dependientes. A esto se debe añadir, como ya se ha señalado anteriormente, que las mujeres dedican más tiempo que los hombres al trabajo de cuidados informales, lo que repercute de forma negativa en su salud física y psicológica.

Además, como consecuencia de tener que compatibilizar la vida familiar y laboral, el trabajo a tiempo parcial está más normalizado en mujeres que en hombres. La consecuencia es la pérdida de poder en la toma de decisiones, además de una reducción en las cotizaciones y la consecuente pérdida de derechos económicos en la jubilación.

Aunque el trabajo remunerado tiene efectos beneficiosos sobre las mujeres sin pareja (Khlat, Sermet y Le Pape, 2000; Rohlfs et al., 2000), desde el aporte de independencia a la proporción de la autoestima, (Lahelma, Martikainen, Laaksonen y Aittomäki; 2004), no ocurre así en el caso de las mujeres con pareja o con cargas familiares, en cuyo caso estos beneficios se limitan a las que trabajan a tiempo parcial. Además, las mujeres asalariadas-madres viven conflictivamente las exigencias de estas dos condiciones (González de Chávez, 1999).

Artazcoz et al. (2004) han demostrado el efecto de las largas jornadas de trabajo sobre la salud de las personas y los hábitos relacionados con la salud: las mujeres que trabajan más de 40 horas a la semana tienen más problemas de salud que los hombres con la misma jornada laboral.

La mayor parte de los estudios que han analizado la relación de los diferentes roles de la mujer y su estado de salud confirma esta hipótesis (Fokkema, 2002; Lahelma et al., 2002; Macintyre et al., 1996; Verbrugge, 1983, citados en Bacigalupe y Martín, 2007). Sin embargo, en muchos de ellos, no se ha logrado distinguir entre los efectos de los roles sobre la salud y los efectos de la salud sobre la ocupación de los roles.

Por otra parte, a la hora de abordar la relación entre el ejercicio de roles múltiples y el buen estado de salud no ha sido tenido en consideración el llamado "sesgo de la trabajadora sana", es decir, la posibilidad de que el estado de salud de las personas determine los roles sociales que éstas pueden desarrollar (Bacigalupe y Martín, 2007).

Si nos centramos en el trabajo del cuidado, desde el análisis de la encuesta de salud de la Comunidad Valenciana (González, 2008) se hace referencia a los riesgos para la salud pública del trabajo doméstico, no sólo por su contenido, sino porque no tiene reconocimiento, ni valor (Artazcoz, 2001). Además, como señala esta autora (González, 2008), el efecto de la jornada laboral sobre la salud de la mujer es peor en mujeres que en hombres al analizar el impacto de una jornada de más de 40 horas.

Se ha de considerar también que los accidentes que se producen en el entorno doméstico no se registran como accidentes de trabajo y, sin embargo, parece lógico pensar que las mujeres sufren más lesiones relacionas con su puesto de trabajo (aunque sea informal). Como apunta Carme Valls-Llobet (2000), al no existir diagnósticos específicos para las mujeres éstos se meten en un espacio de síntomas y signos no específicos (Hernández-Peña, Kageyama, Coria, Hernández, y Harlow, 2000; Mingote y López-Dóriga, 2001, Valls-Llobet, 2000).

El trabajo es, por tanto, uno de los factores más importantes a la hora de conformar el estilo de vida de la persona, lo que Duncan (1986) define como el conjunto de pautas y hábitos de comportamiento cotidianos de una persona, es decir su forma de vida, desde los hábitos de vida saludables dependen de las relaciones con el entorno. Por último, las discriminaciones que tienen lugar en el mercado laboral como consecuencia de la segregación, deben ser tenidas en cuenta a la hora de investigar las desigualdades relacionadas con la salud, las cuales influyen desfavorablemente en la salud a lo largo de la vida de las mujeres (Borrell, Rohlfs, Artazcoz y Muntaner, 2004, Durán 2007, Larrañaga et al., 2008, Obregón, 2014).

2.5.3. Las dimensiones de la salud, los estilos de vida y el género

Respecto a la relación entre el género y la salud, es importante determinar cómo se relacionan género y sexo, y la influencia de estos sobre la salud. Ambos conceptos se relacionan simultáneamente: las personas no viven siendo de un "género" o de un "sexo", sino de ambos a la vez (Borrell y Artacoz, 2007, p. 12). Así, la salud y la enfermedad están determinadas por factores biológicos y sociales, variables como edad, estado civil, clase social, etnia, pero también por el contexto económico y geográfico, factores que las políticas de salud deberían tenerlas en cuenta, como afirma la OMS (1997, 2009), para no invisibilizar los problemas de las mujeres en el campo de la salud. Estas desigualdades de género en la salud incrementan enfermedades y muertes (WDR, 2012)

Diferentes autores y autoras se han hecho eco de la importancia estos sesgos de género a la hora de enfermar (Bartley et al., 1998, Bird y Rieker, 1999; Doyal, 2000; Graham, 1984; Peiro et al.,2004); Rosell, 2011; Sen, Östlin y George, 2005; Wilkinson, 1996) y también, a las políticas sobre tabaquismo (Amos Greaves, Nichter y Bloch, 2012; Christofides, 2002; Dedobbeleer, Béland, Contandriopoulos y Adrian, 2004; Greaves y Barr, 1999), poniendo de relieve el androcentrismo de la ciencia al entender e interpretar la salud y la enfermedad desde la visión masculina, lo que lleva a constituir lo masculino como norma (Ortiz, 2006), priorizando los aspectos biológicos sobre aquellos relacionados con el género, sin tener en cuenta las diferencias.

Este trato no igualitario afecta a la salud de la mujer (Vlassof y Garcia, 2002) y la excluye de la investigación y ensayos clínicos, extrapolando los hallazgos de los hombres a las mujeres. Son, por tanto, investigaciones de resultados sesgados, que como señala Artacoz, Benach, Borrel y Cortés (2004) presentan lagunas como la influencia de la clase social, de los roles y de la asignación de responsabilidades. Se

hace alusión a que los resultados por sexo no se suelen incluir en los ensayos, si bien en la ley 14/2011 Ciencia, la Tecnología y la Innovación, se incluye la perspectiva de género en la investigación para garantizar la igualdad.

***Figura 16.*- Estructura de dimensiones sensibles al género en salud**



Fuente: Escuela Andaluza de Salud Pública (2013, p.40).

Así, por ejemplo, en el estudio sobre desagregación de sexo en los ensayos clínicos se constata que en un alto número de textos revisados no existían informaciones respecto al sexo en los resultados y conclusiones del estudio (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2007). Se argumenta para excluir a las mujeres de los ensayos el riesgo fetal, interacciones hormonales, mayor tasa de abandono (Chilet, 2011, p. 358) "la importancia de identificar y hacer visible estos sesgos es mejorar el conocimiento sobre las necesidades de salud de las mujeres; así como de los hombres".

Artacoz, Escribà-Agüir y Cortès (2004) establecen cómo se hacen los análisis en España en cuanto a determinantes sociales de salud, y cómo se han diferenciado estos: en el caso de los hombres el marco es el de desigualdades de clase (ocupación) y en el de las mujeres los roles, señalando que son prácticamente inexistentes los estudios que vinculan roles y salud. Estas diferencias están originadas por determinantes y por dimensiones, los cuales a continuación clasificamos según la guía de indicadores de la escuela andaluza de Salud Pública.

Como se señala en el Plan estratégico (2008/2011)[26] existen también riesgos en la adolescencia y juventud de las mujeres, riesgos que tienen que ver con la construcción de la feminidad, modelos y estereotipos de belleza, que llevan a tener problemas con la alimentación, incrementándose las patologías como la anorexia y bulimia nerviosa. Hacen referencia también a los roles en cuanto a las relaciones sexuales: las jóvenes se exponen a riesgo de embarazo cuyas consecuencias pueden ser la interrupción voluntaria del embarazo. Otra cuestión de la que se hace eco este Plan es la cirugía estética, el cual señaló en 2005 que España era el primer país de Europa en este tipo de intervenciones en personas menores de 21 años, según las estadísticas de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE).

[26] Instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades (2007).

Por otra parte, como apunta William Cockerham (2002) hay una serie de factores determinantes de la salud de las personas, en base al lugar que se ocupa en la estructura social, y de factores interpersonales influyentes en el bienestar y salud mental.

Es más, Ruiz-Cantero et al. (2004) afirma que estas desigualdades en el entorno doméstico guardan relación con el poder, y se sustentan en mitos y costumbres que se autorregulan infiltrándose en la vida cotidiana de las personas, resistiéndose al cambio y condicionadas por determinantes sociales. De este modo, las mujeres desempeñan roles tradicionales que se convierten en factores de riesgo para la salud y que inciden en los modos de enfermar (Tubert, 1999). Esta autora señala como ejemplos el rol maternal, el conyugal y el de ama de casa, en la medida en que tienden a determinar la totalidad de la vida de la mujer y absorben su definición como sujeto deseante. Así, tenderá a maternizar todos sus roles y funciones, más allá del rol materno específico. Los modos de vida tradicionales, asimismo, constituyen factores de riesgo por cuanto sitúan a la mujer como reguladora de las relaciones afectivas en el seno de la familia. En la misma línea, Rohlfs, Borrell y Fonseca (2000) la morbilidad y mortalidad de las mujeres tienen su origen en roles familiares, clase social, situación laboral, argumentando que la salud de los hombres y las mujeres es diferente al existir factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.), que permanecen invisibles y desiguales porque existen diferencias explicadas por el género que intervienen de forma injusta en la salud. Por su parte, Diderichsen y Hallqvist (1998) y Diderichsen, Evans y Whitehead (2001) plantean que los contextos sociales originan la estratificación social, asignando a las personas diferentes posiciones que repercuten y determinan su estado de salud, desde las instituciones a las normas de género.

Debido a este tipo de planteamientos, desde la OMS (2002, p. 2, citado en OPS, 2002) se plantea como objetivo que en las investigaciones, políticas, programas, etc. en las que se participe se tenga en cuenta el género, ya que "esto ayudará a aumentar la cobertura, la eficacia, la eficiencia y, en último término, el efecto de las intervenciones

de salud tanto para las mujeres como para los hombres, contribuyendo al mismo tiempo al logro de la meta general de las Naciones Unidas en lo que se refiere a la justicia social".

Aunque las desigualdades en salud entre mujeres y hombres pueden explicarse, según Cristina López (2015), en base a los roles, estereotipos de género, estilos de vida y prácticas estructurales, también existen factores de género como por ejemplo:

- Las mujeres y hombres acceden de diferente forma a los recursos y a su control.
- Roles construidos y aceptados sobre masculinidad y feminidad.
- El desigual reparto de responsabilidades en el ámbito familiar.
- El poder que tienen los hombres en la toma de decisiones.

Aunque no existe una definición consensuada sobre estilos de vida, se puede afirmar que estos se explican desde los aspectos conductuales y culturales. Así, para la OMS (1986, p. 118) son la "forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales". La teoría ecológica de Bronfenbrenner (1987), anteriormente referenciada, señala la importancia de los ambientes en los que se desenvuelven las personas y la relación de estos con la afectación en los estilos de vida.

El estilo de vida saludable tiene en consideración los factores protectores y los factores de riesgo (Elliot, 1993), que interactúan con las condiciones de vida. Como apunta George Engel (1977) el concepto de salud interacciona con variables biológicas, sociales y psicológicas que se relacionan con la calidad de vida, desde donde lo psicosocial y la estructura social articulan diferencias en materia de salud (Lynch, Smith, Kaplan y House, 2000). De este modo, diferentes estudios (OMS, 2002 y 2007), recogen como factores de riesgo el alcohol, tabaquismo, dietas inadecuadas o sendentarismo. A partir de esto, se afirmar que los estilos de vida se relacionan con el

contexto influenciado por las condiciones sociales que marcarán a la hora de ser una persona sana o enferma. Como apunta Carlos Álvarez–Dardet (La Vanguardia, 2013), los hombres, por ejemplo, acometen riesgos al ser más competitivos y temerarios (este autor señala que los hombres conducen más deprisa, con el incremento de muertes por accidente de tráfico). Los estereotipos femeninos, sin embargo, guardan relación con la sumisión, la pasividad y la dependencia, como señala el documento de la OMS "Función de las mujeres en la asistencia sanitaria" (Pizurki, Mejia, Butter y Ewart, 1988). Por ello, las mujeres desempeñaran un rol de cuidadoras y tienden a tener patologías relacionadas con el sistema nervioso por la mayor somatización. Autoras como Nancy Krieger (La Vanguardia, 2013) aseguran que el estrés por malas relaciones personales o por la falta de relaciones resta salud, relacionando además el estrés con otras patologías como las enfermedades cardiovasculares.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (2009, p. 15) hace hincapié en que "únicamente será posible reducir las desigualdades sanitarias en una generación si se mejora la vida de las mujeres, las jóvenes y las niñas, que representan aproximadamente la mitad de la población del mundo, y si se lucha contra las desigualdades entre los sexos".

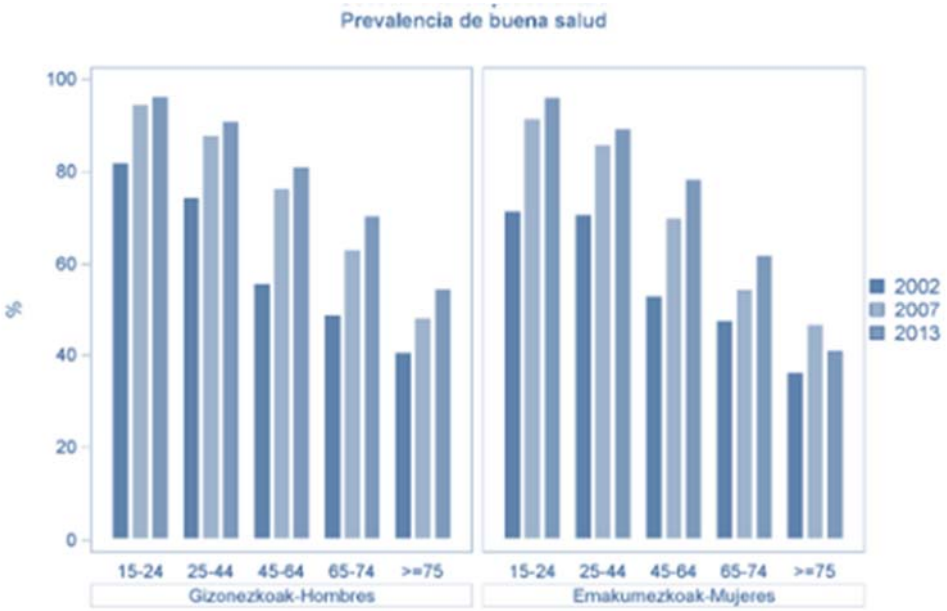
2.5.4. Contextualización de las diferencias entre la salud de los hombres y de las mujeres

Bajo la premisa de que el género es un determinante de salud se han analizado las inequidades de salud en función del género para explicar los roles que desempeñan mujeres y hombres y las diferencias en la salud (Annandale y Hunt, 1990). A modo de ilustración vamos a exponer distintos datos que nos muestran las diferencias entre hombres y mujeres respecto a la salud.

Respecto a los hábitos de vida también se asocian con el rol tradicional masculino y con valores y conductas de riesgo para la salud (Carrión, 2006), en el sentido de que se reprimen los afectos ensalzándose conductas de fortaleza, poder o competitividad que influyen en los hábitos de vida y generan conductas de riesgo (Borrell y Artazcoz, 2007). A nivel estatal, los hábitos de vida de los hombres son menos saludables que los de las mujeres, pero esto se va equiparando en lo referido a determinantes de riesgo como alcohol, tabaco o estrés laboral por la incorporación de las mujeres a la esfera pública. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Pese a ello, la esperanza de vida de los hombres está por debajo de la de las mujeres: en España es de 79,3 años para los hombres, mientras que en las mujeres se eleva hasta los 85 años. Se establece así una brecha de género de 5,7 años entre hombres y mujeres, distancia que ha ido disminuyendo en los últimos años (INE y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Como apunta Marina Subirats (en La Vanguardia, 2013: s/p): "la esperanza de vida de las mujeres fue más corta que la de los hombres en el pasado. A medida que las sociedades se han ido modernizando, la esperanza de vida femenina ha crecido más rápidamente que la masculina. Y la ha sobrepasado en casi todos los países del mundo".

En ocasiones esta diferencia se debe a enfermedades como cáncer o patologías cardiacas asociadas a factores de riesgos modificables como alcohol o tabaco. Sin embargo el aumento de la longevidad no se traduce en un incremento de estado de salud (La Vanguardia, 2013). De este modo se describe en la encuesta de salud 2013 de la CAPV:

***Figura 17.*- Evolución de la percepción de la salud según la edad (2002/2013)**



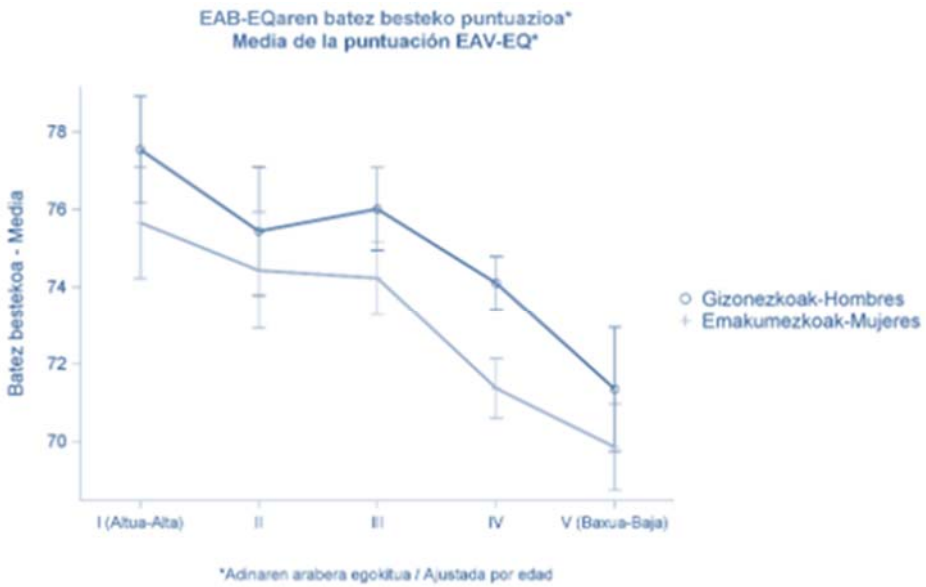
Fuente: Encuesta de salud del País Vasco 2013 (Gobierno Vasco, 2014, p. 8)

Artacoz, Moya, Vanaclocha y Pont (2004) también ponen de relieve que el aumento de la longevidad no se traduce necesariamente en aumento de los años vividos con una buena salud y señala que los problemas crónicos de salud aumentan en las mujeres con la edad. De ahí surge otro tipo de análisis, como el de indicadores de esperanza libre de discapacidad, esperanza libre de enfermedad crónica y esperanza de vida de buena salud, que permite hacer visibles la mayor morbilidad de las mujeres frente a los hombres.

En los estudios que se mide la salud autopercibida, los hombres tienen mejor percepción de su salud que las mujeres en todas las edades y clases sociales, como lo pone de manifiesto de la Encuesta Europea de Salud (INE, 2014). En este sentido, la Encuesta Europea de salud en España (2009) revela que el 75% de los hombres perciben mejor estado de salud que las mujeres, que lo constatan en un 65%. De la misma manera, en la encuesta (Gobierno Vasco, 2014), las mujeres perciben su estado de salud

peor que el de los hombres y el 78% de las mujeres y el 82% de los hombres perciben su salud como buena o muy buena. La calidad de vida relacionada con la salud disminuye con la edad (es mayor en los hombres que en las mujeres) y la diferencia entre ambos sexos aumenta según se avanza en edad. Así, mientras en las personas de 25 a 44 años de edad la puntuación media fue de 83 en los hombres y de 81 en las mujeres, en las de 75 y más años era de 63 y 58 respectivamente. (Gobierno Vasco, 2014).

***Figura 18.*- Desigualdades en calidad de vida relacionada con la salud por clase social. 2013**

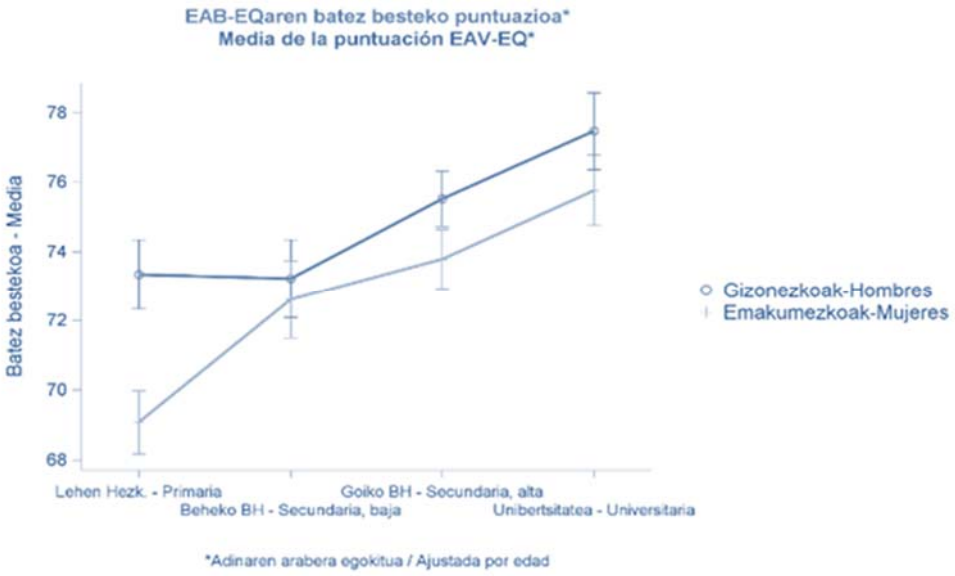


Fuente: Gobierno Vasco (2014, p.10).

A medida que aumenta la edad, las mujeres se vuelven más vulnerables a los problemas de salud, por las dificultades de no haber mantenido un empleo estable, o porque el acceso a la educación ha estado más limitado. En esta etapa se pueden intensificar los problemas de salud, no solo por el avance en edad sino también por las condiciones socioeconómicas (Begum, 2010, citado en Huenchuan et al., 2010). De esta manera, se recoge en la encuesta de la CAPV que las personas con nivel de estudios

más elevado valoran su salud de mejor manera que la de menor nivel de estudios, y que la pendiente de desigualdad es más pronunciada en las mujeres con menores estudios.

***Figura 19.*- Desigualdades en calidad de vida relacionada con la salud por nivel de estudios. 2013**



Fuente: Gobierno Vasco (2014, p.11).

Cabe señalar que el sueño es un indicador de bienestar y calidad de vida (Miró, Cano-Lozano y Buela-Casal, 2005). Según Regal, Amigo y Cebrián (2009) en periodos del ciclo vital de la mujer, se asocia con alteraciones de patrón de sueño, en mujer adulta la prevalencia de insomnio y de somnolencia diurna en un 58% frente al 43% que refieren los hombres.

Existen factores biológicos que influyen en la mayor o menor predisposición a padecer distintos tipos de enfermedades en hombres y mujeres. Así, tal y como indica la (Junta de Andalucía, s/f)[27] los depósitos de grasa en el cuerpo de las mujeres son más abundantes que en el de los hombres, por lo tanto la exposición a estos tóxicos tiene

[27] Texto extraído de la página online de la Junta de Andalucía perteneciente a un módulo sobre igualdad de género. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/institutodelamujer/ugen/modulos/Salud/factors_bio.html

más riesgo para las mujeres que para los hombres. En este sentido, Carme Valls-Llobert (2006) apunta que las diferencias biológicas en la absorción, metabolismo y excreción de tóxicos solubles en grasa hace a las mujeres más sensibles a patologías endocrinas, inmunológicas y músculo-esqueléticas. Esta es una de las razones por lo que la prevalencia de enfermedades es mayor en mujeres que en hombres. Así, la mayor vulnerabilidad de las mujeres a factores químicos ambientales las hace más sensibles a patologías endocrinas, inmunológicas y al acumulo en la grasa de los tóxicos ambientales.

Por otra parte, también por sus características diferenciales genéticas la mujer es más susceptible a contraer enfermedades ITS: es más fácil que el hombre infecte a la mujer que al contrario. Aquí también se habla de desigualdad de género, ya que además de los factores biológicos se suman otros como falta de información o la no utilización del preservativo, lo origina graves consecuencias para las mujeres (Junta de Andalucía, s/f)[28].

El infarto de miocardio se describe desde la masculinidad con una sintomatología estándar. El diagnóstico del infarto en la mujer suele ir acompañado de diagnósticos tardíos, pese a que es la primera causa de muerte en mujeres Carme Valls-Llobert (1990; 2000). Sin embargo, los factores de riesgo son diferentes en hombres y mujeres (Bello y Mosca, 2004; Chrysohoou et al., 2003; DeVon y Zerwic, 2002; Kyker y Limacher, 2002; Mosca et al., 1997; Rohlfs et al., 2004; Wenger, 2002), y éstas acuden más tarde a los servicios hospitalarios una vez que se presentan los síntomas al anteponer la salud de la familia antes que la suya propia (Lefler y Bondy, 2004). También el enfoque desde el que se ha abordado la salud laboral ha estado masculinizado y centrado en empresas y sectores ocupados prioritariamente por

[28] Ver nota al pie anterior.

hombres; los sectores económicos en los que prevalecen las mujeres han sido menos estudiados, como el de servicios, y dentro de este el del cuidado a las demás personas.

El acceso a los servicios de salud, también evidencia desigualdades en cuanto a equidad de género (Borrell y Benach, 2006). Además, el número de altas hospitalarias precoces se traduce en cuidados que otras personas, en su mayoría mujeres, tienen que dispensar en el domicilio.

2.5.4.1. La salud reproductiva

En ocasiones se cae en el sesgo de equiparar la salud de las mujeres con la salud reproductiva (planificación familiar, embarazo, parto, puerperio) o con la ausencia de reproducción (programas de menopausia) sin considerar en ningún caso los factores socioculturales e históricos que condicionan la salud de las mujeres en estas etapas de la vida. Son escasos, por el contrario, los servicios o programas que afrontan la salud reproductiva de los hombres. Como señalan Inhorn y Whittle (2001), se reduce a una visión simplista, enfocándola a la medicalización desde donde se realizan intervenciones innecesarias o excesivas, como por ejemplo en el embarazo, parto y puerperio. Es desde un ámbito biologicista, y solo desde el ámbito reproductivo, desde donde cobra importancia este reduccionismo biológico al que hacen referencia Ruiz Cantero y Verbrugge (1997), para incidir en cómo se centra en las diferencias en la dimensión sexual-reproductivo, incidiendo solo en ellas. Pero como señala la OMS (2009) la salud en el periodo reproductivo no solo es importante para la propia mujer sino también para la sociedad y generaciones futuras. Se medicalizan así estados naturales de la mujer como el embarazo y otros aspectos de la maternidad, pasando a un estado de patologización (Barker, 1998). En la 57 ª asamblea (OMS, 2004) se verifica que la mala salud sexual y reproductiva representa el 20% de la carga global de enfermedad para las mujeres.

Se define la salud reproductiva además de un completo bienestar biopsicosocial, y ausencia de enfermedades y afecciones con el sistema reproductor, abordando el derecho de hombres y mujeres a acceder a la planificación familiar, desde una asistencia que contribuya al bienestar a través de la prevención y solución problemas de salud reproductiva (ONU,1995). Desde el Ministerio de Sanidad Español se empiezan a ofrecer cartera de servicios para las mujeres en diferentes comunidades autónomas en el ámbito del cáncer de mama, métodos anticonceptivos, ITV (interrupción del embarazo), climaterio.

Mª Luz Esteban (2006) critica que se ha hecho un "tratamiento fertilista" sin integrar aspectos del ciclo vital y aspectos emocionales de la salud. En relación al parto se realizan técnicas que se ha recomendado abandonar como es el caso de las cesáreas, provocando que el exceso de medicalización del parto haya aumentado, pese a que desde la OMS se insiste en que solo se realicen cesáreas cuando sea estrictamente necesario. También están cuestionadas técnicas como la episiotomía. Además, aunque como señalan Chan, Støre y Kouchner (2008) existe a nivel mundial parecido número de mujeres y hombres con VIH, las desigualdades de género repercuten en las mujeres haciéndolas más vulnerables, como es el caso de las mujeres que ejercen la prostitución, emigrantes, víctimas de trata o usuarias de drogas inyectables. Se evidencia, por otra parte, como estados naturales de la mujer, como la menopausia, son objeto de medicalización, con las repercusiones que esto tiene en la salud de la mujer. Existe evidencia de que la medicalización en la menopausia, a través de la terapia hormonal sustitutoria, incrementa el cáncer de mama y patologías cardiovasculares. Además aunque no está demostrado la utilización de tratamiento en la mineralización ósea a partir de estas edades, se utiliza esta. Tal y como afirma Cristina Bernis (2008 s/p): "las mujeres tienen mayor ecoestabilidad (son menos sensibles a los cambios del entorno) que los hombres, lo que se debe fundamentalmente al papel reproductor de las primeras dentro de la sociedad". Pero es este papel reproductor el que las subordina por las relaciones de poder establecidas.

2.5.4.2. Consecuencias en la salud mental

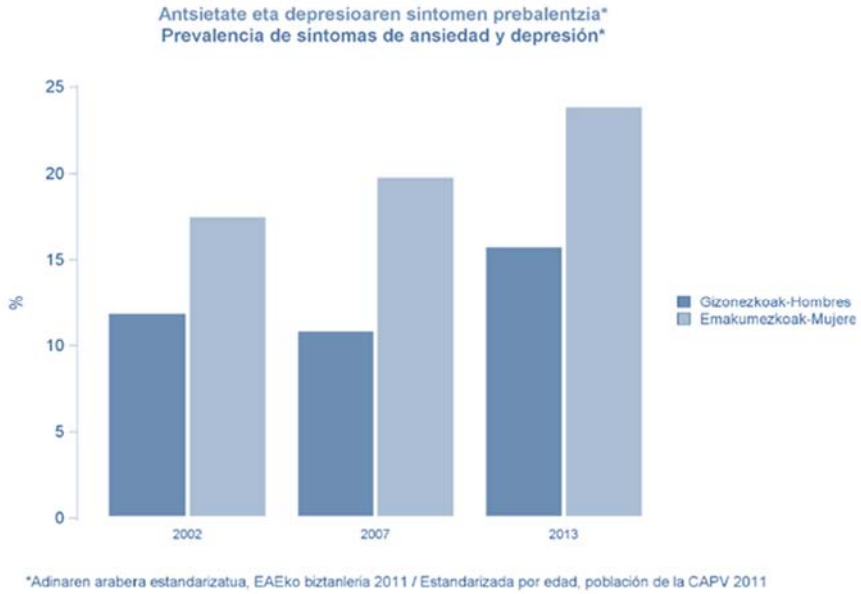
A la hora de abordar los determinantes estructurales de la salud en las mujeres es necesario abordar la salud mental y hacer una especial mención a la depresión y a la ansiedad por ser un trastorno con una gran prevalencia entre las mujeres.

La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad OMS (2013)[29]. Precisamente desde la OMS (2011) se alerta de la magnitud de la depresión a nivel mundial, considerándola ya como la principal causa de discapacidad en mujeres amas de casa y con nivel educativo y de ingresos bajos (Rodríguez-Sanz, Carrillo y Borrell, 2005). De hecho, la depresión mayor será la segunda causa de discapacidad en el 2020 según proyección de la OMS. Esta enfermedad es más frecuente (dos veces más) en mujeres que en hombres (Dubós, 1975).

Especialmente preocupante es el hecho de que la salud mental, expresada por la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión ha empeorado muy significativamente en el caso de las mujeres, pasando del 18% en 2002 al 24% en 2013.en la CAPV (Gobierno Vasco, 2014). En los hombres, la prevalencia apenas cambió entre 2002 y 2007, pero sí ha aumentado desde entonces, subiendo del 11% registrado en 2007 al 16% de 2013. La proporción de personas con síntomas de ansiedad y depresión aumenta con la edad. Esta proporción, en todos los grupos de edad, es mayor en las mujeres. La evolución de la prevalencia de esos síntomas ha sido similar en todos los grupos de edad en ambos sexos (Gobierno Vasco, 2014).

[29] Más información en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

***Figura 20.*- Evolución de la salud mental 2002/2013**



Fuente: Gobierno Vasco (2014, p. 12).

Desde la OMS se advierte del elevado uso de psicofármacos por parte de las mujeres, que son diagnosticadas con más frecuencia que los hombres de problemas de salud mental con una mayor prescripción de psicotrópicos. Tal y como afirman Ashton (1991), Montero et al. (2004) o Valls-Llobert (2006), a las mujeres se les recetan más psicofármacos que a los hombres especialmente para mitigar problemas sociales, algo que puede evitarse con una adecuada asistencia sanitaria concebida con perspectiva de género que establezca soluciones reales desde el origen del problema y limite así la medicalización inadecuada (OMS, 2005). De esta forma se evitaría lo que en Atención Primaria se ha denominado un "círculo vicioso" por el cual las mujeres están más expuestas a ser tratadas con psicofármacos, ya que el personal médico las estudia y trata como un grupo de riesgo, situación que se ve reafirmada por los estereotipos de género que los propios profesionales han asimilado por el momento social e histórico en el que viven. Autores como Conry et al. (2011) han relacionado la salud percibida con la salud mental, comprobando que se correlacionan. Como apunta Pilar Montesó (2015) la salud mental es un pilar fundamental para la calidad de vida y el bienestar en general. Amparándose en estudios de EEUU y España, Ana García-Mina (2003) resalta la

excesiva medicalización y apunta a los grupos de reflexión para la prevención en salud psicológica, desde donde las mujeres son su principal recurso de salud.

Desde la perspectiva de la epidemiologia social Nancy Krieger (2001) propone reducir la enfermedad, mejorar y fortalecer el apoyo social, en vez de reducir la exposición a estresores, ya que en situaciones adversas, como la crianza, que aumentan el riesgo. En el caso de las personas cuidadoras de edad avanzada el proceso depresivo puede desencadenarse por cambios en sus rutinas (una mudanza, el fallecimiento de seres queridos, la pérdida de la propia autonomía), además de estar relacionado con otras enfermedades, como las demencias.

2.5.5. La relación entre trabajo de cuidados y salud

Desde diferentes estudios la mirada desde donde se analiza el bienestar difiere en función de si se centran en las características de las personas cuidadoras, en las actividades que realizan, en los tiempos que ocupan, etc., mientras que otros ponen énfasis en la persona cuidada. Nos centraremos en las primeras, las cuidadoras, para esta investigación, ya que el objeto de la misma es poner de relieve cómo el cuidado en el seno de la pareja puede devenir en mala salud e inclusive en situaciones de violencia de género.

2.5.5.1. La sobrecarga producida por el trabajo de cuidados

Es evidente que existen diferencias en cuanto a la distribución del tiempo entre hombres y mujeres. Diversos estudios señalan que los hombres tienen más tiempo libre que las mujeres: en España las mujeres trabajan diariamente 56 minutos más que los hombres (6,30 horas más a la semana) si se suma el trabajo remunerado y el no

remunerado, lo que significa que la carga total de trabajo de las mujeres es un 15% superior a la de los hombres.

Esta desigual distribución del tiempo supone en la práctica una sobrecarga laboral para las mujeres, un hecho que probablemente esté relacionada con que una mayor proporción de mujeres que de hombres perciban su salud como mala o muy mala (Junta de Andalucía, s/f)[30].

Se habla de sobrecarga del cuidador o cuidadora cuando las personas cuidadoras afrontan en el cuidado situaciones estresantes (Rojas, 2007), algo que, como señala Feldberg et al. (2011) obliga a dinamizar recursos ante nuevas demandas.

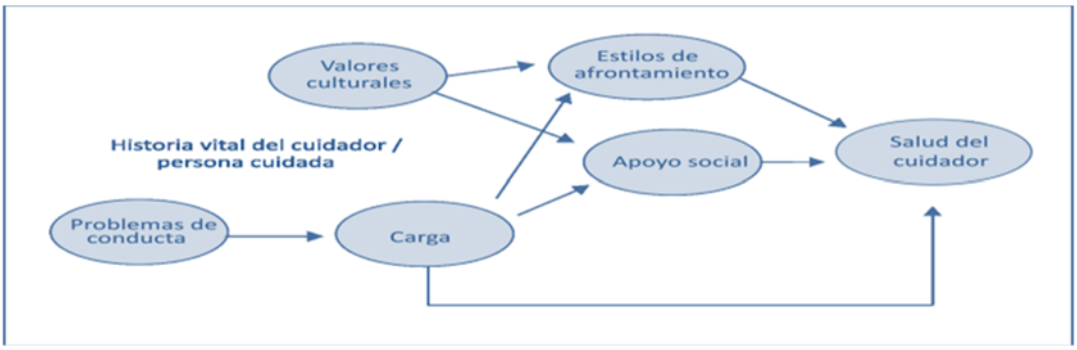
Steven Zarit (2002) conceptualiza la carga del cuidado como un evento vital estresante que constituye un proceso multidimensional con muchas consecuencias potenciales. Este esfuerzo que se mantiene en el tiempo, genera en la cuidadora una carga que tiene impacto en las mujeres cuidadoras al poder llegar a padecer problemas físicos y psíquicos, que influyentes en la calidad de vida (Caro, 2001; Carretero, Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2009, García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004; Parks y Novielli, 2000). Estos estresores se relacionan con consecuencias negativas para la salud y, además, tienen también impacto sobre las relaciones sociales, que se ven mermadas por el hecho de cuidar, disminuyendo el tiempo de ocio esto ayuda a que la mujer cuidadora tenga un mayor aislamiento, "carga del cuidado", como respuesta prolongada a factores de estrés crónico (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Como señalan Montgomery, Gonyea y Hooyman, (1985), Schene (1990), Villalba, (2002) o Rodriguez (2012) la sobrecarga mide el sobreesfuerzo y tiene dos

[30] Texto extraído de la página online de la Junta de Andalucía perteneciente a un módulo sobre igualdad de género. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/institutodelamujer/ugen/modulos/Salud/factors_bio.html

componentes: el objetivo y el subjetivo. Otros componentes de la carga del cuidado desde el concepto multidimensional son: económica, social y emocional.

***Figura 21.*- Modelo sociocultural de estrés y afrontamiento**



Fuente: Zarit, 2002, modificado de Knigthy Sayegh.

Como apunta Mª Ángeles Duran (2012), el 91% de las mujeres se sienten en la obligación de cuidar, además de constatar en su análisis una sobrecarga de trabajo y la invisibilidad del mismo. Esta mayor carga de trabajo que asume la cuidadora, y que implica una gran variedad de tareas, conlleva además actividades de acompañamiento y vigilancia, relaciones con los servicios sanitarios, sin estar exento de dar apoyo emocional y social (García-Calvente, Mateo y Maroto, 2004). Son cuidados pesados, cotidianos y escasamente gratificantes que implican tiempo y dedicación.

Así, Lucía Artacoz, et al. (2004) ponen de manifiesto que la salud está interrelacionada con los roles sociales desempeñados por las mujeres, afectando el cuidado de forma negativa a la salud. Como sugiere Cristina Vega (2009, p.32): "cuando los cuidados niegan el propio cuidado, cuando para cuidar una tiene que descuidarse, lo habitual es que se genere resentimiento". Además, en la actualidad el trabajo de cuidados necesario y no cubierto por los servicios públicos, o escasamente prestado, está generando sentimientos de estrés, culpa, maltrato, miedo y doble vínculo en las mujeres cuidadoras y en las personas cuidadas (Izquierdo, 2003).

Numerosos autores y autoras afirman que el cuidado tiene consecuencias negativas para la salud a nivel físico y psicológico, provocando tristeza, desesperanza (Anthony-Bergstone, Artaso, Martín y Cabases, 2002; Badía, Lara y Roset, 2004; Baumgarten et al., 1992; Cooke, Mcnally, Mulligan, Harrison y Newman, 2001; Gallagher Rose, Rivera, Lovett y Thompson, 1989; Gálvez, Ras, Hospital y Vila, 2003; Garcés y Peinado, 2004; García-Calvente, Mateo y Gutiérrez, 1999; Kiecolt-Glaser, Schultz, Visitainer y Williamson, 1990; Kiecolt-Glaser et al., 1997; King y Brassington, 1997; Larrañaga et al., 2008; Pinquart y Sörensen, 2003; Roger et al., 2000; Valles, Gutiérrez, Luquin, Martín y López de Castro 1998; Vitaliano, Zhang y Scanlan, 2003; Yee y Schultz, 2000; Zarit et al.,1998) o, incluso, depresión (Bover-Bover, 2006; Crespo, López y Zarit, 2005).

De hecho, como apunta García-Calvente et al. (2004), el cuidado hacia una persona dependiente es una fuente de estrés crónico. En un estudio que realizan en Andalucía con concluyen que el cuidado tiene consecuencias negativas en la salud e incluso, como apunta Family Caregiver Alliance (2001), estos problemas de salud pueden llevar a la persona cuidadora a tener que ser cuidada. Existen diferentes estudios que confirman estas consecuencias negativas en la salud psíquica (King y Brassington, 1997; Larrañaga et al., 2012; Marks, Lambert y Choi, 2002; Pinquart y Sörensen, 2003; Redinbaugh, MacCallum y Kiecolt-Glaser, 1995; Vitaliano, Zhang y Scanlan, 2003). En sus investigaciones se hace alusión a los cuadros de depresión que experimentan las personas cuidadoras (Family Caregiver Alliance, 2001; Pinquart y Sörensen, 2003; Yee y Schulz, 2000). Las mujeres cuidadoras sufren sobrecarga relacionada, además, con factores de relaciones de parentesco. Diferentes estudios señalan el género y la edad como factores que propician una mayor sobrecarga en las mujeres.

Otra cuestión a tener en cuenta es que el cuidado informal, a nivel salud, cada vez requiere de más adiestramiento (García-Calvente, Mateo y Eguiguren, 2004). Esto supone que desde los servicios de salud se delega en la mujer actuaciones que, por edad

o falta de destrezas, pueden hacer desarrollar estrés a la mujer cuidadora al enfrentarse al sentimiento de culpa si lo hace mal (control diabetes, control tóxicos). La mujer se enfrenta a sentimientos y emociones contradictorias generadas desde la frustración que le supone la obligación de proporcionar cuidados; sentimiento que se ve agudizado al no tener tiempo para sí misma en actividades de la vida diaria, lo que va a influir en su estado de salud (Martínez Benlloch y Bonilla, 2000).

La salud percibida es evaluable desde la autopercepción que tienen las mujeres cuidadoras, que influye en el binomio salud-enfermedad y, por ende, en su calidad de vida. Se relacionan a continuación una serie de instrumentos para medir la carga de cuidado. Schene et al. (1994) señalan que en la actualidad el ZCBI (Zarit et al., 1980) es el más utilizado, debido a sus propiedades psicométricas. Por otra parte, nos encontramos con el Experience of Caregiving Inventory (ECI) el cual permite obtener puntuaciones globales a través de la suma de sus diferentes factores teniendo en cuenta las dimensiones de carga objetiva y subjetiva (Reine et al., 2003). Otros instrumentos serían el Índice del Esfuerzo del Cuidador (IEC) (López y Moral, 2005), y el SCB (Guerra-Silla et al., 2011).

La OMS (Grupo WHOQOL, 1994, pp. 3-4) expone que en las definiciones de calidad de vida se debe incluir variables como bienestar emocional, definiendo así la calidad de vida como: "la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la Salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno".

2.5.5.2. La importancia del apoyo social

Contar con una red eficaz y accesible de apoyos sociales es fundamental para que la labor del cuidado doméstico sea más llevadera para las mujeres cuidadoras. Si bien no existe consenso en cuanto a definición de apoyo social, se puede decir que es un término polisémico, multidimensional y los elementos que contienen están en relación. Desde la perspectiva de análisis desde donde se abordan desde diferentes disciplinas, sabiendo como señala Scott y Clare Wenger (1996, p. 221) que "todo el mundo tiene una red social, y prácticamente en toda red existe una red de apoyo (…)" algunas de estas formas de apoyo forman parte de la vida cotidiana, como el caso de las tareas domésticas, desde donde el funcionamiento de la red de apoyo va a relacionarse con la calidad de vida, como apunta Gore (1978), ya que la presencia o ausencia de ésta afecta a la salud de las personas.

Verónica Montes de Oca (2003, p. 25) define el apoyo social a través del "contenido funcional de las relaciones sociales como la instrumentalidad, la información y el apoyo emocional", concepto ya desarrollado anteriormente por James House (1981) que incluía aspectos como emocional, instrumental, información y valoración. Es un proceso, que como señalan Lin y Ensel (1989), permite satisfacer necesidades a través de los recursos de la estructura social, independientemente que esta estructura, donde se interconectan niveles puede cambiar a lo largo de la vida. Estas transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación (Kahn y Antonucci, 1980).

Los estudios de Cassel (1976) y Cob (1976) señalan como el apoyo social protege a las personas de consecuencias negativas en sucesos vitales estresantes, tanto a nivel físico como psicológico. Por su parte, Pillemer, Moen, Wethington y Glasgow (2000) señalan los beneficios que reporta el apoyo social. Stone, Cafferata y Sangl (1987) relacionan la vulnerabilidad de las personas cuidadoras con la insuficiente de ayuda. Autores y autoras como Berkman y Syme (1979). Kawachi y Kennedy (1999), Ostwald

(2009), o Reid, Stajduhar y Chappell (2010), destacan como el aislamiento social está relacionado con la morbimortalidad.

Diversos autores y autoras evidencian que el apoyo social y la salud están interrelacionados, relacionándose un peor estado de salud con menor apoyo social (Broadhead, Gehlbach, De Gruy y Kaplan, 1988; García-Calvente, Mateo y Gutiérrez, 1999; Torres, Peláez y Muela, 2002). Según establecen los estudios de Gallegos-Carillo et al. (2009); Gracia y Herrero, (2006); Kafetsios y Sideridis, (2006); Méndez y Pozo, (2011), el apoyo social se relaciona con el bienestar de las personas, actuando como protector. En el ámbito de la salud el apoyo social es un factor determinante para proteger de enfermedades según lo establecen numerosos estudios (Hernández, Arenas, y Valde, 2001; Hoth, Christensen, Ehlers, Raichle y Lawton, 2007; Kulik y Mahler, 1989; Martos, Pozo y Alonso, 2008; Patel, Peterson y Kimmel, 2005; Uchino, 2004).

Como señalan Montorio, Fernández, López y Sánchez (1998) si la carga está en función de la persona cuidadora, habría que priorizar reducir la carga desde los responsables de la planificación e implantación (servicios de apoyo, sustituir a la persona que cuida). Además, como apunta Clara Valverde (2005), desde las redes de apoyo se presta soporte afectivo, lo que repercute en una mejor calidad de vida.

***Tabla 10.*- Evolución de las relaciones de apoyo y cuidado**

	2007	2013
HA TENIDO QUIEN HAYA PODIDO AYUDARLE CUANDO TIENE PROBLEMAS		
No contesta	1,0	0,5
Sí	72,8	73,8
No	23,8	25,4
No sabe	2,3	0,3
TIENE ALGUNA PERSONA QUE PUEDE AYUDARLE CUANDO TIENE PROBLEMAS		
No contesta	0,9	0,4
Sí	68,1	69,8
No	28,1	29,3
No sabe	2,9	0,5
TIENE ALGUNA PERSONA A LA QUE HA AYUDADO CUANDO ELLA TUVO PROBLEMAS		
No contesta	1,2	0,3
Sí	67,7	71,0
No	29,6	28,6
No sabe	1,5	0,1
TIENE ALGUNA PERSONA A LA QUE AYUDA CUANDO TIENE PROBLEMAS		
No contesta	1,7	0,5
Sí	49,2	60,2
No	47,7	39,1
No sabe	1,4	0,2

Fuente: Encuesta FOESSA, 2007 y 2013. Explotación de Fernando Fantova y Rosalía Mota

Las Encuestas FOESSA plantean dos preguntas que permiten describir la existencia de redes primarias o informales de apoyo y cuidado: indaga si la persona tiene o ha tenido alguna persona que pueda ayudarle cuando tiene problemas (prestar dinero, recibir cuidados para ella o para alguna persona dependiente a su cargo apoyo emocional, etc.), y pregunta también si han prestado o prestan ayuda a terceros que tienen problemas. Para el conjunto de la población las relaciones recíprocas de ayuda son intensas: 7 de cada 10 personas dicen que les han ayudado y les ayudan en la actualidad cuando tienen problemas, tendencia estable entre 2007 y 2013. Las personas que ayudan a otras han aumentado su peso relativo: 49% en 2007 y 60% en 2013. En general, los datos evidencian la sostenibilidad de las relaciones informales de apoyo y cuidado en momentos de crisis económicas: el porcentaje de personas que por dificultades económicas en el hogar se ha visto en la necesidad de pedir ayuda económica a parientes y amigos casi se ha duplicado entre 2007 y 2013, del 11% al 20%.

2.5.5.3. Las consecuencias del trabajo de cuidados en la salud de la mujer

La sobrecarga en el cuidado y el apoyo social son factores que han de ser tenidos en cuenta en el estado de la mujer que presta cuidados, partiendo de estos factores se pueden corregir y establecer estrategias con perspectiva de género que puedan incidir de forma beneficiosa en su calidad de vida. Esto entraña que los estudios se centren en las consecuencias del cuidado informal, en las personas que reciben cuidados (sobre todo a nivel de dependencia en mayores) que en las personas, mayoritariamente mujeres que prestan los cuidados. En los últimos años se investiga los factores como la salud en la persona que cuida, a través fundamentalmente de la carga del cuidado. Los costes del cuidado no solo afectan a la persona enferma, sino a las personas cercanas a él, son costes que según Mª Angeles Durán (2000) no se miden y son invisibles, haciendo referencia a los costes invisibles de la enfermedad relacionando el tiempo estimado empleado por las personas a la salud en el hogar y en las instituciones sanitarias, y expectativas sobre el cuidado no remunerado.

Las personas cuidadoras acostumbran a tener peor salud que las no cuidadoras, porque el cuidado tiene efectos sobre la salud de la persona que cuida. Así lo ponen de relieve diferentes estudios (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004; INE, 2006; Lee y Gramotney, 2007). Esto es debido a que su rol implica ciertos esfuerzos físicos y psicológicos. Así, es probable que aparezcan fatiga, dolores musculares y de cabeza, molestias estomacales, etc. La persona cuidadora asume gran número de tareas que en la mayoría de los casos desbordan sus posibilidades reales de llevarlas a cabo y conllevan una gran carga emocional y problemas físicos y psíquicos asociados. En este sentido, el trabajo de cuidado informal entraña riesgos ergonómicos (lumbalgias, problemas articulares), por el esfuerzo físico constante, además de otros riesgos como los psicosociales, higiénicos o de seguridad (De la Fuente, González y Guzmán, 2011) si bien estas lesiones están infradiagnosticadas y su evaluación también.

Con frecuencia, una consecuencia de esta situación es el aislamiento social, a veces sin ser conscientes de ello. Para evitarlo, la persona cuidadora debe mantener sus relaciones sociales, sus actividades de ocio y su tiempo libre porque mejora su bienestar, origina desahogo, produce apoyo emocional y mejora los cuidados proporcionados. Es decir, la mujer cuidadora debe autocuidarse para no convertirse en una persona dependiente en el futuro. Para ello debe aprender a adaptarse y afrontar los cambios: en las relaciones familiares, sociales, económicas, laborales, en la salud, y en el ocio. Si no se adapta a estos cambios, deja su vida en un segundo plano generando sobrecarga y malestar.

Marcela Lagarde (2004) alerta sobre el riesgo que supone el propio descuido de las mujeres cuidadoras para favorecer el cuidado de otros, fruto de un concepto de "maternazgo" que articula el rol social del cuidado. Esto se expresa en "el uso del tiempo principal de las mujeres, de que sus mejores energías vitales sean afectivas, eróticas, intelectuales o espirituales, y de la inversión de sus bienes y recursos" dirigidos a los otros (Lagarde 2004, p. 157).

Cuidar pasa factura principalmente a la mujer, ya que el cuidado, como señala Dolores Juliano (2004), tiene un coste personal muy elevado e implica renuncias y sacrificios propios de una dedicación en exclusiva. Esta autora apunta como los rasgos principales de la maternidad el cuidado continuado, la postergación de los propios proyectos y la atención a los deseos y necesidades del otro. Hernández, Arenas y Valde (2001) profundizan en el cuidado en el ámbito doméstico y se refieren a un concepto más amplio, desde el pensar materno, haciéndose eco de las propuestas de Cunneen (1991) y Ruddic (1989): la conceptualización del cuidado es más profunda traspasandos las barreras de la enfermedad es un "saber esencialmente femenino, que se construye socialmente y cuya finalidad es crear un ambiente sostenedor". Siguiendo con el mito de la maternidad, Mª Luz Esteban (2003) hace referencia a cómo las mujeres viven la

incompatibilidad de maternidad y empleo de forma subjetiva, refiriéndose a las criaturas más pequeñas, al estar creado y reforzado dicho mito por el poder y la ideología social.

Existen cambios en la concepción del concepto de la maternidad, pasando la mujer de una dedicación en exclusiva desde el pensamiento del ideal de cuidado hacia las criaturas hacia una madre que no tiene que ser de dedicación exclusiva, si bien en el ideario social existe aún la concepción tradicional de la maternidad (Gorfinkiel, 2009). Solé y Parella (2004, p. 74), plantean que desde una dimensión social no es posible hablar de un único patrón de maternidad, sino que es preciso hablar de distintas maternidades ya que "partir de modelos 'ideales' o 'normales' (maternidad intensiva) puede provocar efectos perniciosos en la salud física y mental de las mujeres que no pueden o no quieren ajustarse a estos". Este deterioro de la salud de la mujer se acentúa con el paso del tiempo, ya que a las limitaciones propias de la edad dentro del proceso natural de envejecimiento se suma el mantenimiento de la exigencia de cuidado y la falta de reconocimiento social del mismo. Surge así el síndrome de la "abuela esclava" que se desarrolla en adultas mayores cuidadoras sometidas a una importante sobrecarga física y emocional, lo que les origina un progresivo desequilibrio tanto somático como psíquico. Se trata de un síndrome más habitual de lo que se cree y que genera un sufrimiento crónico y un notable deterioro de la calidad de vida de la mujer que renuncia a sus propios espacios de autonomía pese a su avanzada edad. Antonio Guijarro (2004) describe el síndrome de la abuela esclava que tienen mujeres como una pandemia del siglo XXI que manifiestan enfermedades como fibromialgias, hipertensión, diabetes, ansiedad, agotamiento crónico o cuadros depresivos. Estas patologías se ven agravadas por la falta de reconocimiento de esta sobrecarga de trabajo por parte de la familia, e incluso de los propios profesionales sanitarios. Además, su diagnóstico se ve dificultado también debido a que la mujer suele negar que esté sometida a estrés por razones familiares o culturales y, aunque sabe que tiene excesivas responsabilidades, cree que puede con todo y piensa que su malestar está motivado por otras circunstancias.

También existen investigaciones donde se argumenta los aspectos positivos que tiene el cuidado: Braithwaite (1996); Calasanti (1999); Zabalegui et al. (2007); Cohen, Gabriel y Terrell (2002); Haley, LaMonde, Han, Burton, y Schonwetter (2003); Pearlin y McCall (1990); Stephens, Norris, Kinney, Ritchie y Grotz (1988). En la mayoría de los casos hacen referencia a cuestiones como satisfacción, intensificación de la relación, bienestar, experiencia gratificante o desarrollo de aptitudes.

Sin entrar a comparar si los efectos negativos son mayores que los positivos, se evidencia en las diferentes investigaciones que el cuidado es un problema de salud complejo y crónico para las mujeres, y los efectos negativos no son contrarrestados por los positivos, por lo que es importante su visibilización diferenciando las características de género para su resolución o, al menos, para su enumeración, ya no solo de los efectos en términos de salud sino también de calidad de vida. Una de las limitaciones de las investigaciones es que estas sectorizan el cuidado en función de la patología de la persona a la que se cuida, como es el caso del Alzheimer. En el estudio llevado a cabo por López de Arroyabe, Calvete, Hayas y Zubizarreta (2013) las personas cuidadoras que refieren más aspectos positivos en sus tareas de cuidado experimentan menos carga de trabajo, además de gozar de una mejor calidad de vida psicológica y social. El cuidado produce desigualdades e inequidades que influyen en las salud, con impacto sobre las relaciones sociales, mermadas ya de por si por el hecho de cuidar, disminuyendo el tiempo de ocio, lo que supone que la mujer cuidadora tenga un mayor aislamiento y menos oportunidades de desarrollar una actividad remunerada Wright y Aquilino (1998), al elegir el espacio del cuidado y no el trabajo reproductivo (Bermúdez, 2011). Por otra parte debe considerarse como señala Emily Esplen (2009, p. 1) que "brindar cuidados puede ser tanto una fuente de satisfacción como un problema tremendo". Según esta autora el rol asignado, y ya predestinado, va a limitar derechos, oportunidades y supone un obstáculo para el bienestar. Para Jesus Rogero (2010) los efectos del cuidado se clasifican en explícitos e implícitos, refiriéndose en estos últimos a aquellos que no son observables y, por tanto, difíciles de cuantificar y observar desde

la investigación. Estos efectos implícitos pueden ocultarse o negarse debido a vergüenzas, tensiones familiares, tabúes o incluso no ser conscientes las personas cuidadoras de ellos.

Los cambios que se generan en la persona a la que se cuida conllevan directamente un proceso adaptativo a las nuevas estructuras, a las nuevas demandas que obligan a la mujer a estar en continua atención hacia nuevas necesidades, a ello se une el envejecimiento de la mujer, en lo que Tobío et al. (2010) denominan como multidependencia, al precisar la persona cuidada de más recursos que hacen más complejo el cuidado. Estos factores negativos que influyen en el cuidado es lo que se denomina como carga de cuidado, que puede generar sobrecarga del cuidador, lo que se conoce popularmente como síndrome del cuidador quemado.

Jorge Gracia (2012), refiriéndose al análisis de la mujer como cuidadora, recalca que es necesario introducir variables como la edad, no solo el género sino también la generación, ya que las mujeres mayores no son solo objeto, sino sujeto del cuidar, aludiendo a mujeres mayores, potenciales receptoras de cuidados, que siguen cuidando a personas mayores o dependientes.

Soledad Murillo (2003) aborda la cuestión de quién cuida a las cuidadoras en una sociedad donde las cuidadoras representan más del 50% y que cuentan con edades entre 50-75 años, que ya cuentan con progenitores con edades avanzadas, y donde su pareja empieza a tener problemas de salud.

Las mujeres mayores que ejercen de cuidadoras de otra persona, especialmente si se encuentra en situación de dependencia, experimentan diferentes estados a lo largo del proceso de cuidado afrontando las dificultades de este rol impuesto. Para superarlas es necesario adoptar estrategias de afrontamiento personal, planificar su tiempo, delegar responsabilidades en otros miembros de la familia o círculo social, buscar servicios de apoyo e informarse y formarse para cuidar y autocuidarse. Cuando esto sucede, la

cotidianidad aporta cierto grado de control sobre la situación al adquirir destrezas para cuidar adecuadamente, afrontar los problemas propios, disfrutar de su tiempo libre, tomar decisiones concernientes al familiar y a sí mismo, y proporcionar cuidados de alta calidad.

Sara Velasco (2006) propone un programa para la atención a las mujeres en consonancia con sus roles, basado en los malestares propios de las mujeres, donde el género condiciona a cuidar, ya que existen, según la autora, evidencias que para atender el malestar de las mujeres hay que superar el modelo biologicista, al existir problemas de salud relacionados con el contexto y vivencias provocados por contexto sociocultural.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA

En este capítulo se han redactado los objetivos y las hipótesis de trabajo que guían la tesis doctoral, así como el método y las actividades realizadas que han sido necesarias para su consecución.

3.1. OBJETIVOS GENERALES, ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO

3.1.1. Objetivo general

El objetivo general que vertebra esta investigación es el siguiente:

Analizar la (multi)relación entre las actitudes de desigualdad que subyacen a los conceptos de amor y de violencia de género con la manera en que las mujeres entienden el cuidado informal; y las implicaciones en la propia salud de las cuidadoras que provoca la sobrecarga generada por este tipo de cuidado.

3.1.2. Objetivos específicos e hipótesis de trabajo

Los diez objetivos específicos y las seis hipótesis de trabajo que guían la investigación se dividen en tres grandes bloques que vertebran el análisis de resultados y la discusión de los mismos:

- El primero versa en torno a las diferentes caracterizaciones que se pueden elaborar teniendo en cuenta las variables socio-demográficas y psicológicas.
- En segundo lugar, podemos conglomerar los objetivos e hipótesis vinculados a la relación que existe entre el trabajo de cuidados y el amor y la violencia de género, respectivamente.
- Por último, se agrupan los objetivos e hipótesis relacionadas con las implicaciones que el trabajo de cuidado y el apoyo social tienen en la salud de las cuidadoras.

Para realizar el perfil de las mujeres de la CAPV de la muestra y para analizar las relaciones que existen entre éste y la carga de trabajo de las cuidadoras hemos formulado tres objetivos específicos y dos hipótesis de trabajo:

- **Objetivo específico 1:** Obtener una caracterización del perfil de las mujeres que realizan actividades de cuidado informal de la CAPV en función de variables socio-demográficas y psicológicas.
- **Objetivo específico 2:** Analizar la relación entre la sobrecarga producida por el trabajo de cuidados y el perfil socio-demográfico de las mujeres de la CAPV.
- **Objetivo específico 3**: Analizar la relación entre la sobrecarga producida por el trabajo de cuidados y las variables psicológicas de las mujeres cuidadoras de la CAPV.

Hipótesis 1: Respecto a las variables socio-demográficas, se esperan relaciones negativas entre la sobrecarga percibida y el número de horas dedicadas al tiempo libre y al ocio, y con el nivel de estudios. Por el contrario, se espera una relación positiva con edad, años de cuidadora, edad de finalización de la relación, número de horas al día dedicadas al cuidado, número de hijos y número de personas que conviven en el núcleo familiar. Igualmente se espera una mayor sobrecarga en mujeres con enfermedades crónicas, las que toman medicación para dormir, las que toman medicación para los nervios, y las que no tienen hobbies.

Hipótesis 2: Con respecto a las variables psicológicas, se esperan relaciones negativas entre sobrecarga percibida y calidad de la relación de pareja, salud general, calidad y ajuste en la pareja, actitudes hacia la igualdad de géneros, actitudes amorosas y apoyo social. Por el contrario, se esperan relaciones positivas con violencia ejercida y recibida.

Respecto a la relación entre la sobrecarga de cuidado con los conceptos de amor y de violencia de género, hemos formulado cuatro objetivos específicos y dos hipótesis de trabajo:

- **Objetivo específico 4:** Estudiar las características de los tipos de amor presentes en las mujeres de la CAPV.
- **Objetivo específico 5:** Relacionar los tipos de amor con la sobrecarga de trabajo que produce el cuidado informal.
- **Objetivo específico 6:** Analizar los tipos de violencia que experimentan las mujeres de la CAPV.
- **Objetivo específico 7:** Relacionar la sobrecarga producida por el trabajo de cuidados con los diferentes tipos de violencia ejercida y recibida.

Hipótesis 3: Se espera correlación negativa entre sobrecarga y los estilos de amor más superficiales (eros), mientras que se espera una correlación positiva entre la sobrecarga y los estilos de amor más profundos (ágape).

Hipótesis 4: En todos los casos se espera que las puntuaciones en cada tipo de violencia, sobre todo la recibida, correlacionen positivamente con la sobrecarga percibida en el cuidado.

Por último, respecto a la salud de las cuidadoras de la CAPV y a las implicaciones del trabajo de cuidados en ella hemos formulado tres objetivos específicos y dos hipótesis de trabajo:

- **Objetivo específico 8:** Analizar descriptivamente el estado de salud (psicológica, física y global) que tienen las mujeres cuidadoras de la CAPV.
- **Objetivo específico 9:** Analizar la relación entre el estado de salud de las cuidadoras y la sobrecarga producida por el trabajo del cuidado.
- **Objetivo específico 10:** Analizar el efecto mediador del apoyo social en la relación entre la sobrecarga percibida a consecuencia del cuidado informal y la salud general de las cuidadoras.

Hipótesis 5: La sobrecarga producida por el trabajo de cuidados se relacionará negativamente con los indicadores de salud evaluados, de manera que mayores niveles de sobrecarga pronosticarían peor estado de salud en todos los niveles.

Hipótesis 6: La sobrecarga producida por el trabajo de cuidados se relacionará negativamente con el apoyo social.

3.2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. Participantes

La muestra estuvo conformada por mujeres residentes en la CAPV. La selección de la muestra ha sido realizada en función de una serie de criterios considerados como básicos para esta investigación: el sexo (solo se han estudiado mujeres) y tener al menos nivel de estudios de primaria para garantizar la comprensión del cuestionario.

Fruto de esta selección contamos con una muestra heterogénea de 250 mujeres obtenida a través de enlaces con personas del ámbito sanitario, redes sociales, amistades y asociaciones de mujeres de Bizkaia, Araba y Gipuzkoa. Igualmente se envió a personas del entorno de la autora de la tesis, siguiendo el método de la bola de nieve.

Los estadísticos descriptivos socio-demográficos son: edad, estado civil, sexo de la pareja, nivel de estudios, tipo de trabajo, duración del noviazgo, años de convivencia, edad de comienzo y de finalización de la relación, número de hijos, número de personas que conviven en el núcleo familiar, número de horas dedicadas al tiempo libre y al ocio, y tener o no hobbies.

Para una comprensión más global de los resultados se han analizado las variables socio-demográficas relacionadas con el perfil de las cuidadoras y con el de su salud junto a las variables psicológicas vinculadas a ambos ámbitos en los epígrafes del siguiente capítulo en los que corresponden. En este sentido, las relacionadas con el cuidado son dos: años de cuidadora y número de horas al día dedicadas al cuidado; y las vinculadas a la salud son tres: tener o no enfermedades crónicas, tomar o no medicación para dormir y tomar o no medicación para los nervios.

Para realizar la caracterización, en primer lugar, se han analizado descriptivamente las variables socio-demográficas continuas:

***Tabla 11.*- Estadísticos descriptivos de las variables analizadas (n = 250)**

Variable	*M*	*DT*	*Asim.*	*Min.*	*Máx.*
Edad	58.66	10.46	0.22	30	84
Duración noviazgo – años	4.12	2.73	1.08	0	14
Años convivencia	27.45	13.88	0.00	0	56
Duración relación – años	30.95	13.53	0.00	2	61
Edad comienzo relación	22.92	6.52	1.28	13	50
Edad finalización relación	45.32	12.85	0.20	19	77
Años cuidadora	15.38	13.86	1.22	0	57
Horas/día como cuidadora	2.64	1.39	0.58	1	5
Horas / Sem. tiempo libre	12.58	10.14	1.80	0	60

Tal como se puede observar, todas las variables estuvieron simétricamente distribuidas (± 1.5 de asimetría), excepto la variable "horas semanales dedicadas al tiempo libre", lo que significa que hay más mujeres que dedican pocas horas al ocio y tiempo libre a la semana que mujeres que dedican muchas horas.

Por otra parte, destaca la variabilidad observada en las variables "Años de convivencia", "duración de la relación", "edad de finalización de la relación" y "años de cuidadora", lo que significa que la muestra es muy heterogénea en estas variables como iremos viendo en los siguientes epígrafes.

A continuación se han analizado las variables categóricas, cuyos resultados son los siguientes:

Tabla 12.- **Distribución de frecuencias para la variables categóricas**

Nº de Hijos/as	*N*	*%*
0	23	9.2
1	53	21.2
2	101	40.4
3	31	12.4
4	7	2.8
5	2	0.8
Datos Perdidos	33	13.2
Nº de personas que conviven en núcleo familiar	*N*	*%*
0	5	2.0
1	26	10.4
2	103	41.2
3	63	25.2
4	38	15.2
5	3	1.2
6	2	0.8
Datos Perdidos	10	4.0
Enfermedades Crónicas	*N*	*%*
Sí	68	27.2
No	165	66.0
Datos Perdidos	17	6.8
Medicamentos para los Nervios	*N*	*%*
Sí	29	11.6
No	209	83.6
Datos Perdidos	12	4.8
Medicamentos para Dormir	*N*	*%*
Sí	42	16.8
No	196	78.4
Datos Perdidos	12	4.8
¿Tiene algún hobby?	*N*	*%*
Sí	203	81.2
No	35	14.0
Datos Perdidos	12	4.8

3.2.1.1. Características descriptivas de la muestra por edad

La edad de las participantes fue de entre 30 y 84 años, con una media de 58.66 años, con una desviación típica de 10.46 años.

Si dividimos en grupos de edad, tenemos los siguientes grupos de mujeres: de 45 o menos años el 8,84 %; mujeres de entre 46 y 55 años el 32,53%; mujeres de entre 56 y 65 años el 31,33%; mujeres de entre 66 y 75 años el 17,67%; y mujeres de más de 76 años el 6,02%. Por lo que podemos concluir que el grupo más numeroso de mujeres se encuentran en un amplio grupo que oscila entre los 46 y los 75 años (81,53%).

3.2.1.2. Características descriptivas de la muestra por estado civil

Los resultados respecto al estado civil nos dicen que la muestra de mujeres de la CAPV son en su mayoría casadas (n = 155, 62%).

***Tabla 13.*- Distribución de frecuencias para la variable "Estado Civil"**

Estado Civil	*N*	*%*
Soltera	29	11.6
Pareja de Hecho	9	3.6
Casada	155	62.0
Separada	9	3.6
Divorciada	17	6.8
Viuda	24	9.6
Datos Perdidos	7	2.8

Los siguientes grupos más numerosos en orden de más a menos son: el de las solteras (n = 29, 11.6%); las viudas (n = 24, 9.6%); el grupo de las divorciadas (n = 17, 6.8%); las pareja de hecho y las separadas con el mismo número de mujeres (n = 9, 3.6%, respectivamente); y, por último, las mujeres sin pareja (n = 7, 2.8%).

3.2.1.3. Características descriptivas de la muestra según sexo de la pareja

Del total de las participantes, 181 mujeres (72.4%) tienen parejas heterosexuales; 20 mujeres de la muestra (0.8%) tienen pareja homosexual; y de las 49 participantes restantes que conforman el total de la muestra (19.6%), no estaba especificado el tipo de pareja.

***Tabla 14.*- Distribución de frecuencias para la variable "Sexo de la pareja"**

Sexo de la pareja	*N*	*%*
Hombre	181	72.4
Mujer	20	8.0
Datos Perdidos	49	19.6

3.2.1.4. Características descriptivas de la muestra según nivel de estudios

Como se puede observar en la siguiente tabla, la mayor parte de la muestra estudiada tiene estudios universitarios o de Formación Profesional (entre ambos suman el 58,8%); mientras que solo hay una mujer que no tiene estudios.

***Tabla 15.*- Distribución de frecuencias para la variable "Nivel de Estudios"**

Nivel de Estudios	*N*	*%*
Sin estudios	1	0.4
Primaria	52	20.8
Secundaria	40	16.0
FP	52	20.8
E. Universitarios	95	38.0
Datos Perdidos	10	4.0

3.2.1.5. Características descriptivas de la muestra por ocupación laboral/nivel profesional

Casi la mitad de las mujeres de la muestra se encuentran activas (45,2%). El grupo de las jubiladas (23,6%) y el de las amas de casa (21,6%) son los siguientes más numerosos. Se entiende que el grupo de las jubiladas fueron activas los años anteriores a su jubilación; y que el grupo de las amas de casa no tenido un empleo remunerado.

***Tabla 16.*- Distribución de frecuencias para la variable "Tipo de Trabajo"**

Tipo de Trabajo	*N*	*%*
Ama de casa	54	21.6
En paro	9	3.6
Jubilada	59	23.6
Activa	113	45.2
Datos Perdidos	15	6.0

En la Tabla 17 se especifican las profesiones a las que se dedican las mujeres de la muestra que en la actualidad están en situación activa:

***Tabla 17.*- Listado de ocupaciones de las mujeres activas**

Tipo de profesión	*%*
Administrativa	22,12%
Educación (maestra, profesora,…)	12,39%
Farmacéutica	3,54%
Funcionaria	8,85%
Hostelería/restauración	5,31%
Limpieza/servicio doméstico	4,42%
Sanidad (enfermera, médica,…)	20,35%
Servicios Sociales	3,54%
Otros	13,27%
Datos perdidos	6,19%

Casi la mitad de la muestra trabaja como administrativa (22,12%), o en los ámbitos de sanidad (20,35%) y educación (12,39%). Dentro de la muestra, el 4,42% se describe como trabajadora doméstica.

3.2.1.6. Características descriptivas de la muestra, según variables relacionadas con la duración de la relación

En este apartado vamos a tratar los resultados de cinco variables continuas relacionadas con la duración de la relación de pareja. Estas son: "duración del noviazgo en años", "años de convivencia", "duración de la relación en años", "edad de comienzo de la relación" y "edad de finalización de la relación". Como hemos visto en la Tabla 11, la muestra es muy heterogénea en las variables relacionadas con los años de convivencia, la duración de la relación y la edad de finalización. Vamos a ir viendo variable a variable:

En lo que respecta a la variable noviazgo, entendida como tiempo de relación anterior a la convivencia en pareja, los análisis descriptivos señalan una media de 4,12 años (*DT=2,73*). El rango osciló entre los 0 años y los 14 años. La variable años de convivencia oscila en un rango de 0 años a 56 años, con una media de casi 28 años (*DT=13,88*). Los análisis descriptivos de la variable duración de la relación, que engloba las dos anteriores, señalan una media de 30,95 años (*DT=13,53*) y un rango que oscila entre las 2 años como mínimo y los 61 como máximo. Teniendo en cuenta que los años de noviazgo más los años de convivencia debería dar el mismo resultado que los años de la relación, existen en la muestra 45 casos en los que no coinciden estos resultados.

Respecto a la edad de comienzo y de finalización de la relación los datos son los siguientes: la media de la primera variable es de 22,92 años (con un mínimo de 13 años y un máximo de 50); y la de la segunda es de 45,32 años (con un mínimo de 19 y un máximo de 77 años). En esta última variable debemos tener en cuenta que muchas de las relaciones de las mujeres de la muestra no han terminado, y a consecuencia de esto existen incongruencias en el análisis de estos estadísticos a nivel global.

3.2.1.7. Características descriptivas de la muestra por número de hijos/hijas y de personas que conviven en el núcleo familiar

Si volvemos a remitirnos a la Tabla 12, los datos sobre estas dos variables nos dicen lo siguiente:

El 40,4% de las mujeres de la muestra tiene 2 hijos/hijas. El siguiente grupo más numeroso es el de las mujeres que tienen un/una hijo/hija que son 53 (el 21,2%), seguidas por la mujeres que tienen 3 hijos/hijas, que son un 12,4%. Respecto a esta variable, la muestra está simétricamente distribuida.

Respecto a la variable número de personas que conviven en el núcleo familiar, los resultados más relevantes son los siguientes: en el 41,2% de los hogares viven 2 personas; en el 25,2% conviven 3 personas; en el 15,2% de los hogares viven 4 personas; en el 10,4% vive una persona sola. Llama la atención que 5 mujeres contestaran que en el núcleo familiar no vive ninguna persona. Podemos suponer que pueden vivir solas y ellas mismas no se han contado.

3.2.1.8. Características descriptivas de la muestra según tiempo de ocio y hobbies

Volviendo de nuevo a la tabla con los estadísticos descriptivos de las variables continuas (Tabla 11), observamos que la media de horas dedicadas al tiempo libre y de ocio de las mujeres de la muestra es de 12,58 horas semanales. Nos encontramos con una muestra que no es asimétrica con un rango que oscila entre las 0 horas y las 60 horas.

Teniendo en cuenta que la semana tiene 5 días hábiles y 2 días festivos, el dato de 12,58 horas a la semana de tiempo libre nos parece muy escaso. Si hacemos intervalos con estos datos, tenemos los siguientes porcentajes:

***Tabla 18.*- Intervalos de tiempo a la semana dedicadas al ocio y tiempo libre**

Variable: Horas a la semana dedicado a ocio y tiempo libre	*%*
Menos de 5	24,10%
Entre 6 y 10	26,10%
Entre 11 y 20	23,69%
Entre 21 y 30	9,24%
31 ó más horas	4,42%
Datos perdidos	12,45%

Hay casi un 27% de mujeres en la muestra que tienen entre 11 y 20 horas a la semana para dedicarlas a actividades de ocio y tiempo libre. Los siguientes grupos son las mujeres que tienen menos de 5 horas que son el 24,10% y las que tienen entre 11 y 20 horas que suman el 23,69%.

Durante este tiempo libre y de ocio las mujeres de la muestra realizan las siguientes actividades[31]: andar (72,41%); bailar (34,48%); juegos de mesa (17,24%); yoga o pilates (17,24%); coser, cantar y tareas de bricolaje (13,79% en cada una de ellas); viajar, escribir y cocinar (10,34% en cada una) y tocar un instrumento musical (6,9%).

3.2.2. Instrumentos

A continuación se presentan los instrumentos utilizados en esta tesis para la consecución de los objetivos propuestos.

[31] Debemos tener en cuenta que ésta es una pregunta abierta y que las mujeres han contestado varias actividades, por el total de los porcentajes asciende al 100%.

3.2.2.1. Datos socio-demográficos

Además de los cuestionarios estandarizados que se describen a continuación, se ha recogido información sobre las siguientes variables socio-demográficas: edad, número de horas dedicadas al tiempo libre y al ocio, duración del noviazgo, años de convivencia, edad de comienzo de la relación, edad de finalización de la relación, años de cuidadora, número de horas al día dedicadas al cuidado, nivel de estudios, tipo de trabajo, estado civil, número de hijos, sexo de la pareja, número de personas que conviven en el núcleo familiar, tener o no enfermedades crónicas, tomar o no medicación para dormir, tomar o no medicación y tener o no hobbies con el objetivo de realizar un perfil de la muestra de mujeres de la CAPV que han participado en la investigación.

3.2.2.2. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZCBI) - Zarit Care Burden Interview (ZCBI; Zarit, Reever, y Bach-Peterson, 1980)

Este cuestionario está diseñado para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por la persona cuidadora principal de una persona con trastorno mental. Explora los efectos negativos sobre la persona cuidadora en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos. Es de las escalas más utilizadas a nivel internacional (Breinbauer, Vásquez Mayanz, Guerraa y Millán, 2009).

Consta de 22 ítems con formato de pregunta, a las que la persona cuidadora debe de responder en una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = Nunca; 1 = Casi nunca; 2 = A veces; 3 = Bastantes veces; 4 = Casi siempre).

En cuanto a la fiabilidad, los datos del presente estudio han mostrado niveles positivos de consistencia interna para la escala total, $\alpha = 0.91$, y para las variables: Impacto, $\alpha = 0.93$, Interpersonal $\alpha = 0.87$, y Competencia de Expectativas, $\alpha = 0.77$.

Con respecto de la validez, existe una correlación directa y significativa entre las puntuaciones de la Escala de Zarit y las del GHQ, Índice de Katz, Escalas de Trastornos del Comportamiento y de Memoria/Orientación y la Intención de Institucionalización.

La puntuación total es la suma de todos los ítems y el rango oscila entre 22 y 110, y se puede interpretar según los resultados haciendo una aproximación al grado de sobrecarga observando si hay o no hay sobrecarga; a mayor puntuación, mayor nivel de carga presentará la persona cuidadora. En la validación española (Martin et al., 1996) se proponen como puntos de corte los siguientes: 22-46 (no sobrecarga), 47-55 (sobrecarga leve); y 56-110 (sobrecarga intensa), que son los que se han mantenido en esta investigación.

Los factores en los que se dividen esta escala son los siguientes:

- Factor 1: Impacto del cuidado. Incluye los ítems 2, 12, 22, 8, 3, 10, 11, 13, 1, 14, 17 y 7, relacionados con todas aquellas cuestiones asociadas con los efectos que tiene la provisión de cuidados sobre la persona cuidadora. Tiene un valor propio de 7,3 y explica el 33,2% de la varianza.
- Factor 2: Interpersonal. Está compuesto por los ítems 19, 9, 5, 4, 18 y 6. Hace referencia a la relación de la persona cuidadora con la persona receptora de cuidados. Muestra un autovalor de 2,5 y explica un 11,4% de la varianza.
- Factor 3: Expectativas de autoeficacia. Sus ítems -21, 20, 15 y 16- reflejan creencias y expectativas de la persona cuidadora sobre su propia capacidad para atender a la persona cuidada. Tiene un valor propio igual a 2,1, explicando el 9,7% de la varianza.

3.2.2.3. Escala de Evaluación de las Relaciones de Hendrick (1988) - (Relationship Assessment Scale, RAS)

La escala RAS prueba un modelo unidimensional de la satisfacción general de la relación afectiva, frente a modelos bi o multifactoriales. Con RAS la satisfacción aparece como una valoración global de la pareja y la relación, ya sea positiva (puntuación alta) o negativa (puntuación baja). Es un instrumento unifactorial de medida global de la satisfacción de la relación compuesto por siete ítems con una escala de respuesta tipo Likert con un rango de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), por lo que la escala presenta un recorrido potencial de 7 a 35.

Tiene una consistencia alta, por la alfa de Cronbach, de 0.86 y una estructura unifactorial. En cuanto a su validez, muestra una correlación moderada de 0.48 con el Test de Ajuste Marital de Locke-Wallace (1959), correlaciones altas con la Escala de Ajuste Diádico (DAS) y sus subescalas variando de 0.51 a 0.82 y buena capacidad para discriminar entre parejas con y sin problemas, empleando como criterio la DAS, en muestra control (Hendrick, 1988) y clínica (Vaughin y Martyastik, 1999).

Respecto a la consistencia interna de esta escala en el presente estudio ha sido elevada: $\alpha = 0.89$.

3.2.2.4. Cuestionario de Salud General (SF-12) - Medical Outcomes Survey Short-Form General Health Survey (1996)

Este cuestionario proporciona una medida subjetiva del estado de salud, por lo que ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud. Además, sus buenas propiedades psicométricas, permiten la comparación de resultados.

Evalúa ocho aspectos de salud, que son: funcionamiento físico (grado en el que la salud limita o dificulta las actividades físicas), limitaciones en el rol por problemas físicos de salud (grado en el que la salud física interfiere con el rendimiento profesional y con las tareas diarias), funcionamiento social (grado en el que la salud física y emocional afectan al funcionamiento social del individuo), dolor corporal (intensidad del dolor experimentado), salud mental (estado de salud mental general), limitaciones en el rol por problemas personales o emocionales (grado en el que las alteraciones emocionales afectan al trabajo o a las actividades de la vida diaria), vitalidad (sentimiento general de energía y vitalidad) y salud general (valoración global de la salud) (Monteagudo-Piqueras, Hernando-Arizaleta, y Palomar-Rodríguez, 2011).

El SF-12 es la versión reducida del SF-36 (McHorney, Ware, Lu, y Sherbourne, 1994; McHorney, Ware, y Raczek, 1993; Ware y Sherbourne, 1992). Para confeccionar el SF-12 se utilizaron métodos de regresión lineal múltiple con el fin de seleccionar aquellos ítems que mejor reprodujesen las medidas sumario física y mental del SF-36. De esta forma se obtuvieron 10 de los ítems. Los dos ítems restantes se escogieron para que todas las escalas del SF-36 estuvieran bien representadas en la versión reducida. Resume 8 dimensiones, manteniendo el modelo conceptual del SF-36. El cálculo de las puntuaciones está basado en normas de referencia.

Para cada dimensión se recodifican los ítems y se suman, transformándose posteriormente esta puntuación directa en una escala que va de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud) y proporciona un perfil del estado de salud basado en la puntuación alcanzada en cada una de las ocho dimensiones analizadas. Estas ocho dimensiones se agrupan en dos factores (salud física y salud mental).

Respecto a la fiabilidad, la consistencia interna oscila entre 0.72-0.89. Por otra parte, la fiabilidad test-retest oscila entre 0.73-0.86.

La validez concurrente del SF-12, por su parte, es satisfactoria cuando se compara con otras medidas de salud física y mental en una población de personas con una enfermedad mental grave (Salyers et al., 2000). Cuando se compara el SF-12 con el SF-36 se encuentran correlaciones que oscilan entre 0.94-0.96 (sumario físico) y entre 0.94-0.97 (sumario mental). Tanto en la población española como en la americana, los 12 ítems explicaron más del 90 por ciento de la varianza de las medidas sumario física y mental del SF-36. Es sensible al cambio terapéutico.

Los 12 ítems se puntúan siguiendo varias modalidades de respuesta. Algunos ítems tienen cinco opciones de respuesta acerca de un aspecto de salud, que va de excelente a mala. Otros ítems se responden comparando la salud actual con la de hace un año, a través de cinco opciones de respuesta que van desde "Mucho mejor ahora que hace un año" a "Mucho peor ahora que hace un año". Otros ítems ofrecen tres opciones de respuesta acerca de las limitaciones que le causa su estado de salud en su vida diaria. Estos aspectos se valoran como muy limitantes a nada limitantes. Otros ítems hacen referencia a las repercusiones de su salud en algún aspecto de su vida, contestando con un sí o un no. Otros ítems valoran las sensaciones físicas y emocionales de la persona en las últimas dos semanas, a través de seis opciones de respuesta.

La puntuación total se adquiere sumando los valores de las frases marcadas para el sujeto.

Las puntuaciones tienen una media de 50 con una desviación estándar de 10, por lo que valores superiores o inferiores a 50 indican un mejor o peor estado de salud, que la población de referencia. Los estudios publicados sobre sus características métricas aportan una fiabilidad, validez y sensibilidad (Alfa de Cronbach > 0,7). En nuestro estudio la consistencia interna de las subescalas osciló entre 0.71 y 0.82.

3.2.2.5. Escala revisada de Tácticas para la Resolución de Conflictos (CTS2)-Revised Conflicts Tactics Scale-2 (Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996)

La Escala de Tácticas de Conflicto, (Conflict Tactics Scale, CTS) fue desarrollada originalmente por Straus (1979) y modificada posteriormente por Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, (1996) con el fin de simplificar su aplicación en la realización de estudios epidemiológicos. Esta escala mide hasta qué punto las personas utilizan la violencia contra sus parejas y hasta qué punto utilizan la negociación para resolver conflictos. Es uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional para valorar las conductas agresivas en el contexto de relaciones de parejas adultas. Se basa en registrar los recursos y soluciones empleados para resolver conflictos, incluyendo los ataques físicos y psicológicos y el uso de la negociación entre dos personas que comparten una relación marital, de cohabitación o de relaciones esporádicas con un total de 78 ítems, todos ellos referentes tanto a las acciones realizadas por la persona que contesta el cuestionario como a las ejercidas por su pareja (son 39 ítems para cada miembro de la pareja).

La base teórica de la CTS se encuentra en la teoría del conflicto que afirma que el conflicto está presente en casi todas las interacciones humanas (Straus, 1990). Straus afirma que cualquier desequilibrio o desigualdad en la pareja aumenta la probabilidad de la agresión, el miembro de la pareja que quiere mantener el poder y el dominio, o que está en posición inferior y que quiere alcanzar una relación más equilibrada podrá utilizar la violencia.

Contiene cinco subescalas: razonamiento/negociación (6 ítems), agresión psicológica (8 ítems), ataques físicos (12 ítems), coerción sexual (7 ítems) y heridas físicas (6 ítems), que se dividen a su vez en dos subescalas: “cognitiva” y “emocional” para negociación y “menor” o “severa” para las demás escalas:

- Negociación: La negociación se define como las acciones que se adoptan para acabar un desacuerdo por medio del debate y del razonamiento. Los ítems de la escala cognitiva son ejemplos de tales debates. La escala emocional pretende evaluar en qué medida la pareja se comunica sentimientos afectivos positivos, preguntando por las expresiones de afecto y respeto dentro de la pareja. La escala de negociación se compone de 6 ítems, tres pertenecen a la escala de negociación emocional y otros tres a la de negociación cognitiva.
- Agresión física: Los ítems de los que se compone esta escala se refieren a violencia física, pero según Straus, el nombre de agresión física evita la confusión con un uso más amplio del término violencia. En esta escala hay 12 ítems, 5 pertenecen a la escala de agresión física menor y 7 a agresión física severa.
- Abuso psicológico: En esta escala se incluyen actos de violencia verbal y actos de violencia no verbal, como por ejemplo, "mi pareja salió furiosa de la habitación durante una riña". Esta escala está compuesta por 8 ítems, 4 pertenecen a abuso psicológico menor, y los otros 4 a abuso psicológico severo.
- Coerción sexual: se define como la conducta orientada a obligar a la pareja a participar en una actividad sexual no deseada. Recoge tres niveles de coerción (insistencia, amenazas de fuerza y fuerza) y tres tipos diferentes de actos sexuales (vaginales, anales y orales). La escala está compuesta por 7 ítems, de los que 3 configuran la escala de coerción sexual menor y 4 la de coerción sexual mayor.
- Lesiones: esta escala mide el daño físico infringido por la pareja, indicado por roturas de huesos, necesidad de asistencia médica o dolor continuado. En esta escala hay 6 ítems, 2 pertenecen a lesiones menores y 4 a lesiones severas.

Se contesta en una escala de frecuencia de la realización de la conducta durante el año anterior, con 8 alternativas de respuesta, desde nunca hasta más de veinte veces ("nunca", "una vez", "dos veces", "de tres a cinco veces", "de seis a diez veces", "de once a veinte veces", "más de veinte veces" y "no en el año pasado pero sí

anteriormente"). El tiempo para cumplimentar la escala completa oscila entre los 10 y 15 minutos.

El CTS2 permite la creación de varios indicadores para cada una de las subescalas (Straus, 2001, 2004). Estos indicadores son los siguientes:

- Prevalencia: este indicador es dicotómico (0-1), e indica si alguno de los actos que componen la escala ha ocurrido o no, siendo el 0 "nunca ha ocurrido" y el 1 "ha ocurrido al menos uno de los actos que componen la escala". Como puede verse indica cuántos actos se han llevado a cabo ni con qué frecuencia se han llevado a cabo.
- Cronicidad: se refiere al número de veces que un acto de una escala ha ocurrido, en aquellas personas que han utilizado al menos un acto de la escala. Se obtiene sumando los puntos medios de la categoría de respuesta elegida por el o la participante. Prevalencia a lo largo de la vida: este indicador toma como referencia temporal toda la vida de la persona que completa el cuestionario. Este indicador es similar a la primera utilizada, pero se computa como prevalencia 1 si la persona ha contestado desde 1 (una vez el año pasado) hasta 7 (nunca el año pasado, pero sí antes).
- Frecuencia anual: este indicador está generalmente muy sesgado para poblaciones normales, donde un gran porcentaje de las personas responderán que no han sufrido ninguno de los actos violentos de las escalas. Así, este indicador sopesa los ítems de cada escala por su frecuencia de ocurrencia.

La fiabilidad test-retest en agresores de pareja oscila entre 0.80 en la subescala de daños y 0,49 en la de negociación; en las subescalas de violencia, la mayor fiabilidad corresponde a la psicológica (0,72), pero la física y sexual superan también el 0,65 (Vega y O'Leary, 2007).

El análisis del efecto del orden de los ítems indica que el formato de presentación es adecuado, en especial si el objetivo es el análisis de la violencia física (Dietz y Jasinski, 2007).

Los datos de consistencia interna en el presente estudio muestran valores de entre 0.36 y 0.85. Concretamente, las escalas con valores de consistencia por debajo de 0.70 son: agresión psicológica expresada y recibida, ataques físicos expresados y recibidos, y coerción sexual expresada y recibida. Esto podría limitar las conclusiones extraídas en base a los resultados de este instrumento.

3.2.2.6. Escala de Ajuste Diádico abreviada -EAD - 13. (Iglesias, Medina y Sierra, 2009)

El ajuste diádico es un proceso cuyo resultado depende de diversos factores, tales como las diferencias problemáticas en la pareja, las tensiones interpersonales, la satisfacción y cohesión diádica, y el consenso en aspectos importantes para el funcionamiento de la pareja (Spanier, 1976). Su importancia deriva de las implicaciones para la vida personal y de la pareja, pues la falta de ajuste se relaciona con un mayor riesgo de depresión (Kurdek, 1998), ansiedad (McLeod, 1994) y problemas de salud en general (Prigerson, Maciejewski y Rosenheck, 1999).

La Escala de Ajuste Diádico (EAD; Spanier, 1976) ha sido el instrumento más utilizado en la evaluación de la calidad y el ajuste de la pareja (Graham, Liu y Jeziorski, 2006; Graham, Diebels y Barnow, 2011). Como prueba de ello, Graham Spanier (1985) señala que en la década que siguió a su creación fue empleada en más de 1.000 estudios.

La EAD fue desarrollada como una escala multidimensional, aplicable al matrimonio y a otro tipo de parejas, compuesta por 32 ítems que ofrecen una puntuación global en ajuste diádico y en cuatro subescalas: consenso sobre asuntos de importancia

para el funcionamiento diádico; satisfacción diádica, cohesión diádica y expresión de afectos, que pueden emplearse de forma aislada sin perder fiabilidad ni validez (Spanier, 1976, 1988; Spanier y Thompson, 1982), si bien en la escala abreviada se reducen a tres factores, despareciendo la expresión de afectos. Los valores de fiabilidad de consistencia interna para la escala compuesta por 13 ítems fueron 0,83 para la escala total; y 0,73, 0,70 y 0,63 para las subescalas de Consenso, Satisfacción y Cohesión, respectivamente.

La manera de responder es mediante una escala de Likert adaptada en cada ítem. Los cinco primeros tienen seis opciones de respuesta que van de (1) siempre en desacuerdo a (6) siempre de acuerdo. Los ítems 6 al 8 tienen cinco opciones: nunca (1) siempre (5). El ítem 9 también tiene cinco opciones de respuesta (1) nunca - (5) todos los días. El ítem 10, con cinco opciones, (1) en ninguna - (5) en casi todas. Los ítems 11 y 12, cuentan con seis opciones de respuesta: (1) nunca - (6) más a menudo incluso. Por último, el ítem 13 ofrece seis frases para seleccionar sólo una.

La consistencia interna con los datos del presente estudio ha sido superior a 0.70 en las tres subescalas: Consenso: $\alpha = 0.83$, satisfacción: $\alpha = 0.69$, y cohesión: $\alpha = 0.73$.

3.2.2.7. Cuestionario de Actitudes hacia la Igualdad de Géneros - CAIG (De Sola, Martínez y Meliá, 2003)

El objetivo de este cuestionario es medir el grado de igualitarismo en las actitudes de género. Este instrumento consta de 30 ítems y se estructura en seis factores de cinco ítems cada uno. El factor 1, "aspectos relacionados con la orientación sexual" (30 % de la varianza total; 55,2% de la varianza explicada), se refiere a la igualdad de derechos entre personas de distinta orientación sexual. El factor 2, "aspectos relacionados con el simbolismo religioso" (7, l % de la varianza total; 13,1% de la varianza explicada),

integra ítems que aluden a la conveniencia o inconveniencia de la igualdad de género tanto en la Iglesia como en el propio concepto de deidad. El factor 3, "valores y estructura de pareja" (5,4 % de la varianza total; 9,9% de la varianza explicada), incluye aspectos normativos acerca de la pareja y características potencialmente deseables para el sexo opuesto. El factor 4, "ámbito de lo privado" (4,2% de la varianza total; 7,7% de la varianza explicada), alude supuestas diferencias entre los sexos, en interés y capacidades, en el ámbito de lo privado. El factor 5, "ámbito de lo público" (3,9% de la varianza total; 7,2% de la varianza explicada), versa sobre capacitación y adecuación de los sexos en el ámbito de lo público. Finalmente, el factor 6, "sexualidad y libertad personal" (3,7% de la varianza total; 6,8% de la varianza explicada) se relaciona con supuestas diferencias en aspectos como impulsos sexuales, seguridad, libertad personal y capacidad de autonomía.

Para contestar el cuestionario se utiliza una escala Likert con siete alternativas: (1) desacuerdo total (7) Acuerdo total. El coeficiente alfa obtenido para la escala ha sido de 0,91, que puede considerarse elevado para un instrumento de medición de actitudes como el CAIG (Saris y Batista-Foguet, 1994). En cuanto a la consistencia interna con los datos del presente estudio, todas las subescalas han mostrado valores por encima de 0.70, (concretamente, entre 0.71 y 0.76), excepto la subescala "orientación sexual", que obtuvo un valor de 0.57.

3.2.2.8. Escala de Actitudes Amorosas - EAA (Hendrick y Hendrick, 1986)

Este instrumento explora los seis estilos de amor propuestos por John Alan Lee (1988) y representa consistentemente los tipos de amor que los constituyen; su validez de constructo ha sido ampliamente verificada.

Su aplicación en español en muestras mexicanas presenta propiedades psicométricas aceptables y comparables a las de la versión original en inglés (Rodríguez et al., 2003). Asimismo se ha traducido la escala LAS al español (por ejemplo, Arias-Galicia, 1989; Parra et al., 1998).

Los autores y autoras consideran la escala como una herramienta para medir los esquemas de actitudes y creencias de la persona entrevistada acerca del amor, con marcadores cognitivos, afectivos y conductuales.

Se conforma por 42 reactivos, en donde el participante marca una opción en una escala de 5 puntos que va del 1 (completamente de acuerdo) hasta el 5 (completamente en desacuerdo), lo cual implica que mientras más baja sea la puntuación, más valorado será un estilo determinado.

A continuación son presentados ejemplos de reactivos para cada estilo de amor:

- Eros (amor apasionado e idílico): “La persona que quiero y yo nos sentimos atraídos inmediatamente en cuanto nos vimos la primera vez”.
- Ludus (amor en términos de juego): “A veces he tenido relaciones sentimentales con dos personas”.
- Storge (amor basado en 1a amistad): “La mejor relación amorosa surge de la amistad”.
- Pragma (amor pnictico): “Considero qué va a ser una persona en la vida antes de comprometerme con él / ella”.
- Manía (amor posesivo, obsesivo): “Cuando las cosas no van bien con mi pareja, mi estómago se resiente”
- Ágape (amor altruista): “Daría todo por mi pareja”.

Se responde a los ítems en una escala tipo Likert de cinco niveles de 1 = muy en desacuerdo a 5 = muy de acuerdo.

La validez de constructo de la escala se ha comprobado y se sigue ratificando, demostrando que las actitudes amorosas que evalúa se relacionan en forma predecible con otros constructos. En investigaciones anteriores, los análisis de confiabilidad produjeron coeficientes desde 0.68 para Storge hasta de 0.83 para Ágape (Hendrick y Hendrick, 1986; 1990).

La fiabilidad (α de Cronbach) con los presentes datos para las distintas escala es de 0.86 en la escala Eros, 0.64 en Ludus, 0.72 en Storge, 0.85 en Pragma, 0.69 en Manía y 0.84 para la escala Ágape.

3.2.2.9. Cuestionario MOS de Apoyo Social (The Medical Outocomes Study Social Support Survey - MOS-SSS) (Sherbourne y Stewart, 1991).

Es un cuestionario multidimensional que permite valorar aspectos cuantitativos (tamaño de la red social) y aspectos cualitativos (dimensiones del apoyo social). Es breve, de fácil comprensión y autoadministrado. Consta de 20 ítems. El primero valora el apoyo estructural y el resto el apoyo funcional. Explora cinco dimensiones del apoyo social: emocional, informativo, tangible, interacción social positiva y afecto/cariño.

Se pregunta, mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para la persona entrevistada cada tipo de apoyo. El análisis factorial aconseja unificar los ítems de apoyo emocional e informativo, quedando al final 4 subescalas, para las que se pueden obtener puntuaciones independientes: apoyo emocional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18) y afectivo (ítems 6, 10 y 20). La escala muestra buenas propiedades psicométricas. La consistencia interna para la puntuación total es alta (alfa = 0.97) y para las subescalas oscila entre 0.91 y 0.96. La fiabilidad test-retest también es elevada (0.78).

En cuanto a la validez, utilizando las variables recogidas en los estudios MOS, presenta una correlación convergente con la soledad (r = -0.53 a -0.69) con el funcionamiento familiar y matrimonial (r = 0.38-0.57) y con el estado de salud mental. Por el contrario, la correlación con cuestiones que exploran actividad social fue intermedia. La correlación con el ítem 1 (soporte estructural) es baja. La correlación entre las cuatro subescalas es razonable (6.69 a 0.82). La consistencia interna con los datos del presente estudio fueron elevados: en el caso de apoyo emocional, $\alpha = 0.96$, Instrumental: $\alpha = 0.85$, e Interacciones sociales positivas: $\alpha = 0.89$.

3.2.3. Procedimiento

La recogida de información se llevó a cabo a través de carta formal donde se explicaban los objetivos de la investigación y se proporcionaba información general del estudio, de las personas de contacto, de la entidad que lo realizaba y de todos los datos sobre la ética y confidencialidad del mismo. Este estudio sigue los procedimientos éticos concordantes con la Declaración de Helsinki (Word Medical Association, 2013).

Tras la lectura de esta hoja introductoria las mujeres rellenaban el cuestionario de forma individual.

Así, para conseguir la mayor sinceridad en las respuestas la pasación de los cuestionarios estaba iniciada por una introducción en la que se recordaba a las mujeres participantes el anonimato en sus respuestas. Asimismo, se recordó que no existen respuestas buenas o malas sino formas diferentes de relacionarse.

Para garantizar el anonimato se entregó a cada participante un sobre que contenía el cuestionario y una carta con las instrucciones; y el agradecimiento por participar en la investigación. Del mismo modo, a través de personal cualificado respecto a la

investigación, el cuestionario se recolectaba en sobre cerrado. Las mismas pautas se siguieron a través del cuestionario on-line.

El sobre llevaba la dirección a la que había que remitir el cuestionario, además disponía de un sistema de franqueo en destino de tal modo, que podía ser depositado en cualquier buzón de correos sin coste alguno para la participante.

Con el objetivo de obtener una muestra representativa este cuestionario fue repartido a diferentes grupos poblaciones de mujeres durante los meses de noviembre de 2014 a febrero de 2015, mediante consenso entre varias y varios profesionales con experiencia. Se procedió posteriormente al contacto telefónico para comprobar la llegada del cuestionario y discutir cualquier duda al respecto.

3.2.4. Diseño y estrategia de análisis

Se ha realizado un estudio exploratorio, descriptivo y transversal, mediante cuestionarios anónimos y autoinformados que fue entregado a las mujeres para la valoración de los objetivos propuestos.

Los análisis realizados dependen de la naturaleza de los datos y del objetivo del análisis. En todas las variables se realizaron análisis descriptivos relativos a su distribución en la muestra evaluada. Se han empleado análisis de varianza uni y multivariados para evaluar los posibles efectos de determinados factores sobre una o más variables dependientes.

Para observar diferencias entre proporciones de dos o más categorías se ha utilizado la prueba chi-cuadrado y tablas de contingencia. Para evaluar posibles relaciones entre variables independientes, se ha utilizado análisis de correlación r de Pearson y análisis de regresión lineal.

Para evaluar la consistencia interna de esta escala se llevaron a cabo análisis de fiabilidad (alpha de Cronbach) para la puntuación total y de cada uno de sus factores. Los resultados de estos análisis se han presentado en el apartado correspondiente a la descripción de los instrumentos utilizados en este estudio.

A continuación se analizó el efecto mediador del apoyo social en la relación entre la sobrecarga percibida como cuidadora y la salud, tomando como base los resultados de las correlaciones bivariadas. Para ello se llevaron a cabo una serie de mediaciones simples, en las cuales se consideró los factores en los que divide la sobrecarga como variables independientes, los factores del apoyo social como variables mediadoras y los factores de la evaluación de la salud según el cuestionario SF como variables dependientes. En los análisis se tuvo en cuenta la significación de los efectos totales y directos, y para determinar la existencia o no de efecto mediador se utilizó la técnica de bootstraping, calculando el intervalo de confianza al 95% del efecto indirecto medio calculado para 5.000 submuestras. En el caso de que el límite superior del intervalo tenga el mismo signo que el límite inferior, se considera que existe un efecto indirecto significativo, lo cual implica un efecto de mediación.

Los procedimientos estadísticos se han realizado mediante los programas SPSS versión 17 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este apartado se han presentado los resultados a partir de los datos obtenidos. La presentación se divide en dos grandes bloques. El primero versa sobre los estadísticos descriptivos psicólogicos y las características de la muestra según estos datos. En el segundo apartado del capítulo se encuentran los resultados de los cruces de variables que se han realizado con el objetivo de saber si existe o no relación entre la sobrecarga producida por el trabajo de cuidados con los tipos de amor y de violencia y con los aspectos relacionados con la salud de las mujeres de la muestra.

4.1. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LA MUESTRA DE MUJERES SEGÚN VARIABLES PSICOLÓGICAS

Se han estudiado los estadísticos descriptivos (media, desviación típica y asimetría) de las variables psicológicas de ocho instrumentos que miden: la sobrecarga percibida por la persona cuidadora (Zarit, Reever, y Bach-Peterson, 1980), la calidad de la relación de pareja (Hendrick (1988), la salud general (SF-12) (1996), la violencia ejercida y recibida (CTS) (Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996), la calidad y ajuste en la pareja (DAS) (Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra, 2009), las actitudes hacia la igualdad de géneros (De Sola, Martínez y Meliá, 2003), las actitudes amorosas (EEA) (Hendrick y Hendrick, 1986) y el apoyo social (MOS) (Sherbourne y Stewart, 1991). Los resultados se muestran en la Tabla 19.

***Tabla 19.*- Estadísticos descriptivos de las variables analizadas**

Variable	*M*	*DT*	*Asim.*
Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit			
Zarit: Impacto	24.88	9.88	0.57
Zarit: Interpersonal	10.38	4.56	1.09
Zarit: Competencia – Expectativas	7.36	3.14	0.85
Escala de Evaluación de las Relaciones de Hendrick			
Escala Hendrick	26.42	5.42	-0.63
Cuestionario de Salud General SF – 12			
SF – Funcionamiento Físico	92.63	12.27	-1.31
SF – Rol Físico	52.89	10.79	-1.51
SF – Dolor	35.89	16.56	1.24
SF – Salud General	28.33	21.57	0.62
SF – Vitalidad	43.28	8.87	2.78
SF – Funcionamiento Social	73.03	8.75	-4.68
SF – Rol Emocional	53.75	9.54	-1.84
SF – Salud Mental	51.09	3.39	1.84
Escala de Resolución de Conflictos – CTS			
Razonamiento Recibido	14.12	9.45	0.33
Razonamiento Ejercido	15.17	9.49	0.24
Agresión Psicológica Recibida	4.80	5.38	1.25
Agresión Psicológica Ejercida	5.09	5.33	1.15
Ataques Físicos Recibidos	0.15	0.88	9.25
Ataques Físicos Ejercidos	0.19	1.03	6.73
Coerción Sexual Recibida	0.24	1.02	4.81
Coerción Sexual Ejercida	0.14	0.75	6.42
Heridas Físicas Recibidas	0.05	0.43	9.86
Heridas Físicas Ejercidas	0.03	0.33	10.69
Escala de Ajuste Diádico – DAS			
Consenso	18.38	4.47	-1.14
Satisfacción	18.54	3.11	-0.77
Cohesión	9.82	3.18	-0.82
Cuestionario de Actitudes hacia la Igualdad de Géneros			
Orientación Sexual	30.41	5.27	-1.21
Religión	29.00	5.83	-1.12
Pareja	30.50	5.08	-1.43
Privado	24.48	7.14	-0.43
Público	32.63	4.24	-2.17
Sexualidad	24.59	6.54	-0.24
Total	171.41	26.01	-1.03
Escala de Actitudes Amorosas – EEA			
Eros	15.92	5.64	0.53
Ludus	26.72	5.21	-0.12
Storge	20.88	5.64	0.44
Pragma	28.75	6.37	-1.06
Manía	27.21	4.74	-0.46
Ágape	17.93	5.41	0.44
Cuestionario MOS de Apoyo Social			
Apoyo Emocional	32.95	6.44	-0.84
Apoyo Instrumental	16.71	3.29	-1.04
Interacciones Sociales Positivas	16.54	2.98	-0.54
Apoyo Afectivo	12.79	2.40	-1.14

Tal como se puede observar, no todas las variables estuvieron asimétricamente distribuidas según el criterio estándar de $\pm$ 1.5. Se observaron asimetrías negativas

(exceso de valores elevados) en las variable siguientes: SF-Funcionamiento Social; SF-Rol Emocional, y en actitudes hacia la igualdad en aspectos públicos. Por contra, se obtuvieron valores de asimetría positivos (exceso de valores bajos) en las siguientes variables: SF-Vitalidad; SF-Salud Mental; Ataques físicos recibidos y ejercidos; coerción sexual ejercida y recibida, y heridas físicas ejercidas y recibidas.

Analizaremos más detenidamente estos resultados en los siguientes epígrafes que ordena las escalas en el siguiente orden: cuidado, amor, violencia, salud y apoyo social.

4.1.1. Características descriptivas de la muestra según sobrecarga producida por trabajo de cuidados

En este apartado vamos a analizar tanto los estadísticos socio-demográficos relacionados con el cuidado, que son dos ("Años de cuidadora", "Horas al día de cuidadora" y "¿A quién cuida?") y los estadísticos psicológicos de las variables de la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (impacto, interpersonal y competencia – expectativas).

Si comenzamos con los primeros, como se puede observar en la Tabla 11, la media de los años de cuidadora es de 15,38 años, con una desviación típica de 13,86, lo que implica que la muestra es muy heterogénea, como se ve al analizar el rango de años que oscila entre un mínimo de 0 años y una máximo de 57.

Por su parte, la media de la variable horas al día de cuidadora llama mucho la atención. Según las mujeres de la muestra dedican 2,64 horas al día al cuidado, con un rango que oscila entre 1 hora y 5 horas. En la discusión hemos interpretado este dato con detenimiento ya que estas repuestas podrían haber estado influencias por el desconocimiento por parte de las mujeres de la muestra de todas las dimensiones que abarca el término cuidado.

Tabla 20.- **Variable "A quién se cuida"**

Variable	*%*
Hijos/as	12,85%
Madre/Padre	11,65%
Familia (varios)	12,05%
Marido	4,42%
Nietos/as	2,41%
Familia (uno solo)	1,61%
Suegra	1,20%
Señor/a	1,20%
Sin concretar	0,80%
Nadie	11,24%
Datos perdidos	40,56%

A las personas a las que más se cuida son a los hijos/as (12,85%); a los padres y madres (11,65%); y a familiares cercanos (12,05%). En el caso de la pareja, el porcentaje es de 4,42%.

Este análisis sobre la sobrecarga percibida en la cuidadora se completa con los resultados de los cruces tanto con variables socio-demográficas y psicológicas que se han realizado en el último apartado de este capítulo (Tablas de la 22 a la 29).

4.1.2. Características descriptivas de la muestra según el tipo de amor

La escala de actitudes amorosas (Hendrick y Hendrick, 1986) evalúa los seis estilos de amor propuestos por John Lee (1973): Eros, Ludus, Storge, Pragma, Manía y Ágape.

Las actitudes amorosas hacen referencia a qué aspectos de la pareja son más valoradas a la hora de implicarse en una relación y las medias de la muestra son las siguientes:

- "Eros" caracteriza a aquellas personas que priorizan el atractivo sexual o la pasión frente a otras características de la relación (15,92).
- "Ludus" entiende las relaciones como juego, limitando su nivel de compromiso e intimidad (26,72).
- "Storge" es un tipo de amor caracterizado principalmente por la amistad (20,88).
- "Pragma" es típico de aquellas personas que valoran aspectos relativos a cuestiones prácticas como las económicas y el estatus social de la pareja (28,75).
- "Manía" define a aquellas personas con tendencias obsesivas en la relación. Control, celos y ansiedad son reacciones típicas en estas personas (27,21).
- "Ágape" es el estilo de amor que implica un sacrificio personal en la relación, anteponiendo las necesidades y deseos de la pareja a las propias (17,93).

Las actitudes amorosas con la media más baja son Eros (15,92) y Ágape (17,93), por lo que se entiende que es menos frecuente en las mujeres de la muestra las que están viviendo ni una relación pasional en el que se prima la atracción sexual, pero tampoco son frecuentes las relaciones en la que prime el sacrificio y en la que se anteponga las necesidades de la pareja a las propias. Por el contrario, hay tres variables con las puntuaciones más altas: Pragma (28,75), Manía (27,21), y Ludus (26,72). Esto significa que es más frecuente que las mujeres de la muestra entiendan que sus actitudes amorosas son pragmáticas, con tendencias obsesivas y lúdicas.

Estos resultados llaman mucho la atención y se discutirán más en profundidad en el siguiente capítulo.

4.1.3. Características descriptivas de la muestra según el tipo de violencia

Con respecto a las variables de la Escala CTS2, si observamos de nuevo la Tabla 19, podemos concluir que cuanto más grave es el tipo de violencia menos frecuente es en la muestra estudiada. De este modo, las medias más altas son las de las variables de razonamiento (recibido: 14,12; y ejercido: 15,17) y la de las variables agresión psicológica (recibida, 4,80; y ejercida, 5,09). La media del resto de variables es muy baja por lo que no se tendrán en cuenta en el análisis.

4.1.4. Características descriptivas de la muestra en relación a la salud

Al igual que hemos hecho en el epígrafe sobre las características descriptivas de la muestra según la sobrecarga producida por el trabajo de cuidados, en este epígrafe vamos a analizar los estadísticos descriptivos tanto de las variables socio-demográficas como psicológicas relacionadas con la salud. De este modo, contamos con tres variables de las primeras (las enfermedades crónicas, los medicamentos para los nervios y para dormir); y con las ocho variables del Cuestionario de Salud General SF-12 cuya puntuación mínima es 0 y la máxima 100.

A partir de los estadísticos descriptivos de las variables socio-demográficas que se encuentran en la Tabla 12, podemos decir que un 27,2% de la muestra tiene enfermedades crónicas.

***Tabla 21.*- Listado de enfermedades crónicas**

Variable: enfermedad crónica	*%*
Cáncer	14,93%
Hipotiroidismo	13,43%
Artritis	8,96%
Artrosis	8,96%
Enfermedad pulmonar	8,96%
Cardiopatía	7,46%
Diabetes	7,46%
Enfermedad Ósea	7,46%
Hipertensión	2,99%
Enfermedad del hígado	2,99%
Otras	14,93%
Datos perdidos	1,49%

En principio, ninguna de las enfermedades parece que tuviera relación con la sobrecarga producida por el trabajo del cuidado; aunque podremos hacer un análisis más profundo cuando analicemos los fármacos que toman habitualmente.

En este sentido, los resultados obtenidos de la muestra (n=238), sobre la calidad del sueño, entendiendo que las mujeres que toman pastillas para dormir son las que presentan algún trastorno, representan el 16,8% de la muestra; mientras que los resultados obtenidos sobre los trastornos derivados de problemas de ansiedad son del 11,6%.

Entre los fármacos que las mujeres toman para dormir destacan Lorazepam (34,88%); Lormetazepam (13,95%); y en tercer lugar, un medicina natural como es la valeriana (11,63%). Entre los que las mujeres toman para los nervios y la ansiedad, los medicamentos que más toman las mujeres de la muestra son los mismos que en la pregunta anterior con diferencias en los porcentajes: Lorazepam (27,59%); valeriana (13,79%); y Lormetazepam (3,45%). En este caso, el producto natural es el segundo de la lista y el porcentaje del tercer medicamento es muy bajo.

Respecto a las variables psicológicas y teniendo en cuenta que el valor mínimo de la escala es 0 y el máximo es 100 los resultados al ordenar las variables de más frecuencia a menos son:

- Las variables más frecuentes son: el grado en el que la salud limita o dificulta las actividades físicas (con una media de 92,63); el grado en el que las alteraciones emocionales afectan al trabajo o a las actividades de la vida diaria (con una media de 73,03); el sentimiento general de energía y vitalidad (con una media de 53,75); el grado en el que la salud física interfiere con el rendimiento profesional y con las tareas diarias (con una media de 52,89); y la valoración global de la salud (con una media de 51,09)
- Por el contrario, las variables menos frecuentes en la muestra son: el estado de salud mental general (con una media de 43,28), el grado en el que la salud física y emocional afectan al funcionamiento social del individuo (con una media de 35,89), la intensidad del dolor corporal experimentado (con una media de 28,33).

4.2. ANÁLISIS PREDICTIVO DE LA SOBRECARGA EN CUIDADORAS

En el último apartado de este capítulo de análisis de resultados de la tesis hemos detallado los resultados que hemos obtenido al analizar la asociación entre variables con el objetivo de ver hasta qué punto la variable sobrecarga percibida en las cuidadoras está asociada con el resto de variables estudiadas.

Para ello se han realizado correlaciones bivariadas en las que se han analizado la correlación entre las variables de sobrecarga de cuidado y de salud con todas las demás; se han realizado diferencias de medias en las variables medidas en función de la intensidad de la carga del cuidado; se ha realizado un análisis multivariado en la predicción de la carga de la cuidadora; y, por último, se ha medido el efecto de mediación del apoyo en la relación entre la carga de la cuidadora y la salud.

4.2.1. Correlaciones bivariadas entre las variables estudiadas

Se han calculado los coeficientes de correlación entre las variables relativas a la sobrecarga percibida de la cuidadora y a la salud, por una parte; y las variables socio-demográficas continuas y el resto de las variables psicológicas, por la otra.

Teniendo en cuenta los objetivos de este estudio y a fin de facilitar la lectura, se informan de los coeficientes de la relación de las variables relativas a la carga de cuidado con el resto, por un lado (Tabla 22), y de los coeficientes de la relación de las variables de salud con el resto, por el otro (Tabla 23).

***Tabla 22.*- Coeficientes de correlación entre las variables relativas a la carga del cuidador y el resto de variables estudiadas**

Variables	*Impacto*	*Interpersonal*	*Competencia Expectativas*
Edad	.03	.13	.00
Años Convivencia	.13	.15	.07
Edad comienzo relación	-.13	-.08	.00
Edad finalización relación	.27	.12	.13
Años de cuidadora	.17	.16	.19
Horas día dedicadas a cuidado	.31**	.03	.04
Duración total relación	.19*	.18*	.07
Tiempo dedicado a ocio	-.08	.11	.02
Escala Hendrick	-.18	-.23**	-.09
SF – Funcionamiento Físico	-.25**	-.18*	-.17*
SF – Rol Físico	-.41***	-.37***	-.33***
SF – Dolor	.38***	.27***	.20*
SF – Salud General	-.27***	-.17*	-.23**
SF – Vitalidad	.35***	.28***	.26***
SF – Funcionamiento Social	-.24***	-.31***	-.16*
SF – Rol Emocional	-.40***	-.37***	-.23**
SF – Salud Mental	.36***	.21**	.12
Razonamiento Recibido	.11	.12	.03
Razonamiento Ejercido	.07	.17	.00
Agresión Psicológica Recibida	.16	.29**	.06
Agresión Psicológica Ejercida	.15	.26**	.09
Ataques Físicos Recibidos	.13	.06	.10
Ataques Físicos Ejercidos	.03	-.01	-.02
Coerción Sexual Recibida	-.01	-.03	-.04
Coerción Sexual Ejercida	.10	.13	.08
Heridas Físicas Recibidas	.10	.01	.06
Heridas Físicas Ejercidas	.10	.04	.05
Consenso	-.21*	-.17	-.15
Satisfacción	-.10	-.20*	-.10
Cohesión	-.09	-.05	-.11
Orientación Sexual	.08	.01	-.04
Religión	-.07	-.07	-.04
Pareja	-.23**	-.13	-.18*
Privado	-.20*	-.12	-.05
Público	-.02	-.06	-.08
Sexualidad	-.14	-.10	-.06
Eros	.08	-.11	.06
Ludus	-.09	-.16	-.16
Storge	.00	.04	-.07
Pragma	-.04	-.03	-.16
Manía	-.16	-.16	-.17*
Ágape	.01	.08	.06
Apoyo Emocional	-.21	-.23**	-.24**
Apoyo Instrumental	-.32***	-.27***	-.33***
Int. Sociales Positivas	-.21*	-.19*	-.28***
Apoyo Afectivo	-.17*	-.17*	-.23**

*p < .05, **p<.01, ***p<.001.

***Tabla 23.*- Coeficientes de correlación entre las variables relativas a la salud y el resto de variables estudiadas**

Variables	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*
Impacto	-.25**	-.40***	.38***	-.27***	.35***	-.24**	-.40***	.36***
Interpersonal	-.18*	-.37***	.27***	-.17*	.28***	-.31***	-.37***	.21**
Competencia Expectativas	-.17*	-.33***	.20*	-.23**	.26***	-.16*	-.23**	.12
Escala Hendrick	-.06	.04	-.04	-15	-.07	-.04	.02	.05
Razonamiento Recibido	-.08	-.04	-.07	.14	.10	-.06	.05	.12
Razonamiento Ejercido	-.06	-.05	-.09	.14	.03	-.01	.08	.04
Agresión Psicológica Recibida	-.07	-.20*	.12	-.04	.17*	-.16*	-.16*	.03
Agresión Psicológica Ejercida	-.04	-.12	.11	-.02	.11	-.05	-.10	.08
Ataques Físicos Recibidos	.07	.05	-.08	.02	-.04	.02	.08	-.06
Ataques Físicos Ejercidos	.05	.11	-.12	.04	-.08	.04	.08	-.06
Coerción Sexual Recibida	.13	.13	-.13	.02	-.09	.06	.10	-.07
Coerción Sexual Ejercida	.05	.00	-.07	-.04	-.08	.05	.03	-.07
Heridas Físicas Recibidas	.06	.08	-.08	.02	-.05	.03	.08	-.04
Heridas Físicas Ejercidas	.05	.07	-.06	-.02	-.04	.02	.07	-.04
Consenso	.01	.17*	-.09	.20**	-.07	.14	.07	.05
Satisfacción	.04	-.07	.00	.06	.02	.08	-.05	-.01
Cohesión	.05	.04	.00	.14	-.08	.03	-.06	.03
Orientación Sexual	-.07	.03	.03	.08	-.02	.00	-.03	.00
Religión	-.03	.07	.01	.17*	-.16*	.13	.18*	-.17*
Pareja	.06	.08	-.06	.12	-.14*	.09	.14*	-.16*
Privado	.09	.14*	-.10	.12	-.18*	.11	.17*	-.13*
Público	.02	.07	-.06	.06	-.23***	.12	.11	-.17*
Sexualidad	.02	.10	-.13	.21**	-.13	.11	.12	-.12
Eros	.01	-.06	.10	-.12	.06	-.04	-.09	-.02
Ludus	.03	.03	.00	.13	-.09	.00	.08	-.09
Storge	.01	-.02	.01	.08	.08	.02	-.06	-.01
Pragma	.03	.09	.02	.00	-.07	.06	.09	-.04
Manía	.10	.15	-.05	.13	-.15*	.15*	.21**	-.09
Ágape	.04	.05	-.01	.07	-.02	.11	.06	.02
Apoyo Emocional	.13	.13	-.01	.17*	-.13	.05	.05	-.13
Apoyo Instrumental	.14	.13	-.06	.25***	-.07	.06	.02	-.11
Interacciones Soc. Positivas	.14	.20**	-.02	.21**	-.11	.09	.07	-.10
Apoyo Afectivo	.10	.09	.00	.17*	-.08	.02	.02	-.04

Nota. 1: Funcionamiento Físico; 2: Rol Físico; 3: Dolor; 4: Salud General; 5: Vitalidad; 6: Funcionamiento Social; 7: Rol Emocional; 8: Salud Mental

*$p < .05$, ** $p < .01$, ***$p < .001$.

Tal como se puede observar, en términos generales las variables de carga de la cuidadora se asociaron significativamente con las variables de salud general y con el apoyo social. Por su parte, la salud general estuvo significativamente asociada con la carga de la cuidadora, con algunos aspectos de las actitudes de igualdad, y con algunos aspectos del apoyo social.

A continuación, se analizó la relación de la carga de la cuidadora con variables socio-demográficas categóricas. Para ello se llevaron a cabo una serie de diferencias de medias con los que se comprobó el efecto del nivel de estudios, trabajo, estado civil, número de hijos/hijas, sexo de la pareja, número de personas que conviven en el núcleo familiar, si se padece alguna enfermedad o no, si se consume algún fármaco para dormir o para la ansiedad, y si se tiene algún hobby.

Las variables con tres dimensiones o más se analizaron a través de pruebas ANOVA, mientras que las de dos dimensiones se analizaron mediante *la prueba t* para muestras independientes.

De esta forma, los resultados mostraron que no había efecto significativo por nivel de estudios ni en factor de Impacto, $F(3, 143) = 0.92$, $p = .433$, ni en Interpersonal, $F(3, 150) = 0.52$, $p = .671$, pero sí en Competencia / Expectativas, $F(3, 155) = 3.30$, $p = .022$. La prueba Post-Hoc GT2 de Hochberg reveló diferencias entre las personas con estudios universitarios y las que tenían Formación Profesional, puntuando éstas últimas por encima de las primeras ($p = .016$) en el factor competencia-expectativas.

Con respecto a la variable trabajo, los resultados no mostraron efectos significativos en ninguno de los tres factores del cuestionario de Zarit: en Impacto, $F(3, 140) = 2.65$, $p = .052$, en Interpersonal, $F(3, 149) = 0.95$, $p = .418$, ni en Competencias / Expectativas, $F(3, 154) = 2.58$, $p = .056$.

Igualmente no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en base a las comparaciones en la variable estado civil, ni en Impacto, $F(5, 143) = 0.99$, $p = .425$, ni en Interpersonal, $F(5, 152) = 0.87$, $p = .504$, ni en Competencia / Expectativas, $F(5, 156) = 0.85$, $p = .516$.

Con respecto a la variable número de hijos/hijas, igualmente no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, ni en Impacto, $F(4, 127) = 0.09$, $p = .986$, ni en Interpersonal, $F(4, 127) = 0.36$, $p = .840$, ni en Competencia / Expectativas, $F(4, 143) = 1.41$, $p = .234$.

Tampoco se obtuvieron relaciones entre el número de personas que conviven en el núcleo familiar con la sobrecarga, ni en Impacto, $F(6, 143) = 1.12$, $p = .354$, ni en Interpersonal, $F(6, 152) = 0.79$, $p = .577$, ni en Competencia / Expectativas, $F(6, 157) = 0.98$, $p = .439$.

En cuanto a la variable sexo de la pareja, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ni en Impacto, $t(127) = 1.78$, $p = .077$, ni en Interpersonal, $t(134) = 1.09$, $p = .277$, ni en Competencia / Expectativas, $t(137) = 0.64$, $p = .525$.

Por parte de la variable ¿Padece usted alguna enfermedad crónica?, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Impacto, $t(144) = 2.06$, $p = .041$, puntuando por encima las personas que sí padecían alguna enfermedad. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en las otras dos variables, ni en Interpersonal, $t(153) = 1.90$, $p = .060$ ni en Competencia / Expectativas, $t(155) = 0.87$, $p = .386$.

Por parte de la variable ¿Toma usted algún fármaco para dormir?, se observaron diferencias estadísticamente significativas en los tres factores del cuestionario Zarit, puntuando por encima en todos los casos las personas que sí tomaban fármacos: en

Impacto, $t(146) = 2.62$, $p = .010$, en Interpersonal, $t(156) = 3.06$, $p = .003$, y en Competencia / Expectativas, $t(159) = 2.08$, $p = .040$.

En cambio, en cuanto a la variable ¿Toma usted algún fármaco para los nervios?, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las tres variables de contraste: ni en Impacto, $t(146) = 1.30$, $p = .195$, ni en Interpersonal, $t(156) = 1.40$, $p = .164$, ni en Competencia / Expectativas, $t(158) = 0.75$, $p = .454$.

Por último, el hecho de tener hobbies no mostró ningún efecto significativo, ni en Impacto, $t(148) = 0.55$, $p = .582$, ni en Interpersonal, $t(159) = 1.22$, $p = .223$, ni en Competencia / Expectativas, $t(162) = 0.17$, $p = .862$.

4.2.2. Diferencias de medias en las variables medidas en función de la intensidad de carga de cuidado

La muestra fue dividida en tres sub-grupos en base a la variable "carga de la cuidadora" (suma de los tres factores del cuestionario de Zarit). Para ello se utilizaron los puntos de corte de la versión española (Martín et al., 1996), de modo que puntuaciones entre 22 y 46 puntos equivalen a "no sobrecarga", entre 47 y 55 a "sobrecarga leve" y entre 56 y 110 a "sobrecarga intensa".

Las tres sub-muestras fueron comparadas en todas las variables medidas, controlando el efecto de la edad. Por tanto, se llevaron a cabo un total de 8 Análisis Multivariados de la Covarianza (MANCOVA). En cada uno de los casos se interpretó tanto la significación estadística como el tamaño del efecto (η^2), que fue interpretado según el criterio de Cohen: valores por debajo de .04 fueron considerados pequeños, entre .05 y .14 moderados, y por encima de .14 grandes (Cohen, 1988).

De esta forma, en primer lugar se analizaron las diferencias en las distintas subescalas del SF-12 sobe la salud.

***Tabla 24.*- Diferencias univariadas por grupo de sobrecarga en Salud**

	Grupo						*F*	η^2
	No Sobrecarga		Sobrecarga Leve		Sobrecarga Intensa			
	M	DT	M	DT	M	DT		
Func. Físico	95.45	10.66	87.50	12.91	89.06	15.73	3.93*	.08
Rol Físico	56.51c	7.12	50.63	13.40	49.38a	12.37	5.25*	.10
Dolor	31.06	13.20	29.69	10.08	37.50	15.81	1.68	.03
Sal. General	34.17	24.69	26.88	23.80	23.13	18.06	1.66	.03
Vitalidad	41.21c	4.81	41.25c	5.00	47.50ab	12.38	6.03**	.11
Func. Social	74.62	3.07	75.00	0.00	73.44	6.25	0.89	.02
Rol Emoc.	56.36a	6.71	58.13a	4.03	48.75ab	12.58	6.96**	.13
Sal. Mental	50.30	2.46	51.88	4.03	52.50	4.47	3.78*	.07

Nota. No Sobrecarga: a; Sobrecarga Leve: b; Sobrecarga Intensa: c. Se aplicó la prueba Post-Hoc de Bonferroni.
*$p < .05$, **$p < .01$.

Los resultados mostraron un efecto multivariado significativo de la variable "grupo de intensidad de carga del cuidador", $F(16, 176) = 2.66$, $p = .001$, $\eta^2 = .20$, aunque la variable covariante "edad" no mostró efecto significativo, $F(8, 87) = 1.13$, $p = .353$, $\eta^2 = .09$.

Tal como se puede observar, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables excepto en dolor, salud general y funcionamiento social. La prueba Post-Hoc de Bonferroni mostró diferencias estadísticamente significativas en Rol Físico, Vitalidad y Rol Emocional, puntuando las personas con mayores niveles de carga como cuidadoras, más bajo que las personas con sobrecarga leve o ausencia de sobrecarga. Los tamaños de efecto fueron moderados – grandes.

En segundo lugar se analizaron las diferencias en la escala de Hendrick. Los resultados mostraron que no hubo diferencias significativas por grupo de nivel de carga, $F(2, 95) = 2.16$, $p = .121$, $\eta^2 = .04$, aunque la variable edad sí tuvo un efecto significativo, $F(1, 95) = 4.57$, $p = .035$, $\eta^2 = .05$.

En tercer lugar se analizaron las diferencias en las diferentes modalidades valoradas de violencia recibida. Los resultados mostraron ausencia de un efecto

multivariado significativo tanto para la variable independiente (nivel de carga del cuidador), $F(10, 142) = 0.97$, $p = .470$, $\eta^2 = .06$ como para la variable covariante (edad), $F(5, 70) = 2.26$, $p = .058$, $\eta^2 = .14$.

También se analizaron las diferencias en la variable "violencia ejercida". Al igual que en el anterior caso, no se obtuvieron diferencias significativas en el contraste multivariado, ni en la variable independiente ("Nivel de carga"), $F(10, 154) = 0.88$, $p = .555$, $\eta^2 = .05$, ni en la variable covariante "edad", $F(5, 76) = 1.15$, $p = .344$, $\eta^2 = .07$.

En el caso de la comparación en ajuste diádico, igualmente no se obtuvieron diferencias significativas, ni en el caso de la variable independiente "nivel de carga", $F(6, 126) = 0.98$, $p = .445$, $\eta^2 = .04$., ni en la variable covariante "edad", $F(3, 62) = 0.54$, $p = .656$, $\eta^2 = .03$.

Por otra parte, se analizaron las diferencias en actitudes hacia la igualdad. Nuevamente no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el contraste multivariado, ni en la variable independiente ("nivel de carga"), $F(12, 206) = 1.42$, $p = .161$, $\eta^2 = .08$, ni en la variable covariante "edad", $F(6, 102) = 1.83$, $p = .100$, $\eta^2 = .10$.

A continuación se comparó a los tres grupos en las variables "estilos de amor", observándose nuevamente ausencia de relaciones significativas tanto para la variable independiente de agrupación, $F(12, 136) = 1.69$, $p = .076$, $\eta^2 = .13$, como para la variable covariante "edad", $F(6, 67) = 0.80$, $p = .576$, $\eta^2 = .07$.

Finalmente se analizaron las diferencias en las variables de "apoyo social".

***Tabla 25.*- Diferencias univariadas por grupo de sobrecarga en Apoyo Social**

	Grupo						*F*	η^2
	No Sobrecarga		Sobrecarga Leve		Sobrecarga Intensa			
	M	DT	M	DT	M	DT		
A. Emocional	34.73bc	5.44	30.42a	7.60	29.15a	6.60	7.59**	.13
A. Instrument.	17.87bc	2.61	15.89a	3.38	14.85a	3.48	9.21**	.15
Int. Soc. Posit.	17.42bc	2.64	15.37a	3.24	15.45a	2.72	5.75*	.10
A. Afectivo	13.17	2.34	12.16	2.54	11.75	2.45	2.77	.05

Nota. No Sobrecarga: a; Sobrecarga Leve: b; Sobrecarga Intensa: c. Se aplicó la prueba Post-Hoc de Bonferroni.
*$p < .01$, ** $p < .001$.

En este caso se observó un efecto multivariado significativo para la variable independiente, $F(8, 208) = 2.81$, $p = .006$, $\eta^2 = .10$, aunque no en el caso de la variable covariante, $F(4, 103) = 1.95$, $p = .107$, $\eta^2 = .07$.

Tal como se puede observar, en los tres casos en que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas el grupo de "No Sobrecarga" puntuó por encima de los otros dos grupos. Los tamaños de efectos fueron moderados – grandes.

4.2.3. Análisis multivariado en la predicción de la carga de la cuidadora

En base a los resultados obtenidos en los apartados previos, se llevó a cabo una serie de tres regresiones múltiples introduciendo aquellas variables que habían correlacionado significativamente con cada uno de los tres factores del cuestionario de Zarit o que habían mostrado diferencias estadísticamente significativas en el caso de las variables discretas. El objetivo fue analizar las variables que mantenían la significación a la hora de predecir cada una de las variables dependientes estudiadas, así como la cantidad de varianza explicada.

Previamente a la realización de estos análisis se factorizó en una sola variable las puntuaciones de los cuatro factores del apoyo social. Esto se hizo debido a los elevados coeficientes de correlación entre los cuatro factores, lo cual habría supuesto graves

problemas de multicolinealidad en los análisis de regresión. Para realizar esta factorización se llevó a cabo un análisis de componentes principales, introduciendo los cuatro factores del apoyo social. Se siguió el método de rotación Oblimin Directo, y para la extracción de la puntuación factorial en puntuaciones Z se siguió el método de regresión.

Los resultados mostraron la adecuación muestral de cara al análisis de componentes principales, KMO = .83, así como el cumplimiento de la esfericidad según el test de Bartlett, $\chi^2(6) = 527.50$, $p < .001$. De esta forma se extrajo un único factor, tal como se esperaba, que explicó el 77.61% de la varianza y que fue etiquetado de cara a los posteriores análisis como "Apoyo Social".

De esta forma se llevó a cabo un primer análisis de regresión introduciendo como dependiente la variable "Impacto".

***Tabla 26.*- Regresión múltiple para predecir la variable "Impacto"**

Variable	B	E.T.B	β
Enferm. Crónica (1=Sí, 2= No)	-0.35	2.70	-.02
Fármaco Dormir (1=Sí, 2= No)	5.52	4.29	.15
Apoyo Social	-3.85	1.33	-.37*
SF-Escala Física	-0.16	0.42	-.07
SF-Escala Mental	-0.73	0.80	-.15
DAS – Consenso	-0.12	0.23	-.06
Igualdad – Pareja	-0.06	0.27	-.04
Igualdad – Privado	0.02	0.22	.01

Nota: $R^2 = .24$
*$p < .01$.

Tal como se puede observar, solamente la variable "Apoyo Social" conservó la significación estadística, siendo el coeficiente beta negativo. El resto de variables introducidas en el modelo no mostraron coeficientes de asociación con la variable dependiente significativos.

A continuación, se llevó a cabo otra regresión múltiple para predecir la variable "Interpersonal". Los resultados se detallan en la Tabla 27.

***Tabla 27.*- Regresión múltiple para predecir la variable "Interpersonal"**

Variable	B	E.T.B	β
Fármaco Dormir (1=Sí, 2= No)	-0.67	1.84	-.05
Escala Hendrick	-0.11	0.11	-.14
SF – Func. Físico	0.07	0.06	.19
SF – Rol Físico	-0.16	0.11	-.29
SF – Dolor	0.01	0.06	.04
SF – Salud General	0.02	0.03	.11
SF – Vitalidad	0.03	0.10	.04
SF – Func. Social	-0.08	0.14	-.08
SF – Rol Emocional	-0.05	0.11	-.08
SF – Salud Mental	-0.06	0.26	-.04
Ag. Psicol. Recibida	-0.39	0.33	-.53
Ag. Psicol. Ejercida	0.47	0.34	.64
Apoyo Social	-0.67	0.63	-.16

Nota: $R^2 = .22$

Tal como se puede observar, ninguna de las variables introducidas en el modelo mantuvo la significación estadística, aunque explicaron el 22% de la varianza de la variable dependiente. En este caso además se observó una elevada multicolinealidad (correlación elevada entre variables predictoras), que afectó a las variables de agresión psicológica ejercida (Factor de Inflación de la Varianza = 15.68) y recibida (Factor de Inflación de la Varianza = 14.77). Esto puede afectar a la no significación de la asociación establecida.

Finalmente se llevó a cabo la tercera regresión múltiple para la variable "Competencia / Expectativas":

***Tabla 28.*- Regresión múltiple para predecir la variable "Competencia / Expectativas"**

Variable	B	E.T.B	β
Nivel Estudios	0.10	0.24	.04
Fármaco Dormir (1=Sí, 2= No)	-0.07	0.83	-.01
SF – Rol Físico	-0.06	0.05	-.17
SF – Dolor	0.01	0.03	.04
SF – Salud General	-0.01	0.01	-.05
SF – Vitalidad	0.06	0.05	.17
SF – Func. Social	0.04	0.06	.08
SF – Rol Emocional	0.00	0.06	-.01
Igualdad: Pareja	-0.06	0.06	-.09
Apoyo Social	-0.72	0.31	-.22*

Nota: $R^2 = .22$
*$p < .05$.

Tal como se puede observar, al igual que en el anterior caso solo la variable "apoyo social" mantuvo la significación estadística. Finalmente, se observaron dos variables con posible problema de multicolinealidad (SF-Rol Físico, Factor de Inflación de la Varianza = 3.45 y SF-Rol Emocional, Factor de Inflación de la Varianza = 3.67).

4.2.4. Efecto de mediación del apoyo en la relación entre carga de la cuidadora y salud

A partir de los resultados obtenidos en los pasos anteriores, se analizó la posible relación indirecta entre la carga del cuidadora y la salud, siendo mediada esta relación por el apoyo social.

De esta manera, se llevaron a cabo mediaciones en función de los resultados correlacionales, introduciendo en todos los casos como variable mediadora la puntuación factorial extraída mediante el método de análisis de componentes principales.

Para evaluar los efectos de mediación se analizó el efecto total y el efecto directo de cada una de ellas. Además, los efectos indirectos fueron valorados a través de la técnica de bootstraping, calculando un intervalo de confianza al 95% para el efecto indirecto.

Para ello se utilizó el método de remuestreo a partir de 5.000 sub-muestras, bajo el método de corrección de la estimación del sesgo. De esta manera, se admite la existencia de un efecto significativo de mediación si el intervalo de confianza del efecto indirecto no incluye el valor 0. Los resultados se detallan en la Tabla 29.

***Tabla 29.*- Análisis de mediación sobre el efecto indirecto de la carga del cuidador en la salud. Como variable mediadora se analizó el apoyo social.**

V. Independiente	V. Dependien.	E.Total	E.Directo	Bootstrap
Impacto	Rol Físico	-0.48***	-0.44***	-.04 (-.12 / .01)
Impacto	Salud General	-0.77***	-0.62**	-.15 (-.37 / -.04)
Impacto	Salud mental	0.13***	0.12***	.01 (-.01 / .05)
Interpersonal	Rol Físico	-0.87***	-0.80***	-.07 (-.22 / .01)
Interpersonal	Salud General	-1.09*	-0.78	-.31 (-.73 / -.08)
Interpersonal	Salud Mental	0.20**	0.18*	.02 (-.01 / .08)
Compet./Expect.	Rol Físico	-1.07***	-0.95***	-.13 (-.33 / -.01)
Compet./Expect.	Salud General	-1.82**	-1.28*	-.54 (-1.10 / -.18)
Compet./Expect.	Salud Mental	0.19*	0.14	.05 (-.01 / .15)

Nota: $R^2 = .22$
$*p < .05$, $**p < .01$,$***p < .001$.

Tal como se puede observar, se obtuvieron efectos mediadores significativos del apoyo social en el caso de la relación entre Impacto y Salud General, Interpersonal y Salud General, Competencia / Expectativas y Rol Físico, y Competencia / Expectativas y Salud General.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En este capítulo se han discutido los datos obtenidos del análisis de resultados. Hemos estructurado este apartado en dos bloques, en los que se presenta la discusión y las limitaciones del estudio.

5.1 DISCUSIÓN

La discusión se desarrolla dando respuesta a cuestiones específicas de la investigación interrelacionando, por una parte, aspectos que vinculan el cuidado informal que realizan las mujeres con factores asociados al amor, la violencia y la salud; y vinculando, por la otra, la sobrecarga de trabajo y el apoyo social con la salud de estas mujeres.

La organización de la discusión lleva la misma dirección que el marco teórico, avanzando a través de los conceptos de: cuidado, amor, violencia y salud; articulándose una serie de argumentos en este orden teniendo en cuenta que se va a dividir la discusión en función de los objetivos planteados.

La estructura de este capítulo, en el que hemos interpretado los resultados de la investigación a la luz de las teorías, modelos y principios que han sustentado y orientado el marco teórico, es el siguiente:

Lo primero que se ha interpretado es el cruce entre la caracterización, a partir de variables socio-demográficas y psicológicas en general, de las mujeres de la muestra

con los datos relativos a la sobrecarga percibida por el trabajo informal que realizan las mujeres

El siguiente bloque se corresponde con dos de los factores que podrían estar asociados al trabajo de cuidados, a saber: el amor y la violencia de género. Así, nos hemos centrado en los tipos de amor y de violencia y en la relación, más bien discreta, que muestran con el nivel de cuidado.

Por último, se interpretan los datos vinculados a los otros dos factores relacionados con el cuidado para demostrar los vínculos entre el apoyo social, la sobrecarga y la salud de las cuidadoras de la CAPV.

Así, en este capítulo se han hecho presentes cuestiones como la invisibilidad del trabajo de cuidados, las desigualdades de género, la dimensión moral del cuidado informal, la naturalización de este tipo de actividades en la vida cotidiana de las mujeres, la importancia del apoyo social en la salud de las personas cuidadoras y el vínculo existente entre el trabajo de cuidados y la salud de las cuidadoras.

Como se mantiene a lo largo de todo el marco teórico, en esta investigación se considera que bajo el término de "carga" existen diferentes dimensiones o aspectos relativos al cuidado (costes económicos, limitación del tiempo, apoyo social, implicaciones en la salud, etc.), no solo los relacionados con la carga física. Es por ello, que en el análisis de los resultados de la investigación no se haya tomado como referente únicamente la puntuación global de la sobrecarga que percibían las cuidadoras. Es decir, tanto en la teoría, contemplando que la carga comprende una diversidad de factores relacionados, como en la práctica, buscando las correlaciones entre ellos, no se ha perdido la multidimensionalidad del trabajo de cuidados que se defiende a lo largo de esta investigación.

De esta manera, hemos querido saber qué factor o factores son los que se asocian en la mayor o menor sobrecarga percibida por las cuidadoras; y en qué o en cuáles de esos mismos factores influye esa misma sobrecarga. Ya adelantamos, que los resultados muestran conexiones claras entre el apoyo social, la sobrecarga vinculada al trabajo de cuidado y la salud de las cuidadoras; dejando más desvinculadas los factores relacionado con el amor y la violencia.

5. 1. 1 SOBRE LA INVESTIGACIÓN

La primera intuición que guió esta investigación vino determinada por las vivencias profesionales que recibo como enfermera en la observación de la realidad en la consulta. Coincide que un porcentaje alto de mujeres de la consulta son mujeres cuidadoras, y a partir de los relatos que comparten sobre su día a día junto con el diagnóstico de sus dolencias, podía preverse, a modo de hipótesis, que el trabajo de cuidados que ejercen cada día podría estar vinculado a las patologías sufridas. Además, en ocasiones, había indicios que hicieron que se incorporaran a la investigación los conceptos de amor y de violencia de género, ya que muchos de los comportamientos de las mujeres cuidadoras se sostenían en actitudes y pensamientos machistas, con los que justificaban acciones agresivas en pro del trabajo de cuidados. Esta idea se desarrolló y dejó de ser una mera intuición para convertirse en varias hipótesis de trabajo, a partir de las cuales germinó esta tesis doctoral.

Se decidió focalizar la investigación solo en mujeres por la experiencia en la consulta y porque datos de estudios españoles, confirman que en la actualidad los hombres dedican poco tiempo a las tareas del hogar y al cuidado de los hijos/hijas, a pesar de que perciben que la implicación de sus parejas femeninas es muy elevada (Instituto de la Mujer, 2008; Instituto de la Mujer, 2012; Martín-Palomo, 2008; Sánchez-Herrero, Sánchez-López y Dresch, 2009).

Uno de los retos que supuso esta investigación fue el metodológico, ya que había que elaborar un protocolo con distintos instrumentos que recogieran todos los interrogantes y conexiones que planteaba la investigación con el objetivo de conocer qué actitudes e ideas eran las que sustentaban que se siguiera cuidando a pesar de lo ingrato de la actividad, sobre todo, cuando había situaciones de violencia.

Así, se construyó, después de revisar la literatura al respecto y de constatar los criterios de fiabilidad, un protocolo concretando diferentes aspectos y dimensiones, divididas en escalas autoinformadas, en relación con la sobrecarga del cuidado, los lazos afectivos y el amor, la violencia de género, la salud y el apoyo social.

Se pensó, en un primer momento, que el uso de escalas podría facilitar la medición y comparación de resultados, ya que el carácter multidimensional de la carga de las cuidadoras hacía necesario la comparación entre distintos factores.

Una vez seleccionados estos instrumentos, hubo que reeditarlos con lenguaje inclusivo y perspectiva de género. Además, entendíamos que como la muestra la iban a componer en su mayoría mujeres mayores de 50 años, el formato del cuestionario debía ser el papel, ya que muchas de ellas podrían tener limitaciones en el uso de las Nuevas Tecnologías.

El resultado fue un cuestionario largo, escrito con lenguaje inclusivo, editado de tal manera que no sólo fuera atractivo a la vista sino comprensible y con un tipo de letra apropiado a la edad de la muestra. Se probó en forma de prueba piloto en varias mujeres para saber el tiempo que se tardaba en responder y para comprobar que todos los enunciados fueran comprensibles.

Una vez elaborado y editado se procedió a repartir el cuestionario por la Comunidad Autónoma del País Vasco tanto en asociaciones como a personas particulares. Para ello, se confeccionó una lista de todas las asociaciones de mujeres del

País Vasco, gracias a las fuentes de información de Emakunde, y se procedió a su envío. También se repartieron cuestionarios mediante la técnica bola de nieve a mujeres vinculadas de alguna manera al sector sanitario, ya que se consideraba que podría ser un nicho potencial de mujeres cuidadoras.

Los cuestionarios autoadministrados se enviaron por correo, previa llamada a las asociaciones para explicar e introducir la investigación, al contacto de cada una de las entidades así como a personas cercanas al ámbito de los cuidados y de la sanidad. Para no ocasionar coste a las mujeres participantes en la investigación se envió en sobre con franqueo concertado. Para ello se imprimió el sobre en una imprenta especializada en estos temas ya que tenían que llevar barra y cajetín. También se ofreció una plataforma on-line para la recogida del cuestionario.

5.1.2. SOBRE LA RELACIÓN ENTRE EL TRABAJO DE CUIDADOS Y EL PERFIL

Objetivo específico 1: Obtener una caracterización del perfil de las mujeres que realizan actividades de cuidado informal en función de variables socio-demográficas y psicológicas.

En el ámbito del cuidado informal, el término "sobrecarga" se ha usado con mucha frecuencia desde la década de los ochenta en referencia al impacto que tiene cuidar a una persona mayor con demencia (Aldana y Guarinol, 2012; Charlesworth, Shepstone, Wilson, Thalanany, Mugford y Poland; 2008; Deeken, Taylor, Mangan, Yabroff y Ingham; 2003; Turró-Garriga, Soler-Cors, Garre-Olmo, López-Pousa, Vilalta-Franch y Monserrat-Vila, 2008; Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980). A pesar de ello, no existe homogeneidad en cuanto al significado y uso de este concepto. Mientras que algunos autores y autoras hablan de la sobrecarga en relación con el conjunto de situaciones estresantes que resultan de cuidar a alguien (García-Calvente,

2004; Gracia Montorio, Díaz-Veiga e Izal, 1995); Zarit la define como el grado en que las cuidadoras perciben que su salud, su vida social y personal y su situación económica cambia por el hecho de cuidar a otra persona (Zarit, 1985; 1987; 1995).

En este sentido, la (sobre)carga de la persona cuidadora hace referencia a las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar y al grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de las personas cuidadoras. La carga es una valoración o interpretación que hace la persona que cuida ante los estresores derivados del cuidado en función de los recursos y habilidades con los que éste cuenta. Por lo tanto, la carga interfiere en el manejo adecuado de la persona cuidada, provocando, al mismo tiempo, el deterioro de la calidad de vida de la cuidadora (Cruz; 2013; Espín; 2008, 2015; García; 2010; Martíez., Lóez, y Flores, 2013; Pajares, 2012; Pardo, Cárdenas, Venega, y Magaña; 2014; Yee y Schulz; 2000)

Es por ello, que se ha optado por la Escala de Zarit para medir la sobrecarga percibida por las mujeres de la CAPV y no por otras, ya que en esta investigación prima la conexión del cuidado informal con otros factores que no han estado siempre vinculados a él, como son el amor, la violencia, la salud y el apoyo social. Por lo tanto, entendemos que la sobrecarga es la percepción que la cuidadora tiene acerca del modo en el que cuidar tiene un impacto en diferentes aspectos de su vida.

Por otra parte, al referirse al impacto de cuidar se han distinguido entre componentes objetivos y subjetivos (Crespo y Rivas, 2015; Zambrano y Ceballos, 2007). La sobrecarga objetiva tiene que ver con la dedicación al desempeño del rol de la persona cuidadora: el tiempo de dedicación, la carga física, las actividades objetivas que desempeña la cuidadora y la exposición a situaciones estresantes en relación con los cuidados son ejemplos de indicadores de sobrecarga objetiva utilizados frecuentemente. La sobrecarga subjetiva, en cambio, se relaciona con la forma en que se percibe la situación y, en concreto, la respuesta emocional de la cuidadora ante la experiencia de

cuidar. En este sentido, la sobrecarga subjetiva se ha definido como el sentimiento psicológico que se asocia al hecho de cuidar.

En esta investigación, se tratan ambas. La sobrecarga objetiva ha sido estudiada mediante variables socio-demográficas y la subjetiva mediante variables psicológicas. Como veremos en los dos epígrafes de este apartado, llama la atención, que la sobrecarga subjetiva es mayor y se relaciona con más variables que la objetiva en la muestra de mujeres.

La interpretación de los valores alcanzados en la Escala de Zarit se ha realizado a través de los siguientes criterios:

- Se ha tenido en cuenta la puntuación global de carga a partir de la puntuación total obtenida en el instrumento. En este sentido, cuanto mayor es la puntuación total, mayor es el nivel de sobrecarga.
- Al asociar la sobrecarga con los factores de amor, violencia y, sobre todo, salud y apoyo social, se han tenido en cuenta los tres niveles de carga definidos por Martín y colaboradores (1996). Estos autores obtuvieron un punto de corte de 46-47 que distinguía entre "No sobrecarga" y "Sobrecarga" con una sensibilidad y especificidad del 84,6% y del 85,3%, respectivamente. El otro punto de corte de 55-56 diferenciaba entre "Sobrecarga leve" e "Intensa" con una sensibilidad de 89,7% y una especificidad del 94,2%.

En los capítulos anteriores realizamos dos caracterizaciones de las mujeres de la muestra con los datos que nos han proporcionado. Por una parte, un perfil socio-demográfico; y por el otro uno psicológico. A continuación vamos a interpretar los resultados obtenidos de los cruces entre todas las variables de los perfiles anteriores y las variables de la escala de sobrecarga de la persona cuidadora de Zarit con el objetivo de encontrar correlaciones y conexiones entre ellas.

5.1.2.1. La sobrecarga y el perfil socio-demográfico de la muestra de mujeres .

Objetivo específico 2: Analizar la relación entre la sobrecarga producida por el trabajo de cuidados y el perfil socio-demográfico de las mujeres.

El perfil de las mujeres de la muestra es el de una mujer entre 50 y 60 años que se encuentran inmersas en relaciones de 30 años de duración de media, lo que nos puede indicar que llevan con la misma pareja casi toda la vida, ya que la edad media en la que se comenzó la relación está en aproximadamente 23 años. Más del 70% de las mujeres de la muestra tiene entre uno y tres hijos e hijas. Muy pocas viven solas y casi la mitad convive en un núcleo con otra persona, que coincide con el marido. De hecho, la mayoría de ellas son mujeres casadas con parejas heterosexuales. Respecto al nivel de estudios, más de la mitad de las mujeres tienen estudios universitarios o de formación profesional y el 45,2% de ellas se encuentran actualmente trabajando. Otro 45,2% lo conforman las mujeres que en la actualidad no tienen un trabajo remunerado, o porque se han jubilado o porque son amas de casa que no tienen un empleo. De entre las que trabajan, la mayoría lo hace en tres sectores: la administración, la educación y la sanidad.

Respecto a las variables socio-demográficas relacionadas con el cuidado, los resultados no avalan el perfil de mujeres que se pensaba, plasmado en la primera hipótesis de trabajo. Consideramos que este distanciamiento entre los resultados esperados y los obtenidos se debe, sobre todo, a dos cuestiones: por una parte, a las ínfimas dimensiones que tiene la definición de trabajo de cuidado que manejan las mujeres de la muestra; y, por la otra, a la naturalización y al peso de la dimensión moral que estas actividades tienen en la vida de las mujeres. Es decir, las mujeres consideran que trabajan pocas horas cuidando porque no tienen en cuenta todas las actividades vinculadas a este trabajo que están normalizadas en nuestra sociedad y que, en

ocasiones, se entienden como obligaciones morales. Según Dolors Comas D´Argemir (2014) la necesidad de cuidados se ha vinculado tradicionalmente a la ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria a personas mayores o con discapacidad, quedando oculta su dimensión de prestación de cuidados cotidianos que se suministran a partir de la división social del trabajo.

En este sentido, teniendo en cuenta la media de edad de la muestra (55,66 años) sólo se han definido así mismas como mujeres cuidadoras durante una media de 15,38 años; por lo que consideramos que las mujeres sólo sienten que cuidan cuando tienen que hacerse cargo de alguna persona con algún tipo de dependencia, como pueden ser las personas enfermas, las personas mayores o los menores. No parece que se hayan incorporado a este dato el tiempo de cuidado que se emplea en el día a día para la casa, el mantenimiento de las relaciones familiares o el cuidado de la pareja sana.

La duración de las relaciones de las mujeres de la muestra tiene una media de casi 31 años de convivencia (30,95 años). De estos, las mujeres sólo consideran que han cuidado la mitad de ellos (15,38 años). Entendemos que esta respuesta ha estado condicionada por la definición de cuidado que manejan las mujeres y que no corresponde con la de autoras como Joan Williams.

Joan Williams (2001), define el trabajo de cuidados y doméstico como una actividad productiva y lo divide en un esquema de trabajos y actividades específicas que componen siete categorías:

- El trabajo de gestación, el cual incluye el embarazo, el parto y la lactancia. Este tipo de trabajo puede durar meses o años y provoca costos físicos importantes para la mayoría de las mujeres.
- El trabajo de aseo y mantenimiento de la casa, que estaría integrado por toda la limpieza necesaria -baños, suelos, ropa-; la cocina -ir al mercado, fregar, preparar la comida- y la conservación de la casa -fontanería, electricidad, reparaciones-.

- La administración del hogar, lo que involucra coordinar actividades que van desde las citas médicas (para niños, niñas, personas adultas mayores o para la pareja) hasta las actividades extra-curriculares para los hijos/hijas. Este trabajo abarca la gestión de las citas y disponer los medios o cerciorarse de que las personas efectivamente acudan o asistan.
- El desarrollo del capital social, labor que consiste en mantener las relaciones familiares o en establecer amistades (para los hijos e hijas, a través de fiestas infantiles; o para la pareja, organizando cenas y fiestas). Aquí también se encuentra todo el trabajo de padres y madres que participan en la comunidad, dando clases de deportes a niños y niñas; en las Asociaciones de Padre y Madres u organizando eventos escolares.
- El trabajo emocional, en donde la persona encargada hace tareas de enfermera, psicóloga y/o coach cuando alguien se hace daño, necesita consejo o está triste. El trabajo emocional es fundamental y requiere estudio y estrategia.
- La atención de las personas enfermas. Según Williams, el niño o niña promedio se enferma cuatro veces al año. Está, además, la enfermedad de la pareja o de los familiares mayores. Este trabajo de cuidados se agrava cuando la enfermedad es crónica o cuando la persona enferma es dependiente.
- El trabajo de guardería, el cual supone vigilar a los niños y niñas o a las personas ancianas constantemente. Más allá del trabajo emocional o de desarrollo de capital social, este trabajo se refiere a la supervisión cotidiana y es fundamental para preservar su vida y su integridad física.

Teniendo en cuenta este despliegue de actividades relacionadas con el cuidado, nos sorprende que las mujeres sólo hayan contabilizado la mitad de sus vidas en pareja como años dedicadas al cuidado. Entendemos, que en este caso, las mujeres han entendido el cuidado como el sexto trabajo referido por Williams; es decir, el vinculado a enfermedades y a personas dependientes.

Estos datos nos hacen pensar que las respuestas de las mujeres han estado influencias por el desconocimiento por su parte de todas las dimensiones que abarca el término cuidado y porque han considerado las actividades de este tipo de trabajos como prácticas cotidianas naturalizadas, por lo que no visibilizan todas las tareas que el trabajo de cuidados engloba.

Esta idea coge fuerza cuando constatamos que el 40,56% de la muestra no contestara a la pregunta "¿A quién cuida?". Cuando no existe enfermedad o dependencia la mujer naturaliza el trabajo de cuidados y ni se reconoce ella como cuidadora ni a la contraparte como persona cuidada.

Por otro lado, una repercusión que tiene el cuidado en la vida de las cuidadoras está relacionada con el modo en que cuidar afecta al uso del tiempo y a las relaciones familiares y sociales. Esta consecuencia puede medirse con distintas variables: por ejemplo, mediante el tiempo dedicado al ocio; o directamente, con el tiempo dedicado al cuidado.

En este sentido, las mujeres de la muestra dedican más de 2 horas y media al día al cuidado y sólo 12,58 horas a la semana al ocio o tiempo libre.

El primer dato nos resulta muy bajo teniendo en cuenta la tipología de actividades vinculas al cuidado que hemos visto anteriormente, de la que se puede deducir que menos cuando se duerme y se trabaja fuera de casa, el resto del tiempo que no sea para uno mismo/misma se está cuidando de alguien, sobre todo si se vive con pareja y si se tienen hijos/hijas. Sin embargo, como no en todas las ocasiones el cuidado es un trabajo ingrato no siempre se tiene en cuenta a la hora de contabilizarlo, ya que, como sugiere Joan Williams (2001) la domesticidad hizo del trabajo doméstico una muestra de amor. Si bien la carga de trabajo de las mujeres aumentó, éste se conceptualizó como "cuidado", y, en tanto "fruto del amor", se lleva a cabo sin pedir nada a cambio.

De hecho, las madres cuidan a sus hijos/hijas como una extensión de sus deberes domésticos, considerando el cuidado como un deber. Esta nueva ideología de la domesticidad sitúa a las mujeres como responsables "naturales" del cuidado, abriendo un proceso de resignificacion de la maternidad en conflicto con las actividades productivas, un conflicto desconocido hasta entonces (Knibiehler, 1977, citado en Borderías, Carrasco y Torns, 2011). De hecho, según Barudy y Marquebreucq (2006) las mujeres tienen un formidable conjunto de comportamientos altruistas, donde el más significativo es el cuidado de hijos e hijas. Consideramos que este recurso, el de hacer referencia al altruismo del trabajo de cuidados en el hogar, ha sido un argumento para justificar las relaciones de poder y su dimensión de obligatoriedad.

Debido a estas ideas que subyacen, hay mujeres que se sienten responsables y culpables por no poder "cuidar lo suficiente" y en los casos en los que no se cumplen las requisitos de amor que se les suponen a las mujeres, estas actividades se realizan básicamente por la obligación moral socialmente construida que presiona a las mujeres (Borderías, Carrasco y Torns, 2011; Gallego, 2014; Oto, 2013; Palomo, 2013; Reinón, 2012).

Esta naturalización del trabajo de cuidados puede tener otro origen también muy relacionado con el amor, que entiende estas actividades como una "una obligación moral" basada en el agradecimiento por el apoyo y amor que la persona cuidada brindó durante su vida a la persona cuidadora. Es decir, hay un cambio de roles: se pasa de cuidar por amor a cuidar porque antes la persona ahora cuidada se cuidó a su actual cuidadora por amor.

Según los datos de la Encuesta de Empleo del Tiempo 2009/2010 del INE se extrae que hombres y mujeres participan de forma desigual en la realización de las actividades cotidianas. El 92,2% de las mujeres realizan tareas domésticas y se ocupan del cuidado de menores, personas ancianas y dependientes (durante casi cuatro horas y media), frente al 74,4% de los hombres (con duración promedio de dos horas y media).

En este informe las mujeres manifiestan que dedica casi el doble de las horas que salen en nuestra investigación en tareas relacionados con el cuidado.

Del mismo modo, y a pesar de que más del 80% de la muestra tiene algún hobby, lo que demuestra que las mujeres de la muestra tienen tiempo para sí mismas, las horas a la semana destinadas al tiempo libre y al ocio nos parecen escasas, sobre todo teniendo en cuenta que, según sus propias respuestas, invierten sólo alrededor de 2 horas al día al cuidado. Si dividimos las 12,58 horas a la semana dedicadas al ocio y tiempo libre entre los siete días de la semana nos sale un poco más de hora y tres cuartos (1,80 horas) al día de ocio (y eso si contabilizamos los fines de semana igual que los días de labor).

Sobre el ocio y tiempo libre, el boletín "El ocio en cifras" del INE (2008) nos muestran los datos expresados con la media de horas al día y los datos son más altos que los obtenidos en la investigación. Teniendo en cuenta sólo las horas de las mujeres, dedican 3 horas a la participación y vida social al día, más de 4 horas a ver y escuchar medios de comunicación, 1 hora a leer y 2 horas a otras actividades de ocio y tiempo libre sin definir. La suma es mucho superior al dato rescatado del análisis de la investigación.

Respecto a la interpretación de las correlaciones y las diferencias de medias entre las variables de la Escala de Zarit y las variables socio-demográficas continuas, en primer término, y las categóricas en segundo, podemos concluir que las relaciones significativas más importantes son entre las horas al día dedicadas al cuidado y la variable impacto; y entre la duración de la relación y las variables impacto e interpersonal de la Escala de Zarit. Es decir, cuantas más horas al día dedica la mujer al cuidado más efectos tiene la provisión de cuidados sobre la persona cuidadora. Lo mismo sucede con los años de la duración de la relación, que también está asociada con la relación entre la persona cuidadora y la persona receptora de cuidados. Esto es, Cuanto más larga es la relación de pareja más efectos se encuentran en la propia persona cuidadora y en la relación entre ambas.

Por lo tanto, en relación con la primera hipótesis, los datos obtenidos no han confirmado la mayoría de las ideas sobre las que estaba formulada. No ha habido ninguna relación negativa entre ninguna variable, por lo que entendemos que la sobrecarga de trabajo no es inversamente proporcional con el número de horas dedicado al tiempo libre ni con el nivel de estudios. Aunque como ya hemos mencionado, tanto el tiempo dedicado al cuidado como el dedicado al ocio nos parecen escasos, en ambas variables.

Por otra parte, no se han confirmado las hipótesis que relacionaban de manera positiva la sobrecarga percibida con la edad, la edad de finalización de la relación, el número de hijos/hijas, el número de personas que conviven en el núcleo familiar, y el hecho de tener o no tener hobbies. Sin embargo, sí que existe relación positiva con el número de horas al día dedicadas al cuidado; aunque no exista con los años que las mujeres llevan de cuidadoras. Esto es, cuanto más tiempo dedican las mujeres al cuidado al día más efectos tiene la provisión de cuidados sobre la persona cuidadora.

El hecho de que no se haya dado la correlación esperada con el nivel de estudios, como se han dado en otras investigaciones (Alonso, Garrido, Díaz , Casquero , Riera, 2004; Fernández de Larrinoa, Palacios et al., 2011; Rogero, 2009; Sánchez, García,, Perera., Pérez, Vázquez, y Pérez, 2014), puede deberse a que la mayoría de la muestra de mujeres (58,8%) tiene estudios superiores (universitarios o de formación profesional). Respecto a estos dos niveles de estudios, sí que existe relación con la variable competencia-expectativas de la Escala de Zarit, esto es, con las creencias y expectativas de la persona cuidadora sobre su propia capacidad para atender a la persona cuidada. En este sentido, las mujeres con estudios de formación profesional puntúan más alto en este factor en concreto respecto a las que tienen estudios universitarios.

Por último, recordar que las variables socio-demográficas relacionadas con la salud (padecimiento o no de enfermedades crónicas, utilización de fármacos para dormir

y/o para controlar los nervios), con las que sí que se han encontrado correlaciones, se van a tratar en el epígrafe dedicado a este factor.

5.1.2.2. La sobrecarga y el perfil psicológico de la muestra de mujeres de la CAPV

- **Objetivo específico 3**: Analizar la relación entre la sobrecarga producida por el trabajo de cuidados y las variables psicológicas de las mujeres cuidadoras.

En este apartado se han interpretado los resultados teniendo en cuenta los niveles de sobrecarga subjetiva, que se relacionan con el tipo concreto de tareas que se presta, más que con la cantidad de horas dedicadas a este tipo de trabajo.

Las variables psicológicas que se han cruzado con los factores de la Escala de Zarit (impacto, interpersonal y competencia-expectativas) podemos dividirlas en cuatro grandes bloques: las relacionadas con el amor (la calidad de la relación de la pareja, el ajuste diádico, las actitudes hacia la igualdad de géneros, y las actitudes amorosas); las vinculadas a la violencia (ejercida y recibida); a la salud general; y, al apoyo social. En este apartado hemos interpretado las relaciones de todas estas variables con las asociadas a la sobrecarga percibida del trabajo de cuidados; y a continuación, se ha desarrollado cada ámbito por separado para poder interpretar los datos dependiendo del factor relacionado al que pertenezcan.

En relación con las variables psicológicas relacionadas con el cuidado (Escala de Zarit) observamos como el primer factor es el más preponderante en la escala, con una frecuencia de 24,88. Así, la persona cuidadora percibe que la prestación de cuidados implica efectos en su persona. Algunos de estos pueden ser la falta de tiempo libre, la falta de intimidad, el deterioro de la vida social o la sensación de pérdida de control

sobre su vida. Llama la atención como las mujeres no se ven a sí mismas como cuidadoras con demasiada sobrecarga, cuando se les pregunta mediante variables socio-demográficas, pero sí que la sienten, de hecho, cuando se les pregunta mediante este instrumento, dando esta frecuencia un valor mucho más alto que en los otros dos factores.

Como ya se ha hecho referencia anteriormente, ellas puede que no sientan que están sobrecargadas si analizan cuestiones objetivas, porque la dimensión moral del trabajo de cuidados, hace que se naturalicen muchas de estas actividades; pero, cuando se interpretan los datos del cuestionario aparece que sí que sienten el impacto de la sobrecarga en la persona cuidadora, así como los otros dos factores, aunque en menor medida.

Así, el segundo factor es el interpersonal, con una de 10,38, que representa aspectos de la relación entre la persona cuidada y la cuidadora, como deseos de delegar el cuidado a otras personas, sentimientos de vergüenza, irritabilidad, tensión familiar etc. Del mismo modo, las creencias de la persona cuidadora sobre su capacidad para cuidar, que son medidas mediante el último factor llamado competencia-expectativas, es el menos frecuente en la muestra de mujeres (7,36). Esto es, las mujeres cuidadoras perciben la sobrecarga al relacionar cuestiones vinculadas a sus vidas; más que las asociadas a temas relacionales o de competencias.

De hecho, las mujeres se sienten competentes para ejercer el cuidado y perciben en menor grado que sea la relación con la persona cuidada la que les proporciona mayor sobrecarga. Es el factor impacto, es decir, la percepción que la persona cuidadora tiene sobre posibles cambios en su propia vida desde que comenzó a cuidar el que con mayor frecuencia proporciona a las mujeres la percepción de mayor sobrecarga.

Respecto a las escalas relacionadas con el amor, las mujeres de la muestra están en su mayoría satisfechas con su relación afectiva en general, ya que presentan a una

media de 26,42 sobre 37 en la Escala de Hendrick. Por otra parte, no parece que presenten actitudes idealizadas respecto al matrimonio. Esto es así, ya que las medias de las variables de la Escala de Ajuste Diádico han sido bastante bajas (consenso 18,38; satisfacción 18,54 y cohesión 9,82).

Coral Herrera (2012) dice que el hecho de representar a los hombres y las mujeres como seres diferentes con roles opuestos pero complementarios, lo que conocemos como "el amor romántico", perjudica seriamente la igualdad de género. Ya hemos visto que las mujeres de la muestra no se caracterizan por tener este tipo de pensamientos en torno al amor, lo que se corrobora con los datos del Cuestionario de Actitudes hacia la Igualdad de Géneros, que nos indican frecuencias muy parecidas respecto a las variables relacionadas con la investigación; a saber: los valores y estructura de pareja, que incluye contenidos relacionados con aspectos normativos acerca de la pareja así como con ciertas características que los harían deseables, o no, como compañeros potenciales, a los ojos del otro sexo (30,50); el ámbito de lo privado, que integra contenidos que aluden a la supuesta diferencia entre los sexos, en interés y capacidades, en relación al ámbito de lo privado (24,48); y el ámbito de lo público, que versa sobre aspectos relativos a la capacitación y adecuación de cada uno de los sexos en aspectos referidos al ámbito de lo público (32,63).

En este sentido, se constata que las mujeres de la muestra no han idealizado el amor con relatos que reproducen tanto el mito de la princesa en su castillo (la mujer buena, la madre, la santa) como el mito del príncipe azul (valiente a la vez que romántico y poderoso a la par que tierno).

En este sentido, según Coral Herrera (2012) los mitos femeninos dividen a las mujeres en dos grupos (las buenas y las malas) y perpetúan la desigualdad de los hombres hacia las mujeres. El imaginario colectivo está repleto de mujeres pecadoras y desobedientes (Eva, Lilith, Pandora), mujeres poderosas y temibles (Carmen, Salomé, Lulú) y perversas o demoníacas (las harpías, las amazonas, las gorgonas, las parcas, las

moiras). Paralelamente, multitud de mujeres han besado sapos con la esperanza de hallar al hombre perfecto: sano, joven, sexualmente potente, tierno, guapo, inteligente, sensible, viril, culto, y rico en recursos de todo tipo.

De este modo, el príncipe azul es un mito que ha aumentado la sujeción de la mujer al varón, al poner en otra persona las manos de su destino vital. Este héroe ha distorsionado la imagen masculina, engrandeciéndola y creando innumerables frustraciones en las mujeres. El príncipe azul, cuando aparece, conlleva otro mito pernicioso: el amor verdadero junto al hombre ideal que las haga felices (Herrera, 2012). Esto se constata con la interpretación de los siguientes resultados, ya que la el amor romántico y el amor vinculado al sacrificio van a ser los que menor frecuencia muestren.

Así, respecto a las actitudes amorosas, las variables con las medias más bajas son Eros (con una frecuencia de 15,92) y Ágape (con una frecuencia de 17,93), por lo que se entiende que son menos frecuentes en las mujeres de la muestra las que están viviendo relaciones pasionales, en el que se prima la atracción sexual, pero tampoco son frecuentes las relaciones en la que prime el sacrificio y en la que se anteponga las necesidades de la pareja a las propias. Este último resultado casa a la perfección con los anteriores referidos a los mitos y actitudes de igualdad que presentan. El hecho de que la variable ágape sea tan baja avala que las mujeres no tengan idealizado ni el matrimonio ni las relaciones entre cónyuges.

Por el contrario, hay tres variables con las puntuaciones más altas: Pragma (frecuencia, 28,75), Manía (frecuencia, 27,21), y Ludus (frecuencia, 26,72). Esto significa que es más frecuente que las mujeres de la muestra entiendan que sus actitudes amorosas son pragmáticas, con tendencias obsesivas y lúdicas, en algunas ocasiones. El hecho de entender el amor como una relación práctica donde hay vínculos con intereses mutuos puede hacer que se entienda el cuidado como una contraprestación por otro tipo de servicios.

Así, respecto a las correlaciones entre las variables de la Escala de Zarit y el resto de variables relacionadas con el amor sólo encontramos relaciones inversas con la percepción de sobrecarga vinculada a la variable interpersonal que correlaciona inversamente con la satisfacción general de la relación afectiva, esto es, cuanta más sobrecarga asociada a la relación entre la persona cuidada y la cuidadora menor es la satisfacción de la relación afectiva. Esta asociación se corrobora ya que en la variable satisfacción de la Escala de Ajuste Diádico ocurre lo mismo. Por lo tanto, se cumple la hipótesis en la que se esperaban relaciones negativas entre sobrecarga percibida y calidad de la relación de pareja y entre ajuste en la pareja.

En cambio, respecto de la variable impacto, con la que la persona cuidadora percibe que la prestación de cuidados implica efectos en su persona, las correlaciones con las variables del amor son las siguientes dos: cuanta más sobrecarga se percibe de este tipo menos consenso hay y las actitudes respecto al ámbito privado y a la pareja son más desiguales. Es decir, las ideas que sustentan la desigualdad de género en relación a la pareja y al ámbito privado están relacionadas con los efectos personales que implica la sobrecarga del trabajo de cuidados.

Por otra parte, la sobrecarga relacionada con las competencias de la cuidadora también está inversamente relacionada con las actitudes respecto a la pareja, así como con el amor sustentado en la obsesión y los celos (Manía).

Por lo tanto, se cumple la hipótesis en la que se esperaban relaciones negativas entre sobrecarga percibida y actitudes hacia la igualdad de géneros; sin embargo, no podemos demostrar la que relacionaba de manera negativa la sobrecarga percibida y las actitudes amorosas.

Con respecto a las variables de la Escala CTS sobre violencia recibida y ejercida, podemos concluir de manera general que cuanto más grave es el tipo de violencia menos frecuente es en la muestra estudiada. Se esperaban datos muy diferentes en lo

relacionado con la violencia. De este modo, las medias más altas son las de las variables de razonamiento (recibido: 14,12; y ejercido: 15,17) y la de las variables agresión psicológica (recibida, 4,80; y ejercida, 5,09). La media del resto de variables es muy baja por lo que no se tendrán en cuanta en la interpretación.

Respecto a estos datos, es interesante resaltar la forma paralela en la que se muestran, es decir, tan frecuente es utilizar la negociación por parte de las cuidadoras como por las personas que les rodean: así como el uso del abuso psicológico por ambas partes. Este resultado nos ha llamado poderosamente la atención, ya que no se esperaba que las agresiones, de cualquier tipo de violencia, quizás se pueda hipotizar sobre la posible reciprocidad. Este primer estudio nos hizo preguntarnos si alguna de estas variables con las frecuencias más altas interacciona con la sobrecarga del trabajo de cuidados. Esta asociación podría ser la clave para explicar las agresiones psicológicas recíprocas.

De hecho, así es, ya que las únicas variables que han correlacionado con la sobrecarga interpersonal son las agresiones psicológicas recibidas y ejercidas. Es decir, cuanta más sobrecarga de trabajo informal vinculado a la relación entre la persona cuidadora y la cuidada más violencia psicológica existe, tanto ejercida como recibida. Como hemos podido apreciar anteriormente, sólo fueron representativas las frecuencias relacionadas con la negociación y con las agresiones psicológicas en un primer estudio. Después de este análisis podemos decir que la existencia de estas últimas se explican por la sobrecarga percibida respecto a la relación entre las personas que cuidan y son cuidadas.

En el resto de variables no se aprecia ninguna asociación respecto a la sobrecarga percibida. Por lo tanto, la hipótesis que vinculaba la violencia y la sobrecarga queda cumplida en una mínima parte ya que sólo se han demostrado las relaciones positivas con la violencia psicológica, y, además, observamos con sorpresa como ese tipo de violencia correlaciona en agresiones ejercidas y recibidas; es decir, por ambas partes.

En relación con las variables psicológicas más frecuentemente relacionadas con la salud y teniendo en cuenta que el valor mínimo de la Escala de Salud General es 0 y el máximo es 100, las mujeres de la muestra perciben con muchísima frecuencia que la salud limita o dificulta las actividades físicas (92,63) y, en menor medida, que la salud física y emocional afectan al funcionamiento social de las personas (73,03).

Con una frecuencia media, las mujeres perciben que los problemas personales o emocionales pueden limitar tanto en el rol físico (52,89), como en el emocional (53,75), es decir, ambos pueden afectar, en la misma medida, al trabajo o a las actividades de la vida diaria; y perciben la influencia del estado de salud mental general (51,09), antes, incluso, que la salud general (28,33).

En este sentido, hay que remarcar que aunque las mujeres den en primera instancia más importancia a las limitaciones físicas como posibles causas a los problemas vinculados a la salud, en el resto de variables equiparan lo físico y lo emocional. Estos resultados están avalados por las respuestas al Cuestionario de Apoyo Social, en el que el apoyo emocional es el que destacan con mayor frecuencia las mujeres de la muestra (32,95), llegando a tener el resto de variables la mitad de frecuencia: apoyo instrumental (16,71), interacciones sociales positivas (16,54) y apoyo afectivo (12,79).

Por último, podemos decir que en general la sobrecarga en todas sus dimensiones correlaciona tanto con la salud en general como con el apoyo social, como augurábamos en las dos últimas hipótesis de trabajo de la tesis. Y no sólo eso, al analizar mediante regresiones múltiples entre las variables que habían correlacionado significativamente con cada una de las variables de la Escala de Zarit con el objetivo de predecir la carga de la cuidadora. Al analizarlas en conjunto solo el apoyo social es realmente un predictor significativo.

A partir de este primer acercamiento, se realizaron más análisis que han sido interpretados en el apartado vinculado a la salud, al apoyo social y a la relación entre ambos con la sobrecarga de cuidados, ya que, como hemos visto, a mayor sobrecarga hay menor apoyo social, lo que va a implicar (en algunas variables) tener peor estado de salud. Pero, ¿se puede concluir también que en los casos en los que la mujer se sienta sobrecargada si se le presta apoyo social podría mejorar su salud? Como veremos más adelante, esto podría ser así.

5.1.3. SOBRE LA RELACIÓN ENTRE EL TRABAJO DE CUIDADOS, EL AMOR Y LA VIOLENCIA

Una vez que nos hemos situado con una interpretación general de los resultados de la investigación, se ha centrado la discusión en dos grandes bloques: por una parte, las variables que no han correlacionado como se esperaba; y por la otra, las que sí lo han hecho. Que los resultados no hayan demostrado en su totalidad las hipótesis relacionadas con el trabajo de cuidados, el amor y la violencia, cuando era una de las intuiciones iniciales a causa de la que se inició esta investigación, nos hace preguntarnos, sobre la adecuación de la metodología empleada.

Distintos autores/as concluyen que la problemática social y familiar que genera el cuidado, en el caso de Alonso (1994) el cuidado de la demencia, ha dado lugar a un importante número de estudios cuantitativos; sin embargo, es de gran interés el aplicar complementariamente técnicas de investigación social cualitativas para abordar este tema, ya que a través de los instrumentos cuantitativos (a pesar de su absoluta pertinencia metodológica) hay una parte de la realidad que no se llega a comprender en su totalidad, y nos referimos a aquella esfera de la realidad social que no se puede o es

difícil cuantificar y que a través del análisis cualitativo puede llegar a contextualizarse y a interpretarse.

En este sentido, no nos damos por rendidas respecto a las asociaciones del cuidado, el amor y la violencia, y seguiremos investigando con otro tipo de técnicas que permitan llegar a las vivencias más íntimas de las informantes.

5.1.3.1. La sobrecarga de trabajo de cuidados percibida y los tipos de amor presentes en la muestra de mujeres de la CAPV

- **Objetivo específico 4:** Estudiar las características de los tipos de amor presentes en las mujeres.
- **Objetivo específico 5:** Relacionar los tipos de amor con la sobrecarga de trabajo que produce el cuidado informal.

A pesar de que no se cumple la hipótesis que vincula cuidado con amor, es decir, una correlación negativa entre la sobrecarga y los estilos de amor más superficiales (eros) y una correlación positiva entre ésta y los estilos de amor más profundos (ágape), hemos comparado los datos procedentes de esta escala con otros estudios para saber si hay coincidencias o no.

Las mujeres y hombres aprenden a amar a lo largo de sus vidas, cada cual de maneras distintas. Según Anna Jónasdóttir (1993), los humanos basan el amor en relaciones de poder. Por ello, lo hombres tienden a explotar a las mujeres y las mujeres se dejan explotar porque aman.

El primer aprendizaje del amor se tiene con la primera relación de cuidado entre el bebe y la figura adulta. En el patrón tradicional de género casi siempre es la madre quien cuida a sus hijos e hijas. En esa relación los humanos aprenden contenidos y

objetivos del amor y aprenden y desarrollan necesidades y deberes amorosos. El amor, se sigue aprendiendo con todas las relaciones que vendrán después de este primer momento.

De hecho, las personas desarrollan diferentes estilos de amor influenciadas por la cultura y la educación, entre otras a partir de una socialización diferencial y diferenciada, pudiéndose presentar diferentes estilos a lo largo del tiempo en función da la pareja o de otras circunstancias como el tiempo, las experiencias o los objetivos. Los estilos de amor también varían a lo largo de la historia y de las culturas (Lagarde, 2005; 2012).

En la sociedad actual, la experiencia amorosa esta circunscrita a la pareja como el espacio simbólico privilegiado y único de su realización. En este contexto, la pareja es una de las relaciones más dispares y complejas, ya que conjunta lo público y lo privado, lo social y lo personal, abarcando la intimidad afectiva y sexual, el contacto cuerpo a cuerpo, la convivencia, la corresponsabilidad vital, la economía, el erotismo, el amor, y, por supuesto, el poder. Para Robert Sternberg (2004) para que una relación amorosa en pareja sea exitosa debe de basarse en la pasión, la intimidad y el compromiso, requiriéndose estos tres factores para establecer un amor consumado, el cual llevará a relaciones satisfactorias de larga duración.

El comportamiento amoroso juega un papel central en la vida de las personas, hecho que puede ser demostrado tanto en la literatura como en la vida cotidiana, a punto tal que, como demuestra un estudio sobre las familias europeas, el amor es la justificación central de la formación y del mantenimiento de la pareja, mientras que otros aspectos como el respeto mutuo, el entendimiento sexual o la estabilidad económica lo complementan (Malpas y Lambert, 1993). Ya no se trata solamente de sobrevivir, sino de ser felices juntos.

Por otra parte, el amor, como la experiencia simbólica, tiene a su alrededor un gran imaginario social que, aunque va evolucionando a lo largo de la historia, algunos de estos mitos ellos siguen presentes en nuestras estructuras emocionales actuales, configurando nuestras metas y anhelos (Herrera, 2012).

Estos ritos de socialización romántica se enseñan a través de los cuentos de hadas en los que se enseña como el amor de pareja está lleno de obstáculos; pero si la pareja se ama de verdad, acabarán juntos porque el amor todo lo puede (Gonçalves, 2014; Lazarus, 1985; Quintana-Peña, 2015; Pallarés, 2012; Yela, 2000). Además, desde el mito del "amor romántico", los celos son indispensables en un en lo que se conoce como "amor verdadero", lo que supone un grave problema en el ámbito de la violencia contra las mujeres al remitir al terreno de los sentimientos algo que no es más que una forma de poder y dominación y que se convierte en una estrategia de control más (Ferrer, Bosch, Navarro y Ferreiro, 2010).

La Escala de de Actitudes Amorosas de Hendrick y Hendrick (1986) basada en la Teoría de los Colores del Amor de Lee (1973; 1977; 1988), emplea la metáfora de los colores como base de su propuesta para una tipología del amor.

John Lee fue el primer autor que intentó validar empíricamente su propuesta, hoy clásica, de los estilos amorosos. Partió de un extenso análisis de la literatura clásica (de ficción y de no ficción) y de entrevistas estructuradas en las que incluía una prueba donde se solicitaba a las personas que separaran en pilas 1.500 tarjetas que contenían breves descripciones de sucesos, ideas y emociones relacionados con el amor (sometiendo, posteriormente, los resultados de esta clasificación al análisis factorial, que confirmó la teoría). Con esta metodología logró distinguir entre tres estilos de amor primarios y tres estilos de amor secundarios, que surgen de la combinación de los anteriores.

Los resultados de la investigación desvelan que las actitudes amorosas con la media más baja son Eros (15,92) y Ágape (17,93), por lo que se entiende que es menos frecuente en las mujeres de la muestra las que están viviendo ni amor pasional, resultado esperado; ni un amor altruista centrado en el autosacrificio y en el dar antes que recibir. Se esperaba que este tipo de amor, fruto de Eros y Storge, tuviera más frecuencia en las mujeres más cuidadoras y que interrelacionara de manera positiva con la sobrecarga de trabajo de cuidado; pero no ha sido así.

Aun así, la variable con las puntuaciones más altas se corresponde con Pragma o amor pragmático (28,75), amor fruto de Ludus y Storge, que se basa en la practicidad y en la búsqueda racional de un amor ideal..En el estudio de Ferrer et al ;(2008) también se encuentra en las mujeres de nacionalidad española participantes el estilo Pragma dentro de las puntuaciones más altas.

En otros estudios, en los que han aplicado esta escala, sacan diferentes conclusiones: Por un aparte, el estilo de amor cambia a lo largo de la vida de Eros a Ágape en parejas estables; y en parejas con violencia predomina el amor Manía y Storge (Lucariello, 2012). Por la otra, Ubillos et al. (2001) rescatan como sus resultados muestran que las mujeres conceden más importancia a las dimensiones pragmáticas y de compañerismo y aprecian menos las dimensiones lúdicas. Ferrer et al. (2008) se reitera en que los estilos como Pragma o Ágape se incrementan con la edad; mientras que la frecuencia de Ludus va disminuyendo cuanto más mayores son las personas de la muestra. En nuestro estudio, los resultados son los siguientes: la edad se asocia negativamente con las formas de amor Storge, r = -.24, p = .003, Pragma, r = -.32, p < .001, Manía, r = -.15, p = .053 y Ágape, r = -.15, p = .054. Sin embargo, no se observaron correlaciones significativas entre la edad y Eros, r = .03, p = .684.

Es decir, a más edad, menor puntuación en amor amistoso, amor pragmático, amor obsesivo y amor altruista, lo que muestra una realidad distinta al resto de la investigaciones, teniendo en cuenta que la manera en la que se vive el amor viene

determinada por la cultura y la sociedad en la que se vive; cabría plantear la hipótesis que la edad es un factor determinante, como lo confirman los estudios con personas jóvenes (Brenlla et al, 2003; Zubieta, 2001) para que prevalezca el estilo de amor Eros .De acuerdo a los resultados de nuestra investigación se pudo notar diferencias significativas, es posible que a mayor edad y mayor empoderamiento de las mujeres a través del asociacionismo ,el estilo de amor romántico no prevalezca .

5.1.3.2. La sobrecarga de trabajo de cuidados percibida y los distintos tipos de violencia que experimentan las cuidadoras de la CAPV

- **Objetivo específico 6:** Analizar los tipos de violencia que experimentan las mujeres.
- **Objetivo específico 7:** Relacionar la sobrecarga producida por el trabajo de cuidados con los diferentes tipos de violencia ejercida y recibida.

Vescio et al. (2010) anuncia la necesidad de hipotetizar sobra las dinámicas en el reparto de las obligaciones sociales entre hombres y mujeres y el posible papel que juegan en la violencia.

En esta investigación se esperaba que los resultados de todos los casos de violencia estudiados correlacionaran positivamente con la sobrecarga percibida en el cuidado. Sobre todo, las recibidas. Aunque el hecho de que las variables de la Escala de ajuste Diádico y las del Cuestionario de Actitudes hacia la Igualdad de Géneros dieran tan bajas ya nos auguraban que las mujeres de la muestra no idealizan el matrimonio ni viven los mitos y estereotipos del amor romántico con intensidad.

Como ya hemos visto, la hipótesis que vinculaba la violencia y la sobrecarga queda cumplida en una mínima parte ya que sólo se han demostrado las relaciones positivas con la violencia psicológica; y no sólo correlacionó con la violencia recibida, sino que también con la ejercida.

Consideramos que pueden darse dos realidades que hayan influido en estos resultados. Por una parte, como ya hemos mencionado y sobre todo refiriéndonos al concepto de violencia, creemos que el cuestionario no ha sido suficiente para hacer patente esta realidad, que en el día a día se intuye y se escucha en los relatos de las mujeres cuidadoras. Quizás, si ampliáramos las técnicas de investigación a entrevistas o grupos de discusión en el futuro, los resultados avalen la hipótesis de partida. En este sentido, ya Dobash y Dobash en 1988 y Dutton y Goodman en 2005 comentarios las limitaciones que presenta esta escala al no analizar el contexto donde tiene lugar la conducta de violencia.

Por otra parte, puede que suceda, al igual que ocurría con la definición de cuidado, que las mujeres no hayan tenido en cuenta los micromachismos que en numerosas ocasiones no se perciben como violencia y que son la antesala al maltrato (Boch y Ferrer, 2002; 2013) o bien que hayan minimizado la violencia recibida (Berns, 2000) como ya anunciaba una de las mujeres al entregar su cuestionario contestado.

Pero, si esta parte de los resultados nos ha sorprendido, mucho más lo ha hecho que la única violencia que ha correlacionado con la sobrecarga, la psicológica, lo haya hecho en sus dos variantes: tanto la recibida por la cuidadora como la ejercida por la misma. Aunque hay que dejar claro, que ambas, han puntuado mucho más bajo en la Escala Revisada de Tácticas para la Resolución de Conflictos (CTS2) que la negociación.

Esta escala define la violencia psicológica como actos de violencia verbal y actos de violencia no verbal. En esta investigación, se hace referencia a los menores como insultar, gritar, chillar o dar un portazo.

Así, las tasas de violencia encontradas en este estudio por sí solas o asociándolas a la sobrecarga recibida por las mujeres cuidadoras son más bajas a las encontradas en otros estudios que analizan exclusivamente la violencia de género en la pareja.

Si nos hacemos eco de los datos que nos proporciona la encuesta llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad en 2015 a una muestra de 10.171 mujeres en España observamos que el 12,5% han sufrido violencia física y/o violencia sexual de sus parejas o exparejas en algún momento de su vida; el 10,3% de las mujeres residentes en España de 16 o más años ha sufrido violencia física de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida; y el 8,1% de las mujeres residentes en España de 16 o más años ha sufrido violencia sexual de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.

Son por estos datos que nos sorprende que la tasa de violencia en general haya sido tan baja, aunque nos alegramos sobre manera de que esto haya sido así.

Acabaremos este apartado con un apunte sobre la salud de las mujeres y la violencia. Como se puede observar en el capítulo anterior, viendo los resultados que dieron las correlaciones entre las variables de la escala de Zarit y el resto de variables, las que más asociaciones obtuvieron fueros las de salud y las de apoyo social. A consecuencia de ello, se realizaron también las correlaciones con todas las variables de salud y el resto de las variables. Estos resultados confirmaron los primeros y nos dieron más información acerca de la variable violencia psicológica recibida, ya que con la ejercida no se encontraron asociaciones. Se obtuvieron cuatro correlaciones, tres negativas y una positiva y la interpretación es la siguiente:

Cuanto peor es la salud física de las mujeres más violencia psicológica sufren. Lo mismo sucede las limitaciones físicas o emocionales que puedan producirles los problemas de salud.

Y respecto a la correlación positiva, obtenemos el siguiente resultado: cuanto más alto es el grado de vitalidad, más alto es también el grado de violencia psicológica recibida. Este dato parece contradictoria en un primer momento pero como veremos más adelante la vitalidad también correlaciona de manera positiva con la sobrecarga; y

esto es curioso ya que a mayor sobrecarga y a mayor violencia psicológica recibida, mayor vitalidad por parte de las mujeres. Podría ser este el motivo de que la violencia psicológica sea devuelta y ejercida por ellas mismas.

Las mujeres de la muestra con sus respuestas sobre el amor y la pareja podrían demostrar ser mujeres empoderadas que no se dejan llevar por mitos del amor romántico; y con este dato sobre la vitalidad demuestran ser luchadoras y saber hacer frente a los problemas derivados del cuidado con energía.

5.1.4. SOBRE LA RELACIÓN ENTRE EL TRABAJO DE CUIDADOS Y LA SALUD DE LAS CUIDADORAS

- **Objetivo específico 8:** Analizar descriptivamente el estado de salud (psicológica, física y global) que tienen las mujeres cuidadoras.
- **Objetivo específico 9:** Analizar la relación entre el estado de salud de las cuidadoras y la sobrecarga producida por el trabajo del cuidado.
- **Objetivo específico 10:** Analizar el efecto mediador del apoyo social en la relación entre la sobrecarga percibida a consecuencia del cuidado informal y la salud general de las cuidadoras.

En este último apartado vamos a interpretar dos asuntos: por una parte, las variables socio-demográficas vinculadas a la salud y las correlaciones que existen entre ellas y las variables de la Escala de Zarit; y, por la otra, las asociaciones que han resultado del análisis de las variables psicológicas sobre salud y apoyo social y las de sobrecarga percibida por las cuidadoras.

Respecto a esta segunda parte, la investigación ha mostrado importantes resultados en los que se demuestra que no sólo la sobrecarga está relacionada con la salud y el apoyo social; sino que, como vamos a ver, en alguna de las variables el

vínculo se encuentra entre el apoyo social y la salud, pudiendo afirmar que la salud de mujeres sobrecargadas puede mejorar si se les apoya socialmente.

5.1.4.1. El estado de salud de la mujer cuidadora

Relacionadas con la salud se formularon dos hipótesis que en gran medida se han demostrado. La primera hipótesis decía que se esperaba una mayor sobrecarga en mujeres con enfermedades crónicas, las que toman medicación para dormir y las que toman medicación para los nervios, es decir, una correlación positiva con las variables socio-demográficas vinculadas a la salud.

A pesar de que no son mayoría las mujeres que muestran enfermedades crónicas (27,2%) o toman medicamentos para dormir (16,8%), estos resultados están relacionados con la sobrecarga producida por los trabajos de cuidados. Llama la atención que el hecho de padecer una enfermedad crónica correlacione con la variable impacto de la sobrecarga; mientras que el hecho de tomar fármacos correlacione con las tres variables: impacto, interpersonal y competencia-expectativas. Esto es, cuanto mayor es el impacto de la sobrecarga en la cuidadora o en la relación entre ella y la persona cuidada o cuanto más problemas competenciales presente la cuidado, mayor es la posibilidad de tomar medicamentos para dormir. Casi la mitad de las mujeres que lo hacen recurren a medicamentos recetados como el Lorazepam o el Lormetazepam; mientras que un tercio apuesta por la valeriana como remedio natural.

Respecto a la variable vinculada a los fármacos para los nervios, que como vimos en capítulo anterior son los mismos que los que se toman para dormir pero con distintos porcentajes, las mujeres los toman en menos porcentaje (11,6%) y no ha dado correlación con la sobrecarga percibida por la cuidadora.

Por lo tanto, en este caso, la sobrecarga no afecta directamente y en principio, a los nervios ni da ansiedad a las cuidadoras; sino que influye en su sueño. Sin embargo, si analizamos los medicamentos con los que se tratan ambas enfermedades son los mismos, por lo que hasta qué punto no podemos decir que las mujeres tienen problemas para dormir debido a la ansiedad.

Por último, resaltar que llama la atención que no haya ninguna enfermedad crónica ligada a la depresión, ansiedad o el insomnio a pesar de los fármacos que toman para hacer frente a este tipo de enfermedades. Podría ser que el hecho de no ser enfermedades físicas haya influido a la hora de no reflejarlas en las enfermedades crónicas o que no las hayan considerado crónicas porque las han vinculado directamente a un momento concreto de su vida y estén seguras de que cuando pase lo que les produce ansiedad o les quita el sueño automáticamente todo volverá a la normalidad y dejarán los fármacos.

A partir de estos datos, pudiera parecer que las mujeres de la muestra no son realmente conscientes ni de cuándo están cuidando ni de las enfermedades asociadas que padecen, ya que, a pesar de las correlaciones que existen entre la sobrecarga y la salud, en sus respuestas no se ha vislumbrado la relación sobrecarga y enfermedad.

Respecto a las variables psicológicas y como ya adelantamos en el primer apartado de la discusión, las mujeres de la muestra perciben con muchísima frecuencia que la salud limita o dificulta las actividades físicas (con una frecuencia de 92,63) y, en menor medida, que la salud física y emocional afectan al funcionamiento social de las personas (73,03). Por lo tanto, las mujeres equiparan, en general, en importancia lo físico y lo emocional. Incluso consideran que su salud mental (51,09) es mejor que su salud general (28,33).

La hipótesis de trabajo vinculada a estas variables decía que se esperaban correlaciones negativas entre la sobrecarga percibida y la salud general. Esta hipótesis

se ha cumplido: cuanta más sobrecarga, pero salud general de las cuidadoras. De hecho, todas las variables relacionadas con la salud han correlacionado con las tres de sobrecarga, haciendo la mayoría de ellas de manera negativa y tres de ellas de forma positiva, a saber: dolor, vitalidad y salud mental. De estos resultados podemos sacar tres conclusiones sobre las mujeres de la muestra:

- Cuanta más sobrecarga perciben peor es su salud general, menor es su función física y social y sienten como tanto la salud física como los problemas emocionales influyen en su salud.
- Además, observamos como a mayor sobrecarga mayor intensidad de dolor sienten.
- Sin embargo, llama la atención las otras dos correlaciones positivas que hemos obtenido referentes a la vitalidad y a la salud mental. Se esperaba que la sobrecarga influyera negativamente en ambas variables, pero ocurre lo contrario. Pudiera ser que la sobrecarga hace de estas mujeres cuidadoras más fuertes ya que cuanto mayor es la primera más vitalidad tienen y mejor salud mental manifiestan.

Por lo tanto, en esta investigación no acaba de concluirse los mismo que en otros estudios, en los que se demuestra la existencia de repercusiones negativas sobre la salud física y mental de las personas cuidadoras de personas dependientes, llegando incluso a identificar un cuadro clínico que aglutinaría el conjunto de patologías que sufren éstas, denominado como "el síndrome del cuidador" (García, Mateo y Maroto, 2004). Esto podría deberse a que en este estudio se han analizado a mujeres cuidadoras en general. Es decir, las dimensiones que se entienden en esta investigación del cuidado informal abarcan actividades diarias que se encuentran naturalizadas y asumidas por parte de este colectivo; y al no estar relacionadas en su totalidad con personas enfermas o dependientes, los efectos de la posible sobrecarga no son las altos, aunque sí que existen.

Asimismo, el resultado de las regresiones nos mostró como, en líneas generales, encontramos diferencias en la salud de las mujeres en función del tipo de sobrecarga. Este tipo de análisis de realizó con el resto de variables y no se obtuvieron los mismos resultados. Es decir, el nivel de carga de la cuidadora no influye ni en la satisfacción de la relación, ni en el tipo de amor, ni en el tipo de violencia ni tampoco se mostraron diferencias entre las actitudes de igualdad de género. En cambio, el nivel de sobrecarga sí que influye en la salud mental y en la vitalidad, por una parte; en el rol físico y emocional, por la otra; y en la función física de las mujeres de la muestra.

Las mujeres de la muestra están satisfechas, mayoritariamente sanas y utilizan la negociación para solventar sus problemas. Entonces, ¿hay alguna variable psicológica que esté influenciada por la sobrecarga del trabajo de cuidados y que afecte a su salud? Sí, la soledad.

5.1.4.2. Comprendiendo las relaciones entre sobrecarga de trabajo de cuidados, salud y apoyo social

Para reconocer el inicio de una sobrecarga que puede conllevar repercusiones en la salud de la cuidadora hay que prestar atención a los cambios en los hábitos de vida y hay que aprender a conocer los sentimientos, pensamientos o señales de alerta que podrían indicar niveles de sobrecarga altos. En este sentido, no sólo los problemas relacionados con el sueño o la ansiedad son indicadores relevantes, el aislamiento y la soledad también lo son y pueden afectar de la misma manera a la salud de las cuidadoras.

Es por ello que las últimas variables a estudiar son las que corresponden con el apoyo social a la cuidadora principal, como factor que protege de la percepción de sobrecarga. Para ello se ha utilizado el Cuestionario MOS de Apoyo Social cuyos

factores son: El apoyo emocional o la posibilidad de asesoramiento, consejo e información: el apoyo instrumental o la posibilidad de ayuda material (doméstica); las interacciones sociales positivas o la posibilidad de contar con personas para salir, comunicarse, distraerse o divertirse; y el apoyo afectivo o la demostración de amor, afecto, cariño o empatía.

Los resultados de este cuestionario mostraron, en general, que las mujeres muestran frecuencias altas en las cuatro variables y al correlacionar estas variables tanto con las de cuidado de la Escala de Zarit como con las del Cuestionario de salud General los resultados fueron los siguientes: cuanta más sobrecarga, menos apoyo emocional, instrumental y afectivo y menos interacciones sociales positivas; y cuanto peor es la salud general de las mujeres, menor es el apoyo social en todas sus variables. El resto de factores asociados a la salud no mostraron ningún tipo de correlaciones. Por lo tanto, la hipótesis relacionada con la sobrecarga y el apoyo social quedaría demostrada.

En cuanto a las regresiones, éstas también dieron positivas con las variables del apoyo social, en todo, por lo que, así como había diferencias en salud, también existen diferencias entre el apoyo social de las mujeres en función del tipo de sobrecarga excepto en lo concerniente al apoyo emocional. Es decir, el hecho de tener en mayor o menor medida muestra de apego o cariño no interfiere en la sobrecarga de la cuidadora. Para estas mujeres son más importantes la oferta de consejos y orientación, la ayuda material o el hecho de contar con personas con las que hablar o salir que las demostraciones de amor o de afecto que en un primer momento pueden apaciguar los efectos que producen el trabajo de cuidados; pero que a largo plazo no son tan eficaces como las acciones materiales o las personas que pasan tiempo con ellas.

Cuando se observaron estos resultados, se realizó un último análisis con el objetivo de estudiar la posible relación indirecta entre la carga de la cuidadora y la salud, siendo medida esta relación por el apoyo social. Los resultados mostraron un efecto significativo de mediación del apoyo social en la relación entre cuidado y salud,

lo que demuestra que la relación entre cuidado y salud se explica porque las mujeres más cuidadoras tienen menor apoyo social.

De esta manera, se podrían sacar las siguientes conclusiones: Hasta el momento se ha afirmado que cuanta mayor sea la sobrecarga de trabajo de cuidados, menor es el apoyo social que se posee; lo que provoca, a su vez, tener peor salud general.

Por lo tanto, la carga de la cuidadora se puede rebajarse mediante estrategias de afrontamiento y apoyo social. Se ha defendido que esta relación es compleja y que las diferentes estrategias de afrontamiento tienen efectos en función de la fase del proceso de cuidado en la que se encuentra la persona cuidadora, sobre distintas emociones y en función del estresor primario implicado (Aneshensel et al., 1995; Pruchno y Resch, 1989; Zarit, 1998).

De hecho, el apoyo social es quizá la variable moduladora más importante para la persona cuidadora, ya que es una importante fuente de ayuda para ella (Molina, Iáñez e Iáñez, 2005). Las cuidadoras que tienen mayor capacidad de acceso o mayor nivel de apoyo social tienen mayores posibilidades que las que carecen de éste para evitar las consecuencias más severas del cuidado, como pueden ser los trastornos emocionales (Robinson-Whelen, Tada, MacCallum, McGuire y Kiecolt-Glaser, 2001).

Por otro lado, el apoyo social es un factor que tiene un efecto protector o benefactor sobre múltiples parámetros relacionados con la salud. El mecanismo de acción del apoyo social sobre la salud no se conoce con certeza, aunque existen dos hipótesis: por un lado, la teoría del efecto tampón, donde la influencia del apoyo social estaría determinada por su papel modulador sobre las situaciones adversas que generan estrés en las personas; la otra teoría considera que el apoyo social es un agente causal directo de las enfermedades (De la Revilla y Fleitas, 1991).

Con todo, gracias al análisis de mediación sobre el efecto indirecto de la carga de la cuidadora en la salud, teniendo en cuenta el apoyo social como variable mediadora, podemos ir un paso más allá y concluir que las mujeres sobrecargadas a las que se les ofrezca mayor apoyo social tendrán mejor salud general y rol físico.

Esto es, cuando una mujer perciba el impacto en su persona de la sobrecarga del trabajo de cuidados, el hecho de proporcionarle mayor apoyo social, mejoraría su salud general. Cuando la sobrecarga está relacionada con la relación entre la persona cuidada y la cuidadora, el aumento de apoyo social influirá en el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, por lo que se verá mejorado el rendimiento, habrá menos limitaciones en el tipo de actividades realizadas o disminuirá la dificultad en la realización de estas. Por último, respecto a la sobrecarga vinculada a la capacidad de las mujeres de cuidar, cuando este tipo de sobrecarga se contrarresta con apoyo social, mejorará la salud general de la mujer y su rol físico, de la misma manera que habíamos observado en la variable anterior.

Por lo tanto, no hemos podido demostrar con estas herramientas ni con esta muestra las interconexiones del triangulo cuidado, amor y violencia; pero sí que lo hemos hecho con el realizado con cuidado, salud y apoyo social e incluso hemos ido más allá de lo esperado y hemos encontrado vínculos entre cuidados y salud a partir del apoyo social.

5.2. LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones que se deben mencionar, está el tamaño muestral y la no representatividad de la muestra, es una debilidad que la investigación tuvo desde sus inicios. Se repartieron 1.100 cuestionarios con la intención de llegar, al menos, a 400 mujeres. Al final, se consiguieron 250 respuestas. Por lo tanto, la generalización de los resultados ha de hacerse con cautela. Por otra parte, el número de respuestas (29) obtenidas mediante la plataforma on-line para la recogida del cuestionario, tal y como

vaticinaban las primeras impresiones, fue muy bajo. Sería deseable ampliar el número de mujeres para aumentar la representatividad de los datos y resultados obtenidos, difícilmente alcanzables para esta investigación con los recursos disponibles.

La otra limitación de la investigación relacionada con el cuestionario es la siguiente: se solventaron pocas dudas acerca de los ítems por teléfono, pero en la recogida de los cuestionarios, en el apartado de correos habilitado para ello, salieron a la luz, en los propios cuestionarios, que había escalas que entrañaban dificultades; no porque no las hubieran comprendido, sino porque algunas de ellas entraban de lleno en el ámbito doméstico y privado y eran incómodas para las mujeres. Entendemos que se tratan temas muy privados de manera muy fría. En este sentido, cabe reseñar que, tal y como expresó alguna de las personas encuestadas, existen barreras psicológicas a la hora de plasmar en el cuestionario algunas situaciones acontecidas en su vida, siendo reacias a expresarlas y compartirlas en el estudio.

No hemos conseguido que las mujeres contaran sus historias, sobre todo las relacionadas con el amor y la violencia, mediante escalas de medición sin la figura de una interlocutora que les de *feedback* y que las haga sentir entendidas.

Este tipo de preocupaciones ya estaban presentes incluso al elegir el título del cuestionario. Al final se optó por "Cuidados y salud", a pesar de que sólo dos escalas medían estas variables. Las otras seis estaban relacionadas con el amor, la violencia y el apoyo social. No se mencionaron en el título estas variables para que las mujeres se sintieran "cómodas" a la hora de rellenarlo, ya que, en concreto, la palabra violencia en ocasiones genera reticencias que podrían alterar los resultados de la investigación. Es por esto que se considera que la forma en la que se ha planteado indagar en temas de amor y de violencia, quizás, haya sido limitada, ya que muchas de las vivencias que las mujeres relatan en viva voz frente a una interlocutora no han sido recogidas mediante los ítems empleados en la investigación.

Este problema lo han recogido más autores y autoras que han medido estos temas con metodología cuantitativa. Así, Bosch et al. (2013, p. 144) comparte una reflexión muy parecida en su investigación en la que relaciona amor y violencia:

> "El cuestionario que empleamos prometía mucho. Empezando por los estilos que analizaba y continuando por su amplio uso en la investigación científica en general. Sin embargo, tanto el propio redactado de sus ítems como los resultados que proporciona generan nuevas dudas no tanto sobre las características psicométricas sino sobre todo en torno a su validez, en torno a que realmente nos permita medir aquello que queríamos medir y evite, además, uno de los grandes problemas de la investigación social, la deseabilidad social (que la persona responda más de acuerdo con lo políticamente correcto que con sus verdaderos sentimientos, pensamientos y actitudes) que no hemos evaluado en esta ocasión pero que vislumbraremos en algunas de las respuestas que ya hemos comentado y en algunas otras que analizaremos más adelante·.

CAPÍTULO VI

PRINCIPALES CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

En este capítulo se presentan de forma sintética las principales conclusiones. Se estructura este apartado en dos bloques, en los que se presentan las principales conclusiones, así como se sugieren las posibles futuras líneas de investigación.

6.1. CONCLUSIONES MÁS ALLÁ DEL DEBATE SOBRE EL CUIDADO Y SUS FACTORES RELACIONADOS

Esta investigación comenzó a partir de una necesidad propia que percibía en la consulta en la que trato a mujeres. Muchas de ellas manifestaban su hastío respecto al trabajo de cuidados y su reticencia a abandonar esa situación porque no era lo que se esperaba de ellas. Además, se podía intuir que muchas de las patologías de estas mujeres podrían estar asociadas al cuidado informal que ejercían, muchas veces dejando en segundo plano su propio autocuidado.

Con esta idea en la cabeza, se realizó un proyecto de tesis con el objetivo de analizar la (multi)relación entre las actitudes de desigualdad que subyacen a los conceptos de amor y de violencia de género con la manera en que las mujeres entienden el cuidado informal; y las implicaciones en la propia salud de las cuidadoras que provoca la sobrecarga generada por este tipo de cuidado.

Por una parte, se quería estudiar la relación que existía entre la manera de amar y el trabajo de cuidados para vincular, además, si la correlación “cuidado por amor” podía suscitar relaciones violentas entre las cuidadoras y las personas cuidadas, que en

muchos casos coincide con la pareja (teniendo en cuanta que la inmensa mayoría de las mujeres son heterosexuales casadas, esta persona se corresponde con el marido). Por otra parte, se quería estudiar las implicaciones que la sobrecarga de trabajo informal podría tener en la salud de las cuidadoras, así como el apoyo social.

De esta manera y con este objetivo se desarrolló una investigación que analizara, por si misma y relacionada con el resto de factores, la sobrecarga de las mujeres: la objetiva, medida a partir de variables socio-demográficas; y la subjetiva, a partir de variables psicológicas.

En este último apartado se ha pretendido recoger cada una de las conclusiones que se han sacado a lo largo de la investigación. Ha habido hipótesis que se han confirmado en su totalidad; otras que lo han hecho de manera parcial; y una que no se ha podido demostrar, la que vinculaba la sobrecarga con los distintos tipos de amor.

Las causas de que esto haya sido así, podrían ser varias. Queremos resaltar la importancia de la no representatividad de la muestra. Consideramos que la muestra de mujeres que contestaron al cuestionario ha condicionado las respuestas obtenidas. Esto es, se recurrió a asociaciones del País Vasco para llegar a todas las mujeres posibles. El hecho de que las mujeres participaran en el asociacionismo puede ser una variable que se tenía que haber tenido más en cuenta, ya que como ha demostrado la investigación el apoyo social es un factor muy importante en el estudio del trabajo de cuidados.

De este modo, nos encontramos con 250 mujeres residentes en la CAPV con una media de edad de 58,66 años. Lo más relevante de su perfil es que la mayoría de ellas tiene estudios universitarios o de formación profesional y casi la mitad trabaja en sectores como la administración, la sanidad o la educación. Estas mujeres han conformado un perfil diferente al del resto de mujeres que han estudiado en otros estudios sobre cuidados.

Si analizamos solamente las variables socio-demográficas y las psicológicas en general, las mujeres de la muestra se encuentran satisfechas con sus relaciones, están mayoritariamente sanas y utilizan la negociación para la resolución de conflictos. Aunque al realizar las correlaciones entre variables sí que han salido a la luz pequeños conflictos que no se veían a primera vista.

En general, las mujeres no se definen como cuidadoras, no se dejan llevar por los mitos del amor romántico que en ocasiones están debajo de las justificaciones de la violencia de género y se muestran luchadoras y empoderadas. Podría deberse a la buena labor que hace el asociacionismo, ya que son ellas mismas las que nos han proporcionado la conclusión más importante de esta investigación: el apoyo social no sólo está inversamente relacionado con la sobrecarga del trabajo de cuidados; sino que podemos ir más allá: si se apoya socialmente a una mujer sobrecargada conseguiremos mejorar su salud.

A pesar de que no se hayan conseguido otros resultados esperados esta idea nos parece tremendamente interesante sobre todo de cara al futuro. Será clave en el momento en el que desarrollemos proyectos de formación y empoderamiento a partir de esta investigación tanto para el personal sanitario como para las mujeres cuidadoras, los cuales se basarán en las variables del apoyo social con el objetivo de aliviar la carga de estas mujeres y mejorar su salud.

Partíamos de la idea de que el cuidado esta enlazado estrechamente con el género y al ponerlo en el eje central del discurso de género nos remite a un proceso de desigualdad desde el que las feministas demandan una reparación social.

En ocasiones, el cuidado convierte a la mujer en una persona que vive para los demás, lo cual es una condición necesaria para el mantenimiento de roles tradicionales patriarcales aún tan invisibles en nuestra sociedad. En este sentido, podemos decir que

el trabajo de cuidados es resultante del orden de socialización diferenciada establecida que soporta al sistema machista y patriarcal actual.

Sucede que el modelo tradicional de cuidado resulta aún victorioso en una sociedad envejecida y empobrecida por las desigualdades de género en la que no se consiguen articular concesiones para emancipar a una generación de mujeres que no acaban de cambiar el formato porque su manera de cuidar en su manera de querer y su manera de hacerse querer.

Han surgido nuevas nociones para referirnos a este tipo de actividades que en su mayoría realizan las mujeres. Podemos hablar de trabajo doméstico, trabajo reproductivo, doble presencia, carga global del trabajo, uso del tiempo, trabajo de cuidados y *care*, entre otros. En esta investigación se optó con el término trabajo de cuidados como sinónimo de trabajo informal. Se descartaron los trabajos de cuidado formales realizados por profesionales. Se eligió esta terminología para romper con los límites del espacio doméstico y alejarse de la componente más material del trabajo. El cuidado informal como un trabajo que no sólo se desarrolla en el hogar con componentes materiales, afectivos, relacionales y, sobre todo, morales. Este componente inmaterial hace muy difícil o imposible encontrar un sustituto de mercado para este trabajo, o para ciertas dimensiones de él.

Es un trabajo no remunerado y la retórica del altruismo en el hogar ha servido para maquillar las relaciones de poder envueltas en él y la dimensión ética que lo conforma. Además de gratuito, la obligatoriedad que lo envuelve lo hace invisible.

Y esta es una de las conclusiones a las que se llega con esta tesis: las mujeres de la muestra no se definen como cuidadoras por varios motivos: sólo han tenido en cuenta las horas de cuidado en las que atienden a una persona dependiente, en vez de definir el trabajo de cuidados de manera global integrando cuestiones de logística, organización y vigilancia, entre otras. El hecho de que casi la mitad de las mujeres no supieran poner a

quién cuidan podría ser porque no consideran que están cuidando mientras hacen la comida para otras personas, piden hora en el médico para otras personas, vigilan que todo vaya bien, organizan las tareas del hogar para que nadie se quede sin ropa limpia o hacen la lista de la compra. Son acciones que no se han tenido en cuenta a la hora de contestar a las dos preguntas relacionadas con el cuidado en las variables socio-demográficas. Por ello, sólo consideran que han sido cuidadoras la mitad de sus vidas como mujeres casadas, por una parte; y sólo creen que cuidan 2,6 horas al día, cuando las estadísticas oficiales nos muestran datos mucho más altos.

Sin embargo, las mujeres de la muestra no son víctimas de los estereotipos y tópicos del amor romántico. Están satisfechas con sus relaciones y no tienen idealizado el matrimonio, lo que hace que vivan vínculos matrimoniales más sanos a partir de actitudes hacia la igualdad de géneros. Por desgracia, este resultado no es una constante en nuestra sociedad e investigaciones muy recientes con jóvenes mostraban datos que chocan de lleno con el perfil de estas mujeres, en los que los y las jóvenes creen que el lugar de la mujer está en casa cuidando de la familia. En los casos en los que el cuidado se mezcla con el amor y se "cuida por amor" pueden surgir conductas violentas que son justificadas, invisibilizdas y relativilizadas.

En relación a la violencia, podemos concluir que cuanto más grave es el tipo de violencia menos frecuente es en la muestra de mujeres. Ellas optan por la negociación como medio para la resolución de conflictos y en mucho menor medida se dan casos de violencia psicológica en ambas direcciones: de la cuidadora a la persona cuidada y viceversa. Esto puede deberse a que la variable vinculada a la violencia psicológica correlaciona con la sobrecarga: cuanta más sobrecarga de trabajo informal relacionado con la relación entre la persona cuidadora y la cuidada más violencia psicológica existe, tanto ejercida como recibida.

La salud que muestran las mujeres es bastante buena. La mayoría no tienen enfermedades crónicas ni necesitan tomar fármacos para dormir o para controlar la

ansiedad. Aun así, cuanta más sobrecarga perciben peor es su salud general y menor es su función física y social. Como muestra de que las mujeres que han participado en la investigación son luchadoras y vitales, nos gustaría resaltar el siguiente resultado: cuanta más sobrecarga de trabajo, más vitalidad sienten.

Pero tener buena salud no significa sólo no estar enferma. Cuando nos referimos al trabajo de cuidados, estar sola es también un indicador de mala salud. Queda demostrado que el apoyo social es un factor importante a la hora de estudiar la sobrecarga vinculada al trabajo de cuidados, es decir, lo que hemos denominado "dar amor para cuidar"; que se enfrentaría al "cuidar por amor".

Concluyendo, se han confirmado las relaciones entre las siguientes variables: cuantas más horas al día dedica la mujer al cuidado más efectos tiene la provisión de cuidados sobre la persona cuidadora, y cuanto más larga es la relación de pareja más efectos se encuentran en la propia persona cuidadora y en la relación entre ambas. En contra, los datos obtenidos no han confirmado la mayoría de las ideas sobre las que estaba formulada la primera hipótesis: no ha habido ninguna relación negativa entre ninguna variable, por lo que entendemos que la sobrecarga de trabajo no es inversamente proporcional con el número de horas dedicado al tiempo libre ni con el nivel de estudios de las mujeres de la muestra.

Por otra parte, no se cumple la hipótesis que relacionaba el tipo de amor Eros con un bajo nivel de sobrecarga y el tipo de amor Ágape con un nivel de sobrecarga alto; y la hipótesis que vinculaba la violencia y la sobrecarga queda cumplida en una mínima parte ya que sólo se han demostrado las relaciones positivas con la violencia psicológica, tanto con la ejercida como con la recibida.

En cambio, sí que se demuestran las hipótesis vinculadas a la salud (en parte) y al apoyo social (en su totalidad): la sobrecarga en todas sus dimensiones correlaciona tanto con la salud en general como con el apoyo social.

Respecto a esta última hipótesis, la investigación ha mostrado importantes resultados en los que se demuestra que no sólo la sobrecarga está relacionada con la salud y el apoyo social; sino que en la variable salud general el apoyo social es un mediador de la sobrecarga, es decir: la salud de mujeres sobrecargadas puede mejorar si se les apoya socialmente. Por lo tanto, la carga de la cuidadora puede rebajarse mediante estrategias de afrontamiento y apoyo social y no con medicamentos.

Consideramos que este distanciamiento entre los resultados esperados y los obtenidos se debe, sobre todo, a dos cuestiones además de a las características propias de la muestra: por una parte, a las ínfimas dimensiones que tiene la definición de trabajo de cuidado que manejan las mujeres; y, por la otra, a la naturalización, la invisibilización y al peso de la dimensión moral que estas actividades tienen en la vida de éstas.

Es decir, las mujeres consideran que trabajan pocas horas cuidando porque no tienen en cuenta todas las actividades vinculadas a este trabajo que están normalizadas en nuestra sociedad y que, en ocasiones, se entienden como obligaciones morales.

El hecho de que no siempre el cuidado sea un trabajo ingrato se tiene en cuenta a la hora de no contabilizarlo, ya que se considera una muestra de amor. De hecho, las madres cuidan a sus hijos/hijas como una extensión de sus deberes domésticos, considerando el cuidado como un deber basado, en los casos en los que se cuidan a los progenitores, en el agradecimiento por el apoyo y amor que la persona cuidada brindó durante su vida a la persona cuidadora. Es decir, hay un cambio de roles: se pasa de cuidar por amor a cuidar porque antes la persona ahora cuidada cuidó a su actual cuidadora por amor.

Por otra parte, puede que suceda, al igual que ocurría con la definición de cuidado, que las mujeres no hayan tenido en cuenta los micromachismos que en numerosas ocasiones no se perciben como violencia y que son la antesala al maltrato o bien que

hayan minimizado la violencia recibida como ya anunciaba una de las mujeres al entregar su cuestionario contestado, tanto por la frialdad de la técnica para medir estos conceptos como por la capacidad de las mujeres a contestar lo políticamente correcto.

Con las conclusiones de este estudio en la mano, la pregunta es la siguiente: ¿Cómo podemos avanzar? Si algo nos ha proporcionado esta investigación es la importancia del asociacionismo y del apoyo social para empoderar a las mujeres y mostrarles la importancia de quererse a sí mismas antes que a nadie para que la sobrecarga del trabajo de cuidados no tenga ni consecuencias violentas en sus vidas ni implicaciones patológicas en su salud.

Hay que pensar en el cuidado como un derecho para ambas partes y evidenciar las carencias de las instituciones y sensibilidades hacia un espacio que no es neutro. Hay que sacar a la luz que si los valores y los estereotipos vinculados al amor que lo sustentan no se modifican, la construcción del cuidado nunca podrá realizarse en un espacio igualitario. En este sentido, el derecho al cuidado tiene que reflejarse en tres dimensiones: el derecho a recibir cuidado, el derecho a elegir entre cuidar y no cuidar y el derecho a condiciones laborales dignas y justas en los trabajos de cuidado.

Se trata de incurrir en cambios que promueven los feminismos y que inciden sobre los factores patriarcales. Desde estos planteamientos es desde donde las mujeres se pueden apropiar del cuidado propio y autónomo y desde donde se puede empezar a construir un nuevo paradigma, liberado de principios éticos universalistas y patriarcales, para poder adquirir conciencia de género.

Esta construcción de nueva identidad de género supone la ruptura de estereotipos, para empezar a nombrar al cuidado en otros términos, de lo que se beneficiarán también los hombres. Éstos deben superar la desorientación de los cambios sociales que se están produciendo debido a la reubicación de la mujer en la sociedad, asumirlos como positivos y establecer cambios en sus vidas, de forma especial en la familia, en la

corresponsabilidad de las tareas domésticas, tema clave para avanzar en la igualdad real, ya que limita a las mujeres su tiempo vital. Aunque la protagonista del cambio debe ser la mujer, desde la discusión de nuevos roles y la adjudicación de estos desde el poder y las clases dominantes. Pero es un proceso que solo se puede definir si afirmamos que la transformación profunda de las relaciones de cuidado, pasan por decir no a la violencia estructural que lo envuelve.

6.2. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación ha servido para acercarnos a los cuidados que prestan las mujeres desde un fenómeno en evolución en una realidad cambiante, donde surgen nuevos escenarios .A pesar de las limitaciones, este estudio supone ahondar en el cuidado desde la complejidad del fenómeno .Este acercamiento puede ser completado con herramientas cualitativas que ayuden a indagar en un terreno muy íntimo y que permitan un acercamiento a formas de comunicación que permitan conocer mejor el contexto del fenómeno de los cuidados.

Los resultados nos han reafirmado, por una parte, en la necesidad de continuar profundizando en estas cuestiones con herramientas más precisas y menos arbitrarias; y por la otra, en la necesidad de abordar este estudio con herramientas cualitativas, ya que sólo cuando permitimos hablar a las personas van cayendo las defensas y las barreras detrás de las que se parapetan tras herramientas más frías.

Este estudio puede derivar en dos proyectos educativos que pueden ayudar a visibilizar y a tratar las patologías derivadas de la labor del trabajo de cuidado de las mujeres. Por un lado, se ha pensado en realizar un “Decálogo de buenas prácticas” destinado al personal sanitario en el que se visibilice el vínculo entre sobrecarga de cuidado, salud y apoyo social, tres de las variables que nos han correlacionado positivamente en casi todas sus dimensiones.

Por el otro, se ha considerado realizar un boletín informativo para las cuidadoras, a repartir por los y las profesionales de la sanidad que las tratan, en las que se les den pistas para poder empoderarse a sí mismas, en donde quede patente la totalidad de las actividades de cuidado que se realizan en el día, con la intención de hacer llegar la importancia del autocuidado para poder tener una vida sana y feliz, desmitificando ideas y derrumbando estereotipos, como los de "buena esposa" y "buena madre", desarrollados a partir del "amor romántico", que pueden llegar a justificar situaciones de violencia.

Es decir, desde este contexto planteamos tanto instrumentos de evaluación o indicadores de salud en el sistema sanitario desde la prevención y promoción de la salud de las mujeres cuidadoras como programas educativos o de formación, a partir de un modelo de atención integrada como estrategia de salud para realizar planes de cuidados con perspectiva de género en donde se tenga en cuenta la carga de cuidado que experimentan las mujeres, la cual, repercute en su salud.

Estamos en el camino de renombrar el cuidado, en la práctica asistencial pero esto pasa por deconstruir este; asumiendo un nuevo modelo sanitario donde la categoría género sea transversal a las actuaciones que se diseñen. La información que se desprende de esta investigación genera nuevas preguntas ,a la vez que puede servir para profundizar, analizar y reflexionar acerca de las prácticas desde el ámbito de la salud para analizar los nuevos roles que pueden desarrollarse desde diferentes disciplinas del sector salud como la Enfermería o la Medicina.

BIBLIOGRAFÍA

Abel, E. K., y Nelson, M. K. (1990). *Circles of care: Work and identity in women's lives*. Albany: State University of New York Press.

Agra, M. X.. (2010). *Justo el amor: la familia política. Miedos, culpas, violencias invisibles y su impacto en la vida de las mujeres: ¡A vueltas con el amor!*. Valencia: Universitat Jaume I.

Aguirre, R. (2008). *Las familias como proveedoras de servicios de cuidados. Género y Cohesión social*. Madrid: Fundación Carolina.

Aguirre, R. (2007). Las familias como proveedoras de servicios de cuidados. En J, Astelarra (coord.), *Género y Cohesión Social*. Madrid: Fundación Carolina.

Aguirre, R. (2008). El futuro de los cuidados. En I. Arriagada (coord.), *Futuro de las familias y desafíos para las políticas* (pp. 23-34). Santiago de Chile: Cepal.

Alberdi, C. (1994). Las Mujeres y el Poder Político. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Madrid.

Alberdi, I. y Matas N. (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Fundación La Caixa 2002. Colección Estudios Sociales nº10.

Alberdi, I. (1999). *La nueva familia española*. Madrid: Taurus.

Alberdi, I. (2005). Cómo reconocer y cómo erradicar la violencia contra las mujeres. En I. Alberdi, y L. Rojas (Coord.), *Violencia tolerancia cero* (pp. 10-89). Barcelona: "la Caixa".

Alberti-Manzanares, P., et al. (2014). Género, economía del cuidado y pago del trabajo doméstico rural en Jilotepec, Estado de México. *Agricultura, Sociedad y Desarrollo*, *11*(3), 379-400.

Aldana, G. y Guarino L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa Psicológica UST*, *9*(1), 5-14.

Aliaga, Christel (2006). "How is the time of women and men distributes in Europe?", *Eurostat Statistics in focus, 4,* 1-12.

Alonso, A., Garrido, A., Díaz, A., Casquero, R. y Riera, M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. Atencion Primaria, 33(2), 61-68.

Alvarado García, A. (2004). La Ética del Cuidado. *Aquichan*, *4*(4), 30-39

Álvarez, M. V. (2014). Antes del amanecer y la construcción social del amor romántico. *InterseXiones, 5*, 47-68.

Álvarez, M.V. (2014). *Mujer y cuidados: Retos en salud*. Murcia: Universidad de Murcia.

Alzamora, A., Bosch, E., y Ferrer, V. A. (2006*). El Laberinto Patriarcal: Reflexiones Teórico-Prácticas sobre la Violencia contra las Mujeres*. Barcelona: Antrophos Editorial.

Amos, A., Greaves, L., Nichter, M., y Bloch, M. (2012). Women and tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. *Tobacco Control*, *21*(2), 236-243.

Amurrio, M., Larrinaga, A., Usategui, E., y del Valle, I. (2008). *Violencia de género en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes de Bilbao. Informe cualitativo*. Bilbao: Universidad del País Vasco y Ayuntamiento de Bilbao.

Amurrio M., Larrinaga, A., Usategui, E., y del Valle, I. (2010) Violencia de género en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes de Bilbao. *Zerbitzuan, 47*, 121-134.

Anderson, B. (2006) Doing the dirty work? The global politics of domestic labor. En M.K. Zimmerman, .S. Litt and C.E. Bose (Coord.), *Global dimensions of Gender and Carework* (pp. 226-239). Stanford, CA: Stanford University Press.

Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., y Whitlatch, C. J. (1995). Profiles in caregiving: The unexpected career. Academic Press.

Annandale, E., y Hunt, K. (1990). Masculinity, femininity and sex: an exploration of their relative contribution to explaining gender differences in health. *Sociology of Health and Illness*, *12*(1), 24-46.

Anthony-Bergstone, C. R., Zarit, S. H., y Gatz, M. (1988). Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychology and aging*, *3*(3), 245-248

Arellano, O. L., Escudero, J. C., y Moreno, L. D. C. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, *3*(4), 323-335.

Arias Campos, R.L. (2007). Aportes de una lectura en relación con la ética del cuidado y los derechos humanos para la intervención social en el siglo XXI. *Trabajo Social, 9,* 25-36.

Arias-Galicia, F. (1989). Una investigacion sobre la escala de satisfacci6n marital. Revista Latinoamericana de Psicologia, 21 (3),423- 436.

Arráez, M.A. (2013). Una visión feminista de la empresa: Aportaciones de la ética del cuidado a la ética empresarial. *Dilemata, 12*, 247-260.

Artaso, B., Martín, M., y Cabases, J. M. (2002). El coste del cuidado de pacientes mayores con patología psicogeriátrica en la comunidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *30*(3), 135-41.

Artazcoz L., Benach J., Borrell C., y Cortès I. (2004) Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles and social class. *American Journal of Public Health*, *94*(1), 82-88.

Artazcoz, L. (2001, Octubre). *La organización del trabajo o riesgo psicosocial: la evaluación olvidada*. En Género y Salud. I Jornadas de la red de médicas y profesionales de la salud (pp.53-61). Madrid, Instituto de la Mujer.

Artazcoz, L. (2014). Aspectos metodológicos en la investigación sobre trabajo, género y salud. *Revista internacional de Ciencias Sociales, 33*, 139-153.

Artazcoz, L., Artieda, L., Borrell, C., Cortès, I., Benach, J., y García, V. (2004). Combining job and family demands and being healthy. *The European Journal of Public Health*, *14*(1), 43-48.

Artazcoz, L., Escribà-Agüir, V., y Cortès, I. (2004). Género, trabajos y salud en España. *Gaceta Sanitaria*, *18*, 24-35.

Artazcoz, L., Moya, C., Vanaclocha, H., y Pont, P. (2004). Adult health. *Gaceta Sanitaria*, *18*, 56-68.

Ashton, H. (1991). Psychotropic-drug prescribing for women. *The British Journal of Psychiatry*, *10*, 30-35.

Averill, J. R. (1975) *A semantic atlas of emotional concepts*. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, University of Massachusetts, Amherst, USA, Vol. 5, No. 330, pp.1-64 (Ms No. 1103).

Aznar, J. y Belmonte, I. (2013). Las familias como elemento subsidiario del estado de bienestar. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de Elche, 9*, 1-20.

Bacigalupe, A., y Martín, U. (2007). *Desigualdades sociales en la salud de la población de la comunidad autónoma del País Vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud.* Vitoria: Ararteko.

Badgett, L. y Folbre, N. (2003). Job gendering: Occupational choice and the marriage market. *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, *42*(2), 270-298.

Badía, L. X., Lara, S. N., y Roset, G. M. (2004). Quality of life, time commitment and burden perceived by the principal informal caregiver of Alzheimer's patients. *Atención primaria/Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, *34*(4), 170-177.

Bañón, L. (2010). La culpa como instrumento cultural de sumisión. En Actas del VI Congreso estatal Isonomía sobre igualdad entre mujeres y hombres. *Miedos, culpas, violencias invisibles y su impacto en la vida de las mujeres: ¡A vueltas con el amor!* (pp. 82-84). Valencia: Universitat Jaume I.

Barberá, E. (1998) Estereotipos de género: construcción de las imágenes de las mujeres y los varones. En Fernández, J. (Coord.), *Género y Sociedad* (pp. 177-206). Madrid: Pirámide.

Barker, D. J. P. (1998). Mothers, babies, and health in later life. *Elsevier Health Sciences*, *88*, 458.

Barudy, J. y Marquebreucq, A. - P. (2006). Hijas e hijos de madres resilientes. Barcelona: Gedisa

Barragán, F., et al. (2006). *Violencia, género y cambios sociales*. Archidona: Aljibe.

Batthyany, G. (2014). Las representaciones sociales del cuidado infantil desde una perspective de género. Principales resultados de la Encuesta Nacional sobre Representaciones Sociales del Cuidado. *Papers. Revista de Sociologia, 99*(3), 313-420.

Batthyany, K., Genta, N., y Perrotta, V. (2013). *El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género. Análisis comparativo sobre cuidado infantil y de adultos y adultas mayores en el Uruguay*. Uruguay: Cepal.

Bauman, Z. (2007). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Baumgarten, M., Battista, R. N., Infante-Rivard, C., Hanley, J. A., Becker, R., y Gauthier, S. (1992). The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. *Journal of clinical epidemiology*, *45*(1), 61-70.

Bazo, M. T., y Ancizu, I. (2004). El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada. *Reis*, *105*, 43-77.

Beauvoir, S. (2005). *El Segundo Sexo*. Madrid. Ediciones Cátedra

Beck, U., y Beck-Gernsheim, E. (2001). *El normal caos del amor. Las nuevas formas de la relación amorosa*. Barcelona: Paidós.

Beck-Gernsheim, E. (2003). *La reinvención de la familia: en busca de nuevas formas de convivencia*. Barcelona: Paidós.

Bello, N., y Mosca, L. (2004). Epidemiology of coronary heart disease in women. *Progress in cardiovascular diseases*, *46*(4), 287-295.

Benach, J., Muntaner, C., Santana, V., y Chairs, F. (2007). *Employment conditions and health inequalities. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET)*. Geneva: OMS.

Benjamin, J. (1996). *Los lazos de amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Buenos Aires: Paidós.

Bergmann, B. R. (2005). *The economic emergence of women*. Palgrave: Macmillan.

Bericat, E. (2000). La sociología de la emoción y la emoción en la sociología. *Papers: Revista de Sociologia*, *62*, 145-176.

Berkman, L. F., y Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of Epidemiology*, *109*(2), 186-204.

Bermúdez, E. M. (2011). *Mujeres inmigrantes y salud: testimonios colombianos*. Valencia: Universidad de Valencia.

Bernis ,C.(2008) . conferencia de apertura del ciclo "Salud y mujer: una perspectiva integral", organizado por la Fundación de Ciencias de la Salud y la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT).

Berns, R. S. (2000). Billmeyer and Saltzman's principles of color technology New York: Wiley, p. 62.

Bettio, F., Simonnazzi, A., y Villa, P. (2006). Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean, *Journal of European Social Policy, 16*(3), 271-285.

Bird, C.E., y Rieker, P.P. (Eds.) (2008). *Gender and health: the effects of constrained choices and social policies*. New York, NY: Cambridge University Press.

Black, D., Morris, J. N., Smith, C., y Townsend, P. (1988). The black report. *Inequalities in health: the Black Report and the health divide.* London: Penguin Books.

Blanch, J. M. (2003). Trabajar en la sociedad informacional. *Teoría de las relaciones laborales. Desafíos*, 13-88.

Blanco, A. I. (2006). Violencia doméstica: la importancia de aprender a mirar. *Barataria: Revista castellano-manchega de Ciencias Sociales*, *7*, 41-62.

Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García de Vinuesac, L., y Martín-García, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, *18*(1), 182-188.

Bock, G., y Thane, P. (1996). *Maternidad y políticas de género.* Madrid: Ediciones Cátedra.

Bonino, L. (1995). Desvelando los micromachismos en la vida conyugal. En J. Corsi (Coord.), *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención* (pp. 191-208). Buenos Aires: Paidós.

Bonino, L. (1999). Micromachismos. Madrid: CECON.

Borderías, C. (2003). La transición de la actividad femenina en el mercado de trabajo barcelonés (1856-1930): teoría social y realidad histórica en el sistema estadístico moderno. En C. Sarasúa y L. Gálvez (Coord.), *Mujeres y hombres en los mercados de trabajo ¿privilegios o eficiencia?* (pp. 241-276). Alicante: Universidad de Alicante.

Borderías, C., Carrasco, C., y Alemany, C. (1994). *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Madrid: Icaria.

Borrell, C. (1996). *Les desigualtats socials en la salut*. IMS Ajuntament de Barcelona.

Borrell, C., Peiró, R., Ramón, N., Pasarín, M. I., Colomer, C., Zafra, E., y Álvarez-Dardet, C. (2005). Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. *Gaceta Sanitaria*, *19*(4), 277-285.

Borrell, C., Rohlfs, I., Artazcoz, L., y Muntaner, C. (2004). Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres: ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?. *Gaceta Sanitaria*, *18*, 75-82.

Borrell, C., y Artazcoz, L. (2007). *Investigación sobre género y salud*. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología.

Borrell, C., y Benach, J. (2006). La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, *20*(5), 396-406.

Borrell, C.; (2015) Epidemiologia social: la persona, la población y los determinantes sociales de la salud. *Cuadernos de la fundación Dr. Antonio Esteve, 32*,33-37

Bosch, E., Ferrer, V. A., Navarro, C., y Ferreiro, V. (2010). Intervención con perspectiva de género en mujeres víctimas de violencia machista. *Formación Continuada a Distancia (FOCAD). Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogo, 10*(3).

Bosch, E., Ferrer, V. A., Ferreiro, V., y Navarro, C. (2013) *La violencia contra las mujeres .El amor como coartada.* Barcelona: Antrophos editorial.

Bosch, E., Ferrer, V. A., García, E., Ramis, M. C., Mas, M. C., Navarro, C., y Torrens, G. (2007). *Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja.* Madrid: Instituto de La Mujer, Ministerio de Igualdad.

Bosch, E., y Ferrer, V. (2012). *El desgaste emocional en las relaciones de pareja como factor de mal pronóstico para la salud de las mujeres*. Documento on line recuperado el 10 de Setiembre de 2015: http://www.oei.es/congresoctg/memoria/pdf/FerrerP.pdf

Bosch, E., y Ferrer, V. A. (2002). *La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata*. Madrid: Editorial Cátedra-Colección Feminismos.

Bosch, E., y Ferrer, V. A. (2013). Nuevo modelo explicativo para la violencia contra las mujeres en la pareja: el modelo piramidal y el proceso de filtraje. *Asparkía. Investigación feminista*, *24,* 54-67.

Bosch, F., y Ferrer, V. A. (2000). La violencia de género: de cuestión privada a problema social. *Psychosocial Intervention*, *9*(1), 7-20.

Botton, L y Oliver, E.(2009). Revista Electrónica Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información. *TESI, 10*(3), 90-102.

Bourdieu, P. (1999). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona*:* Anagrama.

Bover-Bover, A. (2006). El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género. *Enfermería clínica*, *16*(2), 69-76.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. London: Hogarth.

Braithwaite, V. (1996). Understanding Stress in Informal Caregiving Is Burden a Problem of the Individual or of Society? *Research on Aging*, *18*(2), 139-174.

Breilh, J. (2003) *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad.* Buenos Aires: Lugar Editorial/Universidad Nacional de Lanus.

Breinbauer, H; Vásquez, H; Mayanz, S; Guerra, C & Millán, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista Médica de Chile, 137,* 657–665.

Brenlla, M. E., Brizzio, A. y Carreras, A. (2003). Actitudes hacia el amor y apego. Psicodebate, 4, 7-23

Bretones, E; Sole, J; y Pie, A. (2011) Trabajar la autonomía y la responsabilidad con las familias desde la educación social: de la feminización de la demanda al acompañamiento socioeducativo .Congreso *Congreso Internacional de Teoría de la Educación. Autonomía y responsabilidad: Contextos de aprendizaje y educación en el siglo XXI.* Barcelona 20-22 Octubre.

Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., De Gruy, F. V., y Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical care*, *26*(7), 709-723.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward and experimental ecology of human development. *American Psychologist, 32,* 513-531.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The experimental ecology of human development.* Cambridge: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes.* Paris: Dunod.

Brugué, J., Gomá, R., y Subirats, J. (2005). *Análisis de los factores de exclusión social.* Bilbao: Fundación BBVA.

Brunet, I. y Alarcón, A. (2005). Mercado de trabajo y familia. *Sociología contemporánea*, *4*(2), 115 - 129.

Bubeck, D.E. (1995). *Care, gender and justice.* Clarendon Press: Oxford.

Budig, M. y Misra, J. (2010). Los salarios de la economía del cuidado en comparación internacional. *Revista Internacional del Trabajo, 129*(4), 489-510.

Budlender, D. (2004). *Why should we care about unpaid care work?*. Zimbawe: UNIFEM.

Budlender, D. (2007). *A critical review of selected time use surveys*. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.

Burgos, D., Canaval, G. E., Tobo, N., Bernal de Pheils, P., y Humphreys, J. (2012). Violencia de pareja en mujeres de la comunidad, tipos y severidad en Cali, Colombia. *Revista de Salud Pública*, *14*(3), 377-389.

Burin, M. (1998). *Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Buvinic, M., Morrison, A., y Shifter, M. (1999). *Violence in Latin America and the Caribbean: A Framework for Action. Technical Study. Sustainable Development Department*. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Buxarrais, M.R., y Burguet, M. (2014). *La Conciliación familiar, laboral, social y personal: una cuestión ética*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Calasanti, T. (1999). Feminism and gerontology: Not just for women. *Hallym International Journal of Aging*, *1*(1), 44-55.

Cantera, L. M. (2005). Violencia en la pareja: fenómenos, procesos y teorías. En Sánchez, T. (Coord.), *Maltrato de género, infantil y de ancianos* (pp. 55-94). Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.

Caro, I. (2001). *Género y salud mental.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Carrasco, C, y Mayordomo, M. (2003). *Mujeres y economía: nuevas perspectivas para viejos y nuevos problemas (2ª ed.)*. Barcelona: Icaria Editorial.

Carrasco, C. (2006). La paradoja del cuidado: necesario pero invisible. *Revista de economía crítica, 5,* 39-64.

Carrasco, C. (2011). La economía del cuidado: planteamiento actual y desafíos pendientes. *Revista de Economía Crítica, 11*, 205-222.

Carrasco, C., Borderías, C., y Torns, T. (2012). El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas. *Reis*, *140*, 173-184.

Carrasco, C.; Borderías, C.; Torns, T. (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Los libros de la Catarata.

Carrasco, C. (2013). El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía. *Cuadernos de relaciones laborales*, *31*(1), 39-56.

Carrasquer, P. (2013). El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. *Cuadernos de relaciones laborales*, *31*(1), 91-113.

Carrasquer, P., Torns, T., Tejero, E. y Romero, A. (1998). El trabajo reproductivo. *Papers, 55,* 95-114.

Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., y Sanjosé, V. (2009). The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. *Archives of gerontology and geriatrics*, *49*(1), 74-79.

Carrión, J. R. (2006). La salud de los hombres: ¿sexo fuerte, género débil? *Socialdigital* [revista electrónica] [acceso 3 de enero de 2015] Disponible en: http://www.socialdigital.org/textos/lasaluddelhombre.pdf.

Carvallo, M. A., y Moreno, A. (2008). La construcción de la identidad de género y la representación de la maternidad. En C. Pinyana, y A. Gil. (Coords). *Identidad de género vs. identidad sexual* (pp. 89-98). Actas del IV Congreso Estatal Isonomía

Casique, L. C., y Furegato, A. R. F. (2006). Violência contra mulheres: reflexões teóricas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *14*(6), 950-956.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American journal of epidemiology*, *104*(2), 107-123.

Castells, M. y Subirats, M. (2007). *Mujeres y hombres ¿un amor imposible?*. Madrid: Alianza.

Castells, M. (1998). *El fin del patriarcado: movimientos sociales, familia y sexualidad en la era de la información. La era de la información: economía, sociedad y cultura*. Madrid: Alianza Editorial.

Castells, M. (1999). *La era de la información. El poder de la identidad (Vol. II)*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Castells, M. (2001). *La era de la información. La sociedad red*. Madrid: Alianza Editorial.

Castells, M. (2004). *La era de la información: economía, sociedad y cultura*. México: Siglo XXI.

Castells, M., y Ortiz, L. P. (1992). *Análisis de las políticas de vejez en España en el contexto europeo*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales

Catalán, M.P., Garrote, A. (2012). Revisión de los cuidados informales. Descubriendo al cuidador principal. *Revista NURE Investigación, 9*(57), 1-12.

Cavanagh, S. E. (2007). The social construction of romantic relationships in adolescence: Examining the role of peer networks, gender, and race. *Sociological Inquiry, 77*(4), 572-600.

Chan, M., Støre, J. G., y Kouchner, B. (2008). Foreign policy and global public health: working together towards common goals. *Bulletin of the World Health Organization*, *86*(7), 498.

Charlesworth, G., Shepstone, L., Wilson, E., Thalanany, M., Mugford, M., & Poland, F. (2008). Does befriending by trained lay workers improve psychological well-being and quality of life for careers of people with dementia, and at what cost? A randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, *12*(4). 1-78.

Charkow, W. B., y Nelson, E. S. (2000). Relationship dependency, dating violence, and scripts of female college students. *Journal of College Counseling, 3*(1), 17-28.

Chiappo, L. (2002). *Psicología del amor*. Lima: Biblioteca Nueva.

Chilet, E. (2011). *Un marco teórico para analizar el sesgo de género en la investigación epidemiológica: haciendo visible lo invisible*. (Tesis doctoral). Universidad de Alicante.

Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y Sociología de la Maternidad y Paternidad en la Crianza de los Hijos.* Barcelona, Gedisa.

Christofides, N. (2002). How to Make Policies More Gender Sensitive. En J. Samet, y S. Y. Yoon, (Coord.), *Women and the Tobacco Epidemic. Challenges for Epidemic-Challenges for the 21st Century* (pp. 165- 76). Geneva: OMS.

Chrysohoou, C., Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., Kokkinos, P., Marinakis, N., Stefanadis, C., y Toutouzas, P. K. (2003). Gender differences on the risk evaluation of acute coronary syndromes: the CARDIO2000 study. *Preventive cardiology*, *6*(2), 71-77.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, *38*(5), 300-314.

Cobo, R. (2008). *Educar en la ciudadanía*. Catarata. Madrid.

Cockerham, W. C. (2002). *Sociología de la Medicina*. Madrid: Pearson.

Cohen, J. J., Gabriel, B. A., y Terrell, C. (2002). The case for diversity in the health care workforce. *Health Affairs*, *21*(5), 90-102.

Colliére, M. F. (1993). *Promover la vida*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.

Colliére, M. F. (1999). Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Revista ROL de enfermería*, *22*(1), 27-31.

Colomer, C. (2000). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.

Colomer, C., y Álvarez-Dardet, C. (2001). *Promoción de la salud y cambio social.* Barcelona: Masson.

Comas, D. (2014). *La crisis de los cuidados: ¿la "otra" crisis?.* Recuperado el 10 de Setiembre de 2015 de: http://www.eldiario.es/agendapublica/impacto_social/crisis-cuidados_0_247775381.html.

Comas, D. (2000). Mujeres, familia y estado del bienestar. En del Valle, T. (Coord.) *Perspectivas feministas desde la antropología social* (pp. 187-204). Barcelona: Ariel.

Comisión Europea. (1997). *Guía para la evaluación del impacto en función del género.* Bruselas.

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España.* Disponible en http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires: OMS.

Connell, R. W. (1987). *Gender and Power. Society, the Person and Sexual Politics*. Cambridge: Polity Press.

Connell, R.W. (2006). Desarrollo, globalización y masculinidades. En G. Careaga y S. Sierra (coords.). *Debates sobre masculinidades, poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía* (pp. 185-210). México DF: Universidad Nacional Autónoma de México.

Conry, M. C., Morgan, K., Curry, P., McGee, H., Harrington, J., Ward, M., y Shelley, E. (2011). The clustering of health behaviours in Ireland and their relationship with mental health, self-rated health and quality of life. *BMC Public Health*, *11*(1), 692.

Consejo De Europa. (1997). *Informe del Grupo de Especialistas para Combatir la Violencia contra las Mujeres*. Estrasburgo: Mimeografiado.

Consejo de Europa (2002): Recommendation Rec (2002) 5 of the Committee of Ministers to member states on the pro tection of women against violence, adoptada por el Comité de Ministros el 30 de abril de 2002.

Consejo de Europa (2006): Blueprint of the Council of Europe Campaign to Combat Violence against Women, including Domestic Violence. Estrasburgo.

Consejo de Europa (2006): Stocktaking study on the measures and actions taken in Council of Europe member states to combat violence against women, Estrasburgo.

Consejo de Europa (2008): Protecting women against violence: Analytical Study of the Results of the Second Round of Monitoring the Implementation of Recommendation Rec (2002) 5, Estrasburgo.

Cooke, D. D., McNally, L., Mulligan, K. T., Harrison, M. J. G., y Newman, S. P. (2001). Psychosocial interventions for caregivers of people with dementia: a systematic review. *Aging & Mental Health*, *5*(2), 120-135.

Coria, C. (1987). Grupos de reflexión, dependencia económica y salud mental de las mujeres. En M. Burin (Coord.). *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental* (pp. 276). Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

Coria, C. (1992). *El sexo oculto del dinero. Formas de la dependencia femenina*. México DF: Paidós.

Coria, C. (2005). *Los cambios en la vida de las mujeres: Temores, mitos y estrategias.* Buenos Aires: Paidós.

Coria, C. (2011). *El amor no es como nos contaron:... ni como lo inventamos*. Barcelona: Ediciones ONIRO.

Cornelláí-Canals, J. (1999). Aspectos generales de la salud en la adolescencia y la juventud: Factores de riesgo y de protección. *Estudios de Juventud*, *47*, 39-44.

Cortés, C. y Parra, G. (2009). La ética del cuidado. Hacia la construcción de nuevas ciudadanías. *Psicología desde el Caribe, 23,* 183 – 214.

Crawford, N. (2002). Causal models of relationship violence: mediating variables, risk factors (perpetrators) and vulnerability markers (victims). *Monitor on Psychology, 33*(9), 18.

Crespo, M., López, J., y Zarit, S. H. (2005). Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons. *International journal of geriatric psychiatry*, *20*(6), 591-592.

Crespo, M y Rivas, M T.(2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. vol.26, n.1 , pp. 9-15 .

Cruz , N. (2013). Enfermos de Alzheimer: La sobrecarga del cuidador.

Cunneen S. (1991). *Mother church. What the experience of women is teaching her*. New York: Paulist Press.

Dahlgren, G., y Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Estocolmo: Institute for Future Studies.

Daly, M. E. (2001). *Care work: The quest for security*. Génova: International Labour Organization.

Daly, M. y Lewis, J. (2006). Introduction: Conceptualising Social Care in the Context of Welfare State Restructuring. En J. Lewis (Coord.), *Gender, social care and welfare state reconstructing in Europe* (pp. 1-24). Chippenham, GB: Ashgate Publishing Limited.

Daly, M., y Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British journal of sociology*, *51*(2), 281-298.

Daly, M. (2011). What Adult Worker Model? A Critical Look at Recent Social Policy Reform in Europe from a Gender and Family Perspective. *Social Politics. 18*(1), 1-3.

De Alma-Ata, D. (1978, Septiembre). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. *Centro de prensa, Organización Panamericana de la Salud, OPS*.

De Arroyabe, E. L., Calvete, E., Hayas, C. L., y Zubizarreta, A. (2013). Distress of the Caregiver in Acquired Brain Injury: Positive aspects of care to moderate the effects of psychological problems. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, *19*(02), 84-99.

De la Concha, A. y Osborne, R. (2004). *Las mujeres y los niños primero: discursos de la maternidad*. Barcelona: Icaria.

De la Cuesta Benjumea, C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica.*Investigación y educación en enfermería*, *27*(1), 96-102.

De la Fuente, Y. M., González, L., y Guzmán, M. (2011). El desarrollo del sistema de atención a la dependencia y las personas cuidadoras en España: necesidades de atención y nuevas vías de apoyo. *Portularia: Revista de Trabajo Social, 11*, 75-85.

De Miguel, A. (2010). A la búsqueda de la claridad conceptual: ¿de qué hablamos cuando hablamos del miedo a las mujeres?. En Actas del VI Congreso estatal

Isonomía sobre igualdad entre mujeres y hombres. *Miedos, culpas, violencias invisibles y su impacto en la vida de las mujeres: ¡A vueltas con el amor!* (pp. 148-156). Valencia: Universitat Jaume I.

De la Revilla, L., y Fleitas, L. (1999). Apoyo social y recursos familiares.Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica Familiar en la Consulta. Fundación para el estudio de la atención a la familia. Granada: Ediciones Adhara, 337-64.

De Sola, M. A., Martínez, I., y Meliá, J. L. (2003). El cuestionario de actitudes hacia la igualdad de géneros (CAIG): elaboración y estudio psicométrico. *Anuario de Psicología, 34,* 101-123.

Dedobbeleer, N., Béland, F., Contandriopoulos, A. P., y Adrian, M. (2004). Gender and the social context of smoking behaviour. *Social Science & Medicine*, *58*(1), 1-12.

Deeken, J. F., Taylor, K. L., Mangan, P., Yabroff, K. R., & Ingham, J. M. (2003). Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, *26*(4), 922-953.

Del Moral, L. (2013). *Espacios comunitarios de intercambio, bienestar y sostenibilidad de la vida: estudio de casos sobre bancos de tiempo en un contexto europeo*. (Tesis Doctoral). Universidad Pablo de Olavide de Sevilla.

Del Río, S. (2004). *La crisis de los cuidados: precariedad a flor de piel*. Documento de trabajo. CGT-Comisión Confederal de la Precariedad. Disponible en http://caesasociacion.org/feminismo/ficheros/la_crisis_de_los_cuidados.pdf

Del Río, S. (2004). Mujer y trabajo: La crisis de los cuidados. Precariedad a flor de piel. *Rebelión*.

DeVon, H. A., y Zerwic, J. J. (2002). Symptoms of acute coronary syndromes: are there gender differences? A review of the literature. *Heart y Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, *31*(4), 235-245.

Díaz, C. (2014). *Protección a la mujer foránea en el sistema nacional de salud español: Evolución y análisis crítico*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.

Díaz, X., Guzmán, V., Mauro, A., Todaro, R., y Yáñez, S. (2004). *El trabajo se transforma: relaciones de producción y relaciones de género*. Santiago de Chile: Centro de Estudios de la Mujer.

Díaz-Aguado, M.J., Martínez, R. y Martín, J. (2013). *La evolución de la adolescencia española sobre la igualdad y la prevención de la violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Diderichsen, F., Evans, T., y Whitehead, M. (2001). *Challenging inequities in health: from ethics to action.* Nueva York, NY: Oxford University Press.

Diderichsen, F., y Hallqvist, J. (1998). Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. Inequality in health—a Swedish perspective. *Stockholm: Swedish Council for Social Research*, *2*, 25-39.

Dobash, R.E., y Dobash, R.P. (1992). *Women, Violence and Social Change.* Londres y Nueva York: Routledge.

Dones i Treballs de Ca la Dona (2003). *Malabaristas de la vida: mujeres, tiempos y trabajos.* Icaria

Doyal, L. (2000). Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science and Medicine*, *51*(6), 931-939.

Dubós, R. (1975). *El espejismo de la Salud. Utopías, progreso y cambio biológico*. México: Fondo de cultura económica

Dubós, R (1995). Mirage of health. En B., Davey; A., Gray, y C. Seale (Coords.), *Health and disease: a reader* (pp. 4-9). Londres: Open University Press

Duncan, P. (1986). Estilos de Vida. *Medicina en Salud Pública*, *8*(1)*, 33-37.*

Durán, M.A. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. 2ª edición. Bilbao: Fundación BBVA.

Durán, M.A. (2003). *La aportación de las mujeres a la economía y a la sociedad de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de la Mujer.

Durán, M. A. (2006). Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración, 60,* 57-74.

Durán, M. A. (2006). *El valor del tiempo.* Madrid: Espasa Calpe.

Durán, M. A. (2007). *El valor del tiempo: ¿cuántas horas te faltan al día?.* Madrid: Espasa Calpe.

Durán, M. A. (2008). *La cuenta satélite del trabajo no remunerado en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Empleo y Mujer.

Durán, M. A. (2011). *El trabajo del cuidado en América Latina y España*. Madrid: Fundación Carolina.

Durán, M. A. (2014). *Políticas Públicas de atención a las personas mayores dependientes: hacia un sistema integral de cuidados*. Centro de Ciencias Humanas y Sociales Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Disponible en http://digital.csic.es/bitstream/10261/101937/1/mujereshombres19_21mayo.pdf

Durán, M.A. (2000). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBVA.

Durán, M.A. (2004). Las demandas sanitarias de las familias. *Gaceta Sanitaria, 18*(Supl.1), 195-200.

Durán, M. Á. (2012). *El trabajo no remunerado en la economía global*. Fundación BBVA.

Dutton, D. G. (1988). *The domestic assault of women: Psychological and criminal justice perspectives*. Boston, MA: Allyn y Bacon.

Dutton, M. A., y Goodman, L. A. (2005). Coercion in intimate partner violence: Toward a new conceptualization. Sex Roles, 52(11-12), 743-756.

Dutton-Douglas, M.A., Burghardt, K.J., Perrin, S.G., y Chrestman, K.R. (1994). Battered women's cognitive schemata. *Journal of Traumatic Stress, 7,* 237-255.

Eisenstein, Z. (1979), Patriarchy and the case for Socialist Feminism, Monthy Review, EUA.

Elliot, D. S. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century. En S. G. Millstein, A. C. Petersen y E. O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century* (pp. 119-150). Oxford, GB: Oxford University Press.

Ellsberg, M., y Heise, L. (2005). *Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists*. Génova: OMS.

Elson, D. (2000). Gender at the macroeconomic level. En J. Cook, J. Roberts, y G. Waylen (Eds.), *Towards a Gendered Political Economy* (pp. 77-97).

Elson, D. (2004). Gender equality, public finance and globalization. En *Egalitarian development in the era of globalization.* Universidad de Massachusetts Amherst. Disponible en http://www.peri.umass.edu/fileadmin/pdf/conference_papers/Elson_paper_Griffin_Conference.pdf

Emakunde. (2003). *Violencia contra las mujeres.* Vitoria-Gasteiz: Instituto de la Mujer y Gobierno Autónomo Vasco.

Emakunde (2014). *La evaluación de impacto en función del género en el ámbito de la salud*. Vitoria-Gasteiz: Emakunde.

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, *196*, 129-136.

Escuela Andaluza de Salud Pública. (2013). *Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes.* Junta de Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública . Disponible en: http://si.easp.es/GYS/Documentos/noticias/EASP_GUIA.pdf

Espín Andrade, A. M. (2008). Psychosocial characterization of informal caregivers of older adults suffering from dementia. *Revista Cubana de Salud Pública*, *34*(3), 1-12.

Espín Andrade, A. M. (2010). Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. (Tesis de doctorado). La Habana: Universidad de Ciencias Médicas.

Espín Andrade, A. M. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Revista Cubana de Salud Pública, 38(2), 17-18

Esping-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.

Esping-Andersen, G. (2009). *Incomplete revolution: Adapting welfare states to women's new roles*. Nueva York, NY: Polity.

Esplen, E. (2009). *Gender and care: overview report*. Brighton, GB: Institute of Development Studies.

Esteban, M. L. (2003). *Cuidado y salud: costes para la salud de las mujeres y beneficios sociales. Género y cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución*. Vitoria-Gasteiz: SARE, Emakunde

Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva*, *2*(1), 9-20.

Esteban, M. L. (2011). *Crítica al pensamiento amoroso.* Barcelona: Bellaterra.

Esteban, M. L. y Távora, A. (2008). El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas. *Anuario de Psicología 39* (1), 59-73.

Esteban, M. L.; Medina, R.y Távora, A. (2005). ¿Por qué analizar el amor? Nuevas posibilidades para el estudio de las desigualdades de género. En C. Díez & C. Gregorio (Coords.), *Cambios culturales y desigualdades de género en el marco local-global actual* (pp. 207-223). X Congreso de Antropología. Sevilla: FAAEE-Fundación El Monte-ASANA.

Europa Press (2013, Noviembre). Junta impulsa un proyecto de detección precoz de la violencia de género para identificar riesgos y apoyar a la víctima. *Europa Press.* Disponible en: http://www.europapress.es/andalucia/sevilla-00357/noticia-junta-impulsa-proyecto-deteccion-precoz-violencia-genero-identificar-riesgos-apoyar-victima-20131126164730.html

EUSTAT. (1993). *Cuentas satélite de la producción doméstica.* Disponible en http://www.eustat.eus/elementos/ele0001200/ti_cuentas-satelite-de-la-produccion-domestica-1993/inf0001210_c.pdf

EUSTAT. (1998). *Cuentas satélite de la producción doméstica.* Disponible en http://www.eustat.eus/elementos/ele0003400/ti_cuentas-satelite-de-la-produccion-domestica-1998/inf0003486_c.pdf

EUSTAT. (2003). *Cuentas satélite de la producción doméstica.* Disponible en http://www.eustat.eus/elementos/ele0001200/ti_cuentas-satelite-de-la-produccion-domestica-2003/inf0001210_c.pdf

EUSTAT. (2008). *Cuentas satélite de la producción doméstica.* Disponible en http://www.eustat.eus/estad/temalista.asp?tema=158Yidioma=cYopt=1#axzz3fDisDfzj

Expósito, F. y Moya, M. (2005). Violencia de género. En F. Expósito y M. Moya (Eds.), *Aplicando la psicología social* (pp. 201-227). Madrid: Pirámide.

Ezquerra, S. (2011). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real". *Investigaciones Feministas, 2,* 175-194.

Family Caregiver Alliance. (2001). *Fact Sheet: Selected Caregiver Statistics.* San Francisco, CA: Family Caregiver Alliance.

Feldberg, C., Tartaglini, M. F., Clemente, M. A., Petracca, G., Cáceres, F., y Stefani, D. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina, 3*(1), 11-17.

Fernández, C., Artiaga, A., y Dávila, M. C. (2013). Cuidados, género y transformación de identidades. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, *31*(1), 57-89.

Fernández de Larrinoa , P., Martínez , S., Ortiz , N., Carrasco , M., Solabarrieta , J., y Gómez , I. (2011). Family caregiver's self-perceived health status and its relation to burden. Psicothema, 23(3), 388–393.

Fernández, P. (2002). Los sujetos en el delito de malos tratos físicos y psíquicos en el ámbito doméstico. En L. Morillas (Ed.), *Estudios penales sobre Violencia doméstica* (pp.81-116). Madrid: DIJUSA.

Ferreira, G.B. (1992). *Hombres violentos, mujeres maltratadas: Aportes a la investigación y tratamiento de un problema social*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana.

Ferrer, V. (2007). La violencia contra las mujeres en la pareja o la visibilización de lo invisible. En *¿Todas las mujeres podemos?: Género, desarrollo y*

multiculturalidad. Actas del III congreso Estatal FIIO sobre igualdad entre mujeres y hombres (pp. 166-175). Castellón: Fundación Isonomía.

Ferrer, V. A., Bosch, E., Navarro, C., Ramis, M. C., y García, M. E. (2008). Los micromachismos o microviolencias en la relación de pareja: Una aproximación empírica. *Anales de psicología*, *24*(2), 341-352.

Ferrer, V. A., Bosch, E., y Riera, T. (2006). Las dificultades en la cuantificación de la violencia contra las mujeres en la pareja: Análisis psicosocial. *Psychosocial Intervention*, *15*(2), 181-202.

Ferrer , V.A., Bosch, E., Navarro, C. y Ferreiro , V. (2010). El mito romántico de los celos y su aceptación en la sociedad española actual. Apuntes de Psicología, 28, 391-402.

Ferrer, V.A., Bosch, E., Navarro, C., Ramis, M.C. y García, M.E. (2008). El concepto de amor en España. *Psicothema*, *20*(4), 589-595.

Ferrer, V., y Bosch, E. (2013). Del amor romántico a la violencia de género. Para una coeducación emocional en la agenda educativa. *Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, *17*(1), 105-122.

Finch, J. (1989). *Family obligations and social change* (pp. 150-166). Cambridge, GB: Polity Press.

Finch, J., y Groves, D. (Eds.). (1983). *A labour of love: women, work and caring*. Londres: Routledge and Kegan Paul.

Firestone, S. (1976). *La dialéctica del sexo*. Nueva York: Editorial Kairós.

Firestone, S. (2003). *The dialectic of sex: The case for feminist revolution*. Macmillan.

Flaquer, L. (2002). *Informe sobre la situació de la família a Catalunya: Un intent de diagnòstic* (Vol. 214). Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social.

Fleck-Henderson, A., Jensen, S., Emory, W., y Savage, J. (2004). *Domestic violence. Training program. Simmons school of social work.* Massachussetts: NASW Committee on Domestic Violence and Sexual Assault.

Flores-Garrido, N. (2011). División sexual del trabajo, e identidades de género, algunas aproximaciones desde la economía. Retomando un debate inconcluso en Equilibrio Económico. *Revista de Economía, Política y Sociedad, 7(2),* 187-223.

Foguet, J. M. B., y Saris, W. E. (1994). Indicadores sociales con relación al papel que desempeñan las mujeres en la sociedad. In *Propuesta de un sistema de indicadores sociales de igualdad entre géneros* (pp. 93-132). Instituto de la Mujer.

Folbre, N. (1995). Holding Hands at Midnight': The Paradox of Caring Labour. *Feminist Economics*, *1*(1), 73-92.

Folbre. N (2001): *The Invisible Heart, Economics and Family Values*, Nueva York, NY: The New Press.

Foucault, M. (1971) *L'ordre du discours*. Paris: Gallimard.

FRA. (2014). *Violence against women: an EU-wide survey*. Luxenburgo: Oficina de Publicaciones de la Union Europea. Disponible en http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results_en.pdf

Fraser, N. (1997). *Iustitia interrupta: Reflexiones críticas desde la posición" postsocialista"*. Madrid: Siglo del Hombre editores.

Fraser, N. (2000). Rethinking recognition. *New Left Review*, *Núm. 2*, 107-120.

Freixas (2005).De *Amor o lo que sea.* Destino.

Fromm, E. (1980). *El arte de amar, una investigación sobre la naturaleza del amor*. Buenos Aires: Paidós.

Gallagher, D., Rose, J., Rivera, P., Lovett, S., y Thompson, L. W. (1989). Prevalence of depression in family caregivers. *The Gerontologist*, *29*(4), 449-456.

Gallego, R. S. (2014). *Conciliación de la vida familiar y laboral en el medio rural: género, trabajo invisible e "idilio rural": En Mujeres rurales: estudios multidisciplinares de género*. Ediciones Universidad de Salamanca.

Gallegos-Carrillo, K., Mudgal, J., Sánchez-García, S., Wagner, F. A., Gallo, J. J., Salmerón, J., y García-Peña, C. (2009). Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults. *Salud Pública De México*, *51*(1), 6-13.

Gálvez, L. y Torres, J. (2010): *Desiguales.* Barcelona: Icaria

Gálvez, J., y Ras, E. Hospital I. y Vila A. (2003). Perfil del cuidador principal y valoración del nivel de ansiedad y depresión. *Atención Primaria*, *31*, 338-342.

Garcés E. J., y Peinado, A. I. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de psicología*, *14*(1),

García, J. R. (2010). Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Imserso. 83-94.

García, B. (2013). El "amor-funámbulo": contradicciones político-emocionales de las nuevas relaciones amorosas. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, *2*(12), 23-36.

García-Calvente, M. M., & Consejería para la Igualdad y Bienestar Social^ dInstituto Andaluz de la Mujer. La ley de dependencia: un análisis de género desde el cuidado informal. *Instituto Andaluz de la Mujer, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Actas de las II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Envejecimiento y salud desde una perspectiva de género*, 4-5.

García-Calvente, M.M., Mateo, I., y Eguiguren, A.P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, *18*(1), 132-139.

García-Calvente, M. D. M., Mateo, I., y Gutiérrez, P. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud.* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer.

García-Calvente, M. D. M., Mateo, I., y Eguiguren, A. P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, *18*, 132-139.

García-Calvente, M. D. M., Mateo, I., y Maroto, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, *18*, 83-92.

García-Calvente, M. D. M., Mateo, I., y Gutiérrez, P. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud.* Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer.

García, M., del Río, M., y Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria. 25,*100–107.

Garcia-Calvente, M.M.; Mateo-Rodriguez, I.; Maroto-Navarro, G. (2004). Impact of caregiving on women's health and quality of life. *Gaceta Sanitaria, 18*, 83-92.

García-Mina, A. (2003). *Desarrollo del género en la feminidad y la masculinidad*. Madrid: Narcea Ediciones.

García-Moreno, C., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L., y Watts, C. (2005). *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva: OMS.

García-Murillo,C. (2014) Imaginarios diurnos y nocturnos de la infancia femenina: Una lectura desde la obra de Gilbert Durand. *Revista Sans Soleil - Estudios de la Imagen, 6*(1), 48-71.

García, M.E., et al. (2012). Las mujeres viven la relación romántica diferente al hombre. *ReiDoCrea, 1*, 95-100.

García Sainz, C. (2005). Aspectos conceptuales y metodológicos de las Encuestas de Uso del tiempo. Aplicación al caso de España. *Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), Mujer y Desarrollo seriea*, *65*.

Gardiner, J. (1997). *Gender, Care and Economics*. Londres: MacMillan Press.

Garrido, A (2003). *Congreso Internacional SARE 2003*.Vitoria-Gasteiz: Emakunde, Instituto Vasco de la Mujer.

Gerber, G. (1995). Gender stereotypes and the problem of marital violence. En L. Adler y F. Denmark (Coords.), *Violence and the prevention of violence* (pp. 145-156). Nueva York, NY: Praeger.

Germán, C., Hueso, F., y Huércanos, I. (2011). El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enfermería Global*, *10*(23), 221-232.

Giddens, A. (1995). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas.* Madrid: Alianza.

Giddens, A. (1995). *Sociología.* Madrid: Alianza.

Giddens, A.(1998): Sociología. Madrid.: Alianza

Giddens, A. (2001). *Sociología*, Madrid: Alianza.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Boston, MA: Harvard University Press.

Gobierno de Navarra. I Plan de igualdad de oportunidades para hombres y mujeres de la Comunidad Foral de Navarra (2006 - 2010). Disponible en http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/3884E59B-F5D0-4221-9300-731F3A801180/113850/capitulo2.pdf

Gobierno Vasco. (2014). *Encuesta de salud del País Vasco 2013*. Vitoria: Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Gómez, J. (2004). *El amor en la sociedad del riesgo: una tentativa educativa*. Barcelona: El Roure.

Gonçalves, V. H. D. S. (2014). Comportamiento amoroso de pareja: mitos y paradojas románticas: un estudio comparativo entre Brasil y España.

González de Chávez Fernández, M. A. (1999). *Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género*. Las Palmas de Gran Canaria: Publicaciones Universidad Las Palmas de Gran Canaria.

González Sanjuán, M. E. (2008). Distintos sexos, distinta salud. *Arxius de sociologia*, *19,* 63-74.

González, R., y Santana, J. D. (2001). La violencia en parejas jóvenes. *Psicothema, 13*(1), 127-131.

Gore, S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *Journal of health and social behavior*, *19*(2), 157-165.

Gorfinkiel, M. D. (2009). El mercado de trabajo de los cuidados y la creación de las cadenas globales de cuidado: ¿cómo concilian las cuidadoras? *Cuadernos de relaciones laborales*, *26*(2), 71-89.

Gracia, E. (2002). Visibilidad y tolerancia social de la violencia familiar. *Intervención Psicosocial, 11,* 5-15.

Gracia, E. (2003). El iceberg de la violencia familiar: ¿Otro caso de inhibición social de ayuda? Encuentros en Psicología Social, 1, 52-55.

Gracia, E. (2009). The context of domestic violence: social and contextual factors associated with partner violence against women. In Pearlman, K. S. (Ed.), Marriage: Roles, stability and conflict (pp. 95-109). New York: Nova Science Publishers

Gracia, E. y Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología, 38*(2), 327-342.

Gracia, J. (2012). *El maltrato familiar hacia las personas mayores*. *Un análisis sociojurídico* Zaragoza: Universidad de Zaragoza.

Graham, H. (1984). *Women, Health, and the Family*. Londres: Wheatsheaf Books.

Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Quarterly*, *82*(1), 101-124.

Graham, J. M., Liu, Y. J., & Jeziorski, J. L. (2006). The dyadic adjustment scale: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, *68*(3), 701-717.

Greaves, L. y Barr, V. (2000): *Filtered policy: Women and tobacco in Canada*. Vancouver, BC: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

Grimshaw, J. (1995). *La idea de una ética femenina*. *Compendio de Ética.* Madrid: Alianza Editorial.

Guerra-Silla, M. G., Gutiérrez-Robledo, L. M., Villalpando-Berumen, J. M., Pérez-Zepeda, M. U., Montaña-Álvarez, M., Reyes-Guerrero, J., & Rosas-Carrasco, Ó. (2011). Psychometric evaluation of a Spanish Language Version of the Screen for Caregiver Burden (SCB) in caregivers of patients with mixed, vascular and Alzheimer's dementia. *Journal of Clinical Nursing*, *20*(23-24), 3443-3451.

Mujeres, O. N. U., García, A. G., y de la Paz López Barajas, M. (2011). Trabajo no remunerado y uso del tiempo: bases empíricas para su estudio. *Debate Feminista*, 3-18.

Guijarro, A. (2004). *El síndrome de la abuela esclava*. Granada: Grupo Editorial Universitario.

Guzmán, V. (1998). La equidad de género como tema de debate y de políticas públicas. Género en el Estado. Estado del género. *Ediciones de las mujeres*, *27*, 55-70.

Haley, W. E., LaMonde, L. A., Han, B., Burton, A. M., y Schonwetter, R. (2003). Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: application of a stress process model. *Journal of Palliative Medicine*, *6*(2), 215-224.

Hatfield, E. & Walster, G. W. (1978). *A new look at love.* Lanham, MD: University Press of America.

Hatfield, E., y Walster, G. W. (1985). *A new look at love*. Boston: University Press of America.

Hazan, C., y Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological inquiry*, *5*(1), 1-22.

Heise, L. (1994): *Violencia contra la mujer. La cara oculta de la salud*. Washington, DC: Programa Mujer, Salud y Desarrollo / Organización Panamericana de la Salud (OPM).

Heise, L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, *4*(3), 262-290.

Heise, L. y García-Moreno, C. (2003). La violencia en la pareja. En E.G. Krug, L.L. Dahlberg, K.A. Mercy, A.B. Zwi y R. Lozano (Coords.), *Informe Mundial sobre Violencia y Salud* (pp. 97-131). Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

Heise, L., y Garcia-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En E.G. Krug, L.L., Dahlberg Y J.A. Mercy (Coords.). *World report on violence and health* (pp. 88-121). Geneva: OMS.

Heyzer, N. (2000). Trabajando por un mundo libre de violencia contra la mujer. En *Carpeta de Documentos del Foro Mundial de Mujeres contra la Violencia* (pp. 13-24). Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Hendrick, S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. Journal of Marriage and the Family, 50, 93-98.

Hendrick, C., y Hendrick, S. (1986). A theory and method of love. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*(2), 392-402.

Hendrick, C., Hendrick, S. S. (1990). A relationship-specific version of the Love Attitudes Scale. *Journal of Social Behavior & Personality*, *5*(4), 239-254.

Hendrick, S. y Hendrick, C. (1992). *Romantic Love*. Newbury Park: Sage.

Hendrick, S. y Hendrick, C. (1993). Lovers as friends. *Journal of Social and Personal Relationships, 10*, 459-466.

Hernández, I., Arenas, M. L., y Valde, R. (2001). El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Revista de Saúde Pública*, *35*(5), 443-50.

Hernández-Bello, A. (2009). El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. *Gerencia Política de Salud, 8(17),* 173-185.

Hernández-Peña, P., Kageyama, M. D., Coria, I., Hernández, B., y Harlow, S. (1999). Condiciones de trabajo, fatiga laboral y bajo peso al nacer en vendedoras ambulantes. *Salud Pública*, *41*(2), 101-109.

Hernando, A. (2000). *La construcción de la subjetividad femenina*. Madrid, Instituto de Investigaciones Feministas.

Hernando , A (2002). *Arqueologia de la identidad*. Ediciones Akal. Madrid

Herrera, C. (2009). *La construcción sociocultural de la realidad, del género y del amor romántico*. (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Carlos III.

Herrera, C. (2010). *La construcción social del amor romántico*. Madrid, Editorial Fundamentos.

Himmelweit, S. (2011). El descubrimiento del trabajo no remunerado: consecuencias sociales de la expansión del término trabajo. En Carrasco, C., Borderías, C. y Tomás, T. (Coords.). El trabajo de cuidados (pp. 199-224). *Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.

Himmelweit, S. (1995). The Discovery of 'Unpaid Work': the social consequences of the expansion of 'Work'. *Feminist Economics, 1*(2), 1-19.

Hochschild, A. R. (1990). Ideology and emotion management: A perspective and path for future research. *Research agendas in the sociology of emotions*, *117,* 142.

Hochschild, A. R. (2001). Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional. En W. Hutton, y A. Giddens (Coords.). *En el límite: la vida en el capitalismo global* (pp. 187-208). Madrid: Tusquets editores.

Hochschild, A. R. (2009). An emotions lens on the world. En D. Hopkins, J. Kleres, H. Flam, Kzmics, H. (Coords.) *Theorizing emotions: sociology explorations and applications* (pp. 29-37). Chicago: University of Chicago Press.

Hochschild, J. L. (2001). Where you stand depends on what you see: Connections among values, perceptions of fact, and political prescriptions. En J. Kuklinski (Coord.) *Citizens and politics*: *Perspectives from political psychology* (pp. 313-340). Nueva York, NY: Cambridge University Press.

Hochschild, A. R. (2008). *La mercantilización de la vida íntima*. Madrid: Katz editores.

Hochschild, A. R. (2003). The Second Shift. Nueva York: Penguin Group

Hoth, K. F., Christensen, A. J., Ehlers, S. L., Raichle, K. A., y Lawton, W. J. (2007). A longitudinal examination of social support, agreeableness and depressive symptoms in chronic kidney disease. *Journal of behavioral medicine*, *30*(1), 69-76.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Londres: Addison-Wesley.

Huenchuan, S., Fassio, A., Carlos, S. A., Osorio, P., Miño, A., Batthyany, K., y Paredes, M. (2010). *Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de expertos*. Uruguay: Lucida Ediciones.

Huenchuan, S., y Guzmán, J. M. (2007). Políticas hacia las familias con personas mayores: el desafío del cuidado en la edad avanzada. En I. Arriagada (Coord.), *Familia y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros* (pp. 273-293). Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Huertas, M. (2010). La culpa de las mujeres como instrumento de violencia y de mantenimiento de la estructura patriarcal. En Actas del VI Congreso estatal Isonomía sobre igualdad entre mujeres y hombres. *Miedos, culpas, violencias invisibles y su impacto en la vida de las mujeres: ¡A vueltas con el amor!* (pp. 94-104). Valencia: Universitat Jaume I.

Iglesias, J. (1987). *Sociología del noviazgo en España*. Granada: Caja General de Ahorros y Monte de Piedad.

Illich, I. (1976). *Limits to Medicine: Definitive Version of Medical Nemesis: the Expropriation of Health*. Nueva York, NY: Marion Boyars.

Illich, I. (1976). *Medical nemesis*. Nueva York, NY: Pantheon.

Illouz, E. (2009). *El consumo de la utopía romántica: El amor y las contradicciones culturales del capitalismo*. Madrid: Katz Editores.

INE. (2011). *Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-2010.* Disponible en http://www.ine.es/daco/daco42/empleo/dacoempleo.htm

INE y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm

INE. (2006). *Encuesta Nacional de Salud Metodología detallada*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Política Social.

INE. 2009. Encuesta Europea de Salud en España: Metodología. Madrid: INE. Disponible en: http://www.ine.es/metodologia/t15/t153042009.pdf.

INE. (2010). *Encuesta Europea de salud en España (EESE 2009)*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Principales_Resultados_Informe.pdf

INE. (2015). *Encuesta Europea de salud en España (EESE 2014)*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en http://www.ine.es/colencine/colencine_enchog_salud.htm

INE y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Disponible en http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm

Inhorn, M. C., y Whittle, K. L. (2001). Feminism meets the "new" epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health. *Social Science y Medicine*, *53*(5), 553-567.

Instituto Andaluz de la Mujer. (2013). *El trabajo de cuidado de mujeres y hombres en Andalucía. Medición y valoración.* Consejería de la presidencia e igualdad. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/estudio29_160x240.pdf

Instituto de la Mujer. (2000). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la Macroencuesta.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto de la Mujer (2003). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la Macroencuesta II parte.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto de la Mujer (2006). *III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades. (2007). *Plan estratégico 2008-2011 Igualdad de oportunidades.* Ministerio de Igualdad. Gobierno de España. Disponible en http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/myd/PlanEstrategico2008-2011.pdf

Instituto de la Mujer (2008). "Cuidados a personas dependientes. Valoración económica".

Instituto de la Mujer (2012). Familia y reparto de responsabilidades. Madrid

Izquierdo, A. (2003). *Hacia una política democrática del cuidado*. Sare 2003, Emakunde.

Izquierdo, A. (2003). *Inmigración, mercado de trabajo y protección social en España*. Madrid. Consejo Económico y Social.

Izquierdo, M. J. (2004). Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. En *Ponencias del Congreso Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado* (pp. 119-154). Gasteiz: Emakunde y Comunidad Europea/Fondo Social Europeo.

Izquierdo, M. J., Mora, E., y Duarte, L. (2006). *Servidoras sin fronteras*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill.

Jacobson, N., Gottman, J. (2001). *Hombres que agreden a sus mujeres. Cómo poner fin a las relaciones abusivas*. Barcelona: Paidós.

Jausoro, N., Dávila, A., y Arrieta, E. (2006). *Mujeres y salud en el medio rural de la CAE*. Vitoria: Gobierno Vasco.

Jewkes, R., Sen, P., y Garcia-Moreno, C. (2002). Sexual violence. En E.G. Krug y cols. (Coords.). *World report on violence and health* (pp. 149–181). Geneva: OMS.

Jónasdottir, A. (1993). *El Poder del Amor. ¿Le importa el sexo a la Democracia?.* Madrid: Ediciones Cátedra.

Jónasdóttir, A. (2011). ¿Qué clase de poder es "el poder del amor"? Sociológica, 26(74), 247-273.

Jubeto, Y. (2012). Algunas reflexiones sobre los requisitos necesarios para integrar la perspectiva de género en el proceso presupuestario. En G., Escrig; M. J., Porcar y R. Beltrán (Coords.). *El género de economía o la economía de género* (pp. 22-28). Castellón: Universitat Jaume I.

Juliano, D. (2004). *Excluidas y marginales: una aproximación antropológica*. Valencia: Universitat de València.

Kafetsios, K., y Sideridis, G. D. (2006). Attachment, social support and well-being in young and older adults. *Journal Of Health Psychology*, *11*(6), 863-875.

Kahn, R. L., y Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. *Life-Span Development and Behavior*, *3*, 253-286.

Kawachi, I., y Kennedy, B. P. (1999). Income inequality and health: pathways and mechanisms. *Health Services Research*, *34*(1 Pt 2), 215-227.

Khlat, M., Sermet, C., y Le Pape, A. (2000). Women's health in relation with their family and work roles: France in the early 1990s. *Social Science y Medicine*, *50*(12), 1807-1825.

Kiecolt-Glaser, J. K., Dura, J. R., Speicher, C. E., Trask, O. J., y Glaser, R. (1991). Spousal caregivers of dementia victims: longitudinal changes in immunity and health. *Psychosomatic medicine*, *53*(4), 345-362.

Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., Cacioppo, J. T., MacCallum, R. C., Snydersmith, M., Kim, C., y Malarkey, W. B. (1997). Marital conflict in older adults:

Endocrinological and immunological correlates. *Psychosomatic Medicine*, *59*(4), 339-349.

King, A. C., y Brassington, G. (1997). Enhancing physical and psychological functioning in older family caregivers: The role of regular physical activity. *Annals of Behavioral Medicine*, *19*(2), 91-100.

Krieger, N. (2001). Teorias para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva ecosocial. *International Journal of Epidemiology*, *30*, 668-677. Electronic Document Format(ABNT)

Krieger, N. (2002). Glosario de epidemiología social. *Revista Panameña de Salud Pública, 11*(5-6), 480-490.

Krug, E.G., Mercy, J.A., Dahlberg, L.L., y Zwi, A.B. (2002). The world report on violence and health. *Lancet*, *360,* 1083-1088

Kurdek, L. A. (1998). Relationship outcomes and their predictors: Longitudinal evidence from heterosexual married, gay cohabiting, and lesbian cohabiting couples. *Journal of Marriage and the Family*, *60*(3), 553-568.

Kulik, J. A., y Mahler, H. I. (1989). Social support and recovery from surgery. *Health Psychology*, *8*(2), 221.

Kyker, K. A., y Limacher, M. C. (2002). Gender differences in the presentation and symptoms of coronary artery disease. *Current women's health reports*, *2*(2), 115-119.

Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P., y Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programa de actuación*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Lagarde, M. (1993). Identidad Genérica y Feminismo. Ponencia presentada en el *XIII Congreso Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas*. Ciudad de México.

Lagarde, M. (1999). *Una mirada feminista en el umbral del milenio*. Sevilla: Instituto de Estudios de la Mujer.

Lagarde, M. (2000). *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Madrid: Horas y Horas.

Lagarde, M. (2001). *Claves feministas para la negociación en el amor.* Managua: Puntos de Encuentro.

Lagarde, M. (2004). *Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. SARE (2003). Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado.* Vitoria: EMAKUNDE.

Lagarde, M. (2005). Para mis socias de la vida. Claves feministas, Barcelona, Horas y Horas.

Lagarde, M. (2008). *Amor y Sexualidad, una mirada feminista*. Conferencia Impartida en los Cursos de Verano de la Universidad Menéndez Pelayo. Santander.

Lagarde, M. (2012). El feminismo en mi vida. Hitos, claves y utopía.

Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M., y Aittomäki, A. (2004). Pathways between socioeconomic determinants of health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *58*(4), 327-332.

Lakoff, G. y Johnson, M. (1995). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid, Cátedra.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians.* Otawa: Ministry of Health and Welfare.

Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. *La tarea*, *8.* Disponible el 15 de Setiembre de 2015 en: http://www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/genero_perspectiva.pdf

Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 18(7). Disponible el 15 de Setiembre de 2015 en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35101807.

Lamas, M. (2002).*Cuerpo, Diferencia Sexual y Género*. México: Taurus.

Lameiras, M. (2008). El amor y la sexualidad en las sociedades post-modernas: el discurso fílmico. En C. Pinyana, y A. Gil. (coords). *Identidad de género vs. identidad sexual* (pp. 112-121). Actas del IV Congreso Estatal Isonomía sobre Identidad de Género vs. Identidad Sexual. Valencia: Publicacions de la Universitat Jaume I.

Larouche, G. (1987). *Agir contre la violence*.: Québec: La Pleine Lune.

Larrañaga, E., Yubero, S. y Yubero, M. (2012). Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles. *Summa psicológica UST (En línea)*, *9*(2), 5-13.

Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, J. M., Valderrama, M. J., y Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, *22*(5), 443-450.

Larrañaga, I.; Arregui, B., y Arpal, J. (2015). El trabajo reproductivo o doméstico. *Gaceta Sanitaria, 18*(1), 31-37.

Lazarus, A. (1985). Mitos maritales. Buenos Aires: IPPEM.

Leal, A. (2007). Nuevos tiempos, viejas preguntas sobre el amor: un estudio con adolescentes. *Revista de Posgrado y Sociedad*, 7*(2), 56-72.*

Lee C. y Gramotney H. (2007). Transitions into and out of caregiving: health and social characteristics of mid-age Australian women. *Psychology & Health*, *22*, 193-209.

Lee J. A. (1988). Love styles. En M. H Barnes, R. J Sternberg (Coords). The Psychology of love (pp. 38-67). New Haven, Conn: Yale University Press.

Lee, J. A. (1973). *Colours of love: An exploration of the ways of loving*. Toronto: New Press.

Lefler, L. L. y Bondy, K. N. (2004). Women's Delay in Seeking Treatment With Myocardial Infarction: A Meta-Synthesis. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *19*(4), 251-268.

Leininger, M. M. (Ed.). (1984). *Care: The essence of nursing and health*. Thorofare, NJ: Slack

Letablier, M. T. (2001). Le travail centré sur autrui et sa conceptualisation en Europe. *Travail, Genre et Sociétés*, *2*, 19-41.

Letablier, M. T. (2007). El trabajo de "cuidados" y su conceptualización en Europa. En C. Prieto (Ed.), *Trabajo, género y tiempo social* (pp. 64-84). Madrid: Hacer-UCM.

Levinton, N. (2000). *El superyo femenino. La moral en las mujeres*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Lewis, J. (1992). Gender and the development of welfare regimes. *Journal of European Social Policy*, *2*(3), 159-173.

Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE 12611 de 23/03/07.

Ley Orgánica 1/2004, 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de género.

Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación.

Lin, N., y Ensel, W. M. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, *54*(3), 382-399.

Linde, J. M. M., Velasco, M. D. L. Á. I., y Velasco, B. I. (2014). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer.Psicología y salud, 15(1), 33-43.

Lipovetsky, G. (1999). La tercera mujer. *Archipiélago: Cuadernos de Crítica de la Cultura*, *37*, 125.

Lipovetsky, G. (2002) *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo.* Edición número catorce. Barcelona, Editorial Anagrama (colección argumentos),

Locke, H. J., y Wallace, K. M. (1959). Short multi-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, *21*, 329-343.

Lomas, C. (2003). *¿Todos los hombres son iguales?: identidades masculinas y cambios sociales*. Barcelona: Paidos.

Longo, M. (2013). Amor romántico y prácticas amorosas lésbicas, continuidades, tensiones y rupturas. En *VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social*. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Lopez , C. (2015) Propuesta de trabajo para promover la Igualdad de Género desde las edades tempranas: "¿Utopía o realidad?"

López, S.R., y Moral, M.S. (2005). Validación del Indice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enfermería Comunitaria, 1*(1), 12-17.

López de Arroyabe, E., Calvete, E., Las Hayas, C., y Zubizarreta, A. (2013). Distress of the Caregiver in Acquired Brain Injury: Positive aspects of care to moderate the effects of psychological problems. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, *19*(2), 84-99.

Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal.* Barcelona: Crítica.

Lorente, M. (2004). *El rompecabezas: Anatomía del Maltratador*. Barcelona: Ares y Mares.

Lorente, M. (2007). Violencia de género, educación y socialización: acciones y reacciones. *Revista de Educación, 342,* 19-35.

Lorente, M. (2013). *Los nuevos hombres nuevos*. Madrid: Destino.

Lynch, J. W., Smith, G. D., Kaplan, G. A., y House, J. S. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal*, *320*(7243), 1200-1204.

McLeod, D. B. (1994). Research on affect and mathematics learning in the JRME: 1970 to the present. *Journal for research in Mathematics Education*, 637-647.

Malpas, N., y Lambert, P. Y. (1993). *Europeans and the family: Results of an opinion survey*. Commission of the European Communities, Directorate General V Employment, Industrial Relations and Social Affairs.

Maqueda, M. L. (2006). La violencia de género. Entre el concepto jurídico y la realidad social. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, *8*(2), 1-13.

Maqueda, M.L. (2014). *Razones y sinrazones para una criminología feminista*. Madrid: Dykinson.

Maqueira, V. (1997) *Revisiones y críticas feministas desde la antropología social*. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.

Marks, N. F., Lambert, J. D., y Choi, H. (2002). Transitions to Caregiving, Gender, and Psychological Well-Being: A Prospective US National Study. *Journal of Marriage and Family*, *64*(3), 657-667.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, *365*(9464), 1099-1104.

Marmot, M.G. y Bell, R. (2009): "How will the financial crisis affect health?", *British Medical Journal*, *338*(b1314).

Marmot, M. (2013). Fair society, healthy lives. En N. Eyal, O. F. Norheim, y D. Wikler (Eds.), *Inequalities in health: concepts, measures, and ethics* (pp. 282-298). Oxford, GB: Oxford University Press.

Marmot, M. y Wilkinson, R. G. (2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *British Medical Journal*, *322*(7296), 1233-1236.

Martíez, M. E. M., Lóez, M. D. P. S., y Flores, I. C. (2013). Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. *Clínica y Salud*,*24*(1), 37-45.

Martínez, I; Bonilla, A; Gómez, L; y Bayot, A. (2008). Identidad de género y afectividad en la adolescencia: asimetrías relacionales y violencia simbólica. *Anuario de Psicología, 39*(1), 109-118.

Martín, M. T. (2008). Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados. *Cuadernos de Relaciones Laborales, 26*(2), 13-44.

Martín, M. T. (2009). El care, un debate abierto: de las políticas de tiempos al social care. *Cuestiones de Género: de la Igualdad y la Diferencia*, *4*, 325- 355.

Martín-Baró, I. (2006). Hacia una psicología de la liberación. *Psicología sin Fronteras: Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*, *1*(2), 7-14.

Martín-Palomo, M.T. (2008). "Los cuidados y las mujeres en las familias", en Política y Sociedad, 45, 2: 29-47.

Martín-Palomo, M.T. (2013). Tres generaciones de mujeres, tres generaciones de cuidados. Apuntes sobre una etnografía moral. *Cuadernos de Relaciones Laborales, 31(1),* 115-138.

Martín, M., Salvado, I., Nadal, S., Muji, L.C., Rico, J.M., Lanz, P., y Taussing M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, *6*, 338-346.

Martínez, A. y Yago, C. (2009). *Género y conciliación de la vida familiar y laboral, un análisis psicosocia*l. Murcia: Universidad de Murcia.

Martínez-Benlloch, y Bonilla, A. (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Universitat de València.

Martinez-Benlloch, I. (2005). *Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud*. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género el Salud, establecido mediante Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo (Observatorio de la Salud de la Mujer) y la Universidad Complutense de Madrid (Grupo de Investigación Estilos Psicológicos, Género y Salud. Madrid.

Martos, M. J., Pozo, C., y Alonso, E. (2008). Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. *Boletín de Psicología*, *93*, 59-77.

Maruani, M. (2002). *Trabajo y el empleo de las mujeres*. Madrid: Editorial Fundamentos.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, *52*(1), 397-422.

Mateos, A., Garrido, E. y Rodríguez, N. (2014). *Violencia Tolerancia Cero. Guía práctica para la prevención de la violencia en secundaria*. Barcelona: Fundación la Caixa.

Maynard M. (1993) Violence towards women. En Richardson D. y Robinson V. (Eds) *Introducing women's studies* (pp. 49-73). Basingstoke: Macmillan.

Mayobre, P. y Vázquez, I. (2015). Cuidar cuesta: Un análisis del cuidado desde la perspectiva de género. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 151*, 83-100.

Montorio I, Díaz-Veiga P, Izal M. Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1995; 3:157-68.

McHorney, C.A.; Ware, J.E.; Lu, J.F., y Sherbourne, M. (1994). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Tests of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability Across Diverse Patient Groups. *Medical Care, 32*(1), 40-66.

McHorney, C. A., Ware Jr, J. E., & Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, *31*(1), 247-263.

Medrano, A. (2012). *Desigualdades de género*. Bilbao: Mensajero.

Megías, J. y Montañés, P. (2012). Percepción de las mujeres víctimas de malos tratos sobre la asimetría de poder en la pareja y su relación con la violencia: estudio preliminar. *Anales de psicología, 28*(2), 405-416.

Megías, I, Rodríguez, E. (2014). Jóvenes y comunicación. *La impronta de lo virtual*. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD)

Melero, R. (2008). *La relación de pareja. Apego, dinámicas de interacción y actitudes amorosas: consecuencias sobre la calidad de la relación*. Tesis Doctoral. Valencia. Universidad de Valencia.

Melgar, P. y Valls, R. (2010). Estar enamorada de la persona que me maltrata: socialización en las relaciones afectivas y sexuales de las mujeres víctimas de violencia de género. *Trabajo Social Global, 1*(2), 148 - 161.

Méndez, M. J. y Pozo, C. (2011). Apoyo funcional vs. disfuncional en una muestra de pacientes crónicos. Su incidencia sobre la salud y el cumplimiento terapéutico. *Anales de Psicología, 27*(1), 47-57.

Menéndez, M.M. (2012). De bruces contra la realidad: un recorrido por Cabeza Moderna / Corazón Patriarcal. *Revista de Antropología Social, 21*, 307-312.

Migliorini, L.; Cardinali, P. y Rania, N. (2011). La cotidianidad de lo familiar y las habilidades de los niños. *Psicoperspectivas, 10*(2), 183-201.

Mingote, J. C. y López-Dóriga, B. (2001). La medicina psicosomática desde una perspectiva de género. *II Jornadas de la salud metal y género, 15-33*. Madrid: Instituto de la mujer.

Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2007). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Informe Salud y Género 2005.* Madrid. Gobierno de España. Disponible en http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe2005SaludGenero.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística. (2010) Encuesta Europea de Salud en España. EES-2009. Metodología. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Miró, E., Cano-Lozano, C., y Buela-Casal, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, *14*(1), 11-27.

Mohanty, C. (2008). Bajo los ojos de Occidente. Academia Feminista y discurso colonial. En L. Suarez y R. A. Hernández (Coords.), *Descolonizando el feminismo. Teorías y prácticas desde los márgenes* (pp. 112-161). Madrid: Cátedra.

Moncada, S. y Artazcoz, L. (1998). *Salud laboral. Salud Pública.* Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.

Montalbán, I. (2006) Los círculos de la violencia. *El país online*. Disponible en http://elpais.com/diario/2006/03/06/sociedad/1141599606_850215.html

Montaño, S. (2010). El cuidado en acción. En *El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo.* Montaño, S. y Calderón, C. (Coords.), Cuadernos de la CEPAL, nº 94, CEPAL, Santiago de Chile.

Montero, I. (s/f). Salud mental. Programa de formación de formadores/as en perspectiva de género. Documento online consultado el 11 de julio de 2015 en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/06modulo_05.pdf

Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., y Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Gender and mental health in a changing world. *Gaceta Sanitaria*, *18*, 175-181.

Montes de Oca, V. (2003). *Redes comunitarias, género y envejecimiento.* México: UNAM.

Montesó, M. P. (2015). *La depresión en las mujeres: Una aproximación multidisciplinar desde la perspectiva de género*. Tarragona: URV.

Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., y Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, *34*(1), 19-26.

Montorio, I., Fernández, M. I., López, A., y Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología, 14*(2), 229-248.

Monteagudo, O.; Hernando, L., y Palomar, J.A. (2011). Normas poblacionales de referencia de la versión española del SF-12V2 para la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria, 25*(1), 50-61.

Montero, N. (2013) - *El machismo se cuela a través del romanticismo*. *www.europapress.es/.../noticia-junta-impulsa-proyecto-deteccion-precoz-*...26 nov. 2013

Montoya, V. (2015). *Estudio sobre un enfoque integral de la economía del cuidado de las personas y la naturaleza*. Editorial Express.

Mora, E., y León-Medina, F. J. (2011). La Globalización del Cuidado y Sus Cadenas: Un Estudio de Caso. *Psicoperspectivas*, *10*(2), 109-133.

Moreno, M. (2012). *Familia, empleo femenino y reproducción en España: incidencia de los factores estructurales*. Valladolid: Universidad de Valladolid.

Moreno, M. (1986). *Como se enseña a ser niña: el sexismo en la escuela*. Barcelona: Icaria.

Moreno, S., Recio, C., Borrás, V., y Torns, T. (2013). El trabajo de cuidados en los regímenes de bienestar: ¿más dependencia y menos profesionalidad? En *IV Congreso REPS*.

Morilla, B. (2001). *El valor de ser hombre. Historia oculta de la masculinidad*. Madrid: Oyeron Anaya.

Mosca, L., Manson, J. E., Sutherland, S. E., Langer, R. D., Manolio, T., y Barrett-Connor, E. (1997). Cardiovascular Disease in Women: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Circulation*, *96*(7), 2468-2482.

Muñoz, J. M. y Martín, M. T. (2013). Hombres y mujeres en los cuidados: viejos y nuevos modelos para la igualdad. *Cuadernos Kóre*, *8*, 149-178.

Murillo, S. (1996): *El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio*. Madrid: Siglo XXI.

Murillo, S. (2003, Marzo). Cara y cruz del cuidado que donan las mujeres. En *Congreso Internacional: Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado, SARE*. Bilbao: Emakunde.

Murillo, S. (2006). *El mito de la vida privada: de la entrega al tiempo propio*. Madrid: Siglo XXI.

Narotzky, S. (2004). *Antropología económica: nuevas tendencias*. Barcelona: Melusina.

Narotzky, S. (2004). El afecto y el trabajo: la nueva economía, entre la reciprocidad y el capital social. Moreno, P. (coord.). *Entre las Gracias y el Molino Satánico. Lecturas de antropología económica.* Madrid, UNED, 405-409.

Nash, M., y Garrayo, M. F. (1991). Dos décadas de historia de las mujeres en España: una reconsideración. *Historia social*, *9*, 137-161.

Noddings, N. (1984). *Caring: A relational approach to ethics and moral education*. Berkely, CA: Universitv of California Press.

Nogueiras, B. (2013). *Discursos y prácticas feministas en el ámbito de la salud en España (1975-2013)*. Trabajo Fin de Máster. Madrid. Universidad Complutense.

Nussbaum, M. C. (2001). *Women and human development: The capabilities approach*. Cambridge: University Press.

Nussbaum, M. (2006). *Poverty and Human Functioning: Capabilities as Fundamental Entitlements*. En Grusky, D. y England, P. *Poverty and Inequality* (pp.47-75). Stanford University Press.

Nussbaum, M. (2007): Human Rights and Human Capabilities en Harvard Human Rights Journal vol. 20, pp. 21-24.

Oakley, A. (1985). *The sociology of Housework*. Oxford: Basil Blackwell.

Oakley, A. (1989). Smoking in pregnancy: smokescreen or risk factor? Toward a materialist analysis. *Sociology of Health and Illness*, *11*(4), 311-34.

Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer. (2007). *Informe anual*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer (2009). *Informe anual*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer (2010). *Informe anual*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer (2011). *Informe anual*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer (2011). *IV Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer (2012). *Informe anual*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer (2013). *Informe anual*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer (2014). *Informe anual*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer (2015). *V Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

OEA y Consejo de Europa. (2014). Herramientas regionales de lucha contra la violencia hacia las mujeres. *En La Convención de Belém do Pará y el Convenio de Estambul*. Disponible en http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-violence/Docs/MESECVI-CoE-CSWPub-ES.pdf

OMS. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Disponible en http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf

OMS. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. En *Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública*. Washington, DC: OMS.

OMS. (1986). Life-Styles and Health. *Social Science y Medicine, 22*, 117-124.

OMS. (1994) *Instrumento de evaluación de calidad de vida de la OMS*. Ginebra: OMS.

OMS. (1994). *Midiendo la calidad de vida.* Ginebra: OMS.

OMS. (1997). *Declaración de Jacarta de la 4ª Conferencia Internacional de Promoción de la Salud.* Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pd.

OMS. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: OMS. Disponible en http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

OMS. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2003). *Social Determinants of Health: the solid facts*. Copenhague: OMS.

OMS. (2004). *Informe sobre la salud en el mundo. Cambiemos el rumbo de la historia*. Ginebra: OMS.

OMS. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica.* Switzerland: OMS. Disponible en http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf

OMS. (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report*. Ginebra: OMS.

OMS. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Génova: OMS.

OMS. (2007). *La Comisión de determinantes sociales de la salud*. Génova: OMS.

OMS. (2009). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Ginebra: OMS.

OMS. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Génova: OMS.

OMS. (2011). *Salud mental*: *un estado de bienestar.* Disponible en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html

OMS. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Switzerland: OMS. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

ONU. (1948). *Declaración Universal de los Derechos humanos*. París: ONU.

ONU. (1972). *CEDAW Convention.* ONU.

ONU. (1993, diciembre). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Viena: ONU.

ONU. (1995, septiembre). *4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer.* Beijing: ONU. Disponible en http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf.

ONU. (2007). *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.* ONU.

ONU (2014) heforshe@unwomen.orghttp://www.unwomen.org

OPS. (2002). *Género salud. Una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género*. Washington DC: OPS.

OPS. (2002). *La salud en las Américas*. Washington DC: OPS.

Oram, S., Trevillion, K., Feder, G., y Howard, L. M. (2013). Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, *202*(2), 94-99.

Ortiz, T. (2006). *Medicina, historia y género: 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KRK Ediciones.

Ostwald, S. K. (2009). Who is caring for the caregiver?: Promoting spousal caregiver's health. *Family y community health*, *32*(1), 5-14.

Oto, P. C. (2013). El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. *Cuadernos de relaciones laborales*, *31*(1), 91-113.

Pajares Bernardo, M. (2012). Cansancio del rol del cuidador. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 4(1).

Pallarés Molins, E. (2012). Psicología del amor. Mensajero

Patchin, J. W. e Hinduja, S. (2006). Bullies move beyond the schoolyard: A preliminary look at cyberbullying. *Youth Violence and Juvenile Justice, 4*(2), 123-147.).

Palomo, M. T. M. (2013). Tres generaciones de mujeres, tres generaciones de cuidados. Apuntes sobre una etnografía moral. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, *31*(1), 115-138.

Palomar , C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *La ventana*, *22,* 35-67.

Paperman, P. (2011). Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel. *Raisons pratiques*, *16,* 321-337.

Pardo, X. M., Cárdenas, S. J., Cruz, A. V., Venega, J. M., & Magaña, I. M. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. Psicooncología, 11(1), 71-85.

Parks, S. M. y Novielli, K. D. (2000). A practical guide to caring for caregivers. *American family physician*, *62*(12), 2613-2622.

Parra, E, Brown, W., Huynh, P., Stubbs, E. y Amerson, K. (1998). Love styles among Guatemalans in a local village. Psychological Reports, 83, 1199-1202.

Parsons, T. (1976). *El sistema social.* Madrid. Biblioteca Occidente.

Patel, S. S., Peterson, R. A., y Kimmel, P. L. (2005). Psychosocial factors in patients with chronic kidney disease: The Impact of Social Support on End-Stage Renal Disease. *Seminars in Dialysis*, *18*, 98–102.

Pautassi, L. C. (2007). *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. Santiago de Chile: CEPAL.

Pautassi, L. (2010). Cuidado y derechos: la nueva cuestión social. En Montano, S. (Coord.). *El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo*. Santiago de Chile: Cepal-Unifem.

Pearlin, L. I. y McCall, M. E. (1990). *Stress between work and family*. US: Springer.

Peiró, R., Ramón, N., Álvarez-Dardet, C., Colomer, C., Moya, C., Borrell, C., y Pasarín, M. I. (2004). Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gaceta Sanitaria*, *18*, 36-46.

Pence, E. (1983). The Duluth Domestic Abuse Intervention Project. *Hamline Law Review*, *6*, 247.

Pérez-Orozco, A. (2006). *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados.* Madrid: Consejo Económico y Social.

Pérez-Orozco, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de economía crítica, 5*, 7-37

Pérez-Orozco, A. (2009). Miradas globales a la organización social de los cuidados en tiempos de crisis ¿qué está ocurriendo. *INSTRAW, Documento de trabajo*, *5*.

Pérez Orozco, A. (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*, Editorial Traficantes de Sueños, Madrid.

Pérez , A. y del Río, S. (2002). La economía desde el feminismo: trabajos y cuidados. *Rescoldos.* Con acceso el 15 de Setiembre de 2015 en: http://www.ecologistasenaccion.es/article13104.html

Pérez, A. (2006). *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados.* Madrid: Consejo Económico y Social.

Pérez, E. (2006). Sexos, géneros y otras especies: diferencias sin desigualdades. *El segundo escalón. Desequilibrios de Género en Ciencia y Tecnología.* Sevilla: Arcibel.

Petit, M. y, Prat, M. (2008). Prevención de la violencia de género a la población adolescente. *II Jornadas sobre programas para la prevención y atención a la Violencia de Género*. Euskadi. 29 -31 de Octubre de 2008.

Picchio, A. (1994). El trabajo de reproducción, tema central en el análisis del mercado laboral. En C. Borderías, C. Carrasco y C. Alemany. *Las mujeres y el trabajo: rupturas conceptuales* (pp. 451-490). Ciudad: Icaria.

Picchio, A. (2001). Un enfoque macroeconómico "ampliado" de las condiciones de vida", documento presentado al taller internacional Cuentas nacionales de salud y género. *Santiago de Chile, Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Fondo Nacional de Salud (FONASA), octubre*.

Picchio, A. (2003): *Unpaid Work and the Economy. A Gender Analysis of the Standards of Living*. Londres y Nueva York: Routledge.

Picchio, A. (2005). La economía política y la investigación sobre las condiciones de vida". Por una economía sobre la vida. Aportaciones desde un enfoque feminista. En G. Cairo y M. Mayordomo (comps.). Barcelona, Icaria Editorial.

Picchio, A. (2012). Trabajo productivo, trabajo reproductivo. En REDGE, *La economía feminista como un derecho* (29-42). México: Débora Publicaciones.

Pichardo, J. I. (2008). *Opciones sexuales y nuevos modelos familiares*. (Tesis doctoral). Madrid: Univesidad Autónoma de Madrid.

Pillemer K, Moen P, Wethington E y Glasgow N (2000). *Social Integration in the Second Half of Life*. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press.

Pinquart, M. y Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and aging*, *18*(2), 250.

Pizarro, M. (2014). *La evaluación de impacto en función del género en el ámbito de la Salud*. Vitoria: Emakunde.

Pizurki, H., Mejia, A., Butter, I., y Ewart, L. (1988). *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*. Génova: OMS.

PNUD. (2007). *Género, trabajo y asignación del tiempo: Informe de Desarrollo Humano 2007/2008.* New York, NY and Oxford, GB: Oxford University Press.

Pratto, F. y Walker, A. (2004). The bases of gendered power. En A. H. Eagly, A. E. Beall y R. J. Sternberg (Coords.), *The psychology of gender* (pp. 242-268). Nueva York, NY: The Guilford Press.

Precarias a la deriva (2004), A la deriva por los circuitos de la precariedad femenina, Madrid: Traficantes de Sueños.

Pritchard, P. (1986) Manual de Atención Primaria de Salud. Su naturaleza y organización, Madrid: Díaz de Santos.

Pruchno, R. A., & Resch, N. L. (1989). Husbands and wives as caregivers: Antecedents of depression and burden. The Gerontologist, 29(2), 159-165.

Prieto, C. y Serrano, A. (2013). Los cuidados, entre el trabajo y la vida. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, *31*(1), 11-16.

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., & Rosenheck, R. A. (1999). The effects of marital dissolution and marital quality on health and health service use among women. *Medical Care*, *37*(9), 858-873.

Quintana-Peña, J. A. (2015).El amor romántico y la violencia de género.Indicadores en parejas adolescentes.

Razavi, S. (2007) *The Political and Social Economy of Care in a Development Context: conceptual Issues, research questions and policy options.* Gender and Development. Programme Paper (3). Génova: Istituto de Desarrollo Social de la Naciones Unidas.

Redinbaugh, E. M., MacCallum, R. C., y Kiecolt-Glaser, J. K. (1995). Recurrent syndromal depression in caregivers. *Psychology and Aging*, *10*(3), 358-368.

Regal, A. R., Amigo, M. C., y Cebrián, E. (2009). Sueño y mujer. *Revista de Neurología*, *49*(7), 376-382.

Reid, R. C., Stajduhar, K. I., y Chappell, N. L. (2010). The impact of work interferences on family caregiver outcomes. *Journal of Applied Gerontology*, *29*(3), 267-289.

Reine G, Lancon C, Simeón MC, Duplan S, y Auquier P. (2003). Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia overview of measure instruments. *Encephale, 29*, 137-147.

Reinón, M. S. (2012). Los" cuidados informales" de larga duración en el marco de la construcción ideológica, societal y de género de los" servicios sociales de cuidados". *Cuadernos de relaciones laborales*, *30*(1), 185-210.

Rey-Anacona, C. A., Mateus-Cubides, A. M., y Bayona-Arévalo, P. A. (2010). Malos tratos ejercidos por adolescentes durante el noviazgo: Diferencias por sexo. *Revista Mexicana de Psicología*, *27*, 169-181.

Rincón, P.P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: Evaluación de programas de intervención*. (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Robinson-Whelen, S., Tada, Y., MacCallum, R. C., McGuire, L., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2001). Long-term caregiving: What happens when it ends?.Journal of abnormal psychology, 110(4), 573.

Roca, J. (2008). Ni contigo ni sin ti: cambios y transformaciones en los roles de género y las formas de convivencia. A. Téllez, y J. E. Martínez (coords.) *Sexualidad, género, cambio de roles y nuevos modelos de familia* (pp. 13-31). Elche: SIEG/Universidad Miguel Hernández.

Rodríguez, G. (2004). Estado de bienestar y sociedad del bienestar: debates e ideologías en torno a la división mixta del bienestar. *Revista internacional de sociología*, *8*, 7-27.

Rodríguez-Enríquez, C. (2007). *La organización del cuidado de niños y niñas en Argentina y Uruguay*. Santiago de Chile: CEPAL.

Rodríguez, C. (2005). *Economía del cuidado y Política Económica: una aproximación a sus interrelaciones*. Mar del Plata: CEPAL

Rodríguez, C. (2007). *La organización del cuidado de niños y niñas en Argentina y Uruguay*. Santiago de Chile: CEPAL.

Rodríguez, C. (2015). La economía feminista y economía del cuidado. *Nueva sociedad, 256*, 30-44.

Rodríguez, J. A. y de Miguel Rodríguez, J. M. (1990). *Salud y poder*. Madrid: Siglo XXI.

Rodríguez, M., y Peña , J. (2005). Identidad de género y contexto escolar: una revisión de modelos. *The Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, *112*(1), 165-194.

Rodríguez, P. (2008). *Mujeres, trabajos y empleos en tiempos de globalización*. Barcelona: Icaria.

Rodríguez, V. (2012). *Inmigración y cuidados de mayores en la Comunidad de Madrid*. Bilbao: Fundación BBVA.

Rodríguez-Sanz, M., Carrillo-Santisteve, P., y Borrell, C. (2005). *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en*

las CCAA 1993-2003. Observatorios de salud de la mujer y del SNS. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Rodríguez-Castro, Y., Lameiras-Fernández, M., Carrera-Fernández, M. V., & Vallejo-Medina, P. (2013). La fiabilidad y validez de la escala de mitos hacia el amor: las creencias de los y las adolescentes. *Revista de Psicología Social*, *28*(2), 157-168.

Roger, M. R., Bonet, I. Ú., Gallego, C. F., Pisa, R. L., Ribas, A. P., Viñets, L. G., y Oriol, R. P. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención primaria*, *26*(4), 217-223.

Rogero, J. (2010). *Los tiempos del cuidado. Impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores.* Madrid: IMSERSO.

Rogero, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista española de salud pública*, *83*(3), 393-405.

Rohde-Dachser, C. (1995). *Das Borderline-Syndrom*. Berlín: Huber.

Rohlfs, I. (2006*). Desigualdades sociales. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud*. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/09modulo_08.pdf.

Rohlfs, I., Borrell, C., Anitua, C., Artazcoz, L., Colomer, C., Escribá, V. y Valls-Llobet, C. (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*, *14*(2), 146-155.

Rohlfs, I., Borrell, C., y Fonseca, M. D. C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, *14*(3), 60-71.

Rohlfs, I., García, M. D. M., Gavaldà, L., Medrano, M. J., Juvinyà, D., Baltasar, A. y Muñoz, D. (2004). Género y cardiopatía isquémica. *Gaceta Sanitaria*, *18*, 55-64.

Rojas, L. (2005). Semillas y antídotos de la violencia en la intimidad. En I. Alberdi, y L. Rojas (Coords.), *Violencia tolerancia cero* (pp. 90-128). Barcelona: "la Caixa"

Rosell, E. C. (2011). Un marco teórico para analizar el sesgo de género en la investigación epidemiológica: Haciendo visible lo invisible. *Revista del Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante*, *18*, 353-363.

Rossetti, A. (2010). Un okupa en el cuerpo. En Actas del VI Congreso estatal Isonomía sobre igualdad entre mujeres y hombres. *Miedos, culpas, violencias invisibles y su impacto en la vida de las mujeres: ¡A vueltas con el amor!* (pp. 121-127). Valencia: Universitat Jaume I.

Royo, R. (2011). *Maternidad, paternidad y conciliación en la CAE. ¿Es el trabajo familiar un trabajo de mujeres?*. Bilbao: DeustoDigital.

Ruddick, S. (1989). *Maternal thinking: toward a politic of peace*. Nueva York, NY: Ballantine Books.

Ruiz Cantero, M. T., Papí Gálvez, N., Carbrera Ruiz, V., Ruiz Martínez, A., Álvarez-Dardet, G. y Díaz C. (2006). Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud. *Gaceta sanitaria*, *20*(6), 427-434.

Ruiz Cantero, M. T.y Verdú , M. (2004): Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gaceta Sanitaria, 18 (Supl.1):118-125.

Ruiz Cantero, M. T. y Verbrugge, L. M. (1997). A two way view of gender bias in medicine. *Journal of epidemiology and community health*, *51*(2), 106-109

Ruiz, M. T. (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Ciudad: Junta de Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Ruiz, M. T., Vives, C., Papí, N., La Parra, D., Mateo, M. Á., Pereyra, P., y Cabrera, V. (2004). *Indicadores para medir los determinantes de las desigualdades en salud*

desde la perspectiva del análisis de género (informe final del proyecto). Disponible en http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/22657/1/2004_Desigualdades_Salud.pdf

Ruiz-Jarabo, C. y Blanco, P. (2005). *La violencia contra las mujeres: prevención y detección*. Ciudad: Díaz de Santos.

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J. y del Río-Lozano, M. (2007). Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *European Journal of Public Health, 17*(5), 437-43.

Rusbult, C. E. (1983). A longitudinal test of the investment model: The development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*, *45*(1), 101-117.

Russo, N. F. y Green, B. L. (1993). Women and mental health. En F. L. Denmark y M. A. Paludi (Coords.). *Psychology of women: A handbook of issues and theories* (pp. 70-90). Westport, CT: Ciudad Greenwood Press.

Sainsbury, D. (2000). Les droits sociaux des femmes et des hommes. Les dimensions du genre dans les Etats-providence». *Genre et politiques. Débats et perspectives*.

Sala, M., García, M., Sala, E., Coscolla, R., Aguilar, M., Roca, N; y Martí, C. (2009). *La calidad de vida de las cuidadoras informales: base para un sistema de valoración*. Ministerio de Trabajo e Inmigración: Secretaría de Estado de Seguridad Social. Disponible en http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/119780.pdf

Salobral, N. (2014). Amor:¿ Verdad o Consumo?. *Investigaciones Feministas*, *5*, 371-389.

Saltzman, J. (1992). *Equidad y género: una teoría integrada de estabilidad y cambio*. Madrid: Cátedra.

Salyers, M. P., Bosworth, H. B., Swanson, J. W., Lamb-Pagone, J., & Osher, F. C. (2000). Reliability and validity of the SF-12 health survey among people with severe mental illness. *Medical Care*, *38*(11), 1141-1150.

Sánchez, R. M., García, E. L. H., Pérez, M. M., Perera, M. L. G., Pérez, L. S., Vázquez, F. J. N., y Pérez, M. F. (2014). Perfil del cuidador principal en el área de salud de Gran Canaria.ENE, *Revista de Enfermería.*,*8*(2).

Sánchez-Herrero Arbide, S., Sánchez-López, M., y Dresch, V. (2009). Hombres y trabajo doméstico: variables demográficas, salud y satisfacción.

Sánchez Reinón, M. (2012). Los "cuidados informales" de larga duración en el marco de la construcción ideológica, societal y de género de los "servicios sociales de cuidados". *Cuadernos de relaciones laborales, 30*(1), 185-210.

Sangrador, J.L. (1993). Consideraciones psicosociales sobre el amor romántico. *Psicotehema, 5,* 181-196.

Sanmartín, J., Molina, A., y García, Y. (2003). *Informe internacional 2003. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Sanpedro, P. (2004). El mito del amor y sus consecuencias en los vínculos de pareja. *Disenso*, *45*.

Sanpedro, P. (2005): "El mito del amor y sus consecuencias en los vínculos de pareja", en http://www.pensamientocrítico.org/pilsan0505.htm.

Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., y Sierra, J. C. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9*(3), 501-517.

Sanz, F. (1995). *Los vínculos amorosos: Amar desde la identidad en la Terapia del Reencuentro.* Barcelona: Editorial Kairós.

Sanz, F. (2007). Del mal trato al buen trato. *En* Ruiz-Jarabo y Blanco Prieto (Eds.), *La violencia contra las mujeres* (pp. 1-16). Madrid: Ed. Díaz de Santos.

Saraceno, C. (2004, noviembre). *¿Qué derechos y obligaciones, qué tipos de recursos? Visiones de la ciudadanía a través del prisma del género*. Congreso Internacional SARE 2004 ¿Hacia qué modelo de ciudadanía?.

Saris, W.E. y Batista-Foguet, J.M. (1994). Indicadores sociales con relación al papel que desempeñan las mujeres en la sociedad. En M. Alvaro Page (Coord.), Propuesta de un sistema de indicadores sociales de igualdad entre géneros. Madrid: Instituto de la Mujer.

Sastre, G., Marimón, M. M., y Hernández, J. (2003). Sumisión aprendida: un estudio sobre la violencia de género. *Anuario de psicología, 34*(2), 235-251.

Schäfer, A., Tucci, I., y Gottschall, K. (2012). Top down or bottom up? A cross-national study of vertical occupational sex segregation in twelve European Countries. *DIW Berlin Discussion Paper,* 1183. Accedido el 15 de Setiembre de 2015 en: http://ssrn.com/abstract=2006489

Schene, A. H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *25*(6), 289-297.

Schulz, R., Visintainer, P., y Williamson, G. M. (1990). Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *Journal of Gerontology*, *45*(5), 181-191.

Scott, A. y Wenger, G. C. (1996). *Género y redes de apoyo social en la vejez*. Madrid: Narcea.

Segalen, M. (1983). *Love and power in the peasant family: Rural France in the nineteenth century*. Chicago: University of Chicago Press.

Seligman, M. E. (1975). *Helplessness: Depression, Development and Death.* San Francisco, CA: Freeman.

Selva, M. (2011). Plan de políticas de mujeres 2008-2011. En F. Esteve y M. Illamola (Coords.), *La igualdad por razón de sexo en la Unión Europea* (pp. 257-259). Gerona: Servei de Publicacions Universitat de Girona.Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de salud pública*, *11*(5-6), 302-309.

Sen, A. (1992). *Inequality Reexamined*. Harvard: University Press.

Sen, A. (2002). ¿ Por qué la equidad en salud?. *Revista Panamericana de salud pública*, *11*(5-6), 302-309.

Sen A. Archivos: Documentación de la 52 Asamblea de la Salud. Recuperado el 20 de Abril de 2010, de Organización Mundial de la Salud [sitio en Internet].

Sen, G., George, A., y Östlin, P. (2005). *Incorporación de la perspectiva de género en la investigación y en las políticas en salud: una perspectiva de género*. Boston, MA: Harvard Center for Population and Development Studies/Organización Panamericana de la Salud.

Seppelli, A. (1970). Heath Education and Protection of Heath. *Lotta tuberc*, *40*(1), 42-47.

Shaver, P. R., Hazan, C., y Bradshaw, D. (1988). The integration of three behavioral systems. En R. J. Sternberg y M. Barnes (Eds.), *The psychology of love* (pp.68-99). New York: Yale University.

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, *32*(6), 705-714.

Shulman, S., y Kipnis, O. (2001). Adolescent romantic relationships: A look from the future. *Journal of Adolescence, 24*(3), 337-351.

Silva, A. (5 de diciembre de 2013). *Violencia de género y sociedad patriarcal*. Recuperado de: http://www.rebelion.org/noticias/2013/12/177745.pdf

Simón, N. (2009). Del mito del amor romántico a la construcción de relaciones amorosas entre iguales: una mirada feminista. En Actas del V Congreso estatal

Isonomía sobre igualdad entre mujeres y hombres. *Poder, poderes y empoderamiento…¿ y el amor?¡ ah, el amor!*. (pp. 52-61).

Simon, R. W., Eder, D., & Evans, C. (1992). The development of feeling norms underlying romantic love among adolescent females. *Social Psychology Quarterly*, *55*(1), 29-46.

Simpson, J. A., Campbell, B., y Berscheid, E. (1986). The Association between Romantic Love and Marriage Kephart (1967) Twice Revisited. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *12*(3), 363-372.

Smith, L. (1989). *Domestic Violence: An Overview of the Literature. Home Office Research Study 107.* Londres: HSMO.

Solé, C. y Parella, S. (2004). Nuevas expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales "exitosas". *Revista Española de Investigación Social*, *4*, 67-92.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 15-28.

Spanier, G. B. (1988). Assessing the strengths of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Family Psychology, 2*, 92-94

Spanier, G. B., y Thompson, L. (1982). A confirmatory analysis of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 731-738.

Stephens, M. A. P., Norris, V. K., Kinney, J. M., Ritchie, S. W., y Grotz, R. C. (1988). Stressful situations in caregiving: Relations between caregiver coping and well-being. *Psychology and Aging*, *3*(2), 208.

Sternberg, R (1989). *El triángulo del amor*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Sternberg, R. (1998). A balance theory of wisdom. *Review of general psychology*, *2*(4), 347.

Sternberg, R. (2000). *La experiencia del amor: la evolución de la relación amorosa a lo largo del tiempo*. Barcelona: Paidós.

Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological review*, *93*(2), 119-135.

Sternberg, R.J. (2004). A triangular theory of love. En Reis, H.T., y Rusbult, C.E. (Eds.), Close relationships: Key readings. New York: Psychology Press.

Stinus, E. (2014). *Conciliar trabajo y familia: ¿ilusión o realidad. Políticas de conciliación laboral y familiar en Noruega y Cataluña/ España.* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona.

Stone, R., Cafferata, G. L., y Sangl, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: A national profile. *The Gerontologist*, *27*(5), 616-626.

Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and the Family*, 75-88.

Straus, M. A., Gelles, R. J., & Smith, C. (1990). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families* (pp. 29-47). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of family issues*, *17*(3), 283-316.

Straus, M. A. (2001). *Beating the devil out of them: Corporal punishment in American families and its effects on children*. Transaction Publishers.

Straus, M. A. (2004). Cross-cultural reliability and validity of the Revised Conflict Tactics Scales: A study of university student dating couples in 17 nations. *Cross-Cultural Research*, *38*(4), 407-432.

Subirats, M. y Brullet, C. (1988). *Mujer y educación: La transmisión de estereotipos sexuales en el sistema educativo.Vol. II.* Barcelona: UAB.

Subirats M ,(2013) Forjar un hombre, moldear una mujer. Editorial UOC

Sugarman, D.B. y Hotaling, G.T. (1997). Intimate violence and social desirability. A meta-analytic review. *Journal of Interpersonal Violence, 12*(2), 275-290.

Téllez. 2008 "Representaciones de género y maternidad: una aproximación desde la antropología sociocultural". En A. Téllez, y J. Martínez (Coords.), *Sexualidad, género, cambio de roles y nuevos modelos de familia*. España,S.I.E.G, pp. 65-106.

Thomas, C. (1993). De-constructing concepts of care. *Sociology*, *27*(4), 649-669.

Tobío, C. (2002). Conciliación o contradicción: cómo hacen las madres trabajadoras. *Reis*, 155-186.

Tobio, C. (2005). *Madres que trabajan.* Madrid: Cátedra.

Tobío, C. (2012). Cuidado e identidad de género. De las madres que trabajan a los hombres que cuidan. *Revista Internacional de Sociología*, *70*(2), 399-422.

Tobío, C. (2010). "El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI". Colección Estudios Sociales, Nº. 28. Madrid: Fundación la Caixa.

Tobío, C. Agulló, M. S., Gómez, M. V., y Martín, M. T. (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI.* Barcelona: Fundación la Caixa.

Tong, R. (1998). Feminist Approaches to Bioethics Theoretical Reflections and Practical Applications. *Journal of medical ethics, 24*(3), 213.

Torns, T. (2008). El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. *Empiria: Revista de metodología de ciencias sociales*, *15*, 53-73.

Torns, Teresa (2011). *Las mujeres y el empleo en España. ¿Un futuro venturoso?*. FOREM. Madrid.

Torns, T. (2015). Las políticas de tiempo y el bienestar cotidiano. In *Las familias y sus necesidades y retos en el actual entorno social y económico: respuesta de los poderes públicos*. Vitoria: Ararteko.

Torns, T., & Moreno, S. (2008). La conciliación de las jóvenes trabajadoras: Nuevos discursos, viejos problemas. *Revista de Estudios de juventud*, *83*, 101-117.

Torralba i Roselló, F. (1999). Lo indudablemente humano: hacia una fundamentación de la ética del cuidar. *Revista Labor Hospitalaria, 31*(253), 183-187.

Torras, M.E. (2013). El aprendizaje colaborativo en línea y la ética del cuidado. *Estudios sobre Educación, 24*, 149-171.

Torres, C. J., Peláez, E. M., y Muela, J. A. (2002). Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema*, *14*(3), 558-563.

Torres, M.C (2004). Familia. En J., Sanmartín (Ed.), *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos* (pp. 77-87). Barcelona: Ariel.

Torres, M. C. (2012). El enfoque de género y las teorías feministas en el aula: experiencia en derecho constitucional. En *X Jornadas de Redes de Investigación en Docencia Universitaria: la participación y el compromiso de la comunidad universitaria. C*oordinadores M.T., Tortosa, J. D., Alvarez; N., Pellín. Alicante: Universidad de Alicante.

Tronto, J. (2004). Cuando la ciudadanía se cuida: una paradoja neoliberal del bienestar y la desigualdad. En Instituto Vasco de la Mujer (Ed.), *Congreso Internacional Sare 2003: Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado* (pp. 232-253). Vitoria: Instituto Vasco de la Mujer.

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnerable. Pour une politique du care*. Paris: Éditions la Découverte.

Tronto, J. (2010) Cura e politica democratica. Alcune premesse fondamentali. *La societá degli individui*, *38*(2), 34-42.

Tubert S. (1999). Construcción cultural de la feminidad. En Autor y autor, *Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Ubillos, S., Zubieta, E., Páez, D., Deschamps, J. C., Ezeiza, A., & Vera, A. (2001). Amor, cultura y sexo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción (REME)*, *4*(8-9), 197-221.

Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*. New Haven, CT: Yale University Press.

Unger, R. y Crawford, M. (1996). *Women and gender: A feminist perspective.* Nueva York, NY: McGraw y Hill.

UNICEF. (2000). La violencia doméstica contra mujeres y niñas. *Informe Innocenti, 6.* Ciudad: UNICEF.

UNIFEM. (2003). *To produce and to care: How do women and men fare in securing well-being and human freedoms?* Manila: UN Country Team/ UNIFEM.

UNIFEM. (2006). *Objetivos de desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*. Ciudad: United Nations Publications.

Valcárcel, A. (2008). *Feminismo en el mundo global*. Madrid: Cátedra.

Valle, (2003).Aportes de una lectura en relación con la ética del cuidado y los derechos humanos para la intervención social en el siglo XXI Contributions from a reading regarding to ethics of care and human rights, for social interventionin the twenty-first century, Trabajo Social, N° 9, 2007

Valles, M. N., Gutiérrez, V., Luquin, A. M., Martín, M. A., y López de Castro, F. (1998). Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia. *Atención primaria*, *22*(8), 481-485.

Valls-Llobet, C. (2000). Consecuencias clínicas a corto, medio y largo plazo, de fumigaciones o insecticidas en lugares de trabajo. *Quadern Caps*, *29*, 42-46.

Valls-Llobet, C. (1990). *Morbilitat diferencial. Congrés Dona i Qualitat de Vida.* Barcelona: Editorial.

Valls-Llobet, C. (2003). Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias. *QUARK Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura, 27*, 41-53.

Valls-Llobet, C. (2006). *Mujeres invisibles para la medicina*. Barcelona: Debolsillo.

Valverde, C. (2005). ¿quien esta escuchando?.la narrativa del paciente, caos y cronicidad. Atención Primaria, 36(3), 159-161

Van den Berg, B. y Spauwen, P. (2006). Measurement of informal care: an empirical study into the valid measurement of time spent on informal caregiving. *Health Economics*, *15*, 447-460.

Van den Berg, B., Brouwer, W. B., y Koopmanschap, M. A. (2004). Economic valuation of informal care: an overview of methods and applications. *European Journal of Health Economics*, *5*(1), 36-45.

Van den Berg, B., Brouwer, W., Van Exel, J., Koopmanschap, M. A., Van den Bos, G. A. M., y Rutten, F. (2006). Economic valuation of informal care: lessons from the application of the opportunity costs and proxy good methods. *Social Science and Medicine*, *62*, 835-845.

Vara, M. J. (2006). *Estudios sobre género y economía* (Vol. 15). Ciudad: Ediciones Akal.

Vaughin, M. J., y Martyastik, M. E (1999). Reliability and validity of the Relationship Assessment Scale. *The American Journal of Family Therapy*, *27*, 137-147.

Varela, J. (1997) *Nacimiento de la mujer burguesa. El cambiante desequilibrio de poder entre los sexos*. Madrid: La Piqueta.

Vega, C. (2006). *Subjetividades en tránsito en los servicios de atención y cuidado. Aproximaciones desde el feminismo*. Barcelona: Diputación de Barcelona.

Vega, C. (2009). *Culturas del cuidado en transición: Espacios, sujetos e imaginarios en una sociedad de migración*. Barcelona: Editorial UOC.

Vega, E. M., y O'Leary, K. D. (2007). Test–retest reliability of the revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *Journal of Family Violence*, *22*(8), 703-708.

Velasco, S. (2006). *Atención biopsicosocial al malestar: intervención en atención primaria de salud*. Madrid, Instituto de la Mujer/ Secretaría General de Políticas de Igualdad/ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Velázquez, S. (2003). *Violencias cotidianas, violencia de género*. Buenos Aires: Paidós.

Venegas, M. (2011). Un modelo sociológico para investigar las relaciones afectivosexuales. *Revista mexicana de sociología*, *73*(4), 559-589.

Vescio, T., Gervais, S.J., Snyder, M., Hoover, A. (2005). Power and the creation of patronizing environments: The stereotype-based behaviors of the powerful and their effects on female performance in masculine domains. Journal of Personality and Social Psychology 88,658-672.

Villalba, C. (2002). *Abuelas cuidadoras.* Valencia: Tirant lo blanch.

Vitaliano, P. P., Zhang, J., y Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological bulletin*, *129*(6), 946.

Vizcarra, M. B., Poo, A. M., y Donoso, T. (2013). Programa educativo para la prevención de la violencia en el noviazgo. *Revista de Psicología*, *22*(1), 48 - 61.

Vlassof, C. y Garcia-Moreno, C. (2002). Placing gender at the centre of health planning: challenges and limitations. *Social Science and Medicine, 54,* 1713–1723.

Vyas, S. y Watts, C. (2009). How does economic empowerment affect women's risk of intimate partner violence in low and middle income countries? A systematic review of published evidence. *Journal of International Development, 21*, 577-602.

Walker, L. E. (1979). *The battered women*. Nueva York, NY: Harper and Row.

Walker, L. E. (2009). *The Battered Women Syndrome*. (3º. ed). New York: Brunner-Routledge.

Walker, S. y Barton, L. (1983). *Gender, Class and Education.* Nueva York, NY: Routledge Revivals.

Waring, M. (2004). *Counting for Nothing. What Men Value and what Women are Worth.* Toronto: University of Toronto Press.

Wagstaff, A. y Culyer, A.J. (2012): "Four decades of health economics through a bibliometric lens". *Journal of Health Economics*, 31, 406-439.

Ware, J.E. y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Medical Care, 30, 473-83.

Weber, M. (1944). *Economía y sociedad; esbozo de sociología comprensiva*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

Wenger, N. K. (2002). Clinical characteristics of coronary heart disease in women: emphasis on gender differences. *Cardiovascular research*, *53*(3), 558-567.

Wethington, E., Moen, P., Glasgow, N., y Pillemer, K. (2000). *Social integration in the second half of life*. Baltimore, MD: The Jonhs Hopkins University Press.

White, J. W. (2001). Aggression and gender. *Encyclopedia of women and gender*, *1*, 81-93.

Whitehead, M. (2000). *The concepts and principles of equity*. Copenhagen: OMS.

Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2006.

Whitehead ,M .(2011) .Blithewold: Legacy of an American Family. Booklocker.com Incorporated.

Wilkinson, A. J. (1996). Examination of fatigue crack plastic zones using scanning-electron-microscope-based electron diffraction techniques. *Philosophical magazine letters*, *74*(3), 145-152.

Williams, C. (2004). The sandwich generation. *Perspectives on Labour and Income*, *16*(4), 7.

Williams, J. (2001). "From Difference to Dominance to Domesticity: Care as Work, Gender as Tradition", p. 1443.

World Health Organization. (2005). Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report.

Wright, D. L. y Aquilino, W. S. (1998). Influence of emotional support exchange in marriage on caregiving wives' burden and marital satisfaction. *Family Relations*, *47*(2), 195-204.

Yago, C. (2009) *Palabras femeninas que nombran la injusticia en los cuidados familiares.* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia.

Yee, J. L. y Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers a review and analysis. *The Gerontologist*, *40*(2), 147-164.

Yela, C. (2000). *El amor desde la psicología social*. Madrid: Pirámide.

Yela, C. (2003). La otra cara del amor: mitos, paradojas y problemas. *Encuentros en Psicología Social*, *1*(2), 263-267.

Young, I. M. (1997): *Intersecting Voices. Dilemmas of Gender, Political Philosophy, and Policy*, Princenton University Press.

Young, I. M. (2005). On Female Body Experience: "*Throwing Like a Girl" and Other Essays*. New York: Oxford University Press.

Zabalegui, A., Juandó, C., de Ormijana, A. S., Ramírez, A., Pulpón, A., López, L., y Bover, E. C. (2007). El cuidador informal de personas mayores de 65 años en España. *Revista Rol de Enfermeria*, *30*(7-8), 513-518.

Zambrano, R., y Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *36*, 26-39.

Zarit, S. H., Stephens, M. A. P., Townsend, A., y Greene, R. (1998). Stress reduction for family caregivers: Effects of adult day care use. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *53*(5), 267-277.

Zarit, S.H. (2002). Caregiver's Burden. En S. Andrieu y J.P. Aquino (Eds.), *Family and professional carers: findings lead to action* (pp. 20-24). Paris: Serdi Edition y Fondation Médéric Alzheimer.

Zarit, S.H., Orry, N.K., Zarit, J.M, (1985) The hidden victims of Alzheimer's disease. Families under stress. Nueva York: NY University Press.

Zarit, S.H. (1996) Intervention with family caregivers en SH Zarit y BG Knight (eds). A guide to psychoteharpy and aging. Effective clinical interventions in a life stage context. Washington: APA.

Zarit, S. H., Reever, K. E., y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*, *20*(6), 649-655.

Zeifman, D., y Hazan, C. (1997). *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc

Zibecchi, C. (2014). Cuidadoras del ámbito comunitario: entre las expectativas de profesionalización y el 'altruismo'. *Íconos-Revista de Ciencias Sociales*, *18*(50), 129-145.

Zubieta, E. (2001). Actitudes sobre el amor y preferencias en la elección de pareja. Buenos Aires: Facultad de Psicología.

Zúñiga Vega, E. (2010). De frente a la violencia familiar. lineamientos y recomendaciones para su comprensión, prevención y apoyo a personas que viven esta condición.

Zurita, J. (2013). La lucha contra la violencia de género. *Seguridad y ciudadanía, 9*, 63-127.

ANEXOS

ANEXO 1.- CARTAS DE PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGAIÓN ADJUNTAS AL CUESTIONARIO EN CASTELLANO Y EUSKERA

Desde la Universidad de Deusto se está llevando a cabo una investigación sobre relaciones de pareja y cuidado, dentro del marco del proyecto de tesis doctoral de Marisol Díaz. Esta investigación está relacionada con los cuidados que las mujeres proporcionan con el objeto de identificar alguno de los factores intervinientes en el estado de salud de las mujeres, identificando factores de riesgo e indicadores de salud que puedan resultar útiles para alcanzar los objetivos planteados.

Esta investigación se enmarca dentro del equipo de investigación clínica y de la Salud, de la Universidad de Deusto. Nos gustaría pedir la colaboración de su Centro/Asociación para este proyecto.

La presente carta tiene como objeto poner en conocimiento de esta Asociación la realización de esta investigación y solicitar su apoyo para la captación de informantes clave. Vuestra ayuda es esencial para poder desarrollar este proyecto. Necesitaríamos para ello que nos permitieran pasar los cuestionarios necesarios en su centro, a mujeres entre 45 -80 años .No se requieren más de 30 minutos para cumplimentar el total del cuestionario, y pueden hacerse tanto en papel como de manera online mediante el cuestionario informatizado .Los cuestionarios para cuya pasación se solicita permiso, miden variables sociales, emocionales, cognitivas, de salud física y relacionales. Se trata de cuestionarios autoinformados, a los que contesta la propia persona mediante una escala tipo Likert con varias opciones de respuesta.

Toda la información facilitada en el cuestionario será completamente anónima. Los datos personales obtenidos serán estrictamente confidenciales Estos datos no serán empleados con ningún fin distinto al mencionado previamente, de manera que servirán exclusivamente para el desarrollo de esta investigación.

Su Centro /Asociación será informado de los resultados y conclusiones obtenidas del estudio una vez transcurrido el tiempo necesario para el análisis de los datos.

En caso de requerir más información, tener alguna duda o comentario, por favor póngase en contacto con Marisol Díaz en la siguiente dirección de correo electrónico:marisoldiaz@opendeusto.es, o en el siguiente número de teléfono (lunes) 944139085 ext. 2686 (Iratxe Urbiola)

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Deustuko Unibertsitatean bikote harremanen eta zainketari buruzko ikerketa bat garatzen ari dira, Marisol Diaz-en Doktoretza Tesiaren parte izanik. Ikerketa hau emakumeek eskaintzen duten zainketarekin erlazionatuta dago. Honen helburua emakumeen osasunean eragina duten faktoreak, arrisku faktoreak eta osasun adierazleak ezagutzea da, markatutako helmugak lortzeko baliagarriak izan baitaitezke.

Ikerketa hau Deustuko Unibertsitatearen ikerketa kliniko eta osasun taldearen barruan kokatzen da. Proiektu honetarako zuen Zentro/Elkartearen lankidetza eskatu nahiko genuke.

Gutun honen helburua zuen Elkarteari ikerketa honen berri ematea eta partaideak erakartzeko laguntza eskatzea da, zuen laguntza ezinbestekoa baita proiektu hau aurrera ateratzeko. Horretarako, zuen zentroan 45-80 urte bitarteko emakumeei beharrezko galdetegiak pasatu beharko genizkien. 30 minutu baino ez dira behar galdeketa guztia betetzeko eta paperez zein online bete dezakete. Galdetegi hauek aldagai sozialak, emozionalak, kognitiboak, osasun fisikoa eta harremanak neurtzen dituzte. Pertsona bakoitzak berak erantzungo dio galdetegiari aukera anizkoitzeko Likert eskala baten bidez.

Galdetegian emandako informazioa guztiz anonimoa izango da, eskuratutako datu pertsonalak konfidentzialak izanik. Datu hauek lehen aipatutako helburuarekin baino ez dira erabiliko, beraz, ikerketa hau garatzeko baino ez dira erabiliko.

Lortutako datuak aztertzeko beharrezko denbora pasa ostean, azterlanaren emaitzak eta ondorioak zuen Zentro/Elkarteari jakinaraziko dizkiegu. Nahi izanez gero, ikerkuntzan zuen izenak agertu daitezke eskerrak emateko asmoz. Informazio gehiago, zalantza edo azalpenik behar izanez gero, mesedez Marisol Diaz-ekin kontaktuan jarri hurrengo posta elektronikoan: marisoldiaz@opendeusto.es

Edo astelehen arratsaldetan Iratxe Urbiola-rekin ondorengo telefonoan: 944139085 ext. 2686 (Iratxe Urbiola).

ANEXO 2.- LISTADO DE ASOCIACIONES DE BIZKAIA, GIPUZKOA Y ARABA EN LAS QUE SE ENTREGÓ EL CUESTIONARIO

Asociaciones de Mujeres de Bizkaia

AMUGE-ASOCIACIÓN INTERCULTURAL PARA LA PROMOCIÓN Y EL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES GITANAS DE EUSKADI
ASOCIACION CENTRO FORMACION DE LA MUJER DEL PEÑASCAL DE BILBAO
ASOCIACION CONTRA EL ACOSO A LA MUJER ACAMU
ASOCIACION CULTURAL DE LA MUJER DE SOPELANA ITZARTU
ASOCIACION CULTURAL DE MUJERES IRAKURTZEN
ASOCIACION DE MUJERES ANDRE BERRI
ASOCIACION DE MUJERES ARGITAN
ASOCIACION DE MUJERES DE ERANDIO DAMATXO
ASOCIACION DE MUJERES DE EUSKADI DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DEL METODO
ASOCIACION DE MUJERES DE IURRETA-ANDEREBIDE
ASOCIACION DE MUJERES DE MUZKIZ Y DEL CONSUMO FAMILIAR DE MUSKIZ
ASOCIACION DE MUJERES DE URIBARRI ALETU
ASOCIACION DE MUJERES DEL BARRIO BILBAINO DE LA PEÑA ANDRE-BERRI
ASOCIACION DE MUJERES DEL MUNDO BABEL
ASOCIACION DE MUJERES GITANAS DEL PAIS VASCO-CHANELAMOS ADIKERAR
ASOCIACION DE MUJERES IZAERA DE DEUSTO-SAN IGNACIO
ASOCIACION DE MUJERES LAIAK
ASOCIACION DE MUJERES LANBROA
ASOCIACION DE MUJERES LANKUME
ASOCIACION DE MUJERES MASTECTOMIZADAS DE BIZKAIA
ASOCIACION DE MUJERES NEBA-NEBA
ASOCIACION DE MUJERES PARA LA FORMACION Y EL DESARROLLO ESKUZ-ESKU
ASOCIACION DE MUJERES VIUDAS DE DURANGO
ASOCIACION DE MUJERES VIUDAS DE ELORRIO
ASOCIACION DE MUJERES VIUDAS DE GERNIKA
ASOCIACION DE MUJERES VIUDAS DE MARKINA
ASOCIACION DE MUJERES VIUDAS DE MIRABALLES
ASOCIACION DE MUJERES Y FAMILIAS DEL AMBITO RURAL LAND@ XXI
ASOCIACION DE PROMOCION DE LA MUJER ETXE-BARRUKOAK DE BILBAO
ASOCIACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA MUJERES CON PROBLEMAS DE IGUALDAD DE GENERO, INTEGRACION SOCIAL Y DISCAPACIDAD-ARITU
ASOCIACION GITANA DE MUJERES SIM ROMI
ASOCIACION GRUPO CULTURAL DE MUJERES DE SANFUENTES DE ABANTO Y ZIERBENA
ASOCIACION KAMPAZAULO PARA LA INTEGRACION DE LA MUJER
ASOCIACION ÑIÑIKU PARA LA PROMOCION DE LA MUJER EN EL CINE Y LAS

NUEVAS TECNOLOGIAS
ASOCIACION PARA LA AYUDA A MUJERES MALTRATADAS EMASUNA
ASOCIACION PARA LA IGUALDAD DE LAS MUJERES AMATU
ASOCIACION PRO DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER CLARA CAMPOAMOR - BILBAO
ASOCIACION PRO DERECHOS DE LA MUJER APRODEMU
ASOCIACIÓN PROYECTO MATERNITY DE AYUDA A LA MUJER EMBARAZADA
ASOCIACION PSICO-SOCIO-CULTURAL DE LA MUJER NUESTRA SEÑORA DE ARRITOKI ETA
ASOCIACION SOCIO CULTURAL DE MUJERES DE ERANDIO
ASOCIACION SOCIO-CULTURAL DE MUJERES DE LEIOA-ANDRAK
ASOCIACION SOCIOCULTURAL DE MUJERES DE ROMO-LAS ARENAS GIZATIAR
ASOCIACION Y PROMOCION SOCIO CULTURAL Y CIVICO DE LA MUJER EKINBIDE
AYUNTAMIENTO DE ABADIÑO-MUJER E IGUALDAD
AYUNTAMIENTO DE BARAKALDO-AREA DE PREVENCION DE DROGODEPENDENCIAS, MUJER Y SOLIDARIDAD
AYUNTAMIENTO DE DERIO-AREA DE JUVENTUD Y MUJER
AYUNTAMIENTO DE MUNGIA-SERVICIO DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ENTRE MUJERES Y HOMBRES
AYUNTAMIENTO DE SESTAO- AREA DE ACCION SOCIAL, TERCERA EDAD Y MUJER
CENTRO DE INFORMACION INFANCIA, JUVENTUD Y MUJER DE EUSKADI MARIA CAMBRILS
FEDERACION DE MUJERES VIUDAS DEL PAIS VASCO
CENTRO INTERCULKTURAL ECHANDO RAICES
MUJERES POR LA SALUD GORANTZA

Asociaciones de Mujeres de Gipuzkoa

ASOCIACION AMUSKA MUJERES DE ESKORIATZA
ASOCIACION CENTRO DE MUJERES ITZATU
ASOCIACION CULTURAL RECREATIVO DE LA MUJER USTAI BELAR
ASOCIACION DE LA MUJER GARRALDI
ASOCIACION DE MUJERES ARGIRI
ASOCIACION DE MUJERES DANDAI
ASOCIACION DE MUJERES DE BEASAIN-ASMUBE
ASOCIACION DE MUJERES EKIN
ASOCIACION DE MUJERES GITANAS Y PAYAS ROMI BIDEAN
ASOCIACION DE MUJERES HEGALDI
ASOCIACION DE MUJERES INMIGRANTES GARAIPEN
ASOCIACION DE MUJERES PAGATXA
ASOCIACION DE MUJERES SEPARADAS DE GIPUZKOA
ASOCIACION MUJERES AFECTADAS DE CANCER DE MAMA Y GINECOLOGICO DE GIPUZKOA KATXALIN
ASOCIACIÓN MUJERES DEL MUNDO UNIDAS
ASOCIACION PARA LA INSERCION SOCIAL DE MUJERES INMIGRANTES-MALEN ETXEA
ASOCIACION PARA LA PROMOCION DE LA MUJER EMAKUME-LA MUJER

AYUNTAMIENTO DE ARRASATE-DEPARTAMENTO DE LA MUJER
AYUNTAMIENTO DE IBARRA-AREA DE BIENESTAR SOCIAL Y MUJER
BEKOZ BEKO-ASOCIACION CONTRA LA VIOLENCIA DOMESTICA, POR LA IGUALDAD Y EL RESPETO A LA MUJER
EMAKIN ASOCIACION POR LA IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES
FEDERACION DE MUJERES MASTECTOMIZADAS DEL PAIS VASCO-EUFEMAS

Asociaciones de Mujeres de Araba

ASOCIACION ALAVESA DE MUJERES CON CANCER DE MAMA Y GINECOLOGICO-ASAMMA
ASOCIACION CULTURAL DE MUJERES EULATE
ASOCIACION CULTURAL DE MUJERES ITURZURI
ASOCIACION CULTURAL DE MUJERES LOS HUSOS DE ELVILLAR
ASOCIACION CULTURAL DE MUJERES OLAETAKO BRISKA TALDEA
ASOCIACION CULTURAL DE MUJERES PEÑA TOLOÑO
ASOCIACION CULTURAL DE MUJERES ZUBIALDE
ASOCIACION DE FAMILIAS Y MUJERES DEL MEDIO RURAL-AFAMMER
ASOCIACION DE MUJERES AURRERAKA
ASOCIACION DE MUJERES DE ANTOÑANA-AGUAKE
ASOCIACION DE MUJERES DE OKONDO AMETSUTS
ASOCIACION DE MUJERES GURAIZAK-LA TIJERA
ASOCIACION DE MUJERES HIRISKA
ASOCIACION DE MUJERES JALGI-SURGIR
ASOCIACION DE MUJERES LAS MURALLAS-HARRESIAK
ASOCIACION DE MUJERES PROYECTOS SOCIALES
ASOCIACION DE MUJERES SALLURTEGUI
ASOCIACION DE PROMOCION DE LA MUJER SOLASTIAR
ASOCIACION EN DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER TRABAJADORA
ASOCIACION ESCUELA DE MUJERES ANAITASUNA
ASOCIACION PRO DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER CLARA CAMPOAMOR - VITORIA-GASTEIZ
ASOCIACION VASCA CONTRA EL ACOSO LABORAL A LA MUJER AVALEMA-ARABA
ASOCIACION VASCA CONTRA EL ACOSO LABORAL A LA MUJER-AVAL
EMAKUNDE-INSTITUTO VASCO DE LA MUJER
ESCUELA DE MUJERES DURANA
ESCUELA DE MUJERES EMAKUME TALDEA
GRUPO DE ESTUDIOS SOBRE LA MUJER
GRUPO DE MUJERES ARRAIA-MAEZTU
GRUPO DE MUJERES EMAKUME TALDEA DE ZUIA
MUJERES PARA LA DEMOCRACIA DE ALAVA
RED DE MUJERES DEL MEDIO RURAL DE ALAVA

ANEXO 3.- EL CUESTIONARIO

Investigación sobre Cuidados y Salud

Deusto
Universidad de Deusto

A continuación se presenta un cuestionario, que forma parte de una investigación llevada a cabo en Universidad de Deusto. Este cuestionario contiene preguntas sobre su bienestar físico y relacional, su salud, sus relaciones de pareja y sus creencias sobre estas.

Al contestar recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, todas son válidas para la investigación. Puede sentirse segura a la hora de contestar porque toda la información que aporte será totalmente anónima y confidencial.

Si está de acuerdo con esta investigación y quiere participar puede contestar el cuestionario. En cualquier momento puede dejar de participar, para ello sólo tendrá que avisar de su deseo de dejar la investigación. Si tiene alguna duda, pregunta o comentario puede ponerse en contacto con nosotras en la dirección: marisoldiaz@opendeusto.es

1.- Edad: _____años

2.- Sexo: ☐Hombre ☐Mujer

3.- Nacionalidad: _____

4.- Nivel de estudios:

Sin estudios	1
Primarios	2
Secundarios	3
Formación profesional	4
Universitarios	5

5.- Trabajo:

Ama de casa	1
En paro	2
Jubilada	3
Activa, ¿En qué trabaja?:_____	4

6.- Estado civil:

1	2	3	4	5	6
Soltera	Pareja de hecho	Casada	Separada	Divorciada	Viuda

7.- Número de hijos/as: _____

8.- En caso de estar conviviendo o haber convivido en pareja (independientemente del estado civil) conteste a las siguientes cuestiones:

8.1.- Sexo de la pareja: ☐Hombre ☐Mujer

8.2.- Duración del noviazgo (antes de convivir): _____años

8.3.- Años de convivencia: _____años

8.4.- Duración total de la relación: _____años

8.5.- Edad comienzo de la relación: _____años

8.6.- Edad de finalización de la relación: _____años

9.- Actualmente, ¿Cuántas personas conviven en el núcleo familiar: _____

10.- Respecto a su labor de cuidadora:

10.1.- ¿De quién cuida?: _____

10.2.- Años de cuidadora: _____ años

10.3.- Horas al día dedicadas al cuidado:

De 0 a 2 horas	1
De más de 3 a 5 horas	2
De más de 5 a 8 horas	3
De más de 8 a 12 horas	4
Más de 12 horas	5

10.4.- ¿Padece usted alguna enfermedad crónica?:

☐No

☐Si ¿cuál?: _____

10.5.- ¿Toma algún tipo de fármaco o producto natural para dormir?:

☐No

☐Si ¿cuál?: _____

10.6.- ¿Toma algún tipo de fármaco o producto natural para calmar los nervios?:

☐No

☐Si ¿cuál?: _____

11.- Respecto a su tiempo libre y de ocio:

11.1.- ¿Cuánto tiempo a la semana dedica a sus actividades de ocio y tiempo libre?:

_____horas

11.2.- ¿Tiene algún hobby?:

☐No

☐Si ¿cuál?: _____

12.- ¿Con qué frecuencia le sucede esto a usted? (Rodee con un círculo la opción elegida).

1 Nunca	2 Rara vez	3 Algunas veces	4 Bastantes veces	5 Casi siempre

1.- ¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	1 2 3 4 5
2.- ¿Piensa que a causa del tiempo que dedica a su familiar ya no tiene tiempo suficiente para usted?	1 2 3 4 5
3.- ¿Se siente agobiada al tener que cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o familia?	1 2 3 4 5
4.- ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	1 2 3 4 5
5.- ¿Se siente enfadada cuando está cerca de su familiar?	1 2 3 4 5
6.- ¿Cree que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con personas de su familia?	1 2 3 4 5
7.- ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	1 2 3 4 5
8.- ¿Cree que su familiar depende de usted?	1 2 3 4 5
9.- ¿Se siente tensa cuando está cerca de su familiar?	1 2 3 4 5
10.- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	1 2 3 4 5
11.- ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	1 2 3 4 5
12.- ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	1 2 3 4 5
13.- ¿Se siente incómoda por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	1 2 3 4 5
14.- ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	1 2 3 4 5
15.- ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	1 2 3 4 5
16.- ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	1 2 3 4 5
17.- ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	1 2 3 4 5
18.- ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	1 2 3 4 5
19.- ¿Se siente insegura sobre qué hacer con su familiar?	1 2 3 4 5
20.- ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	1 2 3 4 5
21.- ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	1 2 3 4 5
22.- En general ¿se siente muy sobrecargada al tener que cuidarlo?	1 2 3 4 5

13.- Por favor, para cada una de las siguientes afirmaciones, rodee con un círculo la opción que mejor le describa:

13.1.- ¿Hasta qué punto su pareja satisface sus necesidades?

1	2	3	4	5
	Pobremente	Término medio	Extremadamente bien	

13.2.- En general, ¿cómo de satisfecha está en su relación?

1	2	3	4	5
	Muy Insatisfecha	Término medio	Muy Satisfecha	

13.3.- ¿Cómo de buena es su relación comparada con la mayoría?

1	2	3	4	5
	Pobremente	Término medio	Extremadamente bien	

13.4.- ¿Con qué frecuencia desearía no haber comenzado esta relación?

1	2	3	4	5
	Nunca	Con frecuencia	Muy frecuentemente	

13.5.- ¿Hasta qué punto su relación ha cubierto sus expectativas originales?

1	2	3	4	5
	En absoluto	Término medio	Totalmente	

13.6.- ¿Cuánto quiere a su pareja?

1	2	3	4	5
	Muy poco	Término medio	Mucho	

13.7.- ¿Cuántos problemas hay en su relación?

1	2	3	4	5
	Muy pocos	Lo normal	Muchos	

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está segura de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

14.- En general, ¿diría usted que su salud es?: (Rodee con un círculo la opción elegida)

1	2	3	4	5
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

15.- ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año? (Rodee con un círculo la opción elegida)

1	2	3	4	5
Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual ahora que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año

16.- Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted puede hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual la limita en estas actividades? Si es así, ¿cuánto? (Rodee con un círculo la opción elegida)

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
1.- Hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	1	2	3
2.- Hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora	1	2	3
3.- Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
4.- Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
5.- Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
6.- Agacharse o arrodillarse	1	2	3
7.- Caminar un kilómetro o más	1	2	3
8.- Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
9.- Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3

10.- Bañarse o vestirse por sí misma	1	2	3

17.- Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física? (Rodee con un círculo la opción elegida)

	Sí	No
1.- Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física	1	2
2.- Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física	1	2
3.- Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física	1	2
4.- Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física	1	2

18.- Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimida o ansiosa)? (Rodee con un círculo la opción elegida)

	Sí	No
1.- Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimida, o nerviosa)	1	2
2.- Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimida, o nerviosa)	1	2
3.- No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimida, o nerviosa)	1	2

19.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, amistades, vecindad u otras personas? (Rodee con un círculo la opción elegida)

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

20.- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? (Rodee con un círculo la opción elegida)

1	2	3	4	5	6
No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo

21.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? (Rodee con un círculo la opción elegida)

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

22.- Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han salido las cosas durante las últimas cuatro semanas. En cada pregunta, por favor rodee con un círculo la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas?

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
1.- ¿cuánto tiempo se sintió llena de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
2.- ¿cuánto tiempo estuvo muy nerviosa?	1	2	3	4	5	6
3.- ¿cuánto tiempo se sintió tan baja de moral que nada podía animarla?	1	2	3	4	5	6
4.- ¿cuánto tiempo se sintió calmada y tranquila?	1	2	3	4	5	6
5.- ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía	1	2	3	4	5	6
6.- ¿cuánto tiempo se sintió desanimada y triste?	1	2	3	4	5	6
7.- ¿cuánto tiempo se sintió agotada?	1	2	3	4	5	6
8.- ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
9.- ¿cuánto tiempo se sintió cansada?	1	2	3	4	5	6

23.- Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amistades o familiares)? (Rodee con un círculo la opción elegida)

1	2	3	4	5
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

24.- ¿Cómo le parece cada una de las siguientes afirmaciones? (Rodee con un círculo la opción elegida)

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
1.- Creo que me pongo enferma más fácilmente que otras personas.	1	2	3	4	5
2.- Estoy tan sana como cualquiera.	1	2	3	4	5
3.- Creo que mi salud va a empeorar.	1	2	3	4	5
4.- Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5

25.- No importa lo bien que se lleve una pareja, hay veces que no están de acuerdo, se enfadan con la otra persona, cada uno quiere cosas diferentes, o tiene riñas o peleas ya sea porque están de mal humor, cansados o por otros motivos. Las parejas también tratan de resolver estas diferencias de distintas maneras. Ésta es una lista de cosas que usted y su pareja puede que hagan cuando tienen diferencias. Por favor, rodee con un círculo cuántas veces usted y su pareja han hecho alguna de estas cosas en los últimos doce meses. Si no han hecho ninguna de estas cosas durante los doce últimos meses, pero ha sucedido alguna vez antes, rodee con un círculo el "7".

0	1	2	3	4	5	6	7
No ha pasado antes	Una vez el año pasado	Dos veces el año pasado	De 3 a 5 veces el año pasado	De 6 a 10 veces el año pasado	De 11 a 20 veces el año pasado	Más de 20 veces el año pasado	Nunca el año pasado, pero sucedió antes.

1.- Le dije a mi pareja que le apreciaba incluso en un momento de desacuerdo.	0 1 2 3 4 5 6 7
2.- Mi pareja me dijo que me apreciaba incluso en un momento de desacuerdo.	0 1 2 3 4 5 6 7
3.- Le expliqué a mi pareja mi punto de vista sobre nuestro desacuerdo.	0 1 2 3 4 5 6 7
4.- Mi pareja me explicó su punto de vista sobre nuestro desacuerdo.	0 1 2 3 4 5 6 7
5.- Le dije una palabrota a mi pareja.	0 1 2 3 4 5 6 7
6.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
7.- Le tiré algo a mi pareja que pudo hacerle daño.	0 1 2 3 4 5 6 7
8.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
9.- Retorcí el brazo a mi pareja o le tiré de los pelos.	0 1 2 3 4 5 6 7
10.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7

0	1	2	3	4	5	6	7
No ha pasado antes	Una vez el año pasado	Dos veces el año pasado	De 3 a 5 veces el año pasado	De 6 a 10 veces el año pasado	De 11 a 20 veces el año pasado	Más de 20 veces el año pasado	Nunca el año pasado, pero sucedió antes.

11.- Me hice una torcedura, pequeño corte o cardenal como consecuencia de una pelea con mi pareja.	0 1 2 3 4 5 6 7
12.- Mi pareja tuvo una torcedura, pequeño corte o cardenal peleando conmigo.	0 1 2 3 4 5 6 7
13.- Mostré respeto por los sentimientos de mi pareja sobre un tema.	0 1 2 3 4 5 6 7
14.- Mi pareja mostró respeto por mis sentimientos sobre un tema.	0 1 2 3 4 5 6 7
15.- Obligué a mi pareja a tener relaciones sexuales sin un condón.	0 1 2 3 4 5 6 7
16.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
17.- Le di un empujón a mi pareja.	0 1 2 3 4 5 6 7
18.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
19- Usé la fuerza (golpeando, sujetándole, o usando un arma) para obligar a mi pareja a tener sexo oral o anal.	0 1 2 3 4 5 6 7
20.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
21.- Usé un cuchillo o un arma de fuego contra mi pareja.	0 1 2 3 4 5 6 7
22.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
23.- Perdí el conocimiento después de ser golpeado en la cabeza por mi pareja durante una pelea.	0 1 2 3 4 5 6 7

24.- Mi pareja perdió el conocimiento por un golpe en la cabeza durante una pelea conmigo.	0 1 2 3 4 5 6 7
25.- Insulté a mi pareja llamándola, por ejemplo, gordo o feo.	0 1 2 3 4 5 6 7
26.- Mi pareja me insultó llamándome, por ejemplo, gorda o fea.	0 1 2 3 4 5 6 7
27.- Di un puñetazo o golpeé a mi pareja con algo que pudo hacerle daño.	0 1 2 3 4 5 6 7
28.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
29.- Destrocé algo que pertenecía a mi pareja.	0 1 2 3 4 5 6 7
30.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
31.- Fui al médico/a como consecuencia de una pelea con mi pareja.	0 1 2 3 4 5 6 7
32.- Mi pareja fue al médico/a como consecuencia de una pelea conmigo.	0 1 2 3 4 5 6 7
33.- Agarré a mi pareja por el cuello como para estrangularla.	0 1 2 3 4 5 6 7
34.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
35.- Grité o chillé a mi pareja.	0 1 2 3 4 5 6 7
36.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7

0	1	2	3	4	5	6	7
No ha pasado antes	Una vez el año pasado	Dos veces el año pasado	De 3 a 5 veces el año pasado	De 6 a 10 veces el año pasado	De 11 a 20 veces el año pasado	Más de 20 veces el año pasado	Nunca el año pasado, pero sucedió antes.

37.- Lancé a mi pareja contra una pared.	0 1 2 3 4 5 6 7
38.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
39.- Le dije que estaba segura de que podíamos solucionar un problema.	0 1 2 3 4 5 6 7
40.- Me dijo que estaba seguro de que podíamos solucionar un problema.	0 1 2 3 4 5 6 7
41.- Necesité ver un médico/a como consecuencia de una pelea con mi pareja, pero no lo vi.	0 1 2 3 4 5 6 7
42.- Mi pareja necesitó ver a un médico/a como consecuencia de una pelea conmigo, pero no lo vio.	0 1 2 3 4 5 6 7
43.- Le di una paliza a mi pareja.	0 1 2 3 4 5 6 7
44.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
45.- Agarré con fuerza a mi pareja.	0 1 2 3 4 5 6 7
46.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
47.- Usé la fuerza (golpeando, sujetándole o usando un arma) para obligar a mi pareja a tener relaciones sexuales.	0 1 2 3 4 5 6 7
48.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
49.- Me fui furiosa de la habitación, la casa o el patio durante una riña.	0 1 2 3 4 5 6 7
50.- Mi pareja me hizo lo mismo.	0 1 2 3 4 5 6 7
51.- Insistí en tener relaciones sexuales aunque mi pareja no quería (pero no usé la fuerza física).	0 1 2 3 4 5 6 7
52.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
53.- Le di una bofetada a mi pareja.	0 1 2 3 4 5 6 7
54.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
55.- Me rompí un hueso como consecuencia de una pelea con mi pareja.	0 1 2 3 4 5 6 7
56.- Mi pareja se rompió un hueso como consecuencia de una pelea conmigo.	0 1 2 3 4 5 6 7
57.- Usé amenazas para hacer a mi pareja tener sexo oral o anal.	0 1 2 3 4 5 6 7
58.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
59.- Sugerí un pacto para ponernos de acuerdo.	0 1 2 3 4 5 6 7
60.- Mi pareja sugirió un pacto para ponernos de acuerdo.	0 1 2 3 4 5 6 7

61.- Le provoqué quemaduras o le arrojé un líquido hirviendo a mi pareja.	0 1 2 3 4 5 6 7
62.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
63.- Insistí en que mi pareja tuviera sexo oral o anal (pero no usé la fuerza).	0 1 2 3 4 5 6 7

0	1	2	3	4	5	6	7
No ha pasado antes	Una vez el año pasado	Dos veces el año pasado	De 3 a 5 veces el año pasado	De 6 a 10 veces el año pasado	De 11 a 20 veces el año pasado	Más de 20 veces el año pasado	Nunca el año pasado, pero sucedió antes.

64.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
65.- Acusé a mi pareja de ser un amante pésimo.	0 1 2 3 4 5 6 7
66.- Mi pareja me acusó de esto.	0 1 2 3 4 5 6 7
67.- Hice algo para fastidiar a mi pareja.	0 1 2 3 4 5 6 7
68.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
69.- Amenacé a mi pareja con darle un golpe o arrojarle algo.	0 1 2 3 4 5 6 7
70.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
71.- Todavía tenía dolores el día después de haberme peleado con mi pareja.	0 1 2 3 4 5 6 7
72.- Mi pareja todavía tenía dolores después de haberse peleado conmigo.	0 1 2 3 4 5 6 7
73.- Le di una patada a mi pareja.	0 1 2 3 4 5 6 7
74.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
75.- Usé amenazas para hacer a mi pareja tener relaciones sexuales.	0 1 2 3 4 5 6 7
76.- Mi pareja me hizo esto a mí.	0 1 2 3 4 5 6 7
77.- Estuve de acuerdo en intentar la solución que mi pareja propuso a un desacuerdo.	0 1 2 3 4 5 6 7
78.- Mi pareja estuvo de acuerdo en intentar una solución que yo propuse.	0 1 2 3 4 5 6 7

26.- La mayoría de las personas muestran algún tipo de desacuerdo en sus relaciones. Indique, por favor, el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre usted y su pareja en cada uno de los elementos que figuran a continuación. (Rodee con un círculo la opción elegida)

0 Siempre en desacuerdo	1 Casi siempre en desacuerdo	2 A menudo en desacuerdo	3 A veces en desacuerdo	4 Casi siempre de acuerdo	5 Siempre de acuerdo

1.- Manejo de finanzas familiares	0 1 2 3 4 5
2.- Demostraciones de cariño	0 1 2 3 4 5
3.- Amistades	0 1 2 3 4 5
4.- Relaciones con familiares próximos	0 1 2 3 4 5
5.- Tareas domésticas	0 1 2 3 4 5

0 Nunca	1 Casi nunca	2 A veces	3 A menudo	4 Casi siempre	5 Siempre

6.- ¿Con qué frecuencia han pensado en el divorcio o separación?	0 1 2 3 4 5
7.- ¿Lamenta haberse casado (o decidido vivir juntos)?	0 1 2 3 4 5
8.- ¿Con qué frecuencia discuten usted y su pareja?	0 1 2 3 4 5

0 Nunca	1 Casi nunca	2 A veces	3 Casi todos los días	4 Todos los días

9.- ¿Besa a su pareja?	0 1 2 3 4

0 En ninguna	1 En casi ninguna	2 En algunas	3 En la mayoría	4 En casi todas

10.- ¿Participan juntos en actividades fuera de la pareja?	0 1 2 3 4

0 Nunca	1 Menos de 1 vez al mes	2 1-2 veces al mes	3 1-2 veces a la semana	4 1 vez al día	5 Más a menudo incluso

11.- ¿Dialogan tranquilamente sobre cualquier cosa?	0 1 2 3 4 5
12.- ¿Colaboran juntos en un proyecto?	0 1 2 3 4 5

27.- ¿Cuál de las frases que figuran a continuación describe mejor su forma de ver el futuro de su relación de pareja? (Rodee con un círculo la opción elegida)

Nuestra relación nunca podrá tener éxito, y no hay nada más que yo pueda hacer para mantenerla	0
Sería muy agradable si mi relación de pareja tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que ya hago ahora para contribuir a que la pareja vaya bien	1
Sería muy agradable si mi relación de pareja tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago ahora para conseguirlo	2
Tengo mucho interés en que mi relación tenga éxito, y pondré de mi parte lo necesario para conseguirlo	3
Tengo mucho interés en que mi relación tenga éxito, y haré todo lo que pueda para conseguirlo	4
Quiero a toda costa que mi relación tenga éxito y haría cualquier cosa por conseguirlo	5

28.- El objetivo de este cuestionario es conocer su opinión sobre algunos temas. A continuación se le presentan una serie de afirmaciones para que juzgue si está de acuerdo o no, e indique su punto de vista. Es importante recalcar que se le pide que exprese únicamente su opinión personal.

1 Desacuerdo total	2 Bastante en desacuerdo	3 Algo en desacuerdo	4 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5 Algo de acuerdo	6 Bastante de acuerdo	7 Acuerdo total

Lea cada afirmación y rodee la opción que mejor refleje su opinión. Luego, pase a la que sigue, y así sucesivamente. No olvide contestar a todas las cuestiones. Conteste simplemente lo que usted piense, y hágalo lo más rápidamente posible. Evalúe cada cuestión por separado, y no vuelva atrás.

1.- Las mujeres lesbianas deberían ser aceptadas con total normalidad.	1 2 3 4 5 6 7
2.- No hay manera de cambiar el hecho de que una mujer que sale sola de noche, siempre tendrá más probabilidades que un hombre de encontrarse con problemas.	1 2 3 4 5 6 7
3.- La idea de que Cristo hubiera podido ser una mujer debería ser perfectamente aceptable.	1 2 3 4 5 6 7

4.- Por su propia naturaleza, las mujeres siempre se preocuparán más por el ámbito de 1o privado y por las personas que tienen cerca que por los asuntos políticos o ciudadanos y las abstractas cuestiones morales de justicia o injusticia.	1 2 3 4 5 6 7
5.- Pese a que pueda parecer duro, ni ahora ni nunca debe permitirse que las parejas homosexuales adopten niños, ya que puede resultar perjudicial que ambos padres sean del mismo sexo.	1 2 3 4 5 6 7
6.- Seguramente es natural que sean las mujeres las que se ocupen prioritariamente del hogar y los/as hijos/as, porque los/as niños/as necesitan de la madre durante los primeros años de vida.	1 2 3 4 5 6 7
7.- Los hombres están peor dotados que las mujeres para el cuidado de los/as niños/as, los/as enfermos/as y los/as ancianos/as.	1 2 3 4 5 6 7
8.- Es normal que, ante una operación grave, se prefiera un cirujano varón, ya que, cuando la vida está en juego, es mejor inclinarse por opciones ya probadas.	1 2 3 4 5 6 7
9.- El papel diferente de hombres y mujeres dentro de la Iglesia obedece a razones religiosas y debe ser mantenido.	1 2 3 4 5 6 7
10.- Las mujeres jamás podrán valorar a los hombres dulces, sumisos y hogareños.	1 2 3 4 5 6 7
11.- Como jueces los hombres siempre serán más imparciales que las mujeres.	1 2 3 4 5 6 7

1	2	3	4	5	6	7
Desacuerdo total	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Acuerdo total

12.- En general, si una mujer no está casada ni vive en pareja suele ser porque no ha encontrado a nadie que se enamore de ella.	1 2 3 4 5 6 7
13.- Aunque no quieran reconocerlo, las mujeres siempre se sentirán más atraídas por los hombres fuertes y viriles.	1 2 3 4 5 6 7
14.- El modelo femenino que propone la Iglesia, con sus valores de castidad, obediencia, maternidad y sacrificio, es sustancialmente correcto y vale la pena seguirlo.	1 2 3 4 5 6 7
15.- Es deseable que en un matrimonio el hombre sea varios años mayor que la mujer.	1 2 3 4 5 6 7
16.- Si en una empresa se ven obligados a despedir a algunos/as trabajadores/as, es preferible que los afectados sean mujeres, ya que ellas no suelen tener que mantener a una familia.	1 2 3 4 5 6 7
17.- Debería permitirse a los chicos y chicas elegir libremente su orientación sexual: heterosexualidad, bisexualidad u homosexualidad.	1 2 3 4 5 6 7
18.- Es natural que los padres tiendan a conceder más libertad a los hijos varones, ya que las chicas siempre correrán peligros mayores.	1 2 3 4 5 6 7
19.- En la pareja, antes o después habrá problemas si la mujer es varios años mayor que el hombre, ya que las mujeres suelen perder antes su atractivo sexual.	1 2 3 4 5 6 7
20.- En las dinastías profesionales familiares, en las que hay varias generaciones de médicos, abogados, empresarios o artesanos, es preferible que sea el varón el que continúe la tradición familiar, ya que, seguramente, tiene más posibilidades de éxito.	1 2 3 4 5 6 7
21.- Es más adecuado que el varón tome la iniciativa en las relaciones sexuales.	1 2 3 4 5 6 7
22.- Con un índice de paro tan elevado sería preferible no insistir tanto en la incorporación de las mujeres al mundo laboral, para así evitar el riesgo de que en algunas familias entren dos sueldos y en otras ninguno.	1 2 3 4 5 6 7
23.- Por su propia naturaleza, el varón necesita masturbarse más que la mujer.	1 2 3 4 5 6 7

24.- Debería considerarse normal que una persona homosexual (hombre o mujer) fuese presidente de gobierno.	1 2 3 4 5 6 7
25.- Es inevitable que el matrimonio implique una pérdida de independencia mayor para las mujeres que para los hombres, ya que de ellas depende el nacimiento y la crianza de los/as niños/as.	1 2 3 4 5 6 7

1	2	3	4	5	6	7
Desacuerdo total	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Acuerdo total

26.- En general, los varones suelen tener impulsos sexuales más fuertes.	1 2 3 4 5 6 7
27.- Las mujeres deberían poder ejercer el sacerdocio y ocupar puestos en la jerarquía eclesiástica, incluyendo el papado.	1 2 3 4 5 6 7
28.- A la hora de la verdad, las mujeres siempre dedicaran más energía al bienestar de sus hijos/as y su familia que al trabajo.	1 2 3 4 5 6 7
29.- A pesar de todo el respeto que merecen, es natural que no se permita el matrimonio entre homosexuales.	1 2 3 4 5 6 7
30.- El concepto de Dios debería ser tanto masculino como femenino.	1 2 3 4 5 6 7

29.- Las afirmaciones de la siguiente lista reflejan diferentes actitudes en el amor. Para cada una de ellas, rodee con un círculo la opción que mejor corresponda con tu actitud. Los ítems se refieren a una relación amorosa específica, responda a las preguntas teniendo presente a su pareja.

1	2	3	4	5
Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo

1.- Mi pareja y yo nos sentimos mutuamente atraídos en cuanto nos conocimos.	1 2 3 4 5
2.- A mi pareja y a mí nos une una misma "química" corporal.	1 2 3 4 5
3.- Nuestra manera de hacer el amor es muy intensa y satisfactoria.	1 2 3 4 5
4.- Siento que mi pareja y yo estamos hechos el uno para el otro.	1 2 3 4 5
5.- Mi pareja y yo nos implicamos física y emocionalmente con rapidez.	1 2 3 4 5
6.- Mi pareja y yo nos comprendemos de verdad.	1 2 3 4 5
7.- Mi pareja cumple con mi estándar ideal de belleza/elegancia.	1 2 3 4 5
8.- Intento mantener a mi pareja un tanto insegura acerca de mi compromiso con él/ella.	1 2 3 4 5
9.- Considero que lo que mi pareja no sabe de mí no puede dañarle.	1 2 3 4 5
10.- A veces he tenido que abstenerme de hablarle de mis otras parejas.	1 2 3 4 5
11.- Yo podría dar por terminada mi relación de manera fácil y rápida.	1 2 3 4 5
12.- A mi pareja no le gustaría que le contase algunas cosas que he hecho con otras personas.	1 2 3 4 5
13.- Cuando noto que mi pareja está muy pendiente de mí, me gustaría distanciarme.	1 2 3 4 5

1 Completamente de acuerdo	2 Moderadamente de acuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 Moderadamente en desacuerdo	5 Completamente en desacuerdo

14.- Disfruto practicando el "juego del amor" (flirteo) con mi pareja y con otros/as.	1 2 3 4 5
15.- Me resulta difícil decir exactamente cuándo nuestra amistad se convirtió en amor.	1 2 3 4 5
16.- Para ser auténtico, nuestro amor requiere antes unos "retoques".	1 2 3 4 5
17.- Creo que mi pareja y yo siempre seremos amigos.	1 2 3 4 5
18.- Nuestro amor es de lo mejorcito porque ha nacido de una larga amistad.	1 2 3 4 5
19.- Nuestra amistad se fue convirtiendo en amor con el tiempo.	1 2 3 4 5
20.- Nuestro amor es realmente una amistad profunda, no una emoción misteriosa, mística.	1 2 3 4 5
21.- Nuestra relación amorosa es de lo más satisfactoria porque se desarrolló a partir de una buena amistad.	1 2 3 4 5
22.- Tuve en cuenta lo que mi pareja iba a ser en la vida antes de comprometerme con él/ella.	1 2 3 4 5
23.- Antes de elegir a mi pareja traté de planificar minuciosamente mi vida.	1 2 3 4 5
24.- Al elegir a mi pareja, pensé que sería mejor amar a alguien con una experiencia similar a la mía.	1 2 3 4 5
25.- Lo principal al elegir mi pareja fue considerar cómo le caería a mi familia.	1 2 3 4 5
26.- Un factor importante al elegir mi pareja fue considerar si sería buen/a padre/madre.	1 2 3 4 5
27.- Algo que tuve en cuenta al elegir mi pareja es cómo iba a influir en mi carrera.	1 2 3 4 5
28.- Antes de comprometerme del todo con mi pareja traté de imaginarme cómo serían de compatibles nuestros respectivos antecedentes hereditarios en caso de que fuéramos a tener hijos.	1 2 3 4 5
29.- Cuando las cosas no van bien entre nosotros, se me revuelve el estómago.	1 2 3 4 5
30.- Si rompiésemos, cogería tal depresión que incluso llegaría a pensar en el suicidio.	1 2 3 4 5
31.- A veces me excita tanto estar enamorado de mi pareja que no puedo dormir.	1 2 3 4 5
32.- Cuando mi pareja no me presta atención, me pongo malo/a.	1 2 3 4 5
33.- Desde que me enamoré de mi pareja, me resulta difícil concentrarme en cualquier otra cosa.	1 2 3 4 5
34.- No puedo relajarme al sospechar que mi pareja está con otra persona.	1 2 3 4 5
35.- Si mi pareja lleva un rato ignorándome, a veces hago tonterías para tratar de atraer su atención.	1 2 3 4 5

1 Completamente de acuerdo	2 Moderadamente de acuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 Moderadamente en desacuerdo	5 Completamente en desacuerdo

36.- Siempre trato de ayudar a mi pareja en los momentos difíciles.	1 2 3 4 5
37.- Prefiero sufrir yo a permitir que él/ella sufra.	1 2 3 4 5
38.- No consigo ser feliz a menos que ponga su felicidad por delante de la mía.	1 2 3 4 5
39.- Por lo general prefiero sacrificar mis propios deseos en aras de que él/ella consiga los suyos.	1 2 3 4 5

40.- Todo cuanto poseo es para que mi pareja lo use como quiera.	1 2 3 4 5
41.- Aunque mi pareja esté enfadada conmigo, la sigo queriendo total e incondicionalmente.	1 2 3 4 5
42.- Daría todo por mi familia.	1 2 3 4 5

31.- Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

31.1.- Aproximadamente, ¿Cuántas amistades íntimas o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre) Escriba el nº de amistades íntimas y familiares cercanos:

31.2.- Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre

1.- Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1 2 3 4 5
2.- Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	1 2 3 4 5
3.- Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1 2 3 4 5
4.- Alguien que le lleve al médico/a cuando lo necesita.	1 2 3 4 5
5.- Alguien que le muestre amor y afecto.	1 2 3 4 5
6.- Alguien con quien pasar un buen rato.	1 2 3 4 5
7.- Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1 2 3 4 5
8.- Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1 2 3 4 5
9.- Alguien que le abrace.	1 2 3 4 5
10.- Alguien con quien pueda relajarse.	1 2 3 4 5
11.- Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1 2 3 4 5
12.- Alguien cuyo consejo realmente desee.	1 2 3 4 5

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre

13.- Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.	1 2 3 4 5
14.- Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enferma.	1 2 3 4 5
15.- Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.	1 2 3 4 5
16.- Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.	1 2 3 4 5
17.- Alguien con quien divertirse.	1 2 3 4 5
18.- Alguien que comprenda sus problemas.	1 2 3 4 5
19.- Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	1 2 3 4 5

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN