

DOI: <http://dx.doi.org/10.5377/farem.v0i27.7058>
<https://rcientificaesteli.unan.edu.ni>

Cultura de los cuidados: La influencia de los estereotipos de género en la cotidianidad de la salud

Culture of care: The influence of gender stereotypes on the daily routine of health

Macarena Perusset Veras¹
macarena.perusset@gmail.com

Recibido: 18 de septiembre de 2018, Aceptado: 13 de diciembre de 2018

RESUMEN

En este estudio examinamos los quehaceres domésticos diarios en relación a los cuidados y a la salud que las mujeres de hogares de bajos ingresos del Noroeste de la provincia de Córdoba realizan en relación a sus hijos y a otros integrantes del seno familiar. En general, las mujeres consultadas señalaron la experiencia del trabajo doméstico de cuidado de la salud como un esfuerzo que refleja las diferencias esenciales entre mujeres y hombres. En momentos de enfermedad, las mujeres suelen obtener ayuda de otros familiares femeninos y es en estos momentos cuando se activan los conflictos con los hombres de la familia. La disconformidad que pudimos observar entre las mujeres y sus parejas se vieron acentuadas por creencias culturales que tienen que ver con el cuidado como innato a las mujeres, con una suerte de sacrificio maternal, así como a factores socioeconómicos. Estas historias privadas de mujeres nos ayudan a observar que todavía hoy, los cuidados en el hogar tienen un fuerte contenido cultural y están vinculados al género.

Palabras claves: cuidados; salud; género; hijos.

ABSTRACT

In this study we examine the daily household chores in relation to the care and health measures that women in low-income households in the Northwest of the province of Córdoba perform in relation to their children and other members of the family. In general, the women consulted pointed to the experience of domestic work in health care as an effort that reflects the essential differences between women and men. In times of illness, women often get help from other female relatives and it is at these times when conflicts with the men of the family are triggered. The disagreement that we observed between women and their partners was accentuated by cultural beliefs that have to do with care as an innate task to women, as a kind of maternal sacrifice, as well as socio-economic factors. These private stories of women help us to observe that even today, care at home has a strong cultural content and is linked to gender.

Keywords: care; health; gender; children.

¹ Doctora de la Universidad de Buenos Aires. Área Antropología. Docente titular cátedra antropología. Universidad Nacional de Córdoba - Facultad de Ciencias Médicas - Escuela de Enfermería
Copyright (c) 2018 Revista Científica de FAREM-Estelí.



INTRODUCCIÓN

La producción de los cuidados en el modelo de salud familiar enfatiza la consideración de factores que antes se pasaban por alto en los resultados. Nos referimos en especial al género y a cuestiones culturales como variables claves en la producción de cuidados en el hogar. Cabe aclarar que existe una escasez de información con relación a la salud informal y a los cuidados que se proporcionan dentro de la familia, así como información en relación a la preparación de las mujeres para proporcionar tales cuidados, cuán costosos resultan para ellas estos cuidados, si los consideran parte de sus responsabilidades familiares y cuánta ayuda reciben de sus cónyuges o parejas.

Los relevamientos realizados en el dispensario de Pocho, así como en el hospital municipal de Minas dan cuenta que entre el 70 y el 95% de las mujeres asumen la responsabilidad para cuidar a sus familiares en procesos de salud/enfermedad/atención, donde los factores de género y factores culturales tienen un papel relevante como veremos a continuación. Hemos realizado esta investigación en los departamentos de la región noroeste de la provincia de Córdoba, en los departamentos de Pocho, que presenta casi una cuarta parte de sus hogares con necesidades básicas insatisfechas y en el departamento de Minas, que llega a casi un 23%¹.

En este espacio examinaremos las cuestiones de género junto a los vínculos generacionales de las mujeres en relación a los cuidados domésticos. Los hogares de barrios vulnerables de los departamentos de Pocho y Minas fueron las unidades de análisis y se ha abordado a través del punto de vista de las experiencias de las mujeres. Las situaciones de vulnerabilidad socioeconómica y el patrón cultural de las relaciones entre géneros y entre generaciones perfilan el trabajo de salud doméstica de las mujeres y los recursos sociales que reunieron para ayudar a llevar a cabo ese trabajo.

¹ Esta investigación se llevó a cabo en los departamentos de Minas y Pocho, de la región Noroeste de la provincia de Córdoba, ya que casi una cuarta parte de los hogares de ambos departamentos presentan necesidades básicas insatisfechas. En futuras investigaciones buscamos relevar y analizar lo que sucede con las localidades de Cruz del Eje, Río Seco, Tulumba, Sobremonte y San Alberto.

Muchos de los relatos de las personas que entrevistamos giraron en relación a las formas en que su feminidad y posición generacional en la trama familiar las predispuso a aceptar una responsabilidad desproporcionada para los cuidados en relación a la salud del hogar frente a otros integrantes del mismo. Esta narrativa, que se repite, agrega complejidad al imaginario colectivo sobre la relación entre género femenino y cuidados (Batthyány, 2007; Alonso Castañeda, J. y Casadiego A., 2015; entre otros), sumando al discurso social sobre la promoción de la salud historias privadas de conflicto y negociación de roles en el hogar.

En esta investigación consideramos que el trabajo relacionado a la producción de salud se distribuye en función del género, recayendo específicamente sobre el género femenino y los esfuerzos de las mujeres dan forma a los resultados de salud a través de las generaciones (Jiménez Ruiz y Moya Nicolás 2018, Mier, Villarías y otros, 2007; entre otros). Para sus hijos, las mujeres proporcionan contribuciones primarias en varias áreas como la solicitud y programación de turnos médicos, llevan el registro de las inmunizaciones recibidas en la mayoría de los casos, transportan a los niños a las visitas médicas y dentales y esperan a los niños mientras están siendo provistos esos servicios, alimentan y medican a los enfermos en el hogar, además de encargarse de la organización de las tareas domésticas (Jiménez Ruiz y Moya Nicolás 2018, Mier, Villarías y otros, 2007).

Cuando se trata de sus parejas, una vez más las mujeres brindan un trabajo significativo en lo que podemos llamar atención médica, es decir, el cuidado particularmente a medida que los esposos van envejeciendo o cuando se encuentran enfermos (Gannik 1990). Por otra parte, en su rol de hijas y nueras las mujeres predominan como cuidadoras no remuneradas de personas mayores que no se encuentran institucionalizadas.

Lo que podemos observar a partir del estudio desarrollado es que la cultura compartida por estas mujeres y sus familias media la influencia de la posición de género y la posición generacional en la producción de salud en el hogar. Los valores culturales enfatizan la participación de la familia extendida en la decisión de cómo actuar frente a la enfermedad,

el sacrificio materno por el bienestar del niño y el privilegio de los hombres adultos del hogar (Wigdor, 2016; Casado Aparicio, 2006, Bourdieu, 1990).

Los sistemas de apoyo muestran la existencia de fuertes familias nucleares con lazos de dependencia de los amigos, vecinos, y colaboradores. Sin embargo, resulta menos claro entender cómo se produce la asignación del trabajo doméstico dentro de los hogares para llegar a una distribución de trabajo de salud sesgado por género y generación. En este sentido, es el disenso, el conflicto, la negociación y la cooperación que se da en relación a la salud en el espacio del hogar que este trabajo aborda a través de la experiencia de mujeres en situación de vulnerabilidad socioeconómica en la región noroeste de la provincia de Córdoba. Usando los recursos disponibles, las mujeres conforman grupos de gestión de ayuda que, además de la distribución de chismes simultáneamente refuerzan y legitiman la desigualdad de género en el hogar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Durante el año 2015 entrevistamos a mujeres en las localidades de Minas y Pocho sobre sus experiencias de producción de salud doméstica. Como la unidad de análisis era el hogar se definió operacionalmente como el grupo de parientes y no parientes viviendo en la misma vivienda más de la mitad del tiempo y dedicado a lograr actividades compartidas orientadas a las tareas del hogar (Netting et al., 1984; Wilk 1989). El acercamiento a las mujeres participantes de este estudio se dio en un centro de servicio social al que recurren familias de bajos ingresos que buscan entrada o certificaciones para programas de ayuda alimentaria financiados a nivel provincial y municipal. Al mismo tiempo, nos allegamos a los centros de salud de la zona donde pudimos aproximarnos a más mujeres que participaron de esta investigación. Los criterios para la participación de los hogares incluyeron:

1. Ingresos familiares inferiores a 4700 pesos argentinos (salario mínimo vital y móvil, RESOLUCIÓN (CNEPSMVM) 4/2015),
2. Presencia de uno o más niños menores de cinco años en la casa. Los hogares económicamente vulnerables con niños pequeños fueron

específicamente reclutados porque los niños requieren cantidades significativas de cuidado, generalmente proporcionado por sus madres (Batthyány, 2007; Alonso Castañeda, J. y Casadiego A., 2015).

56 mujeres fueron entrevistadas, ellas representaban a 50 hogares. Cada mujer fue entrevistada un promedio de tres veces en su hogar con una o dos visitas informales adicionales o contactos telefónicos. Como segunda fuente de datos, las mujeres que informaron ser responsables principales de la salud de los niños de sus hogares registraron los síntomas presentados, los tratamientos y medicamentos diarios que les suministraron a cada miembro del hogar. Finalmente, una mujer en cada hogar mostró y explicó cada uno de los medicamentos y remedios caseros empleados. Estos datos comprendieron el "inventario de medicamentos" utilizados en el hogar.

Dentro de los síntomas manifestados por las mujeres en relación a las afecciones o dolencias presentes entre los miembros de sus hogares, se registraron los tratamientos empleados, el uso de las redes sociales para asesoramiento de salud y el costo de elección de medicamentos y tratamientos. Estos datos y otros presentes en estos "diarios de salud" se emplearon para complementar los datos de las entrevistas en relación a los procesos de salud/enfermedad y las prácticas de automedicación.

El perfil de los hogares

Las mujeres que participaron en el estudio vivían en hogares donde la proporción de adultos a niños fue de 1: 3. La menor proporción de adultos y niños se debió principalmente a un mayor número promedio de niños más que a una diferencia en la presencia conyugal. En un tercio de los hogares, las mujeres informaron que no tenían cónyuge ni pareja masculina (todas las mujeres entrevistadas se consideran heterosexuales). De aquellas mujeres que informaron que un esposo o pareja estaba involucrado en el funcionamiento del hogar, la mitad informaron que su presencia era parcial o esporádica. Un tercio de las mujeres no son nativas de la provincia de Córdoba y todas ellas refirieron que no tienen antecedentes originarios.

Se describieron a sí mismas como “mujeres blancas” o simplemente argentinas sin otra identificación étnica primaria. Para una familia de cuatro integrantes el umbral de pobreza definido a nivel nacional, según el salario mínimo vital y móvil era de \$ 4700 pesos durante la fase de recolección de datos de este estudio (NEPSMVM Resolución 4/2015). La línea de pobreza se basa en el ingreso familiar según el tamaño de familia, tomándose como referente 4 integrantes. Las familias con más componentes si bien suelen tener otro tipo de ayudas sociales, los umbrales de pobreza son más grandes. En promedio, los hogares en este estudio constituyeron el 64% del umbral de pobreza independientemente del tamaño del hogar.

Los roles de género y su influencia en el hogar

Las estadísticas que sugieren que el trabajo de salud en el hogar está segregado por género, siendo que la mayoría del trabajo recae en las mujeres fueron validados en las narrativas personales de las entrevistadas (Batthyány, 2007; Alonso Castañeda, J. y Casadiego A., 2015). Entre los discursos de las entrevistadas se diferenciaron las responsabilidades de los hombres y mujeres en 53 narrativas de enfermedades o dolencias, es decir, más del 90% de la muestra. En estas narraciones podemos encontrar también que entre aquellas mujeres que construyen responsabilidad de género para el hogar, la salud se presenta en varias oportunidades: algunas resaltan talentos de cuidados “naturales” frente a las ineptitudes de sus parejas. Otras destacan una participación activa de las mujeres en el manejo de las enfermedades, en oposición al rol de “ayuda” de los hombres, marcando un rol más pasivo. Otras mujeres hicieron hincapié en las preocupaciones diarias que tienen sobre la salud de sus familias mientras que sus parejas tienen preocupaciones “de otro tipo”.

Entre las similitudes encontradas en los discursos analizados, podemos señalar que las discusiones o conflictos entre hombres y mujeres lleva la delantera, en particular los factores que exacerban los antagonismos entre hombres y mujeres en el espacio doméstico. Con respecto a la posibilidad de solicitar ayuda en el trabajo diario rutinario de la salud familiar, se observa una clara obstaculización por la creencia de las mujeres acerca de que ellas son las únicas idóneas para estas tareas, especialmente

aquellas que son madres se refieren al cuidado de los niños (ya sea enfermos o cuando están bien). Al respecto, Diana una de las entrevistadas, empleando a su esposo como un ejemplo contrastante destacó su propia competencia para saber lo que se debe hacer para cuidar a un niño lastimado. En este caso particular, el hijo de Diana, Joel, se había caído y lastimado un ojo.

“(Lucas, su pareja y padre de Joel) él puede manejar las cosas menores, pero entra en pánico cuando es algo grande. Cuando Joel tuvo el accidente del ojo... el Lucas me gritaba diciéndome que era mi culpa!! (...) cállate le dije. Si no me vas a ayudar, mandate a mudar, yo sé lo que hago (...) Fui y lo agarré a mi bebé en brazos y me fui a la salita con él. Ahí lo atendieron enseguida y le sacaron el palo del ojo”.

El discurso de la responsabilidad de Diana proyectó la imagen de una cuidadosa y competente madre en la situación de entrevista, mientras reproducía la superioridad de conocimiento materno sobre el tema. La narración de Diana muestra cómo su esposo, Lucas, también la eligió como la autoridad de salud del hogar centrándose en la culpabilidad de Diana, el otro lado de responsabilidad. Al igual que ella, las demás mujeres se enorgullecen de su experiencia en asuntos relacionados a la salud, pues ellas están convencidas de saber lo que están haciendo.

Construyendo sus narrativas estas mujeres retrataron a los hombres que las acompañan de maneras poco favorecedoras. Algunos hombres simplemente estaban “fuera de contacto” con los parámetros de salud considerados normales para los niños; otros se mostraban reacios a asumir algún tipo de responsabilidad por la salud o enfermedad; algunos incluso fueron ilustrados como hostiles cuando se toma en cuenta el cuidado diario y las decisiones que rodean al mantenimiento de la salud de los miembros del hogar. Si estas representaciones eran narrativas convenientes para la autoconstrucción de la mujer como experta en salud o si los hombres estaban objetivamente menos involucrados en la producción de salud en el hogar es una cuestión parcialmente abordada por el diario de salud y por el inventario de medicamentos que se puso en marcha en cada hogar. Como fuentes de datos triangulantes, tanto la salud diaria y el inventario de medicamentos

permiten inferir que la participación de las mujeres es más intensiva y duradera en el cuidado de los niños a través de todo el proceso de salud/enfermedad.

Cuando se les preguntó por qué ellas se dedicaban al cuidado y sus compañeros a otras cosas, las mujeres describieron una división del trabajo entre hombres y mujeres como siguiendo una pauta cultural, una tradición vinculada a los roles de género. Las 56 mujeres informaron que sus parejas no participan en ciertas actividades definidas por ellas como "de mujeres", tales como cuidar a los niños. Otras señalaron que sus parejas ayudan cuando les resulta conveniente: "...mi marido es de gran ayuda, pero si ya está acostado o sentado mirando la tele, no cuentas con él porque no te ayuda", Dice Laura, otra entrevistada. Por otra parte, Maricarmen hace una diferenciación entre ella y su marido en términos de la intensidad en la participación en el cuidado de salud de los niños:

"Creo que los hombres tienen la cruz de proveer a la familia, aunque estamos tratando de ser una sociedad más moderna (...) La que se encarga de la salud de la Mía, el Dylan y la Melanie soy yo, que encima trabajo en otras casas. El Diego se preocupa, pero la que se preocupa en serio soy yo".

De esta forma, Maricarmen atribuye las preocupaciones contrastantes de ella y su marido a una diferencia esencial, no modificada por la modernidad, entre hombres y mujeres en relación al género. A diferencia de las mujeres, a quienes se consideraba expertas en cuestiones familiares de la salud doméstica, los hombres fueron retratados como principiantes en la producción de salud en el hogar: "Mi marido puede tratar de ayudar, pero terminamos peleando porque cuando vuelvo del trabajo, yo vuelvo a hacer las cosas a mi manera y eso a él no le gusta".

Otra entrevistada, Valeria, señala: "Él no ayuda tanto como me gustaría, ayuda lo que puede". Valeria informó, además, que le gustaría que su marido les cambiara los pañales a los nenes. Una constante en el relato de varias mujeres tiene que ver con el deseo de que sus esposos se despertaran a la noche cuando los nenes estaban enfermos o molestos para atenderlos o al menos "cuidarlos" durante el día de vez en cuando. 49 de las 56 mujeres entrevistadas consideran que el papel de un hombre en el hogar es

una ayuda, aunque no estén totalmente satisfechas con ella.

Por lo que podemos observar, en la retórica se divide a los hombres de las mujeres, los principiantes de los expertos y los vagos de aquellos que se hicieron eco de los patrones de comportamiento arraigados a los cuidados de salud en el hogar. Al contar su propia enfermedad reciente, Cristina, ilustró los antagonismos con su marido y se posicionó como la proveedora indispensable de servicios domésticos. Con ella enferma y frente al comportamiento distante de su marido, aparece la amabilidad de la madre de Cristina en el mantenimiento de la cohesión del hogar. Cuando Cristina estaba enferma de neumonía su esposo se negó a ayudar con la limpieza de la casa, la preparación de la comida o el cuidado de los niños. Ella relata que, estando en cama, le pidió a su marido que arreglara las comidas de la noche para los niños y que los llevara a la escuela frente a lo que él le preguntó "¿No podés hacer nada vos? (...) Entonces mi mamá terminó teniendo que quedarse en la casa para cuidarme a mí y ayudarme a cuidar a los chicos (...) Él es un inservible al final". Aunque Cristina señala que intentó con varias tácticas diferentes y demostró tenacidad al buscar una redistribución del trabajo dentro del hogar, su esposo no "ayudó" y en su lugar Cristina se vio en la necesidad de aceptar la ayuda de su madre.

En hogares como este, donde se hizo hincapié en las diferencias esenciales entre las capacidades de hombres y mujeres como cuidadores, los intentos de renegociar las responsabilidades escalaron cualquier hostilidad doméstica previa. Las mujeres que caracterizaron la responsabilidad de sus maridos a diario en el cuidado de la salud del hogar como parciales o "complementarios" no lograron llegar a un acuerdo con sus parejas sobre cuándo estos "complementarios" eran necesarios.

Estas cuestiones sobre la salud/enfermedad y el trabajo de los cuidados domésticos nos permite ver patrones culturales específicos en relación al género femenino. Las mujeres entrevistadas en este estudio informaron que los recursos y las responsabilidades para la producción de salud residían en el hogar mismo. Solo 28 de ellas (el 50% de la muestra) informaron la presencia de parientes en el área para

ayudar en momentos donde se requería su ayuda en el hogar. Además de llamadas telefónicas ocasionales a parientes lejanos, consejos de proveedores de servicios de salud o ayuda limitada de amigos o vecinos, las mujeres manejan los procesos relacionados a la salud/enfermedad de los niños con un relativo desapego de otros grupos sociales.

Aquellas mujeres que tienen pocos familiares disponibles facilitan la participación de los esposos en el trabajo de salud doméstico. Por ejemplo, en estos casos se ve una mayor participación conyugal negociada, aunque siguen siendo las madres las que enfatizan su propia habilidad para detectar y diagnosticar los síntomas de los niños y cuidar de “esas preocupaciones de todos los días”, como una mujer las llamó. Curiosamente, incluso cuando la renegociación temporal de las tareas resultó factible, las percepciones de las responsabilidades de género permanecieron constante. “Como mamá, esas preocupaciones siempre están presentes en la cabeza, siempre ves a los nenes tan flaquitos y te preguntas si tu chiquito está comiendo lo suficiente, si fue muchas veces al baño te preocupas por si tiene parásitos, o si no fue al baño que le puede estar pasando...” dijo una madre. “¿Está comiendo tierra o chupando una piedra?”, dijo otra madre, “Vos te levantaste cinco veces durante la noche cuando hace frío para asegurarte de que estén tapados”.

Las mujeres aprendieron el papel de cuidado a través de años de socialización y perfeccionaron sus habilidades mediante la participación en el cuidado diario de sus hijos. Por otra parte, las mujeres que enfrentan las “mismas preocupaciones” pero con más ayuda extra en el hogar dan cuenta de vínculos familiares extendidos que pueden terminar generando cierta fricción dentro del hogar en su relación con sus parejas. Si una mujer está enferma, su compañero puede estar menos dispuesto para cuidarla a ella o a los niños si sabe que su suegra o algún otro pariente de su mujer podría ser llamado, especialmente si las responsabilidades que se le pide asumir son consideradas engorrosas y si él considera el trabajo doméstico como femenino.

CONCLUSIONES

La intensificación de la demanda para redistribuir el trabajo en relación al proceso salud/enfermedad de los

hogares surge de varios factores. Primero, el estado de salud de los miembros de una unidad doméstica en relación a la existencia de problemas crónicos de salud y el estado de salud percibido por las mujeres de sí mismas y de los miembros del hogar. Segundo, entre los grupos analizados más mujeres (60%) fueron involucradas en la generación de ingresos (tanto en el sector formal como en el informal) que los varones (40%). En tercer lugar, las mujeres informaron tasas más altas de parejas parcialmente ausentes y cuarto, los hogares más grandes contenían más niños.

Estas características se combinaron para aumentar las limitaciones de tiempo y de carga de trabajo de las mujeres en sus casas, lo que exacerbaba la discordia entre hombres y mujeres sobre la distribución del trabajo doméstico en relación a la salud y a los cuidados. Dadas estas condiciones, la expresión de los valores culturales como el sacrificio materno y el apoyo familiar extendido son estrategias compensatorias necesarias para hacer frente a una carga de trabajo doméstica exigente.

De los relatos se desprende que el conflicto que gira sobre los maridos y su falta de participación en cuanto a la salud y al hogar podría exceder los límites de tolerancia de las mujeres. Gladys describió el fracaso de su marido para cuidar a sus hijos como una de las causas que se sumaron a su separación:

“Yo tengo dos trabajos. Así que aquí estoy trabajando 16 horas al día y luego vuelvo a casa y las chicas están sucias y no están comidas y ni siquiera se puso a preparar lo que vamos a comer (...) el bebé está en pañales sucios, y él no ha limpiado o hecho la cocina. Y él no está trabajando, ya sabes. Así que finalmente me fui con los chicos”.

Entendido como una responsabilidad de género, el cuidado y la producción de salud en el hogar se convirtió en un área de conflicto entre hombres y mujeres cuando las circunstancias exigían flexibilidad y renegociación de responsabilidades. Relacionado a los niveles de conflicto dentro del hogar, las mujeres expresan que ellas tienen cargas de trabajo doméstico más pesadas relacionadas con la salud y más empleo en el sector asalariado junto con una menor disponibilidad conyugal. Si tenemos en cuenta todos los relatos acerca de los cuidados de salud, el género figura prominentemente como el criterio que separa a los cuidadores de los no cuidadores, resaltando la

idoneidad “natural” de las mujeres para el cuidado de niños y enfermos. La prominencia de las mujeres en la producción de salud se toma por ellas y por sus familiares como una “ideología de competencia materna” (Anderson y Elfert 1989), o lo que Sacks ha denominado como el corazón y el alma del trabajo de las mujeres: la capacidad de “tomar responsabilidad e iniciativa para saber qué necesidades hay y saber cómo hay que hacer para resolverlas” (1989: 89).

Interactuando en redes de chismes informales, las mujeres que participaron de este estudio comentaban entre sí sus competencias maternas y la falta de idoneidad correspondiente de sus parejas, e incluso la hostilidad o ingenuidad en asuntos de salud del hogar. Su discurso puede ser entendido como un marco para reconstruir y legitimar los roles de género existentes, creando una autoidentidad de género de la experiencia en asuntos de salud familiar a través de la interacción social reafirmando la relación de género de una mujer con el trabajo, con otros miembros del hogar y el mundo. Fue común entre las mujeres de este estudio (así como de los hombres que ellas describieron) la construcción de “diferencias esenciales” entre hombres y mujeres, tales como los “instintos maternos” que legitimaban las diferencias de género en la división del trabajo doméstico.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso Castañeda, J. y Casadiego A. (2015). Igualdad de género y trabajo no remunerado de cuidado de salud en Colombia. Un estudio a partir de la encuesta nacional de uso del tiempo 2012-2013.

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de Maestría en Administración de Salud.

- Anderson, J. M. and Eifert, H. (1989), Managing chronic illness in the family: women as caretakers. *Journal of Advanced Nursing*, 14: 735-743
- Batthyány, K. (2007). Género, cuidados familiares y uso del tiempo. Proyecto de Investigación I+D CSIC UDELAR Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología Apoyo: UNFPA Uruguay.
- Bourdieu, P. (1990). *La dominación masculina*. Argentina: Anagrama.
- Casado Aparicio, E. y García, A. (2006). Violencia de género: Dinámicas identitarias y de reconocimiento. *El doble filo de la navaja. Violencia y representación*, 48-78. Madrid: Trotta.
- Jimenez Ruiz, I. Moya Nicolás, M. (2018). La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Revista enfermería global* No. 49. PP. 420-433.
- Iratxe M, Villarías Zuriñe R., Pérez A.; Canto Combarro R. (2007). Interpretando el cuidado. Por qué cuidan sólo las mujeres y qué podemos hacer para evitarlo. *Revista ZERBITZUAN* No. 42 diciembre. PP. 29-38. País Vasco.
- Sacks, K. B. (1989), Toward a unified theory of class, race, and gender. *American Ethnologist*, 16: 534-550.
- Wigdor, G. (2016). Aferrarse o soltar privilegios de género: sobre masculinidades hegemónicas y disidentes. *Península* vol. XI, núm. 2 julio-diciembre de 2016 pp. 91-112.