



Revista Facultad Nacional de Salud Pública
ISSN: 0120-386X
revistasaludpublica@udea.edu.co
Universidad de Antioquia
Colombia

Larrañaga P., Isabel; Valderrama P., María J.; Martín R., Unai; Begiristain A., José M.; Bacigalupe H.,
Amaia; Arregi G., Begoña

Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias

Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 27, núm. 1, enero-abril, 2009, pp. 50-55

Universidad de Antioquia
.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12027109>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias

Women and men facing informal caregiving: differences in strategies and meaning

Isabel Larrañaga P¹; María J. Valderrama P²; Unai Martín R³; José M. Begiristain A⁴; Amaia Bacigalupe H⁵, Begoña Arregi G⁶

¹ Licenciada en Sociología, MPH, MPhil. Afiliación institucional: Profesora asociada de la UPV-EHU y Técnico del Depto. de Sanidad. Gobierno Vasco. Correo electrónico: isabel.larrañaga@ehu.es.

² Licenciada en Psicología y PhD. Profesora titular de la UPV/EHU.

³ Licenciado en Sociología y Licencicado en Investigación y Técnicas de Mercado, profesor de la UPV-EHU.

⁴ Doctor en Medicina, MPH y PhD. Jefe del Servicio Plan de Salud. Dirección Territorial de Sanidad. Gobierno Vasco.

⁵ Licenciada en Sociología, Master en Políticas Públicas y Sociales. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

⁶ Licenciada en Sociología y PhD. Profesora Titular de la UPV-EHU.

Recibido: 23 julio 2008. Aprobado: 21 de enero de 2009

Larrañaga I, Valderrama MJ, Martín U, Begiristain JM, Bacigalupe A, Arregi B. Mujeres y Hombres ante el Cuidado Informal: diferencias en los significados y las estrategias. Rev Fac Nac Salud Pública 2009; 27(1): 50-55

Resumen

El aumento de la esperanza de vida en nuestra población ha incrementado la importancia del cuidado de las personas mayores dependientes. Esta labor se lleva a cabo principalmente por mujeres, las cuales viven a su vez los efectos de los cambios sociales ocurridos a nivel familiar y laboral. **Objetivo:** Profundizar en el conocimiento de las diferentes estrategias que las mujeres y hombres adoptan en su rol de cuidadores a través de la interpretación y análisis de sus propias percepciones. **Metodología:** para comprender mejor el significado de dichas repercusiones se llevó a cabo una investigación cualitativa mediante cinco grupos de discusión con hombres

y mujeres cuidadores de personas mayores dependientes. **Resultados:** la interiorización del rol de cuidadora en las mujeres conlleva mayor carga física y emotiva y mayor vulnerabilidad a sus efectos. La asunción de estas nuevas tareas por los hombres refleja significados, estrategias de afrontamiento y efectos diferentes. Diferencias que han de ser tenidas en cuenta en el diseño de estrategias dirigidas a conseguir una mayor equidad de género y una mejora del trabajo de cuidado.

-----*Palabras clave:* cuidados informales, equidad de género, investigación cualitativa en salud, dependencia.

Abstract

The increase of life expectancy in our population has enhanced the importance of dependent elderly care. This task is carried out mainly by women who, as a matter of fact, witness the effects of social change concerning family and work. **Objective:** Deepen the understanding of the different strategies that women and men take in their role as caregivers through the interpretation and analysis of their own perceptions. **Methodology:** with the aim of better understanding the significance of all these consequences, a qualitative study based on five focus groups with both

men and women caregivers was carried out. **Results:** the interiorization of the ‘caregiver role’ entails a greater physical and emotional burden among women, who show a higher vulnerability towards its effects. Men respond differently to this situation, which produces unlike effects among them. These differences should be considered when designing strategies focused on gender equity and improvement of dependent elderly care.

-----*Key words:* informal caregiving, gender difference, qualitative health research, dependency.

Introducción

En las últimas décadas ha existido un interés creciente por el estudio de los flujos de ayuda entre los miembros de la red familiar o de la red social. Como factores que contribuyen a este interés se citan: el cuestionamiento de los sistemas clásicos del estado de bienestar y la falta de incentivos, por parte de los poderes públicos, de la institucionalización de las personas dependientes.

En los países del sur europeo, y particularmente en España, el sistema de cuidados está basado en la familia¹ pero la distribución del rol de cuidador no es homogénea entre sus miembros. Las variables género, convivencia y parentesco se señalan como las más importantes cuando se trata de definir a las personas que cuidan.² En consonancia con dicho perfil, en el País Vasco se estima que la familia asume más del 70% de la carga de cuidado, siendo la mujer la proveedora principal (73%), y variando las relaciones de parentesco según el ciclo vital de las personas cuidadas y cuidadoras (esposa 20%, madre 25%, hija 17%).³

La cuantificación del tiempo dedicado al trabajo reproductivo, específicamente dedicado al cuidado, ha sido un indicador utilizado frecuentemente para conocer el grado de simetría/asimetría de género en su reparto.⁴⁻⁶ El ordenamiento simultáneo del tiempo y el cumplimiento de múltiples roles han sido las estrategias aplicadas por muchas mujeres para administrar eficientemente su tiempo y hacer compatibles las exigencias de la vida familiar y la vida pública o profesional, para garantizar eficazmente la reproducción social.⁷ Sin embargo factores como: la modificación de la estructura familiar, la progresiva y creciente participación de las mujeres en el mercado laboral y su determinación en desarrollar y priorizar los proyectos personales, ponen en entredicho la continuidad de las mujeres y de las familias como proveedoras de cuidado informal. Las estadísticas españolas son reveladoras de los cambios. El número de mujeres dedicadas exclusivamente a las labores del hogar ha descendido en un millón en sólo 10 años, disminuyendo ostensiblemente la reserva estructural de mano de obra femenina en los hogares³. La colisión de los intereses familiares y personales afecta, desde la esfera más privada de las mujeres, como es su salud física y emocional, hasta la más pública y social reflejada en una pérdida de dinamismo demográfico. El número de hijos por mujer ha descendido hasta mínimos históricos en España, con una reducción del 38% en los últimos 25 años. Ante la acumulación de responsabilidades familiares, la opción de renunciar al empleo remunerado es frecuente, elevándose en 2002 a 117.500 mujeres las que abandonaron su empleo por razones familiares, frente a los 6.000 hombres.⁸

La omnipresencia de la familia en el sistema de cuidados explicaría la notoriedad de la crisis ante los cambios en la estructura, tamaño o roles familiares y justifica la necesidad de su estudio y el desarrollo de nuevas estrategias. Términos como apoyo informal o solidaridad familiar son difíciles de aprehender y abarcar en su total complejidad ya que incluyen diferentes dimensiones. Dicha complejidad contribuye a que la metodología cualitativa resulte especialmente pertinente⁹⁻¹² en el conocimiento de las diferentes estrategias que las mujeres y hombres adoptan en su rol de cuidadores, lo cual unido a la carencia de este tipo de estudios en la población vasca justificó el desarrollo de la presente investigación.

Metodología

Desde la metodología cualitativa se diseñó un estudio exploratorio¹³ basado en la información obtenida a través de cinco grupos de discusión (GD). Dicha técnica fue considerada como idónea para la generación e interacción de diferentes discursos entre los participantes.¹⁴ La selección de los participantes en los GD se llevó a cabo teniendo en cuenta las siguientes variables de heterogeneidad y de homogeneidad:

- Grupo 1: Mujeres de entre 50 y 65 años cuidadoras informales de una persona mayor de 65 años que no fuera su cónyuge/pareja.
- Grupo 2: Hombres de entre 50 y 65 años cuidadores informales de una persona mayor de 65 años que no fuera su cónyuge/pareja.
- Grupo 3 y 4: Mujeres mayores de 65 años cuidadoras informales de su cónyuge/pareja.
- Grupo 5: Hombres mayores de 65 años cuidadores informales de su cónyuge/pareja.

La convocatoria y desarrollo de las reuniones se realizó por parte de profesionales independientes con experiencia previa al respecto, conforme a un guión semi-estructurado pero priorizando el seguimiento de los posibles nuevos hallazgos. El contenido de las reuniones fue grabado previo consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad. A partir de las transcripciones se llevó a cabo un análisis temático agrupando las principales categorías conforme al significado de los hallazgos y a los objetivos de la investigación. El análisis se llevó a cabo de forma separada por dos de las investigadoras, consensuando posteriormente los resultados con objeto de mejorar su validez.¹⁵ Cada grupo estuvo compuesto por 8 personas, a excepción del grupo 3 en el que participaron sólo cinco mujeres y fue completado con un segundo grupo de similares características. La tabla 1 refleja las variables

Tabla 1. Características de los/as participantes en los Grupos de Discusión

		Hombres	Mujeres
Total		16	21
Edad	< 65 años	8	8
	65-74 años	8	13
Parentesco con la persona cuidada			
	Esposo/a	8	11
	Madre/padre	2	5
	Suegro/a	4	3
	Otro familiar	2	2
Estado Civil			
	Casado/a	14	16
	Divorciado/a	1	0
	Soltero/a	1	5
Trabajo			
	Labores del hogar	0	15
	Empleo remunerado	16	6
Abandono del empleo		0	2
Intensidad de cuidados			
	ADV básicos	4	12
	AVD instrumentales	12	9

sociodemográficas y de carga de cuidado de los participantes en los GD.

Resultados

De los discursos de hombres y mujeres cuidadores se extrajeron los siguientes núcleos informativos:

Mujeres Cuidadoras: la tradición como compromiso

Persistencia de los roles de género: para las mujeres la actividad de cuidar es una extensión de su rol de ama de casa y forma parte de su función de madre, hija o esposa. Cuidar presenta una centralidad en su vida y es una actividad priorizada cuando surge incompatibilidad con el trabajo remunerado fuera del hogar. Se advierte una “naturalización” del rol de cuidadora que contribuye a configurar su identidad “yo creo que el Señor nos ha hecho fuertes a las mujeres, (reafirmación del grupo) es que, tenemos mucho mas espíritu de sacrificio, porque ellos no lo tienen” (G3). Cuando los hombres participan en el cuidado se incorporan a la identidad femenina “El caso es que las mujeres de la vecindad que me ven en el supermercado me consultan...ya soy una mujer más, ya nos tratamos de mujer a mujer” (G5).

Esta naturalización permite justificar la escasa colaboración de los hombres “ellos están para las faltas, no están para la dedicación...pero es lógico, tienen su vida” (G1), y aparezcan sentimientos de culpabilidad

por la reducción del tiempo dedicado a los esposos. De modo que no sólo no se exige de ellos una responsabilidad en el cuidado, sino que se les concede un reconocimiento, particularmente cuando las mujeres cuidan a sus ascendentes “a los maridos hay que hacerles un monumento, porque los mejores años de nuestras vidas han estado condicionados por atender a mis padres... O sea, que los maridos “chapeau” (G1).

Ruptura en la transmisión de los “deberes familiares”: la unidad familiar es el primer eslabón en el proceso de socialización del individuo y los progenitores constituyen un referente a seguir e imitar por los hijos, impulsando una serie de valores y orientaciones vitales. La familia, actualmente, impulsa como valor en alza la autonomía de los hijos y reconocen el derecho de la prole a ser y pensar diferentes. Se trata de una socialización menos directiva, y más propicia para la transmisión de valores democráticos y solidarios “las hijas hacen su vida, es que tienen su vida; es que no pueden hacer otra cosa más que su vida, o sea, no puedo esperar que mis hijas vayan a cuidarme ni a hacerme la comida, o...” (G1). A la vez se reconoce la necesidad de una solidaridad intergeneracional como valor social, que es expresado, especialmente por las cuidadoras mayores, como la obligación familiar de cuidar “yo creo que es una obligación, pero también hay quien tiene que tener esa obligación y no la tiene” (G4). Quienes así lo reconocen,

no ocultan los costes derivados de su cumplimiento “ya hace 16 años que cuido de mi marido y mi vida se ha arruinado, pero por otro lado Dios me ha dado 6 hijos maravillosos y mis nietos, y tengo salud,... bueno también tengo mis cosas, pero...” (G4). La difusión y defensa de la solidaridad depende del grado de acuerdo/desacuerdo con tales normas, y de la satisfacción/insatisfacción que produce la práctica de cuidar. Razón por la que mayoritariamente las cuidadoras manifiestan su deseo de no transmitir a las hijas dicha obligatoriedad, y el “compromiso moral” (G4) tal como lo inculcaron en ellas, que en algunos casos es vivido como una “esclavitud la que he tenido con mis padres, o... o, el sufrimiento que yo he tenido para atenderlos, no quiero para nada que lo tengan mis hijos” (G1). Este conjunto de circunstancias les lleva a autodefinirse como la “última generación” de cuidadoras (G1).

El impacto en la salud y el bienestar de las cuidadoras: tanto las mujeres que cuidan a sus ascendentes, como las que cuidan a sus esposos, perciben que cuidar castiga su salud y subrayan especialmente el coste físico derivado de cuidar, sienten que su salud se resiente y debilita debido al esfuerzo y cansancio derivado de las tareas de cuidar a una persona no autónoma, de la atención y las movilizaciones que precisan las personas dependientes en el día a día. Las esposas cuidadoras manifiestan especial afectación de su estado anímico, refieren sentir tristeza, depresión y desesperanza “mi vida, lo que yo entiendo por vida es lo que he vivido, y eso ya no va a existir jamás, eso ya se ha acabado desde la enfermedad de mi marido” (G3), sentimientos suscitados por la constatación del progresivo deterioro físico y psíquico de sus compañeros, lo que se ve accentuado cuando se asocia el deterioro físico al cognitivo, señalando este último como el más duro para quien cuida. Pero son también numerosas las manifestaciones de deterioro físico provocado como consecuencia del esfuerzo físico “la tensión de moverle, tenerle que meter en la bañera, y encontrarme sola...” (G1).

La conflictividad familiar: el deterioro de la persona dependiente fuerza, a menudo, el inicio de una nueva convivencia que está precipitado por la ocurrencia de situaciones críticas que llevan a tomar decisiones en las que intervienen sentimientos de afecto pero, sobre todo, de obligación y necesidad. Este hecho conlleva frecuentemente la modificación de la unidad familiar y de las relaciones familiares “a mí me ha marcado muchísimo, la salud, la apetencia sexual ... ¡con éste ánimo!” (G1). La decisión de quién debe cuidar y cómo, va acompañada de conflictos en el seno de la familia y las mujeres observan que tuvieron que decidir “llevárselos a casa” (G1) a los padres o suegros, dejando entrever críticas más o menos veladas a hermanos y cuñados que se escudan en no saber cuidar, reflejando en sus discursos

un sentimiento de resignación, de “hacer lo que nos ha tocado en la vida” (G1).

La carencia de un tiempo propio: el tiempo de ocio es inexistente, ni lo tienen ni se lo permiten, expresando una gran preocupación, incluso cuando se ausentan de casa por poco tiempo “por las tardes quedo alguna vez con una amiga...pero mi vida termina a las 8,30, por no dejarle tanto tiempo solo” (G4). Los resulta difícil diferenciar el tiempo de trabajo del tiempo de ocio y con frecuencia son los miembros de la familia los referentes de la distracción y del asueto “yo además de cuidar de la tía, tenía que satisfacer a mis hijos y a mi marido. Si yo no iba, ellos no iban a esquiar, así que nos llevamos a la tía...y los 4 con la tía” (G1). La relación fluida con la familia sirve de apoyo en lo cotidiano, y por ello se buscan tiempos de disfrute y encuentros, que generalmente se circunscriben al espacio del hogar (celebraciones), aunque ello suponga un trabajo añadido, un sobreesfuerzo derivado de preparar comida para más personas “te da alegría cuando viene la familia, los nietos, te da alegría todo, aunque... algunas veces me da mas alegría cuando se van que cuando vienen” (G3).

El futuro: el deseo de no tener que necesitar de nadie que cuide de ellas es unánime, es decir continuar siendo autónomas para que sus hijas e hijos no se sientan en la obligación de cuidar de ellas “el día de mañana procuraré no dar guerra a mis hijos; si tengo que ir a una Residencia, yo tan feliz” (G1). La institucionalización de las personas mayores es aceptada en diferente grado entre las participantes, aunque es entendida como un recurso posible. Su preferencia a futuro, siempre que económicamente sea posible, se orienta a poder permanecer en sus propios domicilios, bien cuidadas, pero no a cargo de sus hijas e hijos.

Hombres cuidadores: la novedad del cuidado doméstico

Diferentes significados del cuidar: A diferencia de las cuidadoras, en el discurso de los cuidadores rara vez aflora el sentimiento del deber moral de cuidar. Para la mayoría, se trata de una tarea nueva que rompe el *status quo* anterior “las mujeres se encargaban de la casa y de los hijos, nosotros trabajábamos 10-12 horas al día” (G5). Estas diferencias se manifiestan en que las mujeres ejercen como cuidadoras a “*tiempo completo*”(G1), mientras que los hombres se declaran cuidadores “comodín” (G2), actores secundarios “mi mujer se arregla bien, yo hago lo que ella me dice, a ver si me entiendes el tema... ella se desenvuelve bien, pero hay que ayudarla” (G5); “...es mi hermana la que está al pie de cañón, aunque bueno, le apoyo en lo que puedo” (G2). La experiencia masculina está frecuentemente ligada a la necesidad de cuidados de baja o media intensidad, y

se definen como “cuidadores con mando a distancia” (G5), porque aun cuando ejercen de cuidadores cuentan con la supervisión de algún miembro femenino de la red familiar.

Emotividad afectada: los hombres hacen referencia principalmente al sufrimiento emocional, provocado por el hecho de que “tener a una persona enferma en casa produce sufrimiento” (G2). La tensión derivada de “querer hacer bien las cosas” (G5) es un sentimiento unánime, ya que se sienten poco preparados, a la vez que vigilados y supervisados por las mujeres del entorno familiar o por parte de las propias esposas cuidadas “entonces yo quiero hacer las cosas y a ella no le gusta cómo lo hago entonces chilla, y yo me pongo nervioso. Muchas veces cojo y me marcho y la dejo chillando” (G5).

Las estrategias para mantener un tiempo propio: los hombres participantes consideran el tiempo de ocio como un bien preciado, el cual se ha visto limitado respecto de la situación anterior. Pero en mayor medida que las cuidadoras, mantienen un tiempo y espacio personal fuera del hogar y de la red familiar, mediante “la lectura del periódico en el bar”, “la partida con los amigos” (G5), el “paseo y/o poteo con la cuadrilla”, “la pesca” (G2), y consideran importante ese disfrute para continuar cuidando de sus esposas o familiares.

El futuro: en los hombres participantes se advirtió mayor dificultad para expresar y manifestar las expectativas de futuro, siendo las respuestas muy evasivas. Prefieren “vivir el día a día” (G2). Sus referencias a la institucionalización son despectivas “las residencias son jaulas, ¿eh?, son jaulas” (G2) y a diferencia de las mujeres no la consideran una alternativa futura para sí o sus parejas.

Discusión y conclusiones

Los núcleos informativos confirman la permanencia de valores y normas que vinculan a las mujeres a la función de cuidado y que forma parte de los roles de género asignados socialmente. La “naturalización” del rol de cuidadora ha participado en la configuración de la identidad de las mujeres y permanece aun cuando los hombres se incorporan a esta actividad. A pesar de las políticas de igualdad impulsadas por las instituciones públicas vascas (Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres, 2005), aun observamos la reproducción y el mantenimientos de estos roles de género, que a juicio de algunos autores¹⁶ se sustentan en una dominación “suave” o de “bajísima intensidad” sobre las mujeres, de tipo “micro”-en términos de Foucault¹⁷ que, por situarse en los límites de lo evidenciable, resultan más difícil de visualizar y de corregir.

Cuidar impacta en la vida tanto de hombres como de mujeres, pero el significado de cuidar es diferente y la

intensidad del efecto es desigual. La obligación moral de cuidar es un sentimiento femenino, que rara vez aparece en el discurso de los hombres. Cuando los hombres se incorporan al cuidado, las diferencias de género no desaparecen ni en tipo ni en intensidad de cuidado. Las mujeres asumen la organización y asistencia del cuidado personal, mientras que los hombres ayudan y acompañan a las cuidadoras, haciéndolas más vulnerables al impacto emocional y físico. Estos comportamientos se enmarcan en lo que se ha denominado “micromachismo utilitario ó encubierto”,¹⁶⁻¹⁸ porque inducen a la mujer a “ser para otros”, condicionando su autonomía y desarrollo personal.

El mantenimiento de actividades fuera del ámbito del cuidado (relación social, ocio, ejercicio físico, etc.) es un factor relacionado con el bienestar de los cuidadores.¹⁹ Los discursos de las mujeres y hombres cuidadores reflejan las distintas oportunidades que tienen de utilizar mecanismos de amortiguación del estrés (disposición de tiempos y espacios propios), lo que explica el diferente impacto del cuidar en su salud y calidad de vida. El mayor coste soportado por las cuidadoras favorece la aceptación de nuevas alternativas de cuidado (institucionalización) y cuestiona la transmisión intergeneracional del compromiso social de cuidar. Cuidar es una función social que entraña un coste de oportunidades a quien lo ejerce y por tanto debe recibir todo el reconocimiento social que merece, además de ser distribuida equitativamente entre los hombres y las mujeres de la familia. Como tal función social, el trabajo de cuidado requiere también de la intervención formal e institucional en función de las necesidades de los cuidadores. El desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia²⁰ debe servir, en el caso español, para complementar los servicios formales e informales y prestar el merecido reconocimiento social y económico a quienes ejercen de cuidadores/as de sus familiares.

Reconocimientos

Proyecto financiado por EMAKUNDE-Instituto Vasco de la Mujer y por la Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea.

Referencias

- 1 Moreno L. La “vía media” española del modelo de bienestar mediterráneo. Papers: revista de sociología 2001;(63-64): 67-82.
- 2 García MM, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit 2004;18(supl 2):83-92.
- 3 Larrañaga I, Martín U, Arregi B, Bacigalupe A, Valderrama MJ, Beguiristain JM. Desigualdades de Género en el Cuidado Informal: Efectos en la Salud y Calidad de Vida. CAPV. Ponencia

- presentada en el Foro para la Igualdad de las Mujeres y Hombres. EMAKUNDE, Vitoria-Gasteiz; 2007.
- 4 Durán MA. Concentración y reparto del trabajo no remunerado en los hogares. Cuaderno de Relaciones Laborales 2000;17: 91-122.
 - 5 Álvaro M. Los Usos del Tiempo como indicadores de la discriminación entre géneros. Serie Estudios 46. Madrid: Instituto de la Mujer; 1996.
 - 6 Larrañaga I, Arregi B, Arpal J. Trabajo reproductivo o doméstico. Gac Sanit 2004; 18(supl 2):36-41.
 - 7 Méda D. El tiempo de las mujeres. Conciliación entre vida familiar y profesional de hombres y mujeres. Madrid: Nancea; 2002.
 - 8 CES. Segundo Informe sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española. Madrid: CES; 2004.
 - 9 Jansson W, Nordberg G, Grafstrom M. Patterns of elderly spousal caregiving in dementia care: an observational study. J Adv Nurs 2001; 34(6):804-812.
 - 10 Lane P, McKenna H, Ryan A, Fleming P. The experience of the family caregivers' role: a qualitative study. Res Theory Nurs Pract 2003;17(2):137-151.
 - 11 Aberg AC, Sidenvall B, Hepworth M, O'Reilly K, Lithell H. Continuity of the self in later life: perceptions of informal caregivers. Qual Health Res 2004; 14(6):792-815.
 - 12 Hawranik PG, Strain LA. Giving voice to informal caregivers of older adults. Can J Nurs Res 2007;39(1):156-172.
 - 13 Marshall C, Rossman GB. Designing qualitative research. 3rd ed. Thousand Oaks CA: Sage; 1999.
 - 14 Callejo J. El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación. Barcelona: Ariel; 2001.
 - 15 Morse JM, Barret M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. IJQM [revista en internet] 2002; 1(2). Disponible en: <http://www.ualberta.ca/ijqm>
 - 16 Bonino L. Los Micromachismos. Revista La Cibeles. Ayuntamiento de Madrid 2004; 2
 - 17 Foucault M. Microfísica del poder. Madrid: Ediciones La Piqueta; 1993.
 - 18 Corsi J. Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Paidós; 1995.
 - 19 Al-Janabi H, Coast J, Flynn TN. What do people value when they provide unpaid care for an older person? A meta-ethnography with interview follow-up. Soc Sci Med 2008;67:111-21.
 - 20 Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. BOE 15 de diciembre de 2006.