

Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud

María del Mar García-Calvente, María del Río Lozano
y Ana Pamela Eguiguren

Helburuak: gizonen eta emakumeen zaintza informala banatzeko desoreka, eta horrek osasunean oro har eta mentalki dakartzan eraginak aztertzea.

Metodologia: Pertsona helduei egindako (3241 emakume eta 3243 gizon) Encuesta Andaluza de Salud 1999 delakotik ateratako datuak erabiltzen dira. Sexuaren araberrako zaintzaren aldagaiak deskriptiboki aztertzen dira, eta bi aldagaietako analisi deskriptiboak egiten da, aldagai soziokulturalak, zaintza prestazioak eta osasun-perzepzioak (osasun orokorra eta osasun mentala) gizonetan eta emakumeetan neurtzeko.

Emaitzak: Zaintza behar duten pertsonekin gizonak baino gehiago emakumeak bizi dira (%61 emakume vs. %30 gizon), bereziki, oinarritzko ikasketak izan badituzte, etxean lan egiten badute edo ezkondua badaude edo lehen ezkondua bazeuden. Zaintza behar duten pertsonekin gehien egoten diren gizonak unibertsitateko ikasketak izaten dituzte, lan ordaindu bat dute, ezkondua daude edo lehen ezkondua zeuden. Pertsona nagusiak, gaixotasun kronikoak dituztenak edo minusbaliotasunen bat dutenak zaintzea osasunarentzat kaltegarria izan daiteke emakumeentzat (EA antzemandako osasun eskasaren 1.42 [1.07-1.89]; EA osasun mental eskasaren 1.47 [1.12-1.94]). Gizonen kasuan ordea, ez dira arrisku horiek antzematen.

Ondorioak: Zaintza informalari dagokionez, generoaren araberrako desberdintasun asko dira, emakumeen osasunarengan, adibidez, ondorioak oso kaltegarriak izan daitezke. Mendeko pertsonen zaintzaren inguruan egindako ikerketetan, beraz, kontuan izan behar dira aipatutako genero-desberdintasunak.

Objetivos: Analizar la desigual distribución del cuidado informal entre mujeres y hombres y su impacto en salud percibida general y mental.

Metodología: Realizamos una explotación de los datos de la Encuesta Andaluza de Salud 1999 en población adulta (3241 mujeres y 3243 hombres). Se aporta un análisis descriptivo de las variables de cuidados según sexo, y bivalente para medir la asociación entre variables socio-estructurales, prestación de cuidados y percepción de salud, general y mental, en mujeres y en hombres.

Resultados: Las mujeres se ocupan del cuidado de las personas con las que conviven con mucha mayor frecuencia que los varones (61% vs. 30%), especialmente si tienen estudios primarios, trabajan solo en el hogar y las casadas o anteriormente casadas. Los hombres con estudios universitarios, trabajo remunerado, casados o anteriormente casados, participan más en los cuidados. Cuidar a algún familiar mayor o con problemas crónicos o discapacidad supone riesgo para la salud en mujeres (OR salud percibida deficiente 1.42 [1.07-1.89]; OR salud mental deficiente 1.47 [1.12-1.94]). Estos riesgos no se observan en el caso de los hombres.

Conclusiones: Existen fuertes desigualdades de género en el cuidado informal, que suponen un impacto desfavorable para la salud de las mujeres. Las intervenciones dirigidas a la atención de personas dependientes deberían reconocer estas desigualdades.

MARÍA DEL MAR GARCÍA-CALVENTE, doctora en Medicina, es profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), **MARÍA DEL RÍO LOZANO** es socióloga y técnica de investigación de la EASP y **ANA PAMELA EGUIGUREN BRAVO** es licenciada en Obstetricia, Máster en Salud Pública y profesora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. **E-MAIL:** mariadelmar.garcia.easp@juntadeandalucia.es

1. Introducción

El interés por el cuidado informal, prestado mayoritariamente por las mujeres, ha ido en aumento durante las últimas décadas, y el cuidado de las personas dependientes se ha situado en el centro del debate sobre las políticas de bienestar (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004). Con el envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacidades, no sólo aumenta la necesidad de cuidados, también supone una mayor exigencia en su prestación (Armstrong, 2001).

La progresiva incorporación de las mujeres (principales cuidadoras) al mercado laboral es un fenómeno consistente en nuestro contexto; sin embargo, la incorporación de los hombres al trabajo reproductivo se está produciendo a un ritmo mucho más lento (Larrañaga, 2004). De hecho, la mayoría de las mujeres, con empleo o sin él, siguen asumiendo la responsabilidad del cuidado y pagando el elevado coste de cuidar para su propia calidad de vida. Por otro lado, la orientación de los servicios sanitarios hacia la atención a la salud en el propio entorno de los individuos, transforma el hogar en un escenario fundamental de la atención sanitaria, donde confluyen el sistema profesional y el informal (National Coordinating Group on Health Care Reform and Women). Esto supone un desplazamiento de más cuidados, y más complejos, hacia el sistema informal (Donelan, 2002; IMSERSO, 2002).

Diversas investigaciones realizadas en nuestro país durante las últimas décadas confirman consistentemente que *la familia* es la principal proveedora de cuidados de salud (IMSERSO, 1995; García-Calvente, 1999; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004). Cuando se habla de *cuidadores*, se está hablando mayoritariamente del apoyo ofrecido por miembros de la red familiar inmediata; pero, la distribución del rol de *cuidador* no es homogénea en las familias. Género, convivencia y parentesco son los factores más importantes que parecen predecir qué persona del núcleo familiar asume el papel de cuidadora principal (García-Calvente, 1999). El hecho de que la atención informal sea mayoritariamente atención femenina, pone en evidencia las cargas diferenciales de cuidado entre hombres y mujeres.

Determinados rasgos del cuidado informal afectan muy directamente a su visibilidad y reconocimiento social. Se trata de un trabajo no remunerado, prestado en virtud de relaciones afectivas y de parentesco, y que se desarrolla en el ámbito privado de lo doméstico (Durán 1988, García-Calvente, 2002). En nuestras sociedades, cuidar de las criaturas, personas mayores o enfermas de la familia forma parte de una función adscrita a las mujeres como parte de los roles de género. Las mujeres cuidadoras han sido, por estas mismas características, un grupo social "invisible" y particularmente débil en la sociedad.

Las cifras que ilustran el predominio de las mujeres como cuidadoras son abrumadoras: el 60% de las cuidadoras principales de personas mayores (IMSERSO, 2002; IMSERSO, 1995), el 75% en el caso de personas con discapacidad (Jiménez, 2002), y el 92% de las cuidadoras de las personas que necesitan atención por cualquiera de los motivos, son mujeres (García-Calvente, 1999). Sin embargo, no todas las mujeres participan por igual en el cuidado: son las mujeres de menor nivel educativo, sin empleo, y de niveles inferiores de clase social las que configuran el gran colectivo de cuidadoras informales (IMSERSO, 1995; La Parra, 2001).

Las diferencias de género no sólo son evidentes en la proporción de mujeres y hombres que asumen el papel de cuidadores, también existen diferencias en las propias características del cuidado que prestan. Las mujeres cuidadoras asumen con mayor frecuencia los cuidados de atención personal e instrumentales, y están más implicadas en las tareas de acompañamiento y vigilancia (IMSERSO, 2002; García-Calvente, 1999), es decir, los cuidados más pesados, cotidianos y que exigen una mayor dedicación. Las investigaciones sobre cuidado informal y reparto del tiempo indican que las mujeres dedican más tiempo a cuidar que los hombres (Eurostat, 2002).

En definitiva, las mujeres cuidadoras experimentan diferentes contextos socioeconómicos y expectativas respecto a su rol de género en comparación con los hombres que cuidan, que resultan en una mayor dedicación en tiempo de las mujeres al cuidado y en que asumen con mayor frecuencia la responsabilidad de cuidar a más de una persona (Morris, 2001). Igualmente, las mujeres cuidadoras ofrecen formas más intensivas y complejas de cuidado, enfrentan más dificultades para cuidar y tienen que balancear con más frecuencia el cuidado con otras responsabilidades familiares y laborales, en comparación con los hombres cuidadores (Navaie-Waliser, 2002). El cuidado, en suma, interfiere en la vida cotidiana de las mujeres mucho más que en la de los hombres, y las pone en mayor riesgo de asumir consecuencias negativas de cuidar sobre sus vidas (Morris 2001).

El impacto de cuidar sobre la salud es un aspecto frecuentemente abordado en los estudios sobre cuidado informal (García-Calvente, 2004). En un estudio realizado sobre 1000 personas cuidadoras en Andalucía, casi la mitad opinaba que cuidar tenía consecuencias negativas sobre su propia salud en algún grado, y cerca del 15% percibían este impacto con una intensidad muy elevada (García-Calvente, 1999). El impacto negativo sobre la esfera psicológica fue mucho más evidente y era percibido intensamente en una proporción de cuidadoras que duplicaba a las que percibían impacto sobre su salud física.

Diversas investigaciones realizadas en otros contextos han puesto en evidencia que cuidar supone un riesgo para la salud, en términos de salud percibida, morbilidad e incluso mortalidad (Pinquart, 2003; Brehaut, 2004; Li, 2004; Schultz, 1999). La evidencia no es tan concluyente acerca de las diferencias de género en el impacto en salud, aunque son diversos los estudios que muestran que cuidar afecta negativamente a la salud de las mujeres más que a la de los hombres que cuidan (Chiou, 2005; Argimon, 2004). En un reciente meta-análisis se encontraron menores diferencias de las esperadas en las variables de cuidados según sexo (Pinquart, 2006). Los hallazgos indican que son las desigualdades de género en las condiciones en las que se prestan los cuidados (más horas de cuidado, más tareas demandantes), en acceso y control a los recursos materiales y simbólicos (mayor obligación social de cuidar, menor capacidad de elección real) y en costes de oportunidad (Navaie-Waliser, 2002), las que podrían condicionar un mayor impacto de cuidar en la salud de las mujeres.

El propósito de este trabajo es analizar cómo la desigual distribución del cuidado informal entre hombres y mujeres resulta un elemento fundamental para comprender las desigualdades de género en salud. Para ello, hemos analizado: a) las diferencias en la participación en los cuidados entre mujeres y hombres; b) su relación con variables

de posición social o socio-estructurales (edad, nivel educativo, clase social, situación laboral) y con otras variables indicadoras de roles reproductivos (situación marital, número de personas del hogar) y c) la asociación entre la participación en los cuidados y la salud percibida general y mental.

2. Metodología

Hemos realizado una explotación de los datos de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) de 1999 (Sánchez-Cruz, 2003). La población de estudio está constituida por todas las personas mayores de 15 años no institucionalizadas residentes en Andalucía. Se aplicaron 6.484 entrevistas personales (3.241 mujeres y 3.243 hombres), distribuidas en 95 municipios y 742 secciones censales de todas las provincias andaluzas.

Las variables incluidas en este estudio son las siguientes:

1. Variables socio-estructurales o de posición social:

- Sexo
- Edad
- Nivel máximo de estudios alcanzado: universitarios; secundarios; primarios; y sin estudios.
- Situación laboral: trabajo remunerado; desempleado/a; jubilado/a (incluye la categoría "otros", que contiene a los que presentan incapacidad o invalidez permanente y otras situaciones); ama de casa; y estudiante.
- Clase social ocupacional ¹: manual (clases III, IV y V) o no manual (clases I y II). En el caso de las personas sin trabajo remunerado, la clase social se obtuvo a través de la ocupación del cabeza de familia.

2. Variables de carga reproductiva y de cuidado informal:

- Situación marital: soltero/a; casado/a o viviendo en pareja; separado/a o divorciado/a; y viudo/a.
- Número de miembros en el hogar: uno, dos, tres, cuatro o más.
- Convive con personas menores de 16 años.
- Convive con personas mayores de 65 años.
- Convive con personas que padecen algún trastorno crónico o discapacidad (TCD).
- Se ocupa de los cuidados: recoge si participa habitualmente o no en los cuidados de al menos una persona del hogar menor de 16 años, mayor de 65 o con TCD.
- Es cuidadora o cuidador principal: si se ocupa de cuidar sin ayuda.

3. Variables de salud:

- Salud percibida: categorizada en buena (incluye las categorías "excelente",

¹ Según clasificación de la SEE en Álvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A et al. *La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG Editores-SEE; 1995.

- “muy buena” y “buena”) y deficiente (incluye las categorías “regular” y “mala”).
- Salud mental: se utilizó la sub-escala de salud mental del cuestionario SF-36. Para el análisis descriptivo se utilizó esta variable en continua (escala de 0 a 100). Para el análisis bivalente se utilizaron las categorías “buena” (sobre el percentil 25) y “deficiente” (bajo el percentil 25).

Se realizó un análisis descriptivo inicial, usando el número de casos y porcentajes para las variables cualitativas, y la media y desviación típica para las cuantitativas, para analizar la distribución por sexo.

La asociación entre las variables dependientes y cada una de las variables independientes se analizó utilizando el test Chi-cuadrado (χ^2). Inicialmente se midió la asociación entre la participación en los cuidados (variable dependiente) y las variables socio-estructurales (variables independientes). Posteriormente se midió la asociación entre las variables de salud (variables dependientes) y las variables de cuidados (variables independientes). Se estimó una significación estadística para $p < 0.05$. La magnitud de la asociación fue estimada mediante la odds ratio (OR) ajustando por edad, con un intervalo de confianza del 95%.

3. Resultados

La tabla 1 describe las diferencias entre los hombres y mujeres de la muestra en cuanto a sus características socio-estructurales y estado de salud. El porcentaje de hombres con estudios secundarios o superiores supera al de las mujeres, mientras que éstas predominan en las categorías inferiores de estudios. Casi la mitad de los hombres tiene trabajo remunerado (48%), frente al 19% de las mujeres. La mitad de las mujeres de la muestra se agrupa en la categoría de “amas de casa”. Las diferencias en la situación marital se encuentran en las categorías de solteros/as y viudos/as, siendo los varones más numerosos en la primera categoría y las mujeres en la segunda. El porcentaje de varones que son cabeza de familia supera notablemente al de las mujeres en esta situación. En lo referente al estado de salud, comprobamos que los hombres se encuentran en una posición favorable, con mejor estado de salud percibida, tanto general como mental.

La tabla 2 muestra cómo las mujeres conviven en el hogar, con mayor frecuencia que los hombres, con personas que necesitan algún tipo de cuidados. Desagregando por grupos, vemos que las mujeres que conviven con menores y con personas con TCD son más numerosas que los varones, mientras que la convivencia con mayores de 65 años es similar en ambos sexos.

Como puede observarse en el gráfico 1, las mujeres son quienes se ocupan mayoritariamente del cuidado de los miembros del hogar que lo necesitan (61% frente al 30% de los hombres). Además, las mujeres asumen el papel de cuidadoras principales en un porcentaje que supera ampliamente al de los varones. Este hecho ocurre en los tres grupos de personas que podrían requerir cuidados, como muestra el gráfico 2. La diferencia más notoria entre los hombres y las mujeres que cuidan se da en el cuidado de menores, seguido del cuidado de personas con TCD y por último en el de las personas mayores.

La diferente percepción que tienen hombres y mujeres sobre su implicación en las tareas de cuidados queda patente en la tabla 3. Los porcentajes de quienes se ocupan de los cuidados difieren notablemente dependiendo de si la persona entrevistada es hombre o mujer. La proporción de mujeres que dice cuidar sola supera en todos los grupos a la de varones que lo declaran, y estas diferencias son máximas en el cuidado de menores (49% mujeres y 1,3 % varones). Por el contrario, el porcentaje de varones que dicen que comparten el cuidado con su pareja es superior al de mujeres que se adscriben a esta opción en todos los grupos.

En relación al número de personas que reciben los cuidados por parte de la persona entrevistada, no se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres: aproximadamente el 15% de quienes cuidan lo hacen a más de una persona del hogar.

El gráfico 3 muestra las diferencias en la participación de hombres y mujeres en las tareas de cuidados, según grupos de edad. El porcentaje de personas que participan en los cuidados de algún miembro del hogar va en aumento a partir de los 16 años, alcanzando un máximo entre los 25 y 44 años, tanto para hombres como para mujeres. Aun cuando la tendencia es similar, la curva de participación en los hombres es mucho más suave, de modo que ambas curvas alcanzan su máxima cercanía en las personas mayores de 75 años, y su máxima distancia en el grupo de 35-44 años. Las diferencias por sexo son significativas al interior de todos los grupos de edad, con mayor riesgo para la mujer respecto del hombre, a excepción del grupo mayores de 65 años.

La tabla 4 proporciona un mayor detalle del perfil de las personas cuidadoras, arrojando importantes diferencias entre las mujeres y los hombres que se ocupan de los cuidados, en relación a variables como el nivel educativo, la situación laboral o la situación marital. Los porcentajes de participación en los cuidados son mayores cuando las personas encuestadas están casadas o viven en pareja, seguidos de las que están separadas o divorciadas, lo que se confirma después de ajustar por edad.

A menor nivel de estudios, los hombres tienen menos probabilidades de ocuparse del cuidado de algún miembro del hogar. De esta forma, los que carecen de estudios presentan la mitad de probabilidades de cuidar que los que han alcanzado estudios universitarios, una vez ajustado por edad. Para ellas, en cambio, son las mujeres con estudios primarios las que presentan un riesgo dos veces superior de ser cuidadoras que las que tienen estudios universitarios. El riesgo es aún mayor para las mujeres con estudios primarios que cuidan a mayores o personas con TCD (OR= 2.19), incluyendo en este caso también a las que no tienen estudios (OR=2.14).

La situación laboral también se asocia de forma diferencial a la participación en los cuidados de hombres y mujeres. Entre las mujeres, el grupo con mayor riesgo para cuidar es el de las "amas de casa", una vez ajustado por edad. Para todos los grupos de personas cuidadas, las mujeres que trabajan solo en el hogar presentan una mayor probabilidad de ocuparse de los cuidados que las que tienen trabajo remunerado, y este riesgo es máximo cuando se trata del cuidado de menores (OR=3.14, IC 2.08-4.75). En cambio, las mujeres estudiantes presentan una probabilidad de cuidar muy inferior a la de las mujeres empleadas. Los hombres jubilados y los estudiantes son los que presentan una probabilidad inferior de ser cuidadores respecto de los que tienen un trabajo remunerado.

En cuanto a la clase social, se aprecian diferencias entre los hombres y las mujeres que se ocupan de los cuidados, si bien no alcanzan la significación estadística. Mientras que los hombres de clases manuales participan en menor medida en los cuidados que los de clases privilegiadas, en el caso de las mujeres son las de las de clases manuales las que se ocupan en mayor medida de los cuidados de alguna persona que los requiere en el hogar.

En relación al número de miembros en el hogar, encontramos diferencias significativas tanto en hombres como en mujeres, entre encontrarse en hogares de tres y de cuatro o más miembros, respecto a los hogares de dos miembros ($p < 0.001$). Para ambos sexos, la participación en los cuidados aumenta cuando el número de miembros pasa de dos a tres, para descender ligeramente cuando pasa de tres a cuatro. No obstante, el riesgo para las mujeres es mayor en todas las categorías, de manera que las mujeres que viven en hogares de tres miembros tienen un riesgo tres veces mayor de ser cuidadoras que las que viven en hogares de dos personas.

Los gráficos 4 y 5 muestran, respectivamente, el riesgo de declarar una mala salud percibida y mala salud mental, para mujeres y hombres, según cuiden a menores o a personas mayores y/o con TCD y ajustado por edad. En el caso del cuidado de menores, los riesgos no son significativos para salud percibida y no se aprecian diferencias entre mujeres y hombres que se ocupan de este tipo de cuidados. En cambio, sí se observan diferencias entre hombres y mujeres que cuidan a alguna persona mayor y/o con TCD. Para los hombres que cuidan, el riesgo de mala salud no resulta significativo, en cambio sí lo es para las mujeres, que presentan un riesgo superior de percibir peor su salud cuando se ocupan del cuidado de alguna persona de este grupo (OR=1.42; IC 1.07-1.89) respecto de las que no cuidan.

El patrón se repite en el caso de la salud mental. El gráfico 5 muestra que el cuidado de menores no supone mayor riesgo para la mala salud mental de mujeres y hombres, aunque el valor de la OR es superior en ellos. Sin embargo, cuando se proporcionan cuidados a mayores de 65 o a personas con TCD, el riesgo de declarar mala salud mental se torna significativo para las mujeres (OR= 1.47; IC 1.12-1.94), no así para los hombres.

4. Discusión

La mayor parte de la literatura reciente pone de relieve la mejor salud percibida, tanto general como mental, que declaran los hombres respecto de las mujeres. Estas diferencias han sido explicadas a partir de diversas hipótesis, entre otras las que atribuyen a las mujeres una mayor exposición y vulnerabilidad a determinados factores de riesgo para la salud (Verbrugge, 1985). Sin embargo, algunos autores y autoras advierten que, en general, los estudios realizados hasta el momento no han tenido en cuenta un marco conceptual adecuado que explique estas diferencias desde la óptica de las relaciones de género que imperan en nuestra sociedad (Artazcoz, 1999). Diversos estudios de ámbito internacional y nacional ya han comenzado a contextualizar estas diferencias en el estado de salud en el reparto desigual de las cargas de trabajo reproductivo (Mellner, 2006; Markey, 2005; Sugiura, 2004; Borrell 2004; Arber, 1991). Nuestro trabajo pone el énfasis en estable-

cer el marco sobre el que se sustentan las desigualdades de género en el cuidado informal, estudiando el contexto andaluz. A su vez, pretende arrojar luz acerca del posible impacto diferencial de esas desigualdades sobre la salud de hombres y mujeres.

Para analizar las diferencias de género en la influencia de cuidar sobre la salud se han utilizado, como variables dependientes, el estado de salud percibida y la salud mental. El primero de estos indicadores, aunque criticado por la subjetividad de las respuestas, goza de una gran aceptación en nuestro medio por haberse demostrado un buen predictor de otros indicadores más objetivos, como la mortalidad, mejor incluso que el diagnóstico médico (Idler, 1997; Milunpalo, 1997; Singh-Manoux, 2006).

Para medir la salud mental, se ha utilizado la sub-escala de salud mental del cuestionario SF-36. Este instrumento, ampliamente utilizado para medir el estado de salud de la población general y subgrupos específicos, ha sido validado en España por diversos estudios, demostrando que la versión española puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales (Vilagut, 2005; Alonso, 1998).

Los resultados de nuestro estudio muestran importantes desigualdades sociales entre hombres y mujeres en factores determinantes de la salud. El menor nivel de estudios de las mujeres y su menor participación en el trabajo productivo muestran la persistencia de unos roles socialmente definidos y fuertemente arraigados, según los cuales, los hombres son los que mayoritariamente trabajan fuera del hogar y las mujeres las que lo hacen en su interior.

Algunas consecuencias derivadas de la división sexual del trabajo, como los mayores ingresos aportados por el hombre al seno familiar, le han otorgado tradicionalmente el estatus de "cabeza de familia". Esta desigualdad se ve agudizada si observamos que quienes principalmente encabezan familias monoparentales son las mujeres. En estos tipos de familia, parece pesar más el rol de cuidadoras que tienen las mujeres que la mayor estabilidad económica que aportan los hombres, ya que son ellas las que, en mayor medida, llevan consigo a los menores dependientes tras la separación de la pareja. Nuestros resultados recogen esta realidad, presentando un riesgo de participar en los cuidados muy superior para las mujeres anteriormente casadas (separadas, divorciadas y viudas) que para los hombres en esta situación.

Podríamos considerar la subjetividad de las respuestas cuando se pregunta a hombres y mujeres sobre su implicación en las tareas de cuidados como una limitación del estudio. Esto podría explicar en parte que la valoración personal sobre la realización de estas tareas en solitario difiera tanto entre ambos sexos. Sin embargo, estas diferencias también puede ser entendidas como una evidencia de los roles distintos que ambos sexos tienen adscritos en función del género. Las diferencias entre ellos y ellas acerca de la participación en las tareas de cuidados son, efectivamente, muy notables, visto como hecho objetivo. Pero si además medimos esta realidad con las opiniones que aportan hombres y mujeres bajo su propia óptica del fenómeno, las diferencias se distancian aún más. Esta percepción distinta de hombres y mujeres sobre el trabajo reproductivo ya ha sido constatada en otros estudios (Navaie-Waliser, 2002).

Teniendo en cuenta que las respuestas corresponden a personas pertenecientes a hogares distintos, se dan grandes diferencias entre los hombres y las mujeres que dicen ocuparse habitualmente del cuidado de los miembros que lo requieren. La tendencia indicaría que los hombres sobrestiman su contribución a los cuidados o que las mujeres

minusvaloran la de los hombres. Las respuestas masculinas podrían verse afectadas por la deseabilidad social que empieza a imperar en la sociedad relativa a la participación de los hombres en estas tareas. En cambio, las mujeres tienen la idea de que los hombres, en general, pueden suponer una ayuda, con el matiz de complementariedad que encierra el término ayuda, sin que éstos lleven la carga principal o participen de manera igualitaria en estas tareas. Tal y como señalan algunos estudios realizados en nuestro contexto, el aumento más significativo en los últimos años se ha experimentado en la categoría en la que son ambos miembros de la pareja los que realizan las tareas, pero de manera que la participación masculina en los cuidados parece tomar la forma de auxiliar de la mujer, en lugar de la responsabilidad compartida (ERB, 2000). En este sentido, otra limitación del estudio podría ser la ausencia de categorías intermedias entre la opción de “el o la entrevistada sola” y “ambos miembros de la pareja”, que permitan a hombres y mujeres posicionarse en el grado de participación que desempeñan. Los hombres que realizan algunas tareas, aunque sean minoritarias, contestarán “ambos miembros”, mientras que las mujeres, probablemente, darán esta respuesta cuando consideren que el trabajo realizado por ambos es paritario. Estas consideraciones plantean la complejidad que entraña la diferente manera de entender el trabajo de cuidados que pueden adoptar los hombres y las mujeres.

La edad con la que, tanto hombres como mujeres, participan en mayor medida en los cuidados de menores es la etapa comprendida entre 25 y 44 años, cuando la convivencia con criaturas es más probable. Al término de esta etapa comienza la edad en que aumenta la probabilidad de ocuparse de los cuidados de alguna persona mayor conviviente en el hogar, que llega hasta los 64 años. Tras esta etapa, tanto los hombres como las mujeres experimentan un descenso en los cuidados que proporcionan, probablemente porque es entonces cuando pasan a ser más el foco de los cuidados que sus prestadores. Estas tendencias quedan ilustradas en el gráfico 1, donde lo que principalmente queda patente es la gran desigualdad existente entre la responsabilidad asumida por hombres y mujeres frente a los cuidados, y la importancia de tener en cuenta la etapa del ciclo vital en la que se encuentran.

Pero no todas las mujeres participan de igual manera en estas tareas. En este sentido, la desigualdad de género se cruza con otras desigualdades sociales, cuyos indicadores pueden ser la clase o el nivel educativo. Los resultados del estudio dejan constancia de esta realidad, mostrando que, en nuestro medio, las mujeres con menor nivel de estudios, sin empleo remunerado y pertenecientes a clases sociales menos privilegiadas, son las que en mayor medida asumen las tareas de cuidados en los hogares, de acuerdo con otras investigaciones recientes (La Parra, 2001; IAM, 1998; García-Calvente, 1999).

El aumento del tamaño del hogar incrementa significativamente la dedicación femenina al trabajo reproductivo y las diferencias de género en el uso del tiempo. Tener empleo a tiempo completo o un mayor nivel de estudios e ingresos reducen considerablemente la dedicación de tiempo de las mujeres a este tipo de tareas, disminuyendo las diferencias entre ambos sexos (García Calvente, 2004). Sin embargo, la reducción en las diferencias de dedicación parece sustentarse más en la externalización de tareas, mediante la contratación o delegación en otros miembros de la familia –con frecuencia, otras mujeres–, que en la asunción masculina de dichas tareas (Larrañaga, 2001). Pero la necesidad de contar con elevados ingresos para contratar a una persona para estas tareas y la ausencia de afectividad en esta relación hacen que la externalización sea una opción

minoritaria. Según muestran los resultados de nuestro estudio, en casi la mitad de los hogares en los que vive al menos una persona que requiere cuidados, las mujeres asumen solas la responsabilidad de estos cuidados, de manera similar a lo ya constatado en otras investigaciones (García-Calvente, 1999).

Es un fenómeno conocido que, cuando una mujer que se ocupa de los cuidados necesita ayuda, recurre principalmente a otra mujer de su familia (madre, hija, hermana) (García-Calvente, 1999). Este hecho podría explicar los resultados del análisis bivalente, que muestra un riesgo significativamente superior de cuidar para las mujeres que viven en familias con tres miembros que las de cuatro o más. Y es que, según determinados estudios, en muchos hogares en los que cohabitan otras mujeres de la familia -como las abuelas- éstas pueden suponer, más que una carga en los cuidados, el reparto y alivio de estas tareas (García-Calvente, 2001; Artazcoz, 2002; Muñoz MA, 2006). En nuestro estudio, podemos comprobar que el porcentaje de mujeres que cuida a los menores del hogar sola es significativamente mayor en las familias nucleares que en las extensas (50,2% frente al 41,2%). De manera inversa ocurre en los cuidados de personas mayores o con algún TCD, sin que la relación sea significativa. Por ello, podemos pensar que la presencia de otras personas en el hogar supone principalmente una ayuda en el cuidado de las criaturas, mientras que en el caso de las personas mayores, estas personas podrían ser más el foco de los cuidados que las cuidadoras.

Al separar en dos grupos a las personas cuidadoras según el tipo de personas que reciben los cuidados (menores de 16 años, por un lado, y mayores de 65 o con algún TCD, por otro) comprobamos que, si bien en ambos casos las tareas de cuidados suponen un riesgo para la salud percibida de las mujeres, la asociación sólo es significativa en el caso de las que cuidan a personas mayores o con algún TCD. Otros estudios sobre la influencia del cuidado de menores en la salud de las mujeres, muestran un mayor riesgo de mala salud asociado al número de hijos e hijas y al cuidado de menores en edad preescolar (Verbrugge, 1984; García-Calvente, 2004). Sin embargo, la carga de trabajo representada por las criaturas que han superado la edad preescolar es menor que la de las más pequeñas, y esto podría explicar que la variable "número de miembros del hogar" utilizada no se asocie al estado de salud percibida en el caso de menores.

Según muestran los resultados de nuestro estudio, el mayor riesgo de salud percibida deficiente que presentan las mujeres no sólo tendría que ver con una mayor exposición a los cuidados (ya que son ellas las que mayoritariamente se ocupan), sino que comparando a los hombres y las mujeres que cuidan, observamos que ellas ven más afectada su salud. Esto nos hace pensar que la carga derivada del rol de cuidados es muy diferente en ambos sexos, y que no sólo hablamos de desigualdades de género "cuantitativas", en la cantidad de cuidados asumida, sino también "cualitativas", en el tipo y la forma en que se cuida. Investigaciones recientes concluyen que los cuidados provistos por las mujeres son más intensos y complejos, y conllevan una mayor implicación personal (Zhan, 2005; Navaie-Waliser, 2002). Es evidente que las tareas desempeñadas por ambos sexos son cualitativamente diferentes y como tal afectarán de forma desigual a la salud.

La salud mental de las mujeres también podría verse seriamente afectada por su mayor implicación en los cuidados, tanto por la cantidad de cuidados que éstas asumen como por la calidad de los mismos. Diversos estudios advierten que la alta dedicación a los cuidados conlleva una elevada exclusión del mercado laboral, además de una impor-

tante restricción de la vida social de las cuidadoras, lo que puede tener efectos muy negativos en la autoestima y en el propio cuidado personal (García-Calvente, 2004; Santolaria, 2004). Algunos apuntan a determinadas consecuencias emocionales que resultan del hecho de involucrarse en los cuidados, como ansiedad, estrés, insomnio o merma de la calidad de vida (Roca, 2000; Santiago, 1999). Otros, en cambio, reconocen efectos muy variables en las personas que cuidan, de modo que para algunas el trabajo de cuidar puede resultar perjudicial para la salud, a la vez que otras pueden considerarlo reconfortante (Schumacher, 2006).

Las características familiares no influyen de la misma manera en la salud mental de hombres y mujeres. Si bien los hombres casados son los más protegidos ante una mala salud mental, no ocurre así en el caso de las mujeres. Para ellas, la situación marital más ventajosa es la de las solteras, y la peor, la de aquellas que han estado anteriormente casadas. Estos resultados indicarían que en la estrecha relación que existe entre las características familiares y el estado de salud mental puede estar mediando de forma directa la carga de trabajo reproductivo. Es un hecho conocido que las mujeres casadas suman las responsabilidades derivadas del trabajo doméstico y del cuidado de las criaturas. Por otro lado, las anteriormente casadas, grupo que se compone en gran parte por las separadas y divorciadas, ven incrementada la carga de los cuidados al hacer frente a estas tareas sin ayuda. Estos resultados se hallan en consonancia con los encontrados en la mayoría de estudios que analizan la relación existente entre la situación marital o la estructura familiar y la salud mental de las mujeres (Zunzunegui, 1998; Aguiar, 1998; Strohschein, 2005; Dennerstein, 1995; Denton, 2004).

Futuras investigaciones deberían superar algunas de las posibles limitaciones del estudio, derivadas del carácter transversal del diseño, del análisis bivalente, que no permite controlar por múltiples factores, y el tratarse de datos puramente numéricos. Los diseños cualitativos permitirían profundizar en la diversidad de experiencias de cuidar entre mujeres y hombres, y en el interior de ambos grupos.

En conclusión, los resultados de este estudio apuntan a un efecto perjudicial de la carga derivada de los cuidados informales sobre todo en la salud de las mujeres. Y este impacto está relacionado, no sólo con una mayor exposición de las mujeres al rol de cuidadoras, sino también a las diferentes experiencias de cuidar en mujeres y hombres. Las desigualdades de género en el cuidado informal, y sus consecuencias para la salud, son tanto cuantitativas como cualitativas. Los hallazgos comentados apuntan a la necesidad de estrategias de intervención dirigidas a potenciar la conciliación de la vida familiar y laboral, y a una necesaria adecuación de los recursos comunitarios al creciente aumento de los cuidados informales que tienen lugar en el interior de los hogares. Igualmente, se precisan medidas que incrementen la implicación de los hombres en las tareas domésticas y de cuidados.

Las medidas de atención a las personas dependientes no pueden ser planteadas desde una perspectiva "ciega al género", se hace imprescindible atender a las necesidades de las personas que las cuidan, no sólo desde un punto de vista práctico, sino también estratégico. En definitiva, el llamado cuarto pilar del estado de bienestar no sólo tendrá que mostrar "sensibilidad de género", sino aportar soluciones que sean verdaderamente "transformadoras" si se pretende eliminar las desigualdades de género en nuestra sociedad.

Tabla 1. Características socio-estructurales y estado de salud de la muestra según el sexo (N=6484).

	Hombres		Mujeres	
	Media 42,9 N	n=3243 D. típica 18,8 %	n=3241 Media 43,3 N	D. típica 18,8 %
Edad				
Nivel educativo				
Universitarios	438	13,5	366	11,3
Secundarios	782	24,1	631	19,5
Primarios	1465	45,2	1511	46,6
Sin estudios	557	17,2	733	22,6
Clase social				
No manual	870	27,8	828	27,2
Manual	2261	72,2	2214	72,8
Situación laboral				
Con trabajo remunerado	1546	47,7	620	19,1
Desempleado/a	425	13,1	340	10,5
Jubilado/a	873	26,9	248	7,7
Ama de casa	0	0,0	1630	50,3
Estudiante	399	12,3	403	12,4
Situación marital				
Soltero/a	1215	37,5	949	29,3
Casado/a o en pareja	1861	57,4	1875	57,9
Separado/a	58	1,8	67	2,1
Viudo/a	108	3,3	348	10,7
Número miembros en el hogar				
Uno	207	6,4	223	6,9
Dos	730	22,5	604	18,6
Tres	647	20,0	728	22,5
Cuatro o más	1659	51,2	1686	52,0
Encuestado/s cabeza de familia	2146	66,2	487	15,0
Percepción de estado de salud				
Excelente	496	15,3	412	12,7
Muy bueno	1639	50,6	1423	43,9
Bueno	801	24,7	961	29,7
Regular	266	8,2	356	11,0
Malo	40	1,2	89	2,7
	Media	D, típica	Media	D, típica
Estado de salud mental (escala 0-100)	68,59	14,74	63,77	16,20

Tabla 2. Convivencia con personas que requieren cuidados según sexo (N=6484).

	Hombres n=3243		Mujeres n=3241		χ^2 p
	n	%	n	%	
Convive con algún menor de 16 años	1014	31,3	1182	36,5	<0,001
Convive con algún mayor de 65 años	779	24,0	776	23,9	0,942
Convive con alguna persona con TCD	419	12,9	489	15,1	0,012
Convive con algún miembro que podría requerir cuidados (menor de 16, mayor de 65 y/o persona con TCD)	1843	56,8	2002	61,8	<0,001
Convive con alguna persona que se declara que requiere cuidados	1171	36,1	1340	41,3	<0,001

Tabla 3. Personas que se ocupan de las tareas de cuidados según el sexo y el grupo que recibe los cuidados.

	Participación en los cuidados					
	Menores de 16 años		Mayores de 65 años		Personas con TCD	
	H	M	H	M	H	M
Personas que se ocupan:						
Persona entrevistada sola	13 (1.3)	571 (48.8)	60 (6.5)	195 (20.3)	34 (5.0)	149 (22.3)
Pareja del/la entrevistado/a	334 (33.4)	3 (0.3)	57 (6.2)	10 (1.0)	59 (8.7)	10 (1.5)
Ambos miembros pareja	316 (31.6)	241 (20.6)	77 (8.4)	51 (5.3)	62 (9.2)	45 (6.7)
Entrevistado/a junto a otra persona	26 (2.6)	81 (6.9)	29 (3.2)	47 (4.9)	28 (4.1)	48 (7.2)
Otra persona del hogar que no es la pareja	200 (20.0)	151 (12.9)	90 (9.8)	46 (4.8)	85 (12.6)	61 (9.1)
Una persona pagada para ello	16 (1.6)	7 (0.6)	15 (1.6)	12 (1.2)	13 (12.6)	15 (2.2)
Ellos/as solos/as	90 (9.0)	111 (9.5)	422 (45.9)	388 (40.4)	253 (37.5)	228 (34.1)
Otra situación	5 (0.5)	5 (0.4)	11 (1.2)	10 (1.0)	15 (2.2)	17 (2.5)

Porcentajes calculados sobre las personas que conviven con al menos un menor de 16, mayor de 65 o persona con TCD (n=3845).

Gráfico 1. Porcentaje de personas entrevistadas que se ocupa de los cuidados de algún miembro del hogar

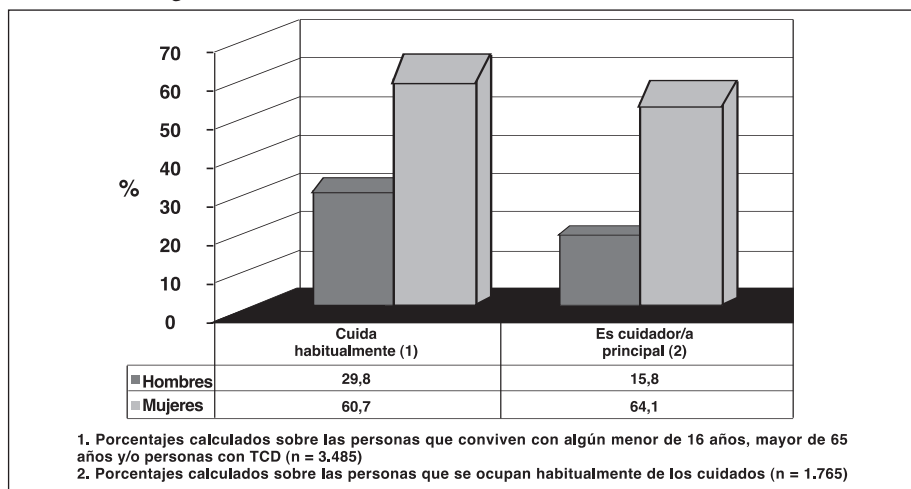


Gráfico 2. Porcentaje de personas entrevistadas que se ocupa de los cuidados según el grupo que los requiere y el sexo

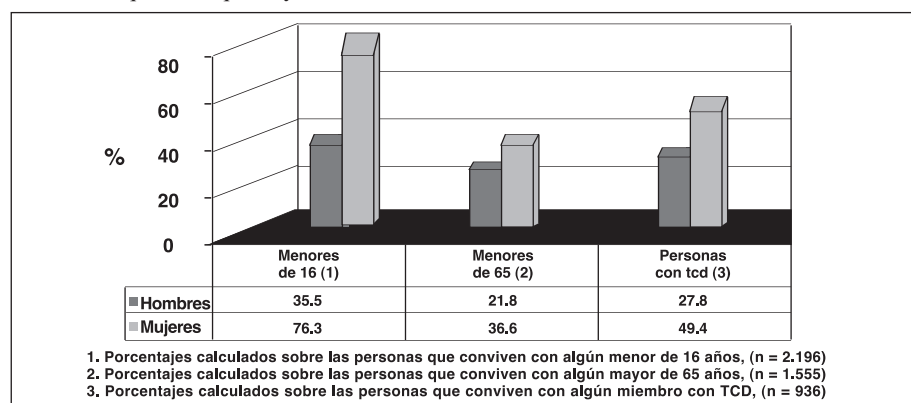


Gráfico 3. Participación en los cuidados, según el sexo y la edad (en porcentajes)

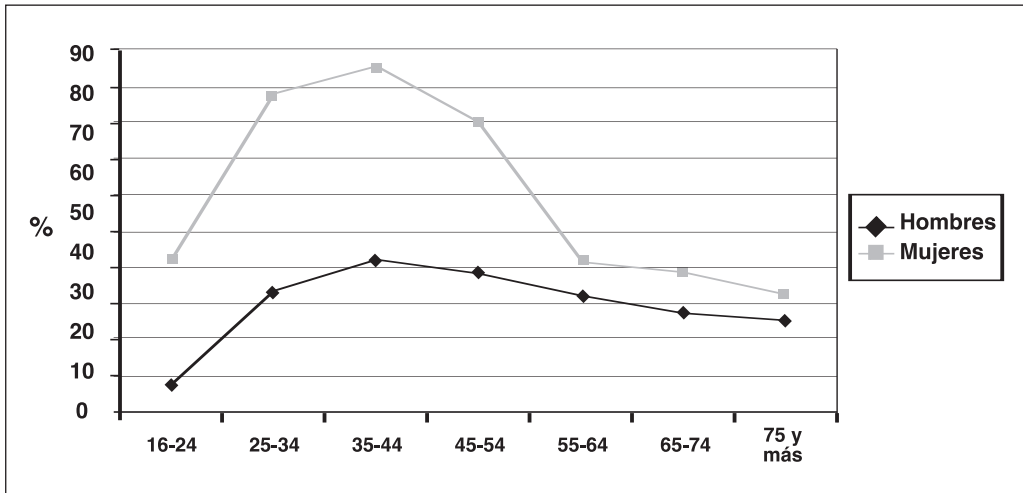


Tabla 4. Participación en los cuidados de algún miembro del hogar según las características socio-estructurales y el sexo. (Porcentajes crudos y OR ajustadas por edad) (N=3.845)

	Participación en los cuidados			
	N (%)		OR (IC 95%)	
	H	M	H	M
Nivel de estudios:				
Universitarios	89 (37.6)	106 (52.7)	1	1
Secundarios	108 (26.1)	203 (55.3)	0.65 (0.46-0.92)*	1.05 (0.74-1.48)
Primarios	252 (29.2)	681 (69.1)	0.68 (0.50-0.92)*	2.10 (1.54-2.87)*
Sin estudios	100 (30.3)	226 (50.3)	0.54 (0.37-0.79)*	1.20 (0.83-1.76)
Clase social:				
No manual	173 (36.3)	302 (60.4)	1	1
Manual	353 (27.1)	876 (60.5)	0.64 (0.51-0.81)	1.07 (0.87-1.32)
Situación laboral:				
Con trabajo rem.	312 (34.6)	240 (63.3)	1	1
Desempleado/a	69 (27.9)	120 (55.0)	0.79 (0.58-1.08)	0.56 (0.39-0.79)*
Jubilado/a	117 (28.3)	34 (32.7)	0.28 (0.18-0.42)*	1.28 (0.75-2.19)
Ama de casa		775 (72.2)		2.86 (2.15-3.81)*
Estudiante	51 (18.1)	47 (20.7)	0.51 (0.36-0.72)*	0.08 (0.05-0.12)*
Número de miembros en hogar:				
Dos	104 (29.1)	125 (38.8)	1	1
Tres	142 (36.3)	334 (68.6)	1.95 (1.38-2.76)*	3.37 (2.45-4.64)*
Cuatro o más	303 (27.7)	757 (63.5)	1.38 (1.01-1.91)*	2.67 (1.99-3.58)*
Situación marital:				
Soltero/a	78 (12.3)	139 (27.4)	1	1
Casado/a	460 (39.5)	995 (72.9)	6.54 (4.79-8.93)*	32.21 (23.19-44.74)*
Anterior. casado/a	11 (25.6)	80 (62.5)	3.85 (1.80-8.22)*	37.17 (21.62-63.91)*

* Significativos: p<0.05

Gráfico 4. Riesgo de mala salud percibida según la participación en los cuidados

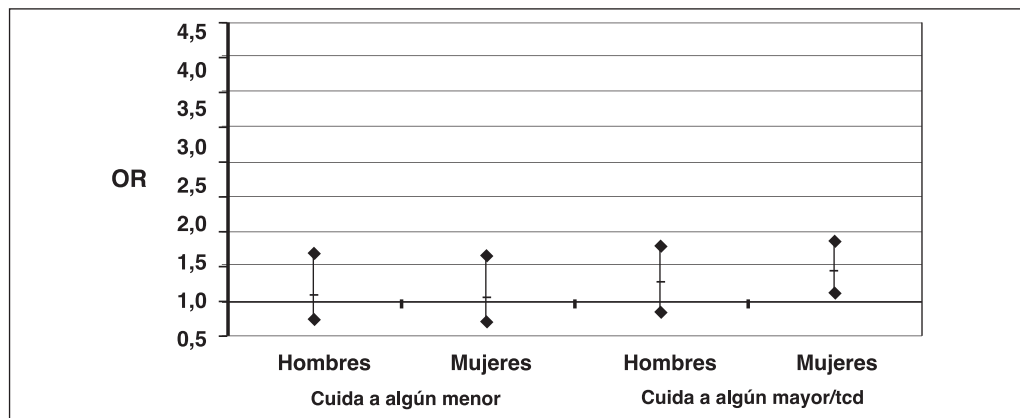
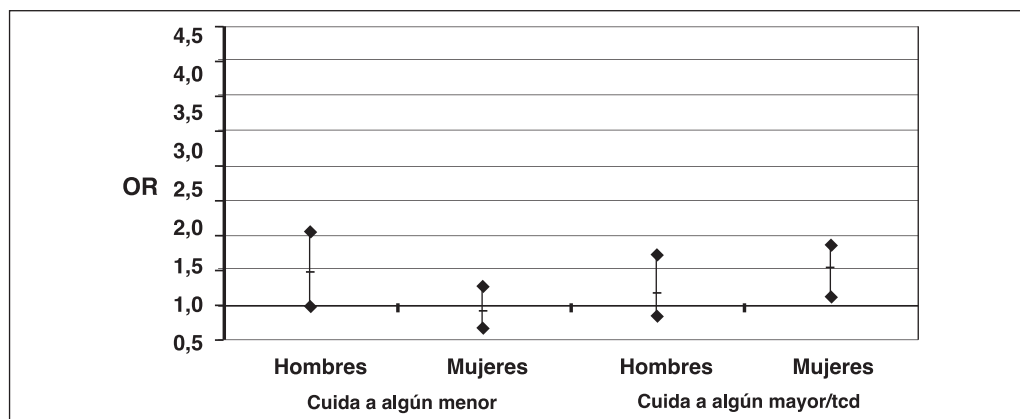


Gráfico 5. Riesgo de mala salud mental según la participación en los cuidados



Bibliografía

- Aguiar, F. García, I. (1998). "Mujer y trabajo doméstico en Andalucía: desigualdad de género y calidad de vida", en Aguiar, F. García, I. Pérez-Yruela, M. La situación social de las mujeres en Andalucía. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Alonso, J. Regidor, E. Barrio, G. y otros (1998). "Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36". Medicina Clínica (Barc) 111:410-6.
- Arber, S. (1991). "Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status". Social Science And Medicine 32:425-36.
- Argimon, JM. Limon, E. Vila, J. y otros (2004). "Health-related quality of life in carers of patients with dementia". Fam Pract 221 (4): 454-7.
- Armstrong, P. Armstrong, H. (2001). "Thinking it Through: Women, work and caring in the New Millennium". Disponible en: <http://www.medicine.da.ca/mcewh>
- Artazcoz, L. Cortés, I. Moncada, S. y otros (1999). "Gender differences in the influence of housework on health". Gaceta Sanitaria 13:201-7.

- Artazcoz, L. Borrell, C. Merino, J. y otros (2002). "Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar". Informe SESPAS 2002.
- Borrell, C. Muntaner, C. Benach, J. y otros (2004). "Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour?". *Social Science And Medicine* 58:1869-87.
- Brehaut, J.C. Kohen, D.E. Raina, P. y otros (2004). "The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: how does it compare with that other Canadian caregivers?". *Pediatrics* 114 (2):e182-91.
- Chiou, C.J. Chen, I.P. Wang, H.H. (2005). "The health status of family caregivers in Taiwan: An analysis of gender differences". *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20:821-6.
- Dennerstein, L. (1995). "Mental health, work, and gender". *International Journal of Health Services* 25:503-9.
- Denton, M. Prus, S. Walters, V. (2004). "Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health". *Social Science And Medicine* 58:2585-60.
- Donelan, K. Hill, C.A. Hoffman, C. y otros. (2002). "From the field: Challenged to care: Informal caregivers in a changing health system". *Health Affairs* 24 (4):222-35.
- Durán, M.A. (1988). *De puertas adentro*. Madrid: Ministerio de Cultura. Instituto de la Mujer.
- ERB (2000). *Encuesta de la Región de Barcelona. Informe general. Annex estadístic*. Barcelona: Institut d'Estudis Regionals i Metroplitans de Barcelona.
- Eurostat (2002). "The life of women and men in Europe". A statistical portrait 1980-2000. Disponible en: <http://europa.eu.int/comm/eurostat>
- García-Calvente, M.M. Mateo, I. Gutierrez, P. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: EASP-Instituto Andaluz de la Mujer.
- García-Calvente, M.M. Mateo, I. (2001). "El sistema informal de atención a la salud", en De la Revilla (ed.). *Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales*. Granada: Fundesfam, pp. 279-300.
- García-Calvente, M.M. (2002). "Cuidados de salud, género y desigualdad"(editorial). *Comunidad* 5:3-4.
- García-Calvente, M.M. Mateo-Rodríguez, I. Eguiguren, A.P. (2004). "The system of informal caregiving as inequality". *Gaceta Sanitaria* 18:132-9.
- INSERSO (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. INSERSO.
- IMSERSO (2002). "Las personas mayores en España. Informe 2002". Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/estadísticas/informacion/informe2002>
- Instituto Andaluz de la Mujer (1998). *La medida del mundo. Género y usos del tiempo en Andalucía*. Sevilla: Consejería de la Presidencia. Estudio N° 9.
- Jiménez, A. Huete, A. (2002). "La discapacidad en España: datos epidemiológicos". Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, Documentos 62/2002.
- La Parra, D. (2001). "Contribution of women and low-income households to the provision of informal home healthcare". *Gaceta Sanitaria* 15:498-505.
- Larrañaga, I. Arregi, B. Arpal, J. (2004). "Reproductive or domestic work". *Gaceta Sanitaria* 18:31-7.

- Li, TC. Lee, YD. Lin, CC. y otros (2004). "Quality of life of primary caregivers of elderly with cerebrovascular disease or diabetes hospitalized for acute care: assessment of well-being and functioning using the SF-36 health questionnaire". *Quality of Life Research* 13(6): 1081-8.
- Markey, CN. Markey, PM. Schneider, C. y otros (2005). "Marital status and health beliefs: Different relations for men and women". *Sex Roles* 53:443-51.
- Mellner, C. Krantz, G. Lundberg, U. (2006). "Symptom reporting and self-rated health among women in mid-life: the role of work characteristics and family responsibilities". *International Journal of Behavioral Medicine* 13:1-7.
- Ministerio de trabajo y asuntos sociales (2004). *Libro blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Disponible en: http://www.tt.mtas.es/periodico/serviciossociales/200501/libro_blanco_dependencia.htm
- Morris, M. (2001). "Gender-sensitive home and community care and caregiving research: a synthesis paper. National Coordinating Group of Health Care Reform and Women, Health Canada". Disponible en <http://www.cewh-cesf.ca/healthreforms/publications>.
- Muñoz, MA. Zapater, F. (2006). "El impacto del cuidado de los nietos en la salud percibida y el apoyo social de las abuelas". *Atención Primaria* 37(7):374-8.
- National Coordinating Group on Health Care Reform and Women. "Women and home care. Why does home care matter to women?". Documento electrónico disponible en: <http://www.cewh-cesf.ca/healthreforms/publications>
- Navaie-Waliser, M. Spriggs, A. Feldman, PH. (2002). "Informal caregiving: differential experiences by gender". *Medical Care*. 40(12):1249-59.
- Pinquart, M. Sorensen, S. (2003). "Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis". *Psychol Aging* 18 (2): 250-67.
- Pinquart, M. Sorensen, S. (2006). "Gender differences in caregivers stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis". *Journal Of Gerontology Series B: Psychological Sciences* 61 (1):P33-45.
- Roca Roger, M. Ubeda Bonet, I. Fuentelsaz Gallego, C. y otros. (2000). "Impact of caregiving on the health of family caregivers". *Atención Primaria* 15, 26:217-23.
- Sánchez-Cruz, JJ. García-Calvente, MM. Ortiz, J. y otros (2003). *Encuesta Andaluza de Salud 1999: muestra de adultos*. Sevilla: Consejería de Salud.
- Santiago Navarro, P. Lopez Mederos, O. Lorenzo Riera, A. (1999). "Morbidity in the caregivers of patients confined to their homes". *Atención Primaria* 24:404-10.
- Schultz, R. Beach, SR. (1999). "Caregiving as risk factor for mortality. The caregiver health effects study". *JAMA* 282(23):2215-9.
- Schumacher, K. Beck, CA. Marren, JM. (2006). "Family caregivers: caring for older adults, working with their families". *American Journal Of Nursing* 106:40-9.
- Singh-Manoux, A. Martikainen, P. Ferrie, J. y otros (2006). "What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies". *Journal of Epidemiology and Community Health* 60:364-372.
- Strohschein, L. McDonough, P. Monette, G. y otros. (2005). "Marital transitions and mental health: are there gender differences in the short-term effects of marital status change?". *Social Science And Medicine* 61:2293-303.
- Sugiura, K. Ito, M. Mikami, H. (2004). "Evaluation of gender differences of family caregivers with reference to the mode of caregiving at home and caregiver distress in Japan". *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 51:240-51.

- Verbrugge, LM. (1985). "Gender and health: an update on hypotheses and evidence". *Journal of Health and Social Behavior* 26:156-82.
- Vilagut, G. Ferrer, M. Rajmil, L. y otros (2005). "The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments". *Gaceta Sanitaria* 19(2):135-150.
- Zhan, HJ. (2005). "Aging, health care, and elder care: perpetuation of gender inequalities in China". *Health Care for Women International* 26:693-712.
- Zunzunegui, MV. Beland, F. Llacer, A. y otros. (1998). "Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33:195-205.