



# Salut i qualitat de vida de les dones cuidadores de familiars.

## Resultats i valoració dels serveis municipals de suport a les cures

Informe final

Febrer de 2018

Equip de redacció: Spora Sinergies SCCL

Coordinació del projecte: Miriam Sol i Aleix Causa

Consultoria tècnica: Mariona Estrada, Jon Casado, Ònia Capçada i Mireia Calafell.

Assessorament expert: Maria López.



## **Edita**



Ajuntament  
de Barcelona

Departament de Transversalitat de Gènere  
Gerència de Recursos

**Realitzat per**

Spora Sinergies SCCL

## **Correcció**

Serveis Lingüístics de l'Ajuntament de Barcelona

**Aquest document està sota la llicència [Creative Commons](#)**



Barcelona, febrer de 2018

ATLAS<sup>1</sup>

*Si fos només el pes del cel i de la terra  
el que carrega la veïna del tercer,  
potser els diumenges fins i tot la sentiríem  
cantar mentre prepara el sofregit,  
com cantes tu abans de tirar l'arròs  
i comptar quants sereu si el gran no ve amb els fills.  
Però és molt més el que carrega la veïna,  
ho saps perquè has reconegut a l'ascensor  
el grau de curvatura a les espatlles,  
el cansament, la soledat, el pes  
d'allò que avui en tu persisteix com a petjada  
i que en el seu clatell són dinosaures,  
milers de dinosaures moribunds  
que no moriran mai, mai no s'extingiran,  
perquè sempre hi ha algú que els alimenta.  
Has assentit sense dubtar-ho quan t'ha dit:  
"quin privilegi, oi, això de creure en meteorits?"*

---

1 Poema escrit per la poetessa [Mireia Calafell](#) mentre col·laborava en el treball de camp per aquest estudi dedicat a les dones cuidadores.



# Índex

1. Presentació .....	3
2. Objectius i metodologia .....	4
2.1. Objectius de l'estudi.....	4
2.2. Metodologia .....	4
3. Aproximació al treball de cures i a la salut des de la perspectiva de gènere .....	6
4. Consideracions prèvies .....	12
5. Dades sociodemogràfiques de les dones cuidadores.....	14
6. Organització de les cures i de la xarxa de suport .....	18
6.1. Distribució de les tasques de cura.....	18
6.2. Elements que expliquen la distribució de les cures.....	25
6.2.1. Rol de la cuidadora.....	25
6.2.2. Organització de la xarxa familiar .....	26
6.2.3. Arranjaments a la llar .....	26
6.2.4. La demanda dels serveis.....	27
6.2.5. La responsabilitat no es distribueix .....	27
6.2.6. Els serveis representen una "ajuda", no una "corresponsabilitat".....	27
6.2.7. La vida de les dones cuidadores s'organitza al voltant de les cures .....	28
6.3. Càrrega percebuda de les cures.....	28
6.3.1. La xarxa familiar .....	28
6.3.2. Les relacions socials .....	29
6.3.3. Codependència de la persona dependent.....	30
6.3.4. La invisibilitat de les cures .....	30
7. Efectes de les cures en la salut de les dones cuidadores.....	31
7.1. Estat de salut general percebuda.....	31

7.2. Efectes de la càrrega de les cures sobre la salut de les cuidadores .....	34
7.2.1. L'edat .....	36
7.2.2. El temps dedicat a les cures.....	38
7.2.3. La convivència amb la persona dependent .....	40
7.2.4. Altres aspectes que afecten la salut percebuda .....	42
7.3. Estratègies davant la càrrega de les cures.....	44
7.3.1. Resignació .....	45
7.3.2. Compassió .....	45
7.3.3. Medicalització.....	45
8. El paper dels serveis municipals de suport a les cures .....	46
8.1. Usos dels serveis .....	47
8.1.1. Servei d'Atenció Domiciliària (SAD).....	47
8.1.2. Respir plus.....	50
8.1.3. Temps per tu .....	51
8.2. Efectes dels serveis en la salut autopercebuda .....	52
8.2.1. Serveis dins del domicili (SAD) .....	52
8.2.2. Serveis fora del Domicili ("Respir plus" i "Temps per tu") .....	55
8.2.3. Consideracions generals .....	59
8.3. Valoració dels serveis i aspectes de millora.....	60
8.3.1. Valoració general .....	60
8.3.2. Aspectes per millorar .....	62
9. Conclusions .....	69
10. Reptes de futur.....	74
Annex. Justificació del disseny de l'enquesta .....	74

# Bloc 01

## INTRODUCCIÓ

### 1. Presentació

L'Ajuntament de Barcelona té la voluntat de recollir l'estat que autoperceben les dones cuidadores de familiars depenent de si disposen d'una xarxa de suport. Aquesta preocupació sorgeix del fet que la sobrecàrrega de les dones quan assumeixen les cures, a banda de ser socialment injusta, produeix efectes nocius en la salut de les cuidadores mateixes, en una dimensió tant física com mental i emocional.

Actualment l'Ajuntament de Barcelona ja té diversos programes i polítiques que faciliten que les cures es redistribueixin i que també les assumeixin entitats de l'àmbit públic, entre les quals destaquen, pel seu abast, el Servei d'Atenció Domiciliària (SAD), el programa "Respir Plus" i el programa "Temps per tu" per a persones cuidadores familiars. En aquest informe es pretén analitzar quin és l'impacte d'aquests serveis sobre la salut de les dones familiars que exerceixen en l'àmbit domèstic com a cuidadores de persones usuàries dels serveis.

Pel que fa els serveis analitzats, el **Servei d'Atenció Domiciliària (SAD)** recull les accions destinades a fer que les persones que veuen limitada la seva autonomia per raó d'edat, dependència o discapacitat puguin dur a terme les activitats bàsiques de la vida diària.

"**Respir Plus**" és un programa d'atenció residencial temporal destinat a persones amb un grau de dependència determinat. S'hi pretén millorar la vida de les persones que en són cuidadores facilitant-los un temps de descans.

Finalment, el **programa "Temps per tu"** té l'objectiu de fomentar el lleure de qualitat entre les persones amb discapacitat i, alhora, promoure la conciliació de la vida de les persones cuidadores. Aquest programa té tres línies d'actuació segons franges d'edat: infants de 0 a 4 anys, nens i nenes de 4 a 18 anys i, finalment, joves i persones adultes.

L'informe, per tant, pren com a referència les dones cuidadores de persones familiars a escala informal que es beneficien dels tres programes. L'informe consta de tres blocs. El **primer bloc** inclou els tres primers capítols introductoris: (1) una presentació de l'estudi, (2) els seus objectius i la metodologia emprada per assolir-los, i (3) una primera aproximació teòrica al treball de cures i a la salut des de la perspectiva de gènere.

El **segon bloc**, dedicat a l'anàlisi descriptiva del treball de camp, consta de cinc capítols: (4) primerament es presenten les consideracions prèvies, on s'exposen els criteris que s'han tingut en compte en l'anàlisi qualitativa i quantitativa de les dades obtingudes, (5) seguit d'una

descripció de les dades sociodemogràfiques de les dones cuidadores que configuren la mostra. (6) El capítol següent descriu l'organització de les cures i de la xarxa de suport i s'hi analitza la distribució del treball de cura, els elements qualitius que expliquen la distribució de les cures i la càrrega percebuda d'aquestes cures. (7) A continuació s'identifiquen els efectes de les cures en la salut de les dones cuidadores. En aquest capítol s'analitza l'estat de salut general percebut per les cuidadores, es descriuen els efectes de la càrrega de les cures sobre la salut de les dones i, finalment, les estratègies emprades davant la càrrega de les cures. (8) En darrer lloc, s'analitza el paper dels serveis municipals de suport a les cures dels quals són beneficiàries les dones, a través dels usos que en fan, els efectes que tenen en la salut de les cuidadores i la valoració que se'n fa.

El **tercer bloc** consta de dos capítols: (9) les conclusions i els resultats principals de l'estudi i, finalment, (10) els reptes de futur i les propostes resultants.

## 2. Objectius i metodologia

A continuació es presenten els objectius establerts en el marc de l'estudi així com la metodologia emprada per assolir-los.

### 2.1. Objectius de l'estudi

#### **Objectiu general:**

- Conèixer l'estat de salut autopercebut de les dones cuidadores de familiars segons si disposen d'una xarxa de suport.

#### **Objectius específics:**

- Conèixer l'estat de salut actual de les dones cuidadores de familiars que es beneficien directament o indirecta dels serveis i els programes municipals (SAD, "Respir Plus" i "Temps per tu"), tenint en compte l'impacte del fet d'assumir les cures en l'estat de salut.
- Conèixer l'autopercepció sobre els canvis en l'estat de salut arran de beneficiar-se directament o indirecta d'algun dels tres serveis i programes, així com l'impacte d'altres estratègies que les dones duen a terme per millorar el seu benestar i l'estat de salut.
- Conèixer quina és la distribució i la gestió de les cures que té lloc en l'àmbit domèstic.

### 2.2. Metodologia

La metodologia utilitzada per dur a terme aquest estudi sobre l'estat de salut percebut de les dones cuidadores i la gestió de les cures s'ha basat en la combinació de tècniques qualitatives i quantitatives. A través d'aquesta metodologia, hem pogut conèixer quines són les variables significatives que apareixen amb relació a la càrrega de les cures i la seva gestió, així com la manera com afecten aquestes variables a l'hora de distribuir les cures, de construir una xarxa de suport i de percebre la càrrega sobre la salut que suposa el treball de cuidadora.

La recollida i la recopilació de dades s'ha fet a partir d'una combinació de metodologies qualitatives i quantitatives:



Les **metodologies qualitatives** (entrevistes individuals telefòniques i grups focals) han permès veure els discursos que es despleguen al voltant del concepte de cura i del rol de la dona cuidadora. Així mateix, han permès analitzar les atribucions que les mateixes dones cuidadores fan de l'impacte de les cures sobre la seva salut. També han permès comprendre les diverses maneres d'afrontar i gestionar la càrrega de les cures depenent de la relació que s'estableix amb la persona amb necessitats de cura.

Les **metodologies quantitatives** (enquesta telefònica) s'han utilitzat per explorar la distribució del treball de cura, dins i fora de la llar, per part de les dones cuidadores. A més, han permès registrar el nivell de salut autopercebuda i l'impacte dels serveis (SAD, "Respir Plus" i "Temps per tu") en la salut i en la gestió de les cures.

També s'ha tingut en compte en aquest estudi una aproximació pròpia de l'**epistemologia i les metodologies feministes**. El fet de partir de les experiències i les percepcions pròpies de les dones, i de donar espai per crear categories noves i no preestablertes des de marcs d'anàlisi androcèntrics, especialment pel que fa a la percepció de la salut, dona compte d'aquesta aproximació.

A continuació es descriuen cada una de les tècniques de recollida d'informació que s'han emprat.

- **Anàlisi documental:** s'han consultat i analitzat els documents següents:
  - Informes i memòries dels tres serveis municipals que participen en l'estudi (SAD, "Respir Plus" i "Temps per tu").
  - Bibliografia relacionada sobre la perspectiva de l'economia feminista i el treball reproductiu.
  - Bibliografia sobre la relació entre treball informal de cures i la salut.
  - Bibliografia sobre els determinants socials de la salut.
  - Bibliografia sobre el suport a les persones cuidadores.
  - Enquestes de referència sobre salut percebuda.
- **Entrevistes amb persones referents dels serveis SAD, "Respir Plus" i "Temps per tu" (3):** S'han fet entrevistes amb persones referents dels tres serveis que participen en l'estudi amb l'objectiu de conèixer més a fons les característiques i el funcionament dels serveis. També s'ha obtingut informació sobre els perfils generals i les característiques principals de les dones usuàries, en cada cas.
- **Entrevistes telefòniques a dones cuidadores de les seves parelles (9):** S'han dut a terme nou entrevistes a dones usuàries dels serveis SAD i "Respir Plus" que tenen la parella (marit) al seu càrrec. L'objectiu ha estat poder conèixer l'organització del treball de cura i el treball domèstic; la percepció de la salut i l'impacte de les cures en la salut; la valoració dels serveis en relació amb la xarxa de suport, i la incidència sobre la seva salut.

*Nota:* Aquestes entrevistes telefòniques no s'havien previst en la metodologia original sinó un grup focal amb aquest perfil de dones cuidadores. Tanmateix, a l'hora de fer la convocatòria del grup focal es va veure que les dones que tenen la parella al seu càrrec, generalment, són persones grans que dediquen gairebé tot el temps a la cura i al treball domèstic i que no poden deixar sola la parella durant un període llarg de temps. A més, en alguns casos, elles mateixes també tenen problemes de salut o dificultats per desplaçar-se a un altre barri. Per aquesta raó, es va valorar substituir el grup focal per entrevistes telefòniques a les dones que havien accedit a participar.
- **Grups focals amb dones cuidadores, beneficiàries dels serveis (2):** S'han dut a terme dos grups focals amb dones cuidadores. El primer, amb dones que tenen la mare o el pare al càrrec, tant si hi conviuen com si no, usuàries dels serveis SAD i "Respir Plus". El segon, amb dones que tenen fills i filles amb diversitat funcional al seu càrrec, beneficiàries del programa "Temps per tu". En ambdós casos, l'objectiu dels grups focals ha estat poder conèixer l'organització del treball de cura i el treball domèstic; la percepció de la salut i l'impacte de les

cures en la salut; la valoració dels serveis en relació amb la xarxa de suport, i la incidència sobre la seva salut.

En el marc dels grups focals, es va emprar una tècnica de mapatge dels malestans físics i emocionals a través una silueta de cos de dona a fi de fer emergir els discursos sobre l'impacte de la càrrega de les cures en la pròpia salut i "cartografiar-los" en la silueta d'un cos de dona.

- **Enquesta telefònica:** Pel que fa a la fase quantitativa de la recerca, s'ha dissenyat un qüestionari en línia estructurat de manera heteroadministrada (administrat per enquestadores a les dones enquestades). Les persones que hi han participat representen una mostra de dones cuidadores —en qualitat de cuidadores principals— de persones amb necessitats de cura adscrites a algun dels tres serveis estudiats (SAD, "Respir Plus" i "Temps per tu").

Es tracta d'una mostra no probabilística a la qual no s'han aplicat quotes o altres criteris de mostreig. En l'estudi han participat totes les dones disposades a col·laborar voluntàriament en la recerca.

En termes de dimensió de l'univers objecte d'estudi, malgrat que no es disposa de dades exactes i, per tant, no es poden oferir dades precises de la significació estadística que ofereix l'anàlisi quantitativa, s'estima que les persones usuàries del SAD són aproximadament 20.000, aproximadament 175 en el cas de "Respir Plus", i aproximadament 300 famílies en el cas de "Temps per tu" (més o menys 600 infants i joves). Tot i així, pel que fa a l'anàlisi agregada independentment del servei al qual estan adscrites, la participació de 185 dones aporta una fotografia rellevant i suficient per obtenir una diagnosi del perfil i la situació de les dones cuidadores.

Mostra:

- Total de dones que han respost el qüestionari: 185
- Total de dones enquestades adscrites al Servei d'Atenció Domiciliària: 143
- Total de dones enquestades adscrites al servei "Respir Plus": 64
- Total de dones enquestades adscrites al servei "Temps per tu": 20

## 3. Aproximació al treball de cures i a la salut des de la perspectiva de gènere

L'àmbit d'anàlisi al qual es refereix aquest estudi articula tres conceptes clau —*dones, cures i salut*— amb un bagatge teòric de llarg recorregut, que fa necessari un aterratge d'aquests conceptes alhora que es configuren les perspectives que emergeixen davant del fenomen.

### ***a) Perspectiva feminista: la divisió sexual del treball***

D'entrada, parlar del treball de cures implica fer referència a la **divisió sexual del treball**. Basant-se en el sistema normatiu de gènere binari, en les societats occidentals s'assignen a les dones activitats relacionades amb les cures i la reproducció —que es duen a terme en l'esfera privada, la llar, i tenen poc reconeixement social i econòmic—, mentre que, als homes, se'ls

assignen activitats productives per al mercat de treball —dutes a terme en l'esfera pública i d'un valor social i econòmic important.

Aquesta divisió de tasques configura l'organització social del treball patriarcal, que es consolida amb la revolució industrial,<sup>2</sup> on es deixa clara la separació entre el lloc on es fa el **treball productiu i mercantil** —masculinitzat— i la llar, que inclou el **treball reproductiu, domèstic i de cures** —feminitzat—<sup>3</sup> i es defineix allò que està subjecte a l'intercanvi monetari dins l'esfera mercantil —reconegut històricament com a *treball*, formal i remunerat, diferenciat d'allò que en queda fora: el treball domèstic i de cures.

En aquest sentit, és el moviment feminista el que, durant els anys seixanta i setanta del segle XX, posa al centre del debat les conseqüències de la divisió sexual del treball sobre la vida de les dones i dona compte de les diferències en el valor i el reconeixement, social i econòmic, associat al treball productiu i reproductiu. El fet d'associar *les dones* —i *allò femení*— amb el treball reproductiu ha relegat tradicionalment les dones a la llar, a l'esfera privada, a la realització del treball domèstic i de cures i, per tant, les **ha exclòs del mercat i de l'accés als recursos econòmics i als drets socials que se'n deriven**.

Certament, la incorporació progressiva de moltes dones al mercat laboral els ha facilitat l'accés als recursos econòmics i socials que brinda el treball formal en l'estat del benestar a través de les prestacions socials que es deriven de la cotització. Tanmateix, la divisió sexual del treball continua estant present. D'una banda, les taxes d'ocupació masculina continuen sent més altes que la femenina en tots els països del món,<sup>4</sup> mentre que les dones encara són més presents en ocupacions amb pitjors condicions laborals (contractes temporals i jornades parcials) o de menys valor i reconeixement social i econòmic.<sup>5</sup>

D'altra banda, **les dones continuen sent la figura principal que s'encarrega dels treballs domèstics i de cura**, com demostren les enquestes dels usos del temps: de mitjana, les dones dediquen gairebé quatre hores al dia a la llar i a la família, mentre que els homes hi dediquen dues hores al dia.<sup>6</sup> Així, la divisió sexual del treball es continua reproduint, atès que els homes encara ocupen més habitualment l'esfera productiva i són més presents en els treballs de més prestigi i valor social, i les dones encara s'encarreguen més habitualment del treball reproductiu, no reconegut ni remunerat.

En definitiva, aquest fet **té uns efectes importants en la vida de les dones**, ja que dediquen més temps que els homes al treball —productiu i reproductiu—<sup>7</sup>, en l'anomenada *doble jornada* i, per tant, disposen de menys temps per a altres activitats de gaudi personal. Això té conseqüències en la salut de les dones i en la seva qualitat de vida, i n'empitjora l'estat de benestar social, psicològic i físic.<sup>8</sup>

---

2 M. López (2016). *Empleo informal y salud en Centroamérica. Una aproximación desde las desigualdades de género*. UPF, tesi doctoral.

3 *Ibíd.*

4 Organització Internacional del Treball (2016). *Las mujeres en el trabajo. Tendencias de 2016. Resumen ejecutivo*. [[http://www.unesco.org/library/PDF/wcms\\_457094.pdf](http://www.unesco.org/library/PDF/wcms_457094.pdf)]

5 Observatori iQ a partir de l'Enquesta de Població Activa i Enquesta Anual d'Estructura Salarial, INE (2016). [<http://iqobservatori.org/desigualtats-en-les-condicions-laborals/>]

6 Observatori iQ a partir de l'Enquesta dels usos del temps (2010-2011), Idescat. [<http://iqobservatori.org/el-dia-te-24-hores-qui-fa-que-i-per-quant-de-temps/>]

7 Segons l'enquesta dels usos del temps de Catalunya (2010-2011) de l'Idescat, de mitjana, les dones dediquen sis hores diàries al treball remunerat i no remunerat, mentre que els homes hi dediquen cinc hores diàries.

8 Ministeri de Sanitat i Consum (2008). *Informe Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida*. [<http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludGenero2006.pdf>]

Per aquesta raó, **la mostra utilitzada en aquest estudi és eminentment femenina**, atès que no es pot deslligar l'impacte de la càrrega de les cures del subjecte femení que històricament ha assumit, en la seva dimensió material i afectiva, el treball de la reproducció social.

## **b) Perspectiva de les cures: la crisi de les cures**

Durant les darreres dècades, han anat apareixent perspectives diverses al voltant de la conceptualització de les *cures*, l'organització social de les cures i la relació d'interdependència que s'estableix entre les persones, sempre entenent que tothom depèn d'algú altre per desenvolupar-se satisfactòriament al llarg de la vida.

Les activitats que engloba el treball domèstic i de cures no es poden entendre únicament amb els paràmetres que regeixen el treball mercantil, des d'un prisma de producció de béns i serveis, sinó que requereixen una anàlisi més complexa. Així, al final dels anys noranta del segle XX comença a parlar-se de les cures des d'una concepció més àmplia, promoguda principalment per l'economia feminista, que posa sobre la taula el doble vessant que implica el treball domèstic i reproductiu.

D'una banda, recull la **dimensió material del treball de cures**, equiparable al treball mercantil pel que fa a la valorització de la producció de béns i serveis, reconeixement i remuneració, que ha encapçalat les reivindicacions feministes des del final dels anys setanta del segle XX.

D'altra banda, fa emergir la **dimensió afectiva i immaterial** que implica la cura directa de les persones, juntament amb la càrrega emocional i relacional que es deriva d'aquestes activitats i que està lligada intrínsecament a la persona que les duu a terme.<sup>9</sup> Aquesta dimensió afectiva no és menys rellevant, atès que és un element característic que defineix el treball de cures, indissociable de l'exercici d'aquestes activitats.

Així, recollint la complexitat del que impliquen, Carol Thomas proposa un concepte ampli com a paraigües per a la **definició de les cures**:

*Les cures són la prestació remunerada o no remunerada de suport en la qual intervenen activitats que impliquen un treball i uns estats afectius. Els presten principalment, tot i que no exclusivament, dones, tant a persones adultes sanes com a persones dependents i als nens i nenes, en l'esfera pública o l'esfera domèstica, i en una diversitat de marcs institucionals.*<sup>10</sup>

En aquest sentit, l'afany per analitzar i desgranar el treball de cures ha portat a especificar **les activitats que s'englobarien dins aquesta definició**, que es poden classificar en tres tipus:

- **L'aprovisionament de les precondicions per a les cures**, és a dir, les activitats que estableixen les condicions materials per fer la cura directa d'una altra persona (neteja de la llar, compra, cuina i preparació d'àpats, etcètera).
- **La cura directa d'una altra persona**, que és la que implica una interacció concreta amb l'altra persona i l'atenció específica dels cossos i les emocions.

9 C. Carrasco, C. Borderías i T. Torns (2011). "Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales", dins de C. Carrasco, C. Borderías i T. Torns (ed.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.

10 C. Thomas (2011). "Deconstruyendo los conceptos de cuidados", dins de C. Carrasco, C. Borderías i T. Torns (ed.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.

- **La gestió mental de les cures**, és a dir, l'organització, la supervisió i la planificació necessàries per fer possibles les cures d'una altra persona (coordinació d'horaris, acompanyament al desplaçament i al transport, planificació de les compres, etcètera).<sup>11</sup>

Paral·lelament, una tercera dimensió inclou l'organització social de les cures en el vessant simbòlic, entrelaçada amb les relacions de gènere i de parentiu. La **dimensió simbòlica**, doncs, vincula l'assumpció de les cures amb la identitat femenina. La construcció social de la subjectivitat femenina inclou l'obligació moral de les dones respecte a les cures<sup>12</sup>, que esdevé una norma implícita en les relacions de parentiu establertes amb la persona amb necessitat de cures, és a dir, com a *mare*, com a *esposa* i com a *filla*. Alhora, el mateix imaginari col·lectiu també incideix sobre els homes i la construcció social de la masculinitat, en la mesura que sempre tindran algú que els cuidi.

Ara bé, si parem atenció a l'**organització social de les cures**, entesa com la manera en la qual els agents socials participen en la resolució de les necessitats de cura, podem determinar el paper i el pes que tenen cadascun d'aquests agents en la distribució i la responsabilitat de les cures en les societats occidentals. En aquest sentit, Razavi, a Keller (2017), presenta l'articulació entre aquests agents socials des del "diamant de les cures", utilitzant la representació geomètrica de l'organització social de les cures a partir de quatre angles: l'Estat, el mercat, la família i la comunitat.

Pel que fa a l'Estat, a Espanya, les escasses **polítiques de suport a les cures** s'han enfocat a reproduir i reforçar la llar com a espai principal en l'exercici de les cures. Tant les polítiques de conciliació com el marc normatiu que regeix la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones en situació de dependència, són estratègies basades a assumir la cura des de l'esfera domèstica més que no pas en una proposta de corresponsabilitat des dels serveis públics i, per tant, sense qüestionar la càrrega que assumeixen les famílies en les cures, principalment les dones.<sup>13</sup>

Pel que fa al mercat, **la mercantilització de les cures** acostuma a anar en detriment de la qualitat amb la qual es duen a terme, ja que introdueix lògiques d'eficiència sovint lligades a una reducció del cost. A més, el treball formal de les cures acostuma a exercir-se en unes condicions laborals marcades per la precarietat i un baix reconeixement social, majoritàriament realitzat per dones.<sup>14</sup>

Pel que fa a **la família**, les dones continuen sent les encarregades principals de les cures dins la llar. Tanmateix, l'envelliment general de la població ha fet augmentar les necessitats de cura, mentre que la incorporació creixent de les dones al mercat laboral en redueix la disponibilitat per a dur-les a terme. Aquests canvis culturals han donat lloc al que s'ha anomenat *crisi de les cures*, que al seu torn es resol de manera desigual en funció del nivell socioeconòmic de les famílies i de les possibilitats d'externalitzar el servei domèstic.<sup>15</sup>

Per acabar, **la comunitat** exerceix un paper residual en aquesta distribució de les activitats i les responsabilitats de cura, i és un actor oblidat en la majoria d'estratègies i polítiques de suport a les cures.<sup>16</sup>

---

11 A. Pérez (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de Sueños. [[https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map40\\_subversion\\_feminista.pdf](https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map40_subversion_feminista.pdf)]

12 C. Keller (2017). "Hacia una agenda feminista de los cuidados". *Boletín Ecos*, 38. Fuhem Ecosocial. [[https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin\\_ECOS/38/hacia-una-agenda-feminista-de-los-cuidados\\_Ch\\_KEL\\_LER-def.pdf](https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_ECOS/38/hacia-una-agenda-feminista-de-los-cuidados_Ch_KEL_LER-def.pdf)]

13 Ibíd.

14 Ibíd.

15 Ibíd.

16 Ibíd.

Els serveis públics de suport a les cures analitzats en aquest estudi parteixen de la base que l'agent social principal encarregat de les cures és la família i, per tant, les dones —mares, esposes o filles—, sota aquesta lògica, es presenten com una estratègia de suport per minvar la sobrecàrrega derivada de les cures. Per aquest motiu, **la mostra utilitzada** es focalitza en les **dones que fan un treball informal de cures**, de forma no remunerada i **sota una relació de parentiu** amb la persona cuidada.

### **c) Perspectiva de salut: els determinants socials de la salut**

El concepte de la salut, entès com un *estat de benestar físic, mental i social complet i no tan sols com l'absència d'afeccions o malalties* (Conferència Sanitària Internacional de l'OMS, 1946), incorpora una visió complexa i àmplia de la salut. En englobar les dimensions *física, mental i social*, entren en joc factors múltiples més enllà dels biològics, com ara factors econòmics, socials, culturals, mediambientals i polítics: es tracta dels **determinants socials de la salut**.

Així mateix, les desigualtats socials que puguin tenir lloc en un context determinat també es manifesten com a desigualtats en la salut, és a dir, les persones que estan en una posició social més desfavorable acostumen a tendir a una pitjor salut, a tenir més malalties i a morir abans que les persones que tenen una posició social més avantatjosa. Així, factors com el sexe, l'edat, el nivell d'estudis, el nivell d'ingressos i l'estatus socioeconòmic són elements amb un impacte considerable sobre la salut de les persones.

Si analitzem aquests determinants socials en el perfil poblacional que ens ocupa, les *dones cuidadores principals d'algun familiar en situació de dependència que fan un treball de cures de manera informal*, podem destriar els efectes sobre el benestar, la salut i la qualitat de vida d'aquestes dones. En aquest sentit, estudis recents<sup>17</sup> demostren que **el treball de cures de persones dependents té un impacte negatiu en la salut** de les dones cuidadores, així com **en la seva esfera laboral i personal**.<sup>18</sup>

- Respecte a la salut, el treball de cures es relaciona amb un estat de salut autopercebut pitjor i un deteriorament de la salut en general, amb un impacte negatiu més alt sobre la salut psicològica i l'aparició de sentiments depressius.
- Respecte a l'esfera laboral i professional, el treball de cures accentua l'abandonament —temporal o definitiu— del treball remunerat i també pot impedir l'accés al mercat laboral. Això té conseqüències sobre el desenvolupament personal, l'autoestima, el suport social i l'autonomia econòmica.
- Respecte a l'esfera personal, l'elevada dedicació a les cures comporta una restricció important de la vida social de les dones cuidadores, a banda d'un temps escàs o inexistent per tenir cura d'elles mateixes.

Alhora, una situació laboral precària i unes relacions socials deteriorades són elements que per si mateixos poden tenir un efecte negatiu sobre el benestar físic, mental i social, més enllà de la càrrega del treball de cures, i emfasitzar el malestar de les dones cuidadores.

17 M. Abajo, M. Rodríguez-Sanz, D. Malmusi, M. Salvador i C. Borrell (2016). "Gender and socio-economic inequalities in health and living conditions among co-resident informal caregivers: a nationwide survey in Spain". *Journal of Advanced Nursing*; M. García-Calvente, I. Mateo-Rodríguez i A. P. Eguiguren (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, Barcelona.

18 M. Abajo, M. Rodríguez-Sanz, D. Malmusi, M. Salvador i C. Borrell (2016). "Gender and socio-economic inequalities in health and living conditions among co-resident informal caregivers: a nationwide survey in Spain". *Journal of Advanced Nursing*.

El temps, la intensitat i la freqüència amb què es duen a terme les cures també són un factor important, ja que accentuen els problemes de salut i les dificultats per desenvolupar-se en el pla personal i professional.<sup>19</sup>

Així, en aquest estudi, s'han tingut en compte les **variables següents, que podrien actuar com a determinants socials de la salut**, tot i que també influeixen en l'assumpció del rol de dona cuidadora i en la percepció de l'estat de salut. Les variables sociodemogràfiques tingudes en compte principalment són **l'edat i la posició social** (la variable de sexe es dona per suposada atès que la mostra és exclusivament femenina). Tanmateix, hi ha altres variables relacionades amb el context i l'exercici de les cures: **el temps** transcorregut des de l'inici del treball de cures; **la convivència** amb la persona dependent; **el grau de dependència** de la persona que necessita les cures i **la xarxa de suport** de les cuidadores per dur a terme les cures.

---

19 M. García-Calvente, I. Mateo-Rodríguez i A. P. Eguiguren (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, Barcelona.



# Bloc 02

## ANÀLISI DESCRIPTIVA

Aquest segon bloc, dedicat a l'anàlisi descriptiva del treball de camp, consta de cinc capítols: (4) les consideracions prèvies, on s'exposen els criteris que s'han tingut en compte en l'anàlisi qualitativa i quantitativa de les dades obtingudes; (5) una descripció de les dades sociodemogràfiques de les dones cuidadores que configuren la mostra; (6) una descripció de l'organització de les cures i de la xarxa de suport, en la qual s'analitza la distribució del treball de cures, els elements qualitius que expliquen la distribució de les cures i la càrrega percebuda d'aquestes cures; (7) els efectes de les cures en la salut de les dones cuidadores, on s'analitza l'estat de salut general percebut per les cuidadores, es descriuen els efectes de la càrrega de les cures sobre la salut de les dones i, finalment, les estratègies emprades davant la càrrega de cures, i (8) el paper dels serveis municipals de suport a les cures dels quals són beneficiàries les dones, a través dels usos que en fan, els efectes que tenen en la salut de les cuidadores i la valoració que se'n fa.

### 4. Consideracions prèvies

Aquest estudi s'ha dut a terme a través d'una mostra de dones usuàries dels serveis SAD, "Respir Plus" i "Temps per tu". Així mateix, els criteris emprats per dissenyar els grups de discussió i les entrevistes telefòniques s'han basat en la combinació de l'ús d'aquests serveis i altres elements determinants. A continuació, s'exposen les consideracions que s'han tingut en compte a l'hora d'elaborar el disseny metodològic de l'estudi.

#### ***a) Relació amb la persona que necessita les cures***

La relació amb la persona que necessita les cures —mare, parella, filla— afecta directament la manera com s'assumeix el rol de cuidadora i les tasques i les responsabilitats associades a aquest rol. Aquest rol es pot viure d'una manera diferent depenent de si la relació que vehicula les cures és la de parella, mare o filla de la persona dependent. Per aquesta raó, s'ha cregut que calia tenir en compte aquest criteri a l'hora de considerar les singularitats en la manera de percebre la càrrega que suposa el treball de cures i els malestars que se'n deriven.



## ***b) Edat de la cuidadora***

L'edat de la cuidadora també influeix en la percepció de la càrrega del treball de cures i en les seves conseqüències. En primer lloc, cal destacar que el fet de tenir més edat pot suposar haver de fer front a problemes de salut crònics (artritis, tensió alta, diabetis, etcètera) que les mateixes dones cuidadores han de gestionar, a banda del treball de cures de la persona que tenen al càrrec.

Alhora, l'edat de les dones participants en l'estudi és un factor estretament relacionat amb el parentiu entre la cuidadora i la persona que necessita les cures. Tot i així, el caràcter determinant de l'edat no només té a veure amb el fet de ser gran o ser jove sinó també amb els valors i les creences generacionals que se li pressuposen. Aquest factor generacional, per tant, influeix a l'hora d'assumir el rol tradicional de dona cuidadora.

## ***c) Convivència o no amb la persona que necessita les cures***

El fet de conviure o no amb la persona dependent també s'ha considerat un criteri rellevant, atès que pot determinar la intensitat i la freqüència del treball de cures i, per tant, les conseqüències en el benestar i la salut de les dones cuidadores. La convivència afecta directament a les possibilitats de disposar de temps personal, per al descans, per a les relacions socials i per al desenvolupament professional, tots factors relacionats amb la qualitat de vida de les persones.

Tanmateix, aquests tres elements no es poden dissociar atès que les dones que cuiden les seves parelles acostumen a ser dones grans que conviuen amb la persona dependent —el marit. Així mateix, les dones que tenen cura dels seus pares acostumen a ser dones més joves o de mitjana edat, tot i que poden conviure o no amb el pare o la mare dependent. Finalment, les dones que tenen fills i filles dependents acostumen a conviure-hi i també solen ser dones de mitjana edat. És per això que, sobre la base dels tres aspectes esmentats anteriorment, es poden identificar tres perfils diferents de cuidadora:

- El **primer perfil** es caracteritza per l'edat avançada de la cuidadora, la qual es fa càrrec de la seva parella amb qui, alhora, conviu. Fan ús principalment del SAD, de manera que s'intenta disminuir la càrrega del treball de cures, però sense haver de recórrer a serveis fora del domicili.
- Després es distingeix un **segon perfil** de cuidadora: es tracta de les dones joves o de mitjana edat que es fan càrrec de la seva mare o el seu pare. En aquests casos, però, no sempre es conviu amb la persona amb necessitats de cura. Els serveis més utilitzats per aquestes dones és el SAD i el "Respir Plus".
- El **darrer perfil** és el de les dones que tenen cura dels seus fills o filles amb diversitat funcional. En aquest cas, també es tracta de dones joves o de mitjana edat que conviuen amb la persona que necessita les cures. El servei utilitzat en aquests casos és el programa "Temps per tu".

Així, els tres grups de discussió que es van dissenyar inicialment pretenien agrupar aquests tres perfils d'una forma diferenciada. Tanmateix, el primer grup de discussió amb dones grans que cuiden les seves parelles no es va poder fer per les dificultats de les cuidadores a l'hora de desplaçar-se i deixar sola la persona de la qual tenen cura. Aquest primer grup ha estat substituït per un seguit de nou entrevistes telefòniques per facilitar el contacte amb les dones cuidadores.

D'altra banda, pel que fa a l'anàlisi quantitativa, s'ha establert un conjunt de variables per fer comparatives entre grups i contrastos. Aquestes són les més rellevants:

- **Relació de parentiu:** s'han establert quatre grups segons la relació entre la cuidadora principal i la persona a càrrec: dones que cuiden les seves parelles; filles que cuiden el seu

pare o mare; mares que cuiden els seus fills o filles dependents i dones que cuiden d'altres familiars.

- **Edat de l'enquestada:** s'han establert tres grups d'edat, 35 a 54, 55 a 69, 70 i més anys.
- **Convivència:** dones que conviuen amb la persona amb necessitats de cura, en contrast amb les que no hi conviuen.
- **Posició social:** per al càlcul de la posició social s'han utilitzat les variables del nivell educatiu i el tipus d'ocupació de les dones enquestades. Així, s'han generat dues classificacions de posició o estatus social, una de tres categories (alt, mitjà, baix) i una altra de dues (alt, baix) a partir de la combinació de les respostes a ambdues variables. Les persones amb una combinació de nivell educatiu / tipus d'ocupació més baix ocupen la posició social baixa, mentre que les que tenen una combinació de més nivell ocupen la posició social alta.
- **Xarxa de suport de l'enquestada:** s'han establert dos grups, el de les dones que han manifestat que no tenen suport de cap altra persona o agent (amb l'excepció del servei municipal del qual són beneficiàries) en el treball de cura a la persona dependent, i les dones que sí en tenen.
- **Temps que fa que duu a terme la cura:** dones que fa 5 anys o menys que cuiden la persona dependent, i les que fa més de 5 anys.
- **Grau de dependència de la persona amb necessitats de cura:** graus 1, 2 i 3.

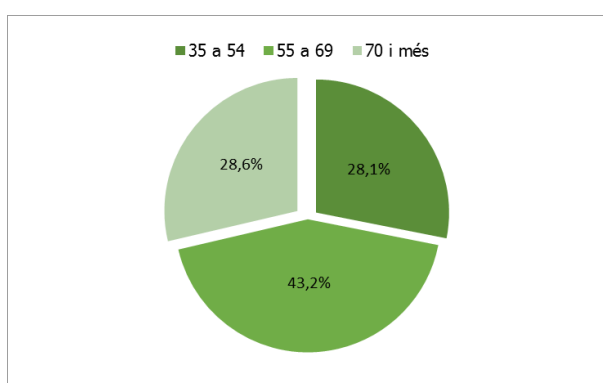
Aquestes variables determinades a priori han permès fer anàlisis comparatives entre els diversos grups al llarg de l'estudi. S'expliquen en els casos en què han presentat diferències significatives.

## 5. Dades sociodemogràfiques de les dones cuidadores

A continuació es detallen les dades sociodemogràfiques de les dones cuidadores que han respost el qüestionari.

Tal com mostra el gràfic 1, l'edat mitjana de les dones enquestades és de **62 anys**. Tot i així, el 28,1% té entre 35 i 54 anys; el 43,2% té entre 55 i 69 anys, i el 28,6% té 70 anys o més. Cal destacar que el 10,3% de les dones té 80 anys o més. S'observa, doncs, que el percentatge de dones cuidadores amb una edat avançada és significatiu.

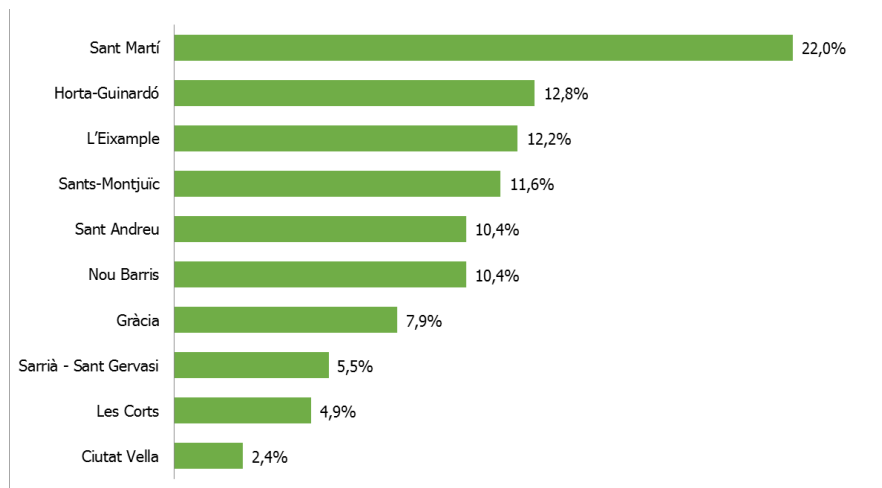
Gràfic 1. Edat



Pel que fa al país d'origen, el **98,4%** de les enquestades són espanyoles. Entre les dones d'altres orígens, hi han participat dues dones argentines i una dona xinesa. Respecte al

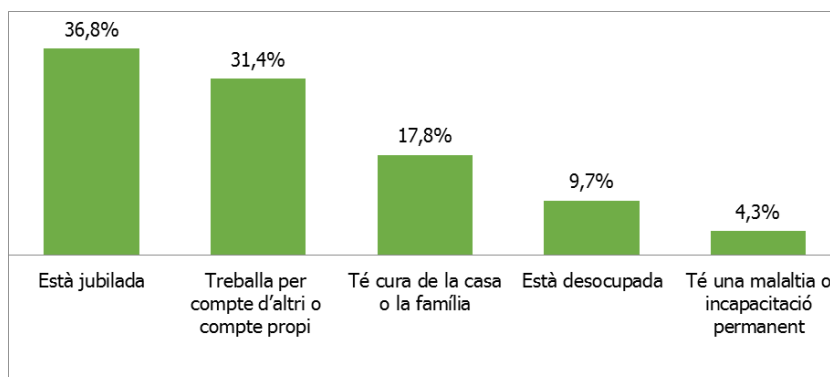
districte de residència (gràfic 2), tot i que hi han participat dones dels deu districtes de la ciutat, Sant Martí ha estat el districte amb més presència a la mostra (22%).

*Gràfic 2. Districte de residència*



El gràfic 3 mostra la situació sociolaboral de les dones enquestades. Una bona part estan jubilades (36,8%) o treballen (31,4%). Entre les que treballen, quasi totes ho fan en feines formals, ja sigui per compte propi o d'altri (96,6%); mentre que només el 5,2% manifesta tenir un treball informal.

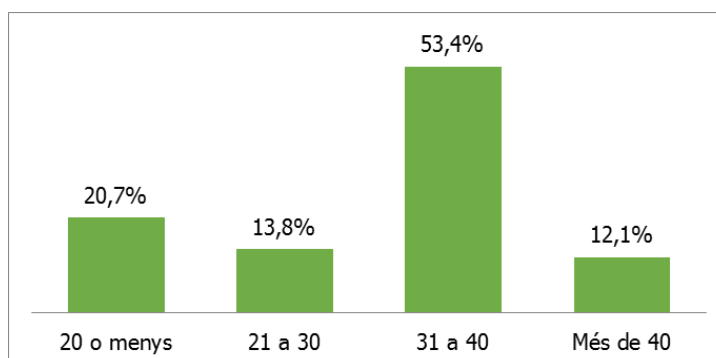
*Gràfic 3. Situació sociolaboral actual*



La resta de la mostra està formada per un 17,8% de dones que té cura de la casa o de la família; un 9,7% que estan desocupades i un 4,3% que tenen una malaltia o una incapacitació permanent.

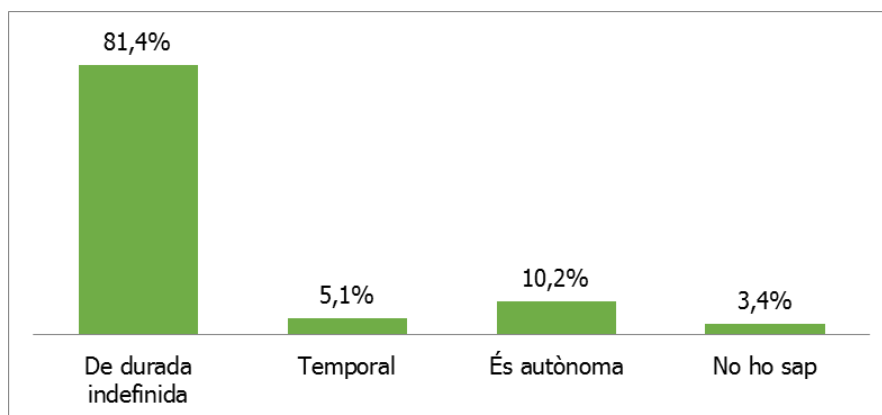
Tal com mostra el gràfic 4, entre les dones que tenen un treball formal o informal remunerat fora de la llar, la majoria (53,4%) treballa entre 31 i 40 hores setmanals. Cal destacar, però, que el 12,1% treballa per sobre de les 40 hores setmanals. Per contra, el 20,7% treballa 20 hores i el 13,8% entre 21 i 30 hores. La mitjana d'hores treballades a la setmana, en una feina formal o informal, és de **37,5**.

*Gràfic 4. Nombre d'hores setmanals que treballen remuneradament. Treball formal o informal fora de la llar*



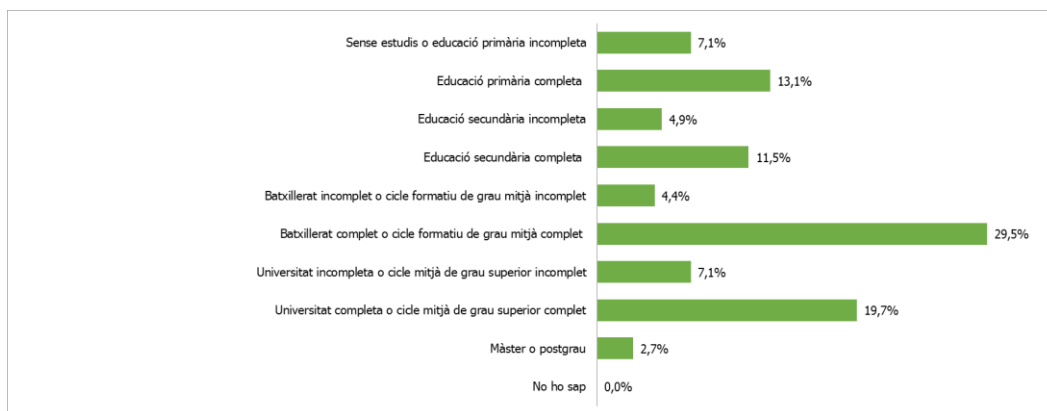
El gràfic 5 mostra que, de les dones que tenen un treball formal fora de la llar, la majoria té un contracte de durada indefinida (**81,4%**), seguit del 10,2% que és autònoma i només el 5,1% té un contracte temporal.

*Gràfic 5. Tipus de contracte. Dones amb treball formal fora de la llar*



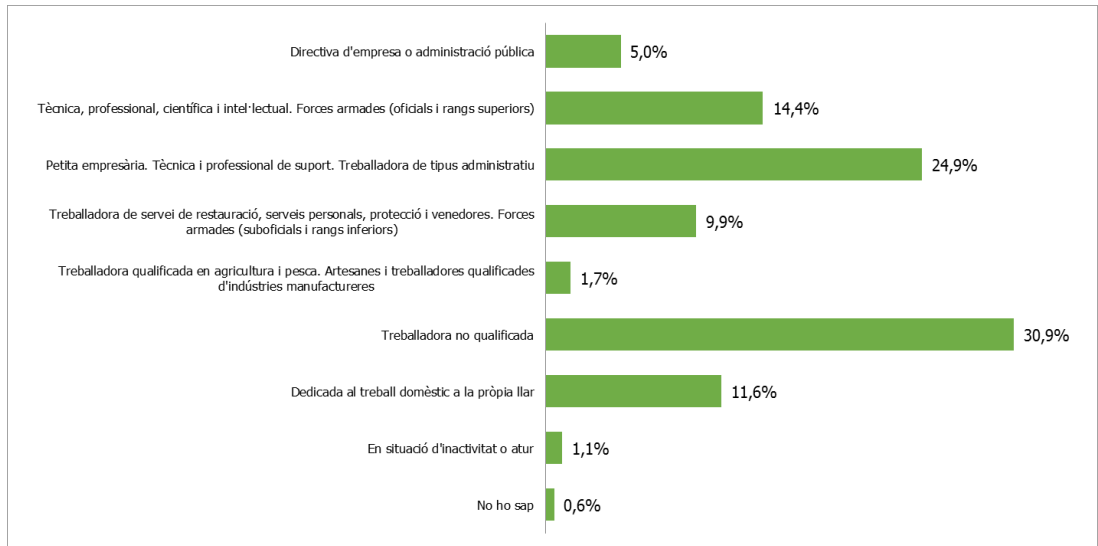
Pel que fa al nivell educatiu, el gràfic 6 mostra que el més comú entre les dones enquestades és el batxillerat complet o un cicle formatiu de grau mitjà complet (29,5%). El 70,5% té un nivell educatiu de batxillerat o inferior. Finalment, el 26,8% té un nivell universitari o de cicle mitjà de grau superior complet, o bé un nivell superior.

*Gràfic 6. Nivell d'estudis*



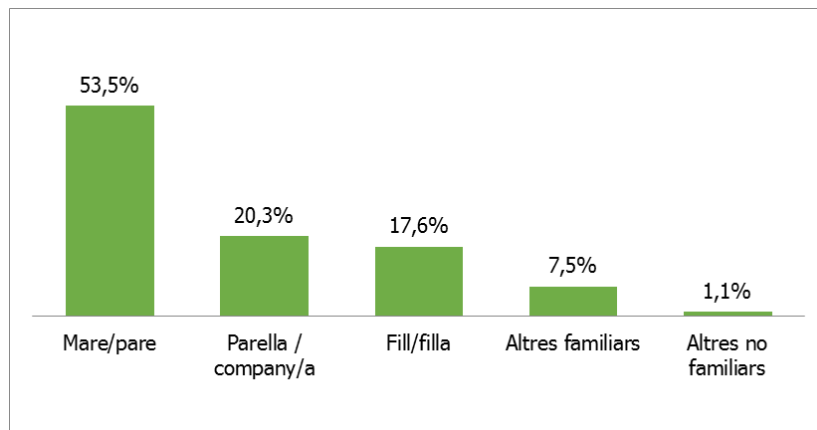
A continuació, el gràfic 7 mostra la situació sociolaboral habitual de les dones enquestades al llarg de la seva vida. Una bona part són o han estat treballadores no qualificades (30,9%) o petites empresàries, tècniques i professionals de suport o treballadores de tipus administratiu (24,9%). A aquestes, les segueix el 14,4% de tècniques, professionals, científiques, intel·lectuals o forces armades (oficials i rangs superiors), i l'11,6% de dones dedicades al treball domèstic a la pròpia llar.

### Gràfic 7. Situació sociolaboral habitual durant la seva vida, segons tipus d'ocupació i situació sociolaboral



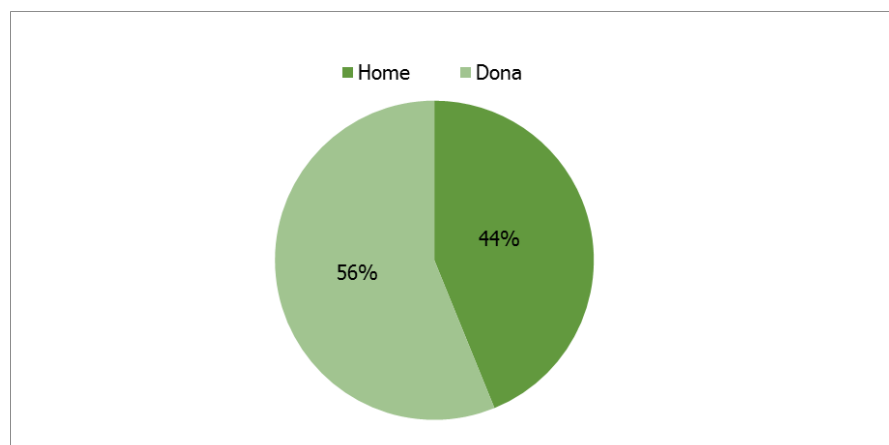
Respecte a la relació de la cuidadora amb la persona que necessita les cures, el gràfic 8 mostra que, en una part important dels casos, la persona amb necessitats de cura és la mare o el pare amb el **53,4%**, seguit del 20,3% que cuiden la parella o company/a i, finalment, el 17,6% que es fa càrrec de la filla o el fill.

### Gràfic 8. Relació amb la persona que necessita les cures



Finalment, el gràfic 9 mostra que en el **56%** dels casos, la persona que necessita les cures és una dona, mentre que el **44%** són homes.

### Gràfic 9. Sexe de la persona amb necessitat de cures



Les dades també han confirmat que, quan la persona que necessita les cures viu fora de la llar, les diferències entre sexe són més significatives, atès que aquest grup el forma un **70,5%** de dones.

## 6. Organització de les cures i de la xarxa de suport

En aquest capítol s'analitza la càrrega del treball de cures i el concepte de corresponsabilitat. En primer lloc, es duu a terme una descripció de la distribució del treball de cura, se'n defineixen les tipologies existents i s'explora quins són els agents implicats en cada una d'aquestes tipologies. Seguidament, es desgranen els elements que expliquen la distribució del treball de cura, és a dir, els elements que modulen la manera com s'organitzen les cures. Per acabar, s'analitza la percepció de la càrrega de les cures per part de les cuidadores a través dels factors que disminueixen o augmenten aquesta sensació de càrrega.

### 6.1. Distribució de les tasques de cura

En aquest estudi s'ha establert una categorització detallada de les activitats de cura<sup>20</sup> a fi de poder explorar amb més profunditat quina és l'organització del treball de cures, en quines dimensions recau principalment la feina de la cuidadora principal i en quines activitats es té, o es busca, ajuda d'altres persones i serveis.

Així doncs, la classificació de les tasques de cura que s'ha utilitzat ha estat la següent:

- **Activitats de cura personal:** higiene i cura personal, vestir, afaitar, etcètera.
- **Ajuda fisicomotriu:** aixecar, enllitar, caminar, etcètera.
- **Cura de la llar:** neteja de la llar, cuinar, comprar, etcètera.
- **Acompanyament en activitats fora de la llar:** acompanyament a visites mèdiques, passejar, centre de dia, etcètera.
- **Fer companyia:** passar estona amb la persona dependent.
- **Gestió de la salut / control de la medicació:** control de les visites mèdiques, medicació i gestió de la medicació.
- **Administració de l'economia i altres tràmits:** gestions bancàries o tràmits administratius de la persona dependent.

Per a cada una d'aquestes activitats de cura s'ha preguntat, a través de l'enquesta, quina és la implicació de la dona cuidadora principal i la col·laboració o no d'altres agents (altres membres de la família, persones contractades, centres de dia o altres persones no familiars), a banda dels serveis municipals dels quals es beneficien.

---

20 El llistat de tasques i activitats de cura és una adaptació (recategoritzada) del treball definida pel SAD. S'ha estimat que aquest servei recull, d'una manera força integral, totes les tasques i les accions que implica —directament o indirecta— cuidar una persona amb necessitats de cura. Aquesta classificació també ha estat contrastada amb el llistat de tasques de cura de la "Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia" (EDAD) de l'any 2008 (Institut Nacional d'Estadística), en la seva versió adreçada a persones cuidadores.

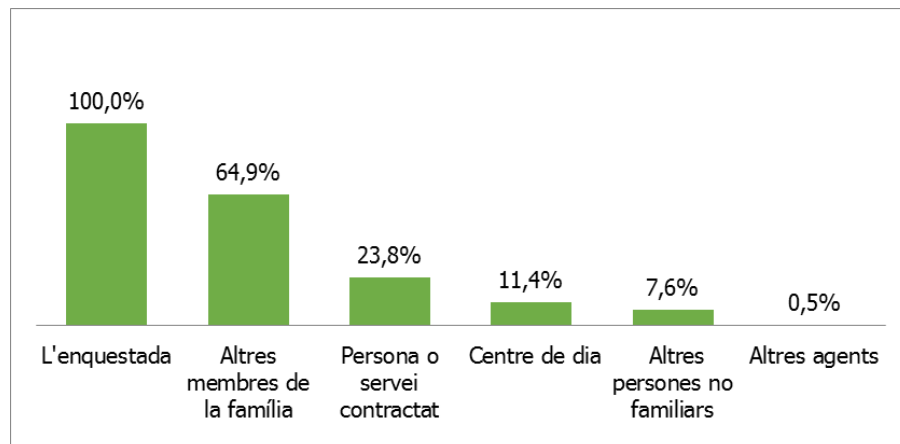
A continuació es presenta (a) la distribució del treball de cura entre els agents que configuren la xarxa de suport; (b) la presència de la xarxa de suport segons algunes variables significatives —com ara la convivència amb la persona dependent, l'edat de la cuidadora, el grau de dependència de la persona a càrrec, la posició social de la cuidadora o el temps que fa que duu a terme el treball de cures—, i (c) la distribució del treball de cura entre els principals agents implicats segons si la cuidadora conviu o no amb la persona dependent, atès que s'ha considerat una variable d'una rellevància especial.

### **a) Distribució del treball de cura entre la xarxa de suport**

La xarxa de suport a les cures està formada per agents diversos que poden participar, amb més o menys intensitat, en el treball de cures. Són: la cuidadora principal, altres membres de la família, persones o serveis contractats, els centres de dia, altres persones no familiars i altres agents.

El gràfic 10 mostra el nivell d'implicació dels diversos agents en la cura de la persona dependent. Així, s'observa que el **100%** de les dones enquestades es fan càrrec d'alguna part del treball de cura. Tot i així, **els altres membres de la família representen el col·lectiu que més suport ofereix**. En el **64,9%** dels casos, altres membres de la família s'encarreguen d'alguna tasca vinculada a les cures. La participació dels altres agents (deixant de banda els serveis SAD, "Respir Plus" i "Temps per tu") no sembla gaire rellevant. En el 23,8% dels casos una persona o un servei contractat participa en les cures; en l'11,4%, el centre de dia, i en el 7,6% ho fan altres persones no familiars.

*Gràfic 10. Agents que s'encarreguen d'algun tipus de tasca vinculada a les cures<sup>21</sup> de la persona dependent*



En forma de resum, cal assenyalar que el 78,4% de les dones enquestades té el suport d'alguns dels agents que mostra el gràfic 10, mentre que el 21,6%, no el té. Per tant, **una de cada cinc dones no tindria cap tipus de xarxa de suport** (deixant de banda els serveis SAD, "Respir Plus" i "Temps per tu"). Convé ressaltar, però, que el fet de disposar d'una xarxa de suport no implica un repartiment equitatiu del treball.

La taula següent (1) mostra amb més detall en quines activitats participa cadascun dels agents presents en la cura de la persona dependent.

21 Participen en una o diverses tasques de les següents: activitats de cura personal, ajuda fisicomotriu, cura de la llar, acompanyament en activitats fora de la llar, fer companyia, gestió de la salut / control de la medicació, administració de l'economia i altres tràmits.

Taula 1. Agents segons tasques específiques de cura de les quals s'encarreguen

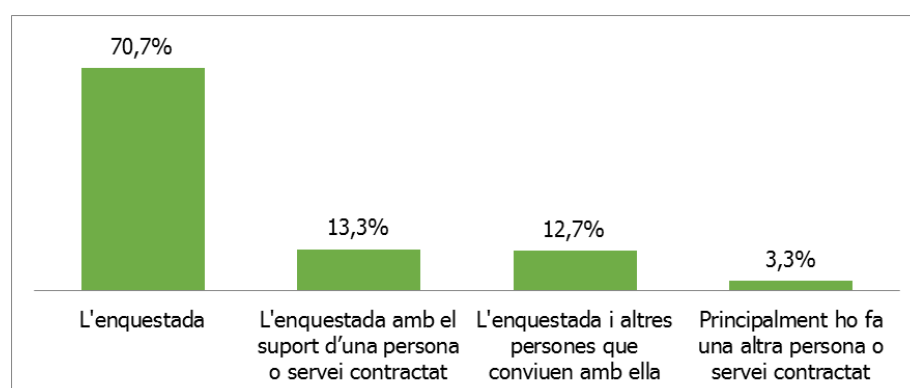
Tipus de cura	Enquestada	Altres membres de la família	Persona o servei contractat	Centre de dia	Altres persones no familiars	Altres agents
<b>Activitats de cura personal</b>	79,5%	22,7%	11,4%	5,4%	4,9%	0,5%
<b>Ajuda fisicomotriu</b>	62,2%	20,5%	9,2%	3,8%	0,5%	0,0%
<b>Cura de la llar</b>	88,6%	21,1%	17,3%	0,5%	2,2%	0,0%
<b>Acompanyament en activitats fora de la llar</b>	77,3%	31,4%	8,6%	2,2%	0,5%	0,0%
<b>Fer companyia</b>	98,9%	42,2%	8,1%	10,8%	3,2%	0,0%
<b>Gestió de la salut / control de la medicació</b>	91,4%	20,5%	1,6%	1,6%	1,1%	0,0%
<b>Administració de l'economia i altres tràmits</b>	87,6%	28,6%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>S'encarreguen d'alguna cura</b>	<b>100,0%</b>	<b>64,9%</b>	<b>23,8%</b>	<b>11,4%</b>	<b>7,6%</b>	<b>0,5%</b>

Com s'observa a la taula 1, **les dones cuidadores tenen una presència molt significativa en totes les tasques i les activitats que comporta la cura**, especialment en les vinculades a la companyia (98,9%), la gestió de la salut i el control de la medicació (91,4%), la cura de la llar (88,6%) i l'administració de l'economia i altres tràmits (87,6%). El 100% de les dones, doncs, s'encarreguen, com a mínim, d'una de les tasques del treball.

Pel que fa a la implicació d'altres agents, més enllà de la cuidadora principal, s'observa que els altres membres de la família col·laboren especialment a fer companyia a la persona dependent. En canvi, quan es tracta de persones o serveis contractats, participen fonamentalment en la cura de la llar. Al centre de dia, també s'hi atribueix com a funció principal fer companyia. Quan es tracta de persones que no formen part de la família, la seva participació es concentra en les activitats de cura personal.

D'altra banda, per tenir una fotografia més completa sobre la distribució del treball de cures i la càrrega que suposa per a les dones cuidadores, l'enquesta abordava el treball domèstic a la llar de la persona cuidadora. És a dir, es preguntava específicament per la persona que s'encarregava del treball domèstic a la casa de les dones enquestades.

Gràfic 11. Persona que s'encarrega principalment del treball domèstic a la llar





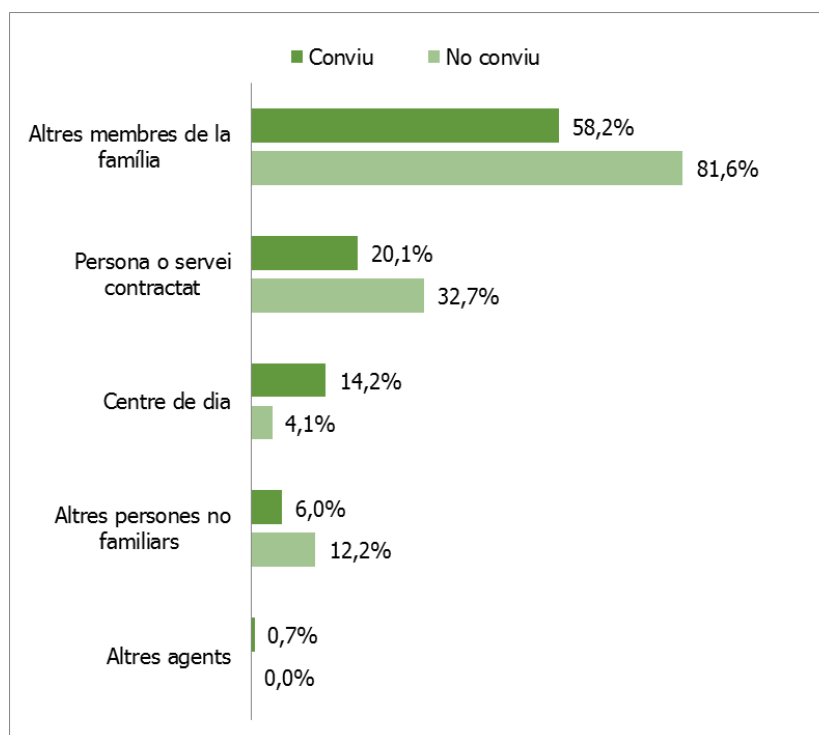
Tal com s'observa en el gràfic 11, les dades ens mostren que, en el 70,7% dels casos, és l'enquestada qui s'encarrega principalment del treball domèstic a casa seva, sense suport d'altres persones o serveis. Aquesta dada dona compte del treball reproductiu que assumeixen les dones cuidadores, a banda del treball de cures, com una càrrega afegida a la resta de tasques analitzades.

### ***b) La xarxa de suport segons algunes variables significatives***

El nivell de suport dels agents que configuren la xarxa difereix segons la situació de la cuidadora i també de les característiques de la persona dependent. A continuació s'exposa la presència de la xarxa de suport segons la convivència amb la persona dependent, l'edat de la cuidadora, el grau de dependència de la persona a càrrec, la posició social de la cuidadora o el temps que fa que duu a terme el treball de cures. Tanmateix, la presència de la xarxa de suport en les tasques de cura s'explorarà amb més profunditat en l'apartat següent.

Pel que fa a la **convivència**, el fet de conviure o no amb la persona dependent marca algunes diferències pel que fa a la implicació dels agents en les cures. El gràfic 12 mostra el suport del qual disposa la cuidadora principal segons si conviu o no amb la persona a càrrec. Així, s'ha pogut veure que, en pràcticament la totalitat dels casos, quan la dona cuidadora no conviu amb la persona amb necessitats de cura, la xarxa de suport hi és més present.

*Gràfic 12. Participació dels agents en les cures segons si la persona dependent conviu o no amb l'enquestada*



Tal com mostra el gràfic 12, **tots els agents s'impliquen més quan la persona amb necessitats de cura no viu amb la cuidadora principal**. Així, els altres membres de la família participen en el **81,6%** dels casos quan la persona cuidada no conviu amb l'enquestada (el 58,2% quan hi conviu). Aquesta tendència es manté en el cas de la persona o el servei contractat (el 32,7% davant el 20,1%) i d'altres persones no familiars (el 12,2% davant el 6%). Només en el cas del centre de dia la tendència s'inverteix (el 4,1% quan no conviu davant el 14,2% quan conviu). S'entén, doncs, que, **quan la cuidadora no conviu amb la persona dependent, la xarxa de suport es reforça**.

Pel que fa a l'**edat de les cuidadores**, s'han observat algunes tendències importants. **Les dones més joves (de 35 a 54 anys) reben més suport d'altres membres de la família** que els altres grups d'edat per fer algunes tasques específiques de cura. A tall d'exemple, el **53,8%** indica que altres familiars fan companyia a la persona amb necessitats de cura (el 28,3% en el cas de les dones de 70 anys o més) i el 30,8% rep suport de familiars per fer activitats de cura personal (el 15,1% en les de 70 anys o més). En aquest sentit, una de les causes pot raure en el fet que les dones més grans, que en molts casos cuiden la seva parella també envellida, assumeixen la globalitat de les cures i deleguen menys en altres persones, o també es poden trobar en situacions de solitud i amb una xarxa social més feble.

Pel que fa al **grau de dependència de la persona amb necessitats de cura**, també s'identifica una **diferència important entre les cures que requereix una persona amb grau 1 de dependència i les que requereix una amb grau 2 o 3**. Així, s'observa que, quan el grau de dependència és 3, en el **81%** dels casos l'enquestada fa les activitats de cura personal (el 67,7% quan el grau és 1) i en un **96,6%** ha de gestionar la salut de la persona dependent o ha de controlar-ne la medicació (el 77,4% amb grau 1). També s'observa que la implicació de la família és més alta en aquests casos: amb un grau de dependència 3, en el 34,5% dels casos la família dona suport a les activitats de cura personal i ajuda fisicomotriu, mentre que aquesta col·laboració familiar cau fins al 6,5% quan el grau de dependència és 1. També s'observa aquest diferencial en la col·laboració familiar en el cas de la cura de la llar (24,1% amb grau 3 davant de 6,5% amb grau 1) i en la gestió de la salut i el control de la medicació (27,6% davant de 9,7%). En canvi, la tendència s'inverteix quan analitzem el fet de tenir o no una persona o un servei privat contractat. El **45,2%** de les enquestades amb persones amb un grau de dependència 1 a càrrec tenen aquests serveis per a alguna tasca del treball de cura, davant el 15,5% de les dones a càrrec de persones amb grau 3.

Pel que fa a la **posició social de la cuidadora principal**, també **té un efecte en la contractació d'un servei privat**. Les dades mostren, doncs, que un terç de les persones d'estatus o posició social alta disposa del suport d'una persona o un servei contractat per ajudar-la amb les cures (12% en les de posició baixa).

En aquest sentit, **l'externalització dels serveis també varia segons el temps que fa que es té cura d'una persona**. D'aquesta manera, les enquestades que fa 5 anys o menys que tenen cura de la persona dependent acostumen a tenir serveis contractats més freqüentment (30,5%) que no pas les que fa més de 5 anys que s'encarreguen de la persona (16,7%). De fet, les dades mostren que **quan fa més de 5 anys que l'enquestada es responsabilitza de les cures, s'encarrega amb més freqüència de les cures personals (85,6%) i de la cura de la llar (94,4%)** que no pas quan fa 5 anys o menys que té la persona a càrrec (73,7% i 83,2%, respectivament).

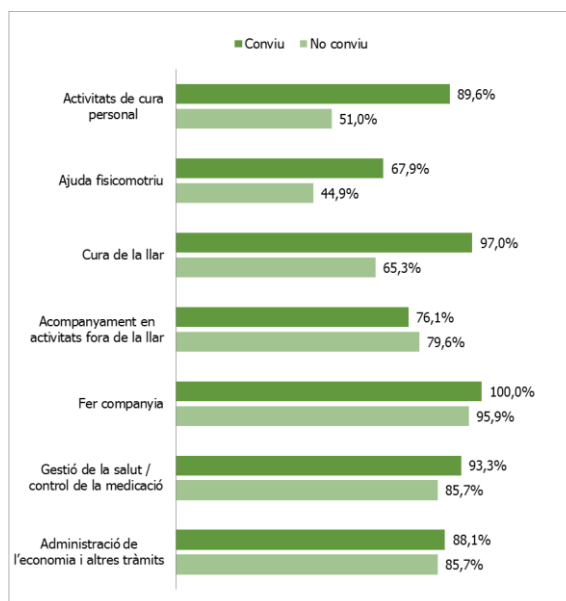
### ***c) Distribució del treball de cura segons la convivència***

Tal com s'ha esmentat, la convivència amb la persona dependent és un element que determina la presència de la xarxa de suport, així com el tipus de suport rebut per a cada una de les activitats de cura. Els tres gràfics següents (13, 14 i 15) mostren el grau d'implicació en les tasques de cura específiques per part dels tres agents que més hi estan implicats: (a) les dones enquestades com a cuidadores principals, (b) persones familiars i (c) persones o serveis privats contractats, segons si la persona amb necessitats de cura conviu o no conviu amb la persona enquestada.

El gràfic 13 fa referència al nivell d'implicació de la cuidadora principal en les activitats de cura, segons si conviu o no amb la persona amb necessitats. S'observa que **la convivència implica més càrrega de feina per a la cuidadora principal en totes les activitats**. Les diferències més destacades es perceben en les activitats de cura personal, que duen a terme el

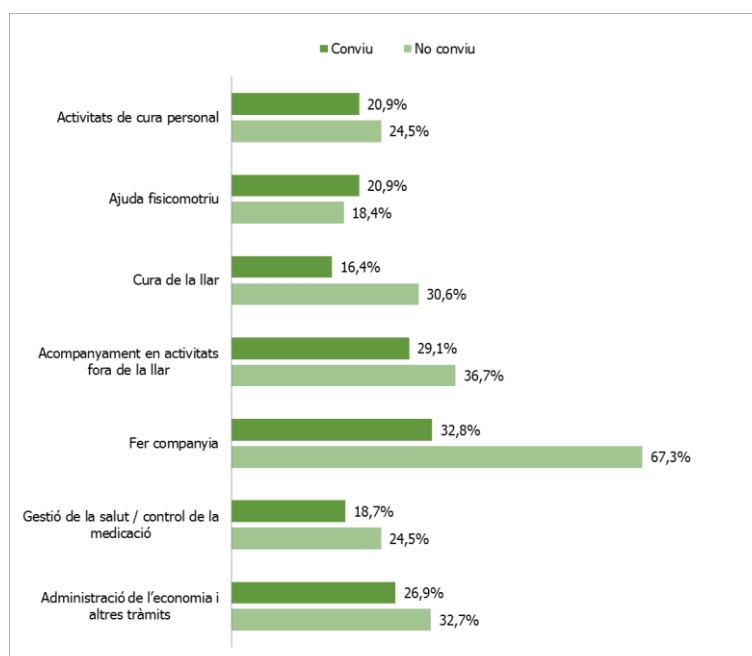
**89,6%** de les cuidadores que conviuen (davant el 51% de les que no conviuen), o bé en la cura de la llar, amb el **97%** (davant el 65,3%).

*Gràfic 13. Tasques de cura específiques de les quals s'encarrega l'enquestada, segons si conviu o no amb la persona dependent*



El gràfic següent (14) fa referència al nivell d'implicació d'altres membres de la família en la realització de les activitats de cura, segons si la cuidadora conviu o no conviu amb la persona amb necessitats de cura. **La presència de la família, doncs, augmenta quan la cuidadora no conviu amb la persona amb necessitats de cura.** Les activitats en què més destaca la participació familiar és la de fer companyia, amb el 67,3% quan no conviu (davant el 32,8% quan conviu). Aquesta tasca, però, no només implica el fet d'estar amb la persona sinó que també té a veure amb supervisar i vigilar que tot estigui bé, ja que s'entén que la persona no pot estar sola.

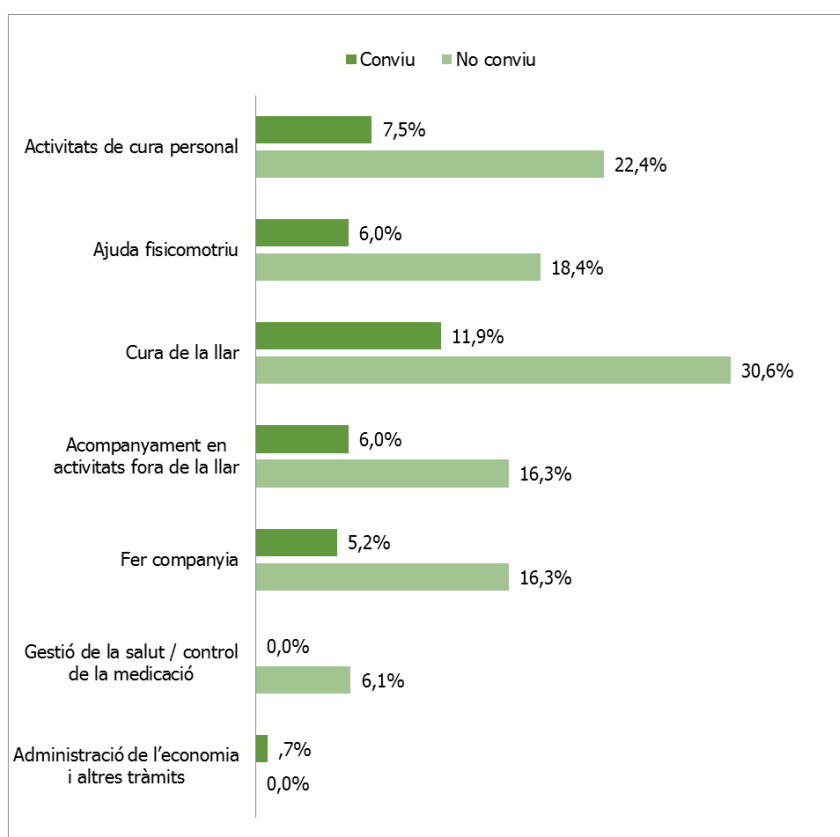
*Gràfic 14. Tasques de cura específiques de les quals s'encarreguen altres membres de la família, segons si l'enquestada conviu o no amb la persona dependent*



Alhora, també destaca que les activitats on la família ajuda més són les que no impliquen una presència diària. Així doncs, es redueix l'ajuda en les activitats de cura personal o l'ajuda psicomotriu, independentment de si la persona cuidadora conviu o no amb la persona amb necessitats.

El gràfic següent (15) fa referència al nivell d'implicació de persones o serveis privats contractats en la realització de les activitats de cura, segons si la cuidadora conviu o no conviu amb la persona amb necessitats de cura. Així, el gràfic 15 mostra que **l'externalització dels serveis augmenta considerablement quan la cuidadora no conviu amb la persona amb necessitats de cura**. Les dues tasques on tenen més presència les persones o els serveis privats són la cura de la llar, amb el **30,6%** en cas que no convisqui (davant l'11,9% quan conviu) i les activitats de cura personal, amb el 22,4% quan no conviu (davant el 7,5% quan conviu).

*Gràfic 15. Tasques de cura específiques de les quals s'encarrega la persona o el servei privat contractat, segons si l'enquestada conviu o no amb la persona dependent*



Aquest gràfic també evidencia que les tasques que menys es deleguen o que no es deleguen en cap cas són la gestió de la salut i l'administració de l'economia. Aquesta dada demostra que, tot i disposar d'una xarxa de suport, el pes de l'organització de les cures i la responsabilitat que implica continua recaient sobre la dona cuidadora. Com es veurà més endavant, aquesta és l'activitat que més càrrega mental suposa i de la qual no es pot desconectar.

## 6.2. Elements que expliquen la distribució de les cures

En aquest apartat s'exposen els discursos que expliquen la distribució de les cures i la presència de la xarxa de suport, la forma en què aquesta xarxa s'organitza i com es percep, segons les dones cuidadores.

### 6.2.1. Rol de la cuidadora

Tradicionalment, el treball de cura ha estat determinat per la divisió sexual del treball, la qual vincula les dones amb les activitats dins l'àmbit privat i domèstic. S'ha naturalitzat, doncs, la construcció social segons la qual les dones estan més capacitades per dur a terme les tasques de cura. En els casos en què les cuidadores s'encarreguen d'una persona amb necessitats de cura, sovint argumenten que ho fan perquè volen o creuen que el fet de ser dones les fa més sofertes per enfrontar-se a aquesta càrrega. Altres, en canvi, entenen que el fet que siguin cuidadores està estretament relacionat amb l'educació rebuda, ja que es pressuposa que seran elles les que, en cas que hi hagi una persona amb necessitats de cura, se'n faran càrrec.

La naturalització de les cures també implica que sovint hi hagi dones que descartin delegar part d'aquesta càrrega o plantejar-se l'ingrés de la persona dependent. Això s'argumenta perquè s'entén que cap lloc ni ningú altre faria les coses *com les fan elles*.

Per tant, el fet que siguin les dones les que, majoritàriament, s'encarreguin del treball domèstic i de cura, com hem vist en el punt anterior, implica que s'assumeixen els rols tradicionals de la dona dins el matrimoni i la família. D'aquesta manera, les dones que es fan càrrec del seu marit, sovint no ho viuen estrictament com una obligació sinó com un deure derivat del matrimoni. Freqüentment, tal percepció del matrimoni apareix en casos en què les parelles són d'edat avançada i el marit manté un rol de control i poder respecte de la seva dona, tot i la situació de dependència.

*"Es duro, con una persona que, además, es tu marido. Que él siempre, como aquel que dice, ha sido el fuerte, te ha mandado, ha sido el que ha gobernado y ahora quiere seguir mandando y gobernando, y no puede ser. Nunca le parece bien lo que haces: si friegas mucho, si no friegas, le das poco, si desto has hecho de comer lo mismo... O sea, son tonterías a las que, a lo mejor, normalmente, no le das importancia, pero al cabo del día sí que se la das."* (EC1)

És habitual que, en aquests casos, les dones enquestades confessin una dedicació exclusiva a la persona dependent, tot i percebre ajuda d'algun servei. Així doncs, fins i tot quan reben el servei a casa, hi són presents. El motiu principal recau que són dones que entenen el treball de cura com la seva feina i, sovint, l'única.

*"—Quan hi ha la persona del SAD, vostè també hi és [a casa]?  
—Sí, habitualment sí, perquè, clar, la meva feina és aquesta, no en tinc una altra.  
—Ja, però aprofita algun moment que hi són ells per anar a fer alguna cosa de vostè?  
—No, de moment, no. Perquè jo..., bueno, no. La meva tasca és anar a comprar, si he d'anar a algun recado, anar al metge i ja està, no faig res més. Em dedico en exclusivitat a això."* (EC8)

En els casos en què la persona dependent és el fill o la filla, es manté la feminització del treball de cura. Encara que hi ha ocasions en què tant la mare com el pare s'impliquen per igual, la majoria de les dones enquestades han expressat que són elles les que se'n fan càrrec i l'home només hi participa de forma col·laborativa. Així doncs, no hi ha una distribució equitativa de la càrrega de les cures. També s'ha observat que l'assignació del rol de cuidadora va més enllà de la família nuclear. D'aquesta manera, moltes vegades les dones també s'han de fer càrrec dels familiars homes que no tenen una parella que assumeixi la feina de cura.

Tanmateix, cal destacar que el concepte de "càrrega" només es percep en casos on les cures van destinades a una persona amb una malaltia o una discapacitat. Aquesta percepció, en canvi, varia quan es tracta de la cura dels fills o filles o dels nets o netes.

### 6.2.2. Organització de la xarxa familiar

La distribució de les cures, així com la xarxa familiar de suport, no és una qüestió previsible. És per això que es va organitzant a mesura que evoluciona la situació, tant de la persona amb necessitats de cura com de la cuidadora o la xarxa de suport.

Des del primer moment, la figura de la cuidadora principal hi és present. És l'encarregada de desenvolupar i organitzar tota la logística al voltant de les cures. Aquesta funció, tal com s'ha esmentat prèviament, acostuma a recaure en una dona de la família (parella, filla, mare, etcètera). Tot i així, mentre la situació es percep com una situació puntual, la implicació del sistema familiar o de l'entorn proper és més gran.

*"Es que esto, al principio, no sabes cómo se va a desarrollar. [...] Pero, claro, cada vez va a peor." (EC1)*

Tot i així, l'anàlisi quantitativa també ha revelat que el fet que l'enquestada convisqui amb altres persones adultes no dependents –persones que potencialment podrien donar suport i rebaixar la càrrega de les cures de la cuidadora principal– no implica una rebaixa en la seva dedicació a les cures. Sovint, en els casos en què la cuidadora és una dona gran que es fa càrrec del seu marit, si també es conviu amb un fill (home), la falta d'ajuda per part d'aquest fill es justifica amb el treball productiu.

*"No me ayuda nadie. Mi hijo trabaja y él se va a las 11 de la mañana y a lo mejor viene ahora un ratón, descansa, pero a las 8 vuelve a entrar otra vez, así que no tiene tiempo de ayudarme nada. Al contrario." (EC2)*

Aquesta càrrega del treball de cura assumida per les dones també es manté quan la persona amb necessitats de cura és un fill o filla. El fet de conviure amb la figura paterna i, per tant, la persona que hauria d'esdevenir corresponsable, no sempre redueix la càrrega de la dona. Algunes enquestades han subratllat el fet que no només són les úniques encarregades de l'organització i la gestió del treball de cura, sinó que, en alguns casos, el pare no sap ni la medicació que pren el fill o filla.

### 6.2.3. Arranjaments a la llar

La convivència amb una persona amb necessitats de cura també implica, en molts casos, arranjaments en la llar i en les tasques del dia a dia per poder continuar tenint la persona a casa. D'aquesta manera, la persona cuidadora s'ha d'anar adaptant a les necessitats i les limitacions que presenta la persona dependent. Aquesta adaptació no només té a veure amb el treball de cura sinó que també afecta l'organització i la distribució de la llar.

*"A mi em va costar molt assimilar aquells mesos tant llargs de l'agressivitat, que vaig haver de fer obres a casa, pràcticament per amagar-ho tot." (GD1\_P2)*

Per tant, és important tenir en compte que, a banda de l'organització familiar que suposa tenir una persona dependent al càrrec, també hi ha una organització de la llar mateixa per poder fer més manejable el treball de cures. En aquests arranjaments de la llar, la dona cuidadora també n'és l'encarregada principal, és a dir, ella és la que decideix si cal posar baranes al llit per al marit o cal comprar una grua per poder moure la persona més fàcilment.

## 6.2.4. La demanda dels serveis

La majoria de les enquestades coincideixen a l'hora d'argumentar per què se sol·liciten els serveis. A mesura que la situació es prolonga en el temps i que, per tant, la cuidadora (o la xarxa de suport) ja no pot assumir la càrrega de les cures, hi ha famílies que decideixen sol·licitar l'ajuda de serveis (públics o privats). Els serveis privats, sovint utilitzats abans d'accedir als serveis públics, estan condicionats per la situació socioeconòmica de la cuidadora o del nucli familiar, de manera que no tothom hi té accés.

*"-Y ¿en qué momento decidió pedir el servicio?  
-¿En qué momento? En el momento que yo ya no podía más, hija." (EC7)*

Un altre factor que influeix en la sol·licitud dels serveis de suport a les cures és la salut de la persona que rep les cures. Quan es percep que el seu estat és irreversible, s'intenten delegar certes tasques als serveis, ja siguin públics o privats.

*"Más o menos se defendía, pero, bueno, una cosa detrás de otra. Después se volvió a caer, se hizo un esguince en las costillas. Una sucesión de cosas. Entonces fue cuando yo ya hablé con el médico de cabecera y le dije: 'Bueno, a ver, esto no puede ser y tal'. [...] Esto, agravado con un poco de Parkinson, no mucho, pero algo de Parkinson. A partir de entonces, yo empecé a mover papeles, pero todo esto es lento y hasta el año pasado no nos concedieron las dos horas estas de ayuda." (EC1)*

Per tant, es comprova que, tot i l'existència d'una xarxa de suport, les dones continuen carregant el pes del treball de cura a través de l'organització i la responsabilitat que implica encarregar-se d'una persona amb necessitats de cura.

## 6.2.5. La responsabilitat no es distribueix

Una altra característica que es propicia en el context de la cura és que **la responsabilitat no es distribueix**. Aquesta situació es repeteix, també, quan hi ha una xarxa de suport forta, que es podria traduir en més distribució de les activitats vinculades a les cures.

Tot i així, i encara que la responsabilitat i l'organització de les cures pràcticament sempre recaigui sobre la dona cuidadora, els membres de la família sovint participen en alguna activitat. Aquesta participació, però, s'acostuma a percebre com un mer suport. Alhora, també hi ha casos en què es planteja el suport d'altres agents, com ara el d'una persona o servei contractat, un centre de dia o altres persones no familiars.

Tanmateix, com s'ha assenyalat en l'apartat anterior, hi ha tasques que no es deleguen. La gestió de la salut i l'administració de l'economia són les activitats en què menys col·laboren els agents de la xarxa de suport i, al mateix temps, són les tasques que més es relacionen amb la planificació, la supervisió i l'organització de les cures. Les dones cuidadores poden comptar amb suports diversos en activitats concretes, però els agents de la xarxa de suport no es corresponsabilitzen del que suposa l'organització de les cures.

## 6.2.6. Els serveis representen una "ajuda", no una "corresponsabilitat"

A tall de resum, queda clar que la dona continua sent la figura clau en el treball de cures en la mesura que n'és la cuidadora principal. Alhora, sempre que es pot, s'organitza una xarxa de suport per intentar distribuir les tasques. Tot i així, les dades mostren que aquesta distribució no es fa d'una forma equitativa entre tots els agents.

També cal destacar el paper que hi exerceixen els serveis públics. Aquests serveis acaben esdevenint un actor més dins la xarxa de suport. De la mateixa manera que passa amb la resta d'agents, la presència dels serveis públics no suposa una descàrrega rellevant per a la cuidadora. Per tant, és per això que, **tot i percebre els serveis com una "ajuda", en cap cas no es pot parlar de "corresponsabilitat"**.

*"És que és ridícul. És que és ridícul. Aquestes ajudes són simbòliques. Per quedar bé. Jo ho he dit moltes vegades. A mi, en un principi, em volien donar tres hores a la setmana. [...] Què són tres hores a la setmana? Amb una persona que li he de fer tot. Què em representen a mi tres hores?" (GD1\_P2)*

Més endavant s'explica l'ajuda que suposen els serveis públics i els beneficis que sí que produeixen en la salut de les dones cuidadores i en la seva qualitat de vida (vegeu el capítol 8); però parlar de "corresponsabilitat" excedeix la funció que realment duen a terme els serveis esmentats

### 6.2.7. La vida de les dones cuidadores s'organitza al voltant de les cures

L'estudi evidencia, per tant, que **el fet d'encarregar-se d'aquest tipus d'activitats té un impacte directe en la vida de les dones cuidadores**. Les dones enquestades destaquen que el seu dia a dia s'organitza al voltant del treball de cura, ja que requereix una dedicació completa. Sovint, el conjunt de membres de la família també es veu condicionat pels horaris, les activitats o les rutines de la persona dependent.

*"Que t'organitzes la vida en funció d'ell. Això és bàsic. Els seus horaris. I tu ets segona. Sempre és ell el primer i el que determina els horaris de tota la casa, no teus, de la família. Del que es fa el cap de setmana, tot." (GD2\_P8)*

Fins i tot en els casos en què la xarxa de suport hi té més implicació i, per tant, la cuidadora no ha d'assumir totes les tasques, s'assenyala la càrrega que implica el fet de responsabilitzar-se i d'organitzar les cures. És per això que algunes dones enquestades coincideixen en la idea que, fins i tot quan la persona amb necessitats gaudeix d'un servei fora de la llar, es manté la sensació d'estar condicionat per l'organització de les cures.

## 6.3. Càrrega percebuda de les cures

En aquest apartat s'exposen les variables més importants que afecten la percepció de la càrrega de les cures, és a dir, quins són els factors que augmenten la càrrega percebuda i quins són els que fan que aquesta sensació de càrrega disminueixi.

### 6.3.1. La xarxa familiar

Com s'ha vist en l'apartat anterior, la xarxa de suport a les cures amb què compten les dones participants està formada, majoritàriament, per familiars (el 64,9% de les cuidadores tenen el suport d'altres membres de la família). Cal destacar que, a més, una quarta part (23,8%) de les dones disposa de serveis privats contractats per elles mateixes.

Aquestes dades varien segons l'edat de la cuidadora, ja que **les dones més joves (de 35 a 45 anys) reben més suport d'altres membres de la família que les dones d'edat més avançada per fer algunes tasques específiques de cura**. Aquest fet s'explica



perquè la majoria de les dones més joves comparteixen la llar amb familiars (parella o fills i filles) tant si conviuen també amb el pare o la mare que tenen al càrrec com si no. En el cas de les dones més grans, en la majoria dels casos consultats, conviuen únicament amb el marit o, en pocs casos, amb algun fill o filla.

De totes maneres, **el fet de poder disposar de familiars**, tant si conviuen a la llar com si no, o si el nucli familiar és més gran o més reduït, **implica una ajuda en el treball de cures qualitativament diferent de l'ajuda que es pugui rebre per part dels serveis** (públics o privats) per dos motius:

- a) Hi ha una **dimensió afectiva i simbòlica en el paper que fa la família** en la distribució de les activitats i les responsabilitats de cura. És a dir, tot i que l'assumpció i la càrrega de les cures recau principalment en les dones, sobre els homes també recau, d'alguna manera, l'obligació moral de tenir cura del pare o la mare en cas de necessitat. Aquesta obligació moral pot ser reclamada per part de la cuidadora principal.

*"Desconnectar... encara que sigui aquest cap de setmana. Jo, quan m'ho vaig plantejar, és... perquè ja no podia més, cada dia el mateix i el mateix i el mateix. I... no els va fer gaire gràcia als meus germans, però és el que hi ha. Som quatre, tu. Doncs un cap de setmana al mes cadascú." (GD1\_P2)*

- b) Els familiars **són "agents" amb els quals es pot comptar sempre**, en qualsevol moment, i que no impliquen una gestió extra, que sí que hi és a l'hora de sol·licitar ajuda als serveis (tant públics com privats). És a dir, l'ajuda que prové dels familiars també s'ha de gestionar, però és una gestió molt més flexible i que implica un tipus de compromís que no existeix en els serveis.

*"Yo, algún fin de semana que quiero salir o algo, pues entonces viene alguna de mis hijas a dormir aquí con él." (EC1)*

Per tant, **tenir familiars implicats en el treball de cures suposa una reducció important de la càrrega percebuda**. No és necessari que aquesta ajuda sigui diària ni perllongada, ni tan sols que sigui una ajuda física. El fet de saber que es pot comptar amb aquest tipus d'ajuda en cas de necessitat és el que més allibera les cuidadores psicològicament.

*"A ver, estoy sola, pero tengo a mis hijas. Que si yo ahora cojo el teléfono y digo: 'Nena, que os necesito', lo que tardan en venir, vienen." (EC7)*

Tot i que no sigui rellevant quantitativament, també val la pena destacar els casos en què es disposa d'una **persona propera, no familiar**, amb la qual s'estableix aquest compromís. Ja sigui una persona veïna o amiga, la càrrega percebuda de les cures es veu igualment reduïda, per exemple, en el cas que es tingui una veïna a la qual es pot recórrer fàcilment, per a coses puntuals, o que està disponible en cas de necessitat. Aquesta és una dada important que cal tenir en compte a l'hora de pensar quin podria ser el paper de la comunitat en una possible distribució de les responsabilitats de cura, tot i que actualment tingui un paper residual.

### 6.3.2. Les relacions socials

Més enllà de les relacions familiars, el fet de poder mantenir relacions socials esdevé molt rellevant quan es té una persona dependent. En aquest sentit, moltes de les dones cuidadores consultades tenen la sensació que les relacions socials disminueixen de manera important a causa del treball que impliquen les cures. Tot i que el fet de tenir una vida social pobra no té un impacte directe en l'abast de les cures (és a dir, la càrrega hi és igualment), sí que **implica un augment del sentiment de càrrega percebuda i el treball de cures es fa més feixuc**.

*"Jo trobo a faltar sortir els caps de setmana, per exemple. Perquè tampoc sortíem cada cap de setmana, però sí que teníem una certa cadència." (GD1\_P1)*

Aquesta disminució de les relacions socials afecta especialment **en el cas de les dones que tenen un fill o una filla amb diversitat funcional** (beneficiàries de "Temps per tu"). Segons les dones consultades, la vida social gairebé desapareix quan es té un fill o una filla amb diversitat funcional.

*"Bueno, això també, qui té fills s'ha d'organitzar, qui té fills amb discapacitat també, però no pots tenir vida social. Si tens una discapacitat a la família afecta tothom. La gent que té fills de la meua edat s'organitza; els nens petits donen feina siguin discapacitats o no, però després de l'organització..., és a dir, però els diumenges no podem dir: 'Anem a fer un pícnic'. Jo trobo a faltar això." (GD2\_P2)*

En aquest sentit, encara es fa més evident que la manca de relacions socials s'atribueix al treball de cures i és un element que afecta molt negativament el sentiment de càrrega percebuda.

### 6.3.3. Codependència de la persona dependent

El fet de poder tenir relacions socials s'associa amb un sentiment d'independència. Quan aquestes relacions disminueixen per causa de la càrrega de les cures, apareix un **sentiment de dependència de la persona que rep les cures**.

*"Algún día sí que me llama una amiga o una hermana: 'Oye, mira, hacen una excursión aquí, que hacen de día. Que te vas por la mañana y vuelves por la noche'. Claro, yo nunca lo puedo hacer, no puedo ir un día al cine, no me puedo ir un día a comer por allí. Sí, yo esto lo encuentro a faltar porque yo lo he hecho. Yo he trabajado hasta los 69 años y he sido una persona muy independiente y ahora me veo muy atada, muy atada." (EC1)*

Aquest sentiment de dependència està lligat al fet d'haver de gestionar el dia a dia d'una altra persona, sigui quin sigui el volum del treball de cura que assumeix la cuidadora. És a dir, el fet mateix de tenir una persona "a càrrec" és el que provoca aquesta codependència.

*"Jo sempre penso que el concepte de dependència és un concepte de... Jo el veig com a codependència. És a dir, ma mare depèn de mi, però jo, d'ençà que tinc ma mare al meu càrrec, he perdut la meua independència. És a dir, jo no soc dependent, però soc codependent. Perquè ella depèn de mi. Per tant, jo quina independència tinc?" (GD\_P6)*

Fins i tot quan la persona dependent està en mans d'altres persones, familiars o dels serveis, el sentiment de dependència per part de la cuidadora es manté.

### 6.3.4. La invisibilitat de les cures

Finalment, també cal tenir en compte, a l'hora de valorar la càrrega de les cures, la manca de reconeixement vers la feina de cures. Tot i que moltes vegades s'assumeix el paper de cuidadora com a part del rol tradicional de la dona o del contracte matrimonial, igualment hi ha la percepció que **el treball de cures és invisible i que no està valorat socialment**.

*"P2: Clar, i a mi m'agafa un dia, que jo soc molt de la broma: 'Mira fem una cosa, emporta't tu a la meua filla i a les 24 hores me la tornes i donant-me diners!' Però et fan contestar i treure una cosa que... és que jo no soc així.*

*P1: Et tornes irritable, estàs a la defensiva.*

*P3: A sobre que tens el problema has d'estar lluitant amb la gent." (GD2)*

Les dones més grans ho verbalitzen com un **sentiment d'incomprensió** per part d'altres persones que no estan en la seva situació. Per tant, la càrrega que implica el treball de cures es percep també com quelcom no reconegut.

*"Esto, nadie sabe lo que es. Nadie."* (EC7)

Aquesta sensació de falta d'acompanyament i reconeixement es va fer especialment visible a l'hora de fer les entrevistes telefòniques a dones grans que tenen el seu marit al càrrec. Gairebé en tots els casos les dones se sorprenien quan s'adonaven que les preguntes de l'entrevista anaven adreçades a conèixer els seus sentiments, el treball de cures i el seu estat de salut. Moltes van expressar gratitud en acabar l'entrevista pel fet d'haver pogut parlar sobre elles mateixes i de qüestions per les quals ningú del seu entorn s'interessa.

*"Ahora estoy contenta, ¿sabes? Porque por lo menos he hablado con alguien. Porque son cosas que no las explicas, ni a las amigas, ni a nadie. Es que ni a mis hijos se lo digo. Ellos, yo creo que lo ven. Y, si no lo ven, pues mejor para ellos. Que no sufran."* (EC9)

Aquest tipus de comentaris també es van donar en el cas de les enquestes, ja que es van fer telefònicament. Moltes de les dones enquestades van mostrar la seva satisfacció pel fet d'haver parlat sobre la seva situació (tot i que no es va poder recollir perquè les enquestes no van ser gravades).

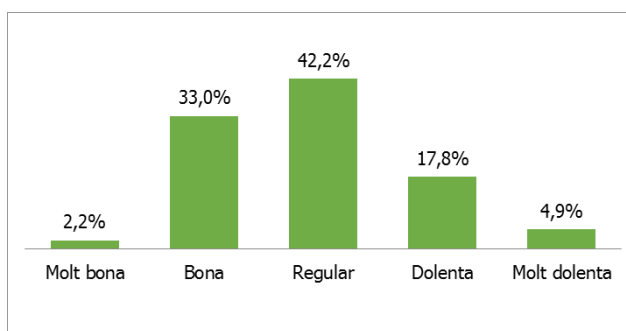
## 7. Efectes de les cures en la salut de les dones cuidadores

Per a l'anàlisi d'aquest apartat, en primer lloc, s'exposen les dades quantitatives sobre la salut percebuda de les dones enquestades, així com els discursos principals que han sorgit sobre la pròpia salut en els grups focals i les entrevistes. En segon lloc, s'explica quin és l'efecte que té la càrrega de les cures en la salut de les dones cuidadores i, finalment, quines estratègies se segueixen, majoritàriament, per fer front a aquesta càrrega.

### 7.1. Estat de salut general percebuda

A la pregunta "Com diries que és la teva salut, en general?", un **42,2% manifesta que és regular**. Tal com podem veure en el gràfic 16, és important destacar que el 64,9% indica un estat de salut general regular o pitjor (regular, dolenta o molt dolenta), mentre que només un terç (35,2%) de les dones indica que té una salut bona o molt bona.

Gràfic 16. Estat de salut general percebut



L'estat de salut general percebut de les dones cuidadores enquestades assenyala diferències importants en relació amb la població general de dones catalanes d'edats semblants. Així, mentre que el **36%**<sup>22</sup> de les dones catalanes de 45 anys o més indiquen que la seva salut és regular, dolenta o molt dolenta (és a dir, tenen una mala salut), aquest valor puja fins al **64,9% en el cas de les dones cuidadores enquestades en aquest estudi**. Quan fem aquesta comparativa amb les dones espanyoles (en aquest cas, de 35 anys o més), el diferencial també és alt: el **40,3%**<sup>23</sup> assenyala que té una salut regular, dolenta o molt dolenta, és a dir, 24,6 punts percentuals per sota de les dones cuidadores enquestades en aquest estudi.<sup>24</sup>

Centrant-nos de nou en les enquestades d'aquest estudi, també trobem diferències entre dones de perfil diferent, sobretot quan ens fixem en les categories de percepció de salut "dolenta" i "molt dolenta". Així, depenent de l'edat de **la dona cuidadora**, s'observa que només l'11,5% de les que tenen entre 35 i 54 anys manifesta que la seva salut és dolenta o molt dolenta, mentre que aquest percentatge puja fins al **23,8% en el cas de les de 55 a 69 anys i arriba al 32,1% en les dones de 70 anys o més**.

També veiem que, depenent del **temps que fa que la dona cuidadora té al càrrec a la persona que necessita les cures**, la percepció sobre la pròpia salut varia. Mentre que el 14,7% de les dones que fa 5 o menys anys que cuiden la persona diuen que la seva salut és dolenta o molt dolenta, aquest percentatge puja fins al **28,9% en el cas de les que fa més de 5 anys que s'encarreguen de les cures**.

De la mateixa manera, el **37,5% de les dones sense xarxa de suport**<sup>25</sup> **tenen una salut dolenta o molt dolenta**, davant el 18,6% de les dones que sí que disposen de familiars i amics que ajuden en el treball de cura.

Finalment, si examinem aquestes dades d'acord amb la **posició social**<sup>26</sup> de la persona cuidadora, podem observar que també hi ha diferències importants. Mentre que tan sols el 15,1% de les dones de posició social alta diuen que tenen una salut **dolenta o molt dolenta**, aquest valor puja fins al **34,8% en les dones de posició social baixa**. Aquesta diferència concorda amb les dades obtingudes en nombrosos estudis sobre salut autopercebuda. Per exemple, segons el que s'exposa en l'enquesta de l'Eurostat sobre salut autopercebuda del 2015,<sup>27</sup> i introduint de nou en el càlcul la categoria "regular", el 19% de les dones amb un nivell d'estudis més alt consideren que la seva salut és regular, dolenta o molt dolenta, un percentatge que puja fins al 51% en el cas de les dones amb un nivell d'estudis més baix.

Pel que fa a les **malalties diagnosticades** que pateixen les dones cuidadores, el 16,2% de les dones enquestades té artritis, el 29,7% pateix artrosi i el 44,9% té o ha tingut lumbàlgia. També el 29,7% de les enquestades indica que té una altra malaltia diagnosticada.

---

22 Enquesta de salut de Catalunya (ESCA, 2016).

23 Encuesta nacional de salud (ENSE, 2011-2012).

24 Per a aquest estudi s'ha reproduït la pregunta de la "Encuesta nacional de salud", que té cinc categories de resposta (molt bona, bona, regular, dolenta, molt dolenta), en la qual la categoria "regular" es troba en el punt central. Les comparatives amb els àmbits estatal i nacional, però, s'han de prendre amb certa prudència. En termes d'edat, s'han pogut comparar les dades amb les de les dones espanyoles de 35 anys o més (mateix interval d'edat que el de la mostra d'aquest estudi), mentre que en el cas de Catalunya les dades desagregades per edat a les quals s'ha tingut accés han estat de dones de 45 anys o més. Cal assenyalar que, atesa la dimensió de la mostra i el desconeixement de l'estructura de l'univers objecte d'estudi, en aquesta recerca no s'han fet ponderacions segons l'edat; com a resultat, els pesos dels grups d'edat presenten algunes diferències amb els àmbits català i estatal.

25 Dones que han manifestat que no tenen suport de cap altra persona o agent (amb l'excepció del servei municipal al qual estan adscrites) en les tasques de cura a la persona dependent.

26 Per al càlcul de la posició social s'han utilitzat les variables del nivell educatiu i del tipus d'ocupació de les dones enquestades. Així, s'han generat dues classificacions de posició o estatus social, una de tres categories (alt, mitjà, baix) i una altra de dues (alt, baix) a partir de la combinació de les respostes a ambdues variables. Les persones amb una combinació de nivell educatiu / tipus d'ocupació més baix ocupen la posició social baixa, mentre que les que tenen una combinació de més nivell ocupen la posició social alta.

27 [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/d/de/Self-perceived\\_health\\_2015.jpg](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/d/de/Self-perceived_health_2015.jpg)

D'aquestes, el 14% va esmentar altres problemes d'esquena (hèrnia discal, pinçaments, contractures, problemes de cervicals, etcètera), amb la qual cosa, si se suma al gairebé 45% que han patit lumbàlgia, podem dir que **més de la meitat de les dones cuidadores (59%) té problemes musculars o circulatoris associats a l'esquena.**

A través de les entrevistes individuals i els grups focals també s'ha pogut observar que les afeccions de l'esquena són força comuns en les dones cuidadores i és el que han destacat, majoritàriament, a l'hora de descriure els aspectes més físics de la seva salut.

*"Mira, jo he posat mal de cap i mal d'esquena. Jo tinc desviació de la columna i vertebres ballant, no? A veure, no és perquè el meu pare ara pesa 47 quilos; vull dir, no és pel pes que té, perquè està superprim. Però sí que vull fer moltes coses en els moments que estic, abastar molt." (GD1\_P6)*

*"Estoy operada de la espalda dos veces. Ahora mismo llevo un pinzamiento en la columna. Así que mire como estoy, también." (EC2)*

Tot i que es tracti de malalties no tant comunes entre les dones enquestades, també sembla important destacar que, segons les dades quantitatives, el 4,3% pateix osteoporosi, el 2,7%, fibromiàlgia, i el 2,2% problemes de tiroides, ja que són malalties amb una alta prevalença entre les dones i que molt estudis relacionen amb conductes que tenen a veure amb la salut i factors ambientals (dieta, sobrecàrrega de feina, estrès, contaminació, etcètera).

Pel que fa a la **salut mental, el 35,7% de les dones enquestades diu que pateix o ha patit ansietat i el 31,9% ha estat diagnosticada de depressió.** Si posem en conjunt aquestes dues dades, trobem que gairebé la meitat de les dones d'aquest estudi (49,2%) manifesta haver patit ansietat o depressió. Comparant-ho amb l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA, 2015), veiem que aquest percentatge és força més alt que el del total de dones catalanes de 45 anys o més, que és del 26,9%.

Aquestes dades també presenten diferències si les observem **en relació amb la posició social**, ja que la presència de depressió és força més elevada en el grup de dones de "posició social baixa" (43,9%) que en el grup de dones de "posició social alta" (22,6%).

Tant en les entrevistes telefòniques com en els grups focals també es va poder apreciar que la majoria de les dones consultades passen o han passat per episodis d'estrès, ansietat, depressió i altres problemes de salut mental.

*"Sento molta angoixa. Que bueno, d'això ja em vaig tractar perquè és el que em va passar. Ansietat, molta ansietat, molta, molta..." (GD1\_P3)*

*"Yo, más que nada, tengo depresión. Tengo una depresión que tengo que hacer mucha fuerza para levantarme el ánimo." (GD1\_P1)*

*"Noto l'humor com més canviant. No ho sé, més..., de seguida puc passar d'estar bé a no estar bé d'una manera una mica ràpida, no? Jo no m'hi reconec amb això. Vull dir que em sembla una cosa que té a veure amb la situació que jo visc. Em sento atrapada, això és el pitjor de tot, que crec que no dec ser jo sola." (GD1\_P5)*

En relació amb aquest punt, també s'ha pogut observar, que **preocupa més la dimensió "anímica" de la salut** que no pas la dimensió "física". És a dir, moltes vegades, a l'hora de fer una valoració de la pròpia salut, algunes afeccions físiques es minimitzen, es consideren lleus o no es tenen en compte. Per contra, les afeccions anímiques o emocionals es perceben com quelcom que afecta molt el benestar i la salut i, per tant, es valoren molt més a l'hora de fer apreciacions sobre la pròpia salut.

*"-És un cansament tant físic com anímic?"*

*–Anímic. Tot i que jo procuro ser positiva i no deixar-me vèncer pel desànim. Però, clar, hi ha moments que també decaic.” (EC8)*

Un altre tipus de discurs que emergeix a l'hora de fer la valoració de la salut és que **la pròpia salut és secundària o és un "luxa"**. És a dir, la salut que preocupa en primer lloc és la de la persona que necessita les cures i, després, la gestió de la pròpia salut.

*"Llevo una prótesis en un brazo, en el otro brazo llevo... están rotos los tendones. Me tienen que operar, pero yo con él así no puedo.” (EC2)*

En aquest mateix sentit, moltes de les dones enquestades i entrevistades tenien certa dificultat per valorar el seu nivell de salut, ja que feia molt de temps que no anaven al metge. De la mateixa manera, a l'hora de valorar la salut mental, algunes dones, davant la pregunta de si tenien depressió, contestaven que no perquè "no s'ho podien permetre".

## 7.2. Efectes de la càrrega de les cures sobre la salut de les cuidadores

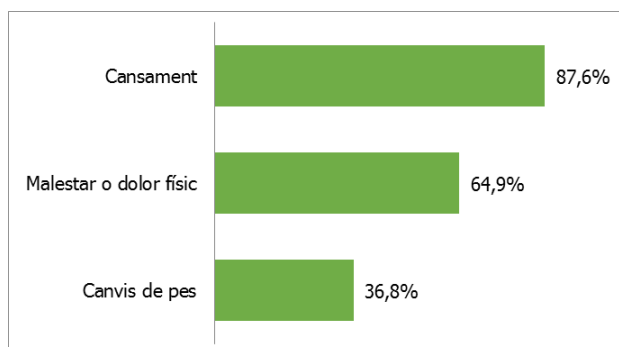
Tal com s'ha assenyalat en el punt anterior, les dones que han participat en aquest estudi valoren la seva salut de pitjor manera que les dones enquestades en estudis sobre la població general i presenten un percentatge força elevat de prevalença de malestars tant físics com psicològics. Així, es constata que el **treball de tenir cura d'una persona dependent afecta negativament la salut percebuda**, tal com apunten molts estudis previs.

Al preguntar sobre els efectes negatius que pot tenir la càrrega de les cures sobre la salut, una **majoria àmplia de les dones enquestades (82,2%) indica que la seva salut i la qualitat de vida han empitjorat** des que té cura de la persona dependent.

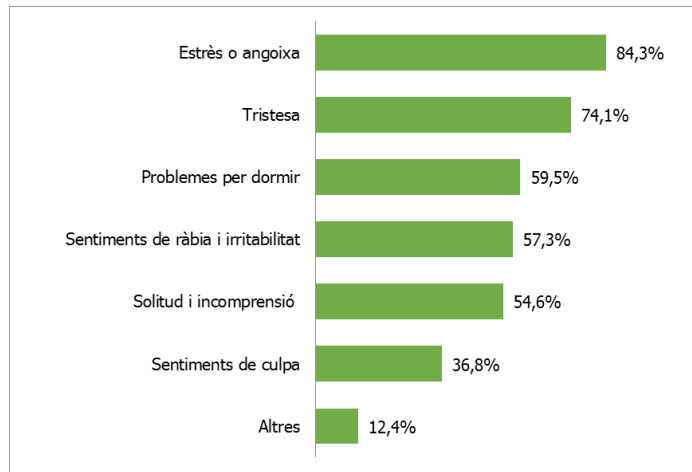
Si mirem amb més detall quins són els malestars principals que s'atribueixen a la càrrega de les cures veiem que el "**cansament**" és l'aspecte que més predomina (87,6%). "**Estrès o angoixa**" és el malestar emocional que les més afecta (84,3%) i la "**falta de temps personal**" és l'aspecte social i relacional de les cures que genera més malestar (89,7%).

A continuació podem veure cada un d'aquests aspectes en els gràfics 17, 18 i 19 que mostren els malestars associats a la càrrega de les cures:

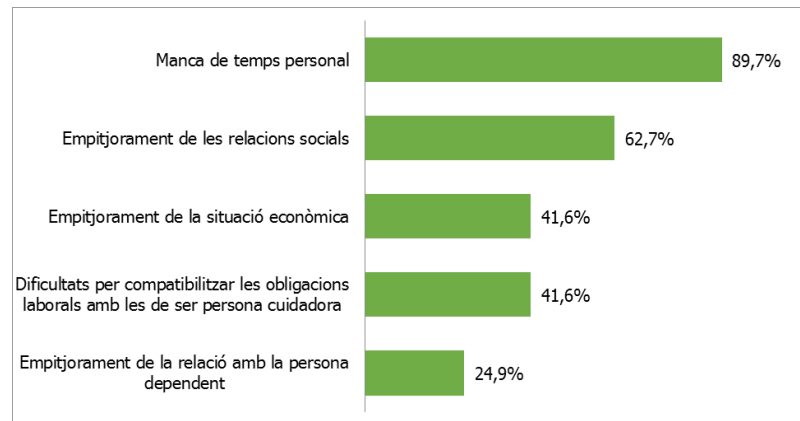
Gràfic 17. Presència de malestars físics



Gràfic 18. Presència de malestars emocionals



Gràfic 19. Presència de situacions socials i relacionals negatives

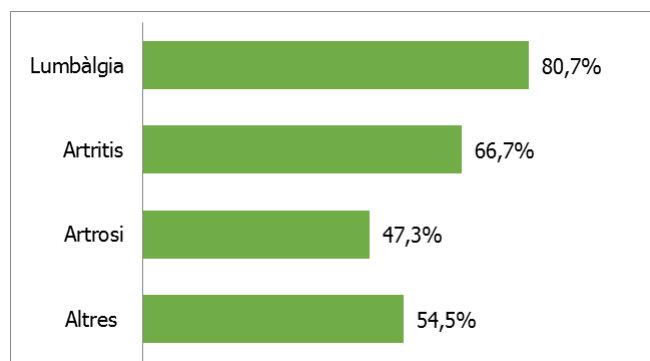


Les **malalties diagnosticades**, tant físiques com psicològiques, que tenen les dones enquestades (vegeu l'apartat 7.1) també s'atribueixen majoritàriament al fet de ser cuidadores. Més concretament, el 80,7% de les dones que tenen lumbàlgia pensen que la seva aparició està relacionada directament amb la càrrega de les cures o que, almenys, ha empitjorat com a conseqüència. També en les entrevistes i els grups focals s'ha pogut observar que els mals d'esquena es perceben com quelcom que apareix relacionat directament amb les cures, ja sigui per l'esforç físic o bé per l'estrès associat a la càrrega.

*"Jo he posat mal d'esquena i digestions difícils perquè crec que són com clàssics de la somatització." (GD1\_P5)*

Com podem veure en el gràfic 20, la relació entre artritis i artrosi i càrrega de les cures també és alta:

Gràfic 20. Atribució de problemes de salut a les cures. Dimensió física





Pel que fa als **diagnòstics psicològics**, l'aparició tant de l'ansietat com de la depressió es relaciona directament amb la càrrega de les cures. **El 86,4% de les dones que tenen ansietat diagnosticada ho atribueixen al fet de ser cuidadores, així com el 83,1% de les dones que tenen depressió diagnosticada.**

Si analitzem els discursos sobre l'efecte de la càrrega de les cures en la salut, veiem que també apareixen els malestars físics, emocionals i socials que es destaquen en els resultats de les enquestes, però de manera relacionada. És a dir, alguns dels malestars físics, com ara dolors i cansament, es connecten a la situació d'estrès i de falta de temps personal que suposen les cures.

*"Mals d'esquena lumbar horribles, a vegades cervicals. No dormo i em desvetllo molt per insomni, és allò que te'n vas a dormir i que la ment i el cos, que porten 15 o 16 hores en actiu, quan descansen tres hores, el cervell et diu: 'Segueix'. I, a vegades, m'entra ansietat de dir: 'No puc més'." (GD2\_P4)*

De la mateixa manera, la manca de temps i la falta de relacions personals afecten la salut mental en forma de sentiments de tristesa o incomprensió.

*"Del tema emocional, crec que és una mica tot igual: la tristesa, la impotència, la vida social... Perquè jo, abans, tenia molta vida social, però ja no i, clar, no poder-te adaptar mai, perquè se'n van a un càmping i pregunto: 'el càmping està adaptat per poder anar-hi jo?' ." (GD2\_P2)*

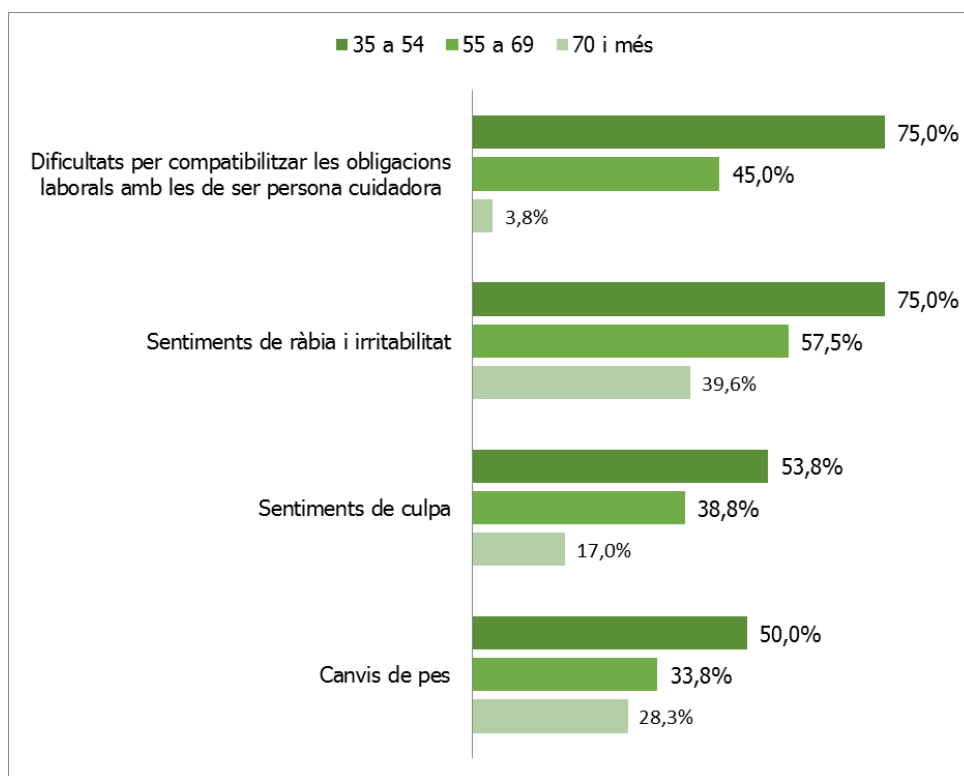
A l'hora de percebre la càrrega de les cures i com afecta la salut, hi ha una sèrie de variables que influeixen en la sobrecàrrega del treball de cures i, per tant, també generen un efecte negatiu més alt en la salut. Al mateix temps, alguns d'aquests elements afecten la percepció subjectiva del sentiment de "càrrega" i, per tant, matisen els efectes sobre la salut de les dones cuidadores. Es tracta de les variables següents: l'edat, el temps dedicat a les cures, la convivència amb la persona dependent a càrrec, i altres aspectes que també tenen un efecte sobre la salut de les dones cuidadores. A continuació es presenta amb detall cada una d'aquestes variables.

### 7.2.1. L'edat

L'edat marca algunes diferències a l'hora de relacionar la càrrega de les cures amb els malestars. A través de les dades quantitatives podem veure que les dones més joves han tingut prevalences de malestars significativament més elevades que les d'altres grups d'edat. El gràfic 21 presenta els elements amb més diferència.



Gràfic 21. Situacions i sentiments negatius experimentats pel fet de tenir moltes responsabilitats de cura, segons l'edat



Com s'observa en el gràfic 21, les dones més joves són les que atribueixen més clarament la càrrega de les cures als problemes per **compatibilitzar les obligacions laborals** (75%), mentre que les dones de més edat gairebé no perceben que sigui un problema associat a les cures. Aquesta diferència s'explica perquè les dones més grans ja no es troben en edat laboral o s'han dedicat, majoritàriament, al treball reproductiu i de la llar, mentre que les dones més joves sí que tenen o han tingut problemes per compatibilitzar el treball de cures amb el treball productiu. A través de les dades qualitatives també es pot veure que aquest és un aspecte que preocupa i que afecta la salut de les dones cuidadores més joves.

*"Em va fer fora per culpa de la meua situació personal. Perquè, clar, la nena a l'hospital cada x temps, pues al final 'aquesta xicota no surt rentable' i al carrer. I amb 45 anys, us ho dic, m'està costant trobar treball."* (GD2\_P3)

De la mateixa manera, **els sentiments de ràbia i irritabilitat** s'associen més al treball de les cures en les dones més joves, és a dir, que es relaciona més directament l'aparició d'aquests sentiments al fet d'haver de tenir cura d'una persona que, al tractar-se de les dones més joves, generalment és el pare o la mare.

*"A nivell emocional, doncs jo tinc molta ràbia amb el meu pare, molta. Perquè no és agraït. Amb la sort que ha tingut de tenir una filla com té, una neta i un gendre."* (GD1\_P3)

Per tant, l'edat també influeix a l'hora d'assumir el **rol de cuidadora lligat als dictats de gènere**. Mentre que les dones més grans assumeixen més fàcilment aquest rol com a part de la seva identitat com a dones, les dones més joves problematitzen aquest rol tradicional i esperen algun tipus de reconeixement i valoració pel treball de cures. Per aquest mateix motiu, també es pot explicar per què les dones més joves mostren més **sentiments de culpa** relacionats amb la càrrega de les cures.

En el cas de **les dones més grans**, no només hi ha una assumpció del rol tradicional de dona, com s'ha explicat, sinó que els malestars, tant físics com emocionals, s'atribueixen a altres causes a part del treball de cures, com ara, precisament, l'edat. És a dir, tot i que tenen

malestars, no els relacionen únicament amb la càrrega de les cures i, sovint, els costa atribuir-los a altres causes que no siguin l'edat.

*"Tengo dolores, como cualquier persona que tenga 70 años. Pero, bueno, lo voy llevando. Por eso te digo, que unos días estás más animada, otros días estás menos. Pero, bueno, yo hablo con cualquiera y ya tengo la sonrisa en la cara. Luego la cosa va por dentro."* (EC5)

Un altre aspecte que també cal destacar de l'efecte de l'edat en la percepció de la càrrega és que les dones més grans valoren el seu estat de salut en relació amb la persona que estan cuidant, especialment quan és el marit. És a dir, s'agafa l'estat de salut del marit com a referent per valorar si elles estan més o menys bé.

*"De salud, a ver, yo estoy bastante mejor que él, pero, claro, he tenido problemas más gordos que él."* (EC7)

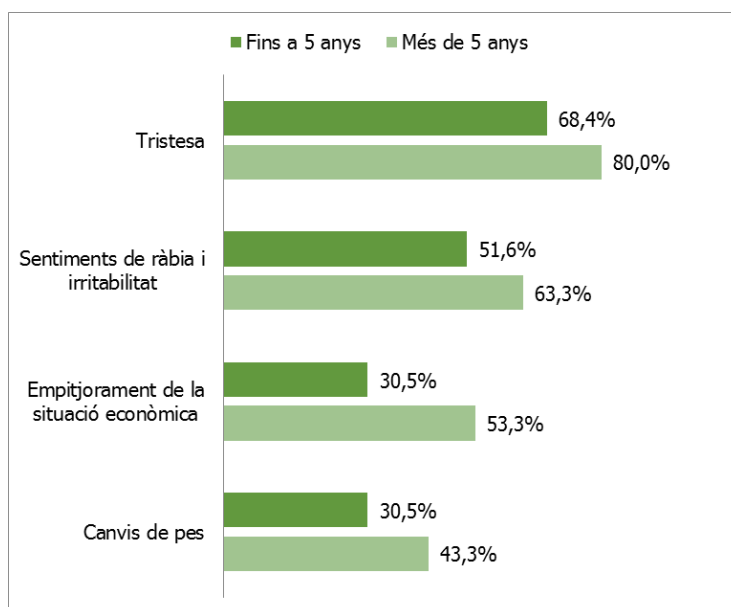
Aquests discursos que apareixen a l'hora de valorar la pròpia salut (atribucions a l'edat i valorar la pròpia salut en relació amb la de la persona cuidada) també poden explicar perquè les dones més grans, tot i patir igualment una sobrecàrrega del treball de cures, no relacionen tan clarament els malestars que tenen a aquesta càrrega, com sí que ho fan les dones més joves.

### 7.2.2. El temps dedicat a les cures

En aquest punt es presenten dos aspectes que afecten la salut percebuda de les dones cuidadores, relacionats amb el temps dedicat a les cures: els anys que fa que la dona cuidadora duu a terme el treball de cures i és la cuidadora principal, i el fet que el treball de cures és una "activitat" que ocupa tot el dia de la dona cuidadora. Aquests dos aspectes tenen un efecte important tant a l'hora de patir malestars associats a les cures com en la manera com es perceben aquests malestars.

Pel que fa als **anys que fa que la dona cuidadora duu a terme el treball de cures**, s'observa que les dones que fa més anys que tenen cura de la persona (més de 5 anys) presenten prevalències més elevades en tots els malestars emocionals i físics que les dones que fa menys temps (fins a 5 anys). El gràfic 22 mostra més concretament l'efecte del temps del treball de cures sobre aquests malestars.

*Gràfic 22. Malestars associats a les responsabilitats de cura, segons el temps que fa que es té la persona dependent a càrrec*



Com descriu el gràfic, **el 80% de les dones que fa més de 5 anys que tenen cura de la persona amb necessitats indiquen haver-se sentit tristes**, mentre que la dada baixa al 68,4% en les que fa menys anys. La tendència és semblant en el cas dels sentiments de ràbia i irritabilitat (el 63,3% davant el 51,6%), l'empitjorament de la situació econòmica (el 53,3% davant el 30,5%) i els canvis de pes (el 43,3% davant el 30,5%).

També s'ha pogut observar que la **depressió** apareix més sovint entre les dones que fa més de 5 anys que tenen cura de la persona dependent (40%), en comparació amb les que duen a terme aquest treball des de fa 5 anys o menys (24,2%). Les **lumbàlgies** també estan més presents en el primer grup (51,1%) que no pas en el segon (38,9%). Tot i que hi ha altres factors que afecten la percepció de la càrrega de les cures, és important comprovar que el treball de cures suposa una sobrecàrrega, tant física com emocional, que s'agreuja amb el temps.

**L'ús de medicaments també és força més elevat en les dones que fa més temps que tenen cura de la persona dependent**, especialment dels antidepressius, utilitzats pel 33,3% de les dones que fa més de 5 anys que tenen cura de la persona amb necessitats. Aquesta prevalença baixa fins al 18,9% en el cas de les dones que han dut a terme fins a 5 anys el treball de cures de la persona dependent.

En canvi, s'observa un factor en què aquesta tendència s'inverteix i és en la qualitat de la relació amb la persona que necessita les cures. Així, el 31,7% de les dones que fa menys anys que s'encarreguen d'aquesta feina diuen que la relació amb la persona dependent ha empitjorat, en contrast amb el 17,8% de les dones que fa més de 5 anys. És a dir, sembla que **la relació entre la cuidadora i la persona que necessita les cures és pitjor i comporta més malestars emocionals en els primers anys**. Aquesta percepció té a veure amb les estratègies que les dones cuidadores desenvolupen davant de la càrrega de les cures, concretament amb la resignació, com explicarem més endavant (vegeu l'apartat 7.3 d'aquest mateix capítol).

També s'ha observat que els anys dedicats a les cures afecten d'una manera important a la salut de la cuidadora tant físicament com anímicament. Com hem explicat anteriorment, moltes de les dones cuidadores **han assumit durant molt de temps el treball de cures elles soles** i han demanat l'ajuda dels serveis públics quan la situació ja era insostenible. Aquest fet suposa també un deteriorament de la salut percebuda, ja que les dones cuidadores "aguanten" la càrrega de les cures en detriment de la seva pròpia salut.

*"Però ja fa un any o una mica més que jo tinc l'esquena que me l'he fet malbé de fer esforços. Perquè, clar, porto 22 anys així. No és una cosa... Ha sigut una malaltia que va començar fa 22 anys i ha anat degenerant fins al punt en què estem. I, clar, aleshores jo ja m'hi he anat... Vaig aguantar molt, jo ja ho sé, perquè vaig aguantar molt." (EC8)*

Els anys dedicats al treball de cures tenen efectes negatius en la salut percebuda, però **té un impacte molt més important en la salut de les dones cuidadores la percepció que el treball de cures és una feina que ocupa tot el dia**. Aquesta percepció hi és fins i tot quan la dedicació material no és de 24 hores, és a dir, en els casos en què la dona no conviu amb la persona dependent, té una feina formal remunerada o compta amb l'ajuda d'altres persones o serveis. Això és així perquè, més enllà del volum de tasques realitzades, hi ha una tasca que implica una dedicació completa i és encarregar-se de la gestió i l'organització de les cures per garantir que la persona amb necessitats de cura queda atesa. Així, organitzar qui s'ocuparà de la persona cuidada, què menjarà, si prendrà la medicació, si tindrà a l'abast tot el que necessita, etcètera, és quelcom que ocupa tot el temps. A més, es tracta d'una tasca amb una **forta càrrega emocional i afectiva**, ja que està lligada a la preocupació que la persona amb necessitats de cura estigui bé i ben atesa, una responsabilitat que assumeix la cuidadora principal encara que ella no dugui a terme totes les tasques associades a les cures.

*"E: És una feina que estàs fent sempre, no?"*

*P1: Sí, sí.*

*P2: La tinguis o no la tinguis.*

*P1: Aviam, estàs en un lloc, però sempre estàs 'a veure si li ha passat algo'.*

*P3: El cap no para mai.*

*P1: Estàs en algun lloc, estàs a la nit, no se què... Ai, aviam què li passa. Saps allò...? Sempre estàs amb aquella cosa.*

*P2: Ja, això passa, eh!" (GD1)*

Tal com s'ha assenyalat en l'apartat anterior, **la falta de temps personal és el malestar principal associat a la càrrega de les cures** (el 89,7% de les dones enquestades que diuen que no tenen temps personal ho atribueixen al fet de ser cuidadores). En aquest sentit, les dones participants posen de manifest que el treball de cures se sobreposa a les activitats personals de les dones cuidadores i accentua aquest sentiment de falta de temps personal. Així, la percepció que els desitjos propis passen a un segon pla té grans conseqüències negatives sobre el seu benestar.

*"Que t'organitzes la vida en funció d'ell. Això és bàsic. Els seus horaris. I tu ets segona. Sempre és ell el primer i el que determina els horaris de tota la casa, no teus, de la família. Del que es fa el cap de setmana, tot." (GD2\_P8)*

**El malestar associat a la dedicació constant a les cures afecta tant a escala física com psicològica.** Moltes de les dones entrevistades ho verbalitzen a través del concepte d'*esgotament*, que implica estar sotmesa durant un temps prolongat a situacions estressants tant físiques (haver de moure la persona cuidada, llevar-se a les nits, etcètera) com psicològiques (estar preocupada constantment per l'altra persona).

*"Jo estic com molt... molt cansada. Tinc un cansament que no me'l trec de sobre. Estic esgotada, ja. Perquè, clar, són 24 hores al dia. Perquè, de nit, si m'he d'aixecar, m'he d'aixecar. Hi ha dies que a lo millor m'aixeco un cop, però hi ha dies que m'aixeco tres o quatre cops. I quan un es fa gran tampoc dorm les hores com quan és jove. I jo ja tinc gairebé 60 anys. Aleshores jo tinc un esgotament físic i psíquic. Perquè jo noto que vaig molt cansada." (EC8)*

Així, el fet d'encarregar-se de la gestió de les cures com a cuidadora principal té efectes negatius *per se* associats a una situació d'estrès i angoixa permanent pel fet d'assumir la responsabilitat de les cures de la persona dependent. Aquí s'hi afegeix l'esgotament físic produït també pel treball de cures, que s'accentua per la manca de temps personal per a l'autocura, el descans i les possibilitats de desenvolupar una vida social plena. Aquesta situació va empitjorant i produint més sobrecàrrega en la dona cuidadora a mesura que passa el temps i continua assumint el treball de cures.

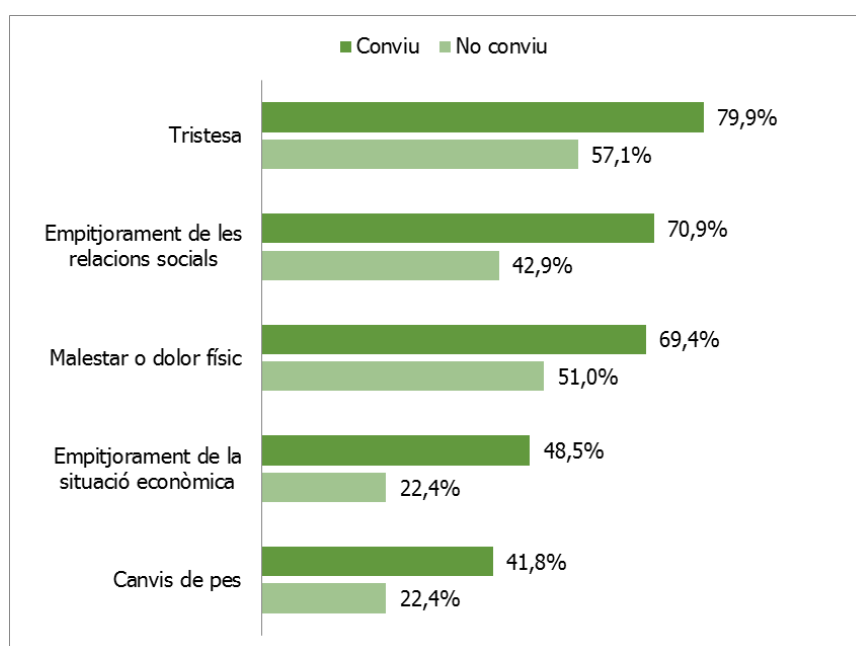
### 7.2.3. La convivència amb la persona dependent

Un altre factor determinant es relaciona amb la convivència o no convivència de la dona cuidadora amb la persona amb necessitat de cures. Tot i que, com ja s'ha esmentat en el punt anterior, el treball de cures ocupa tot el dia encara que la persona no estigui present durant totes les hores, **el malestar associat a la càrrega de les cures s'agreuja quan la dona cuidadora conviu amb la persona que necessita les cures.**

El fet de conviure o no amb la persona amb necessitats de cura és un element que també té molta importància a l'hora d'analitzar els malestars associats a la cura.<sup>28</sup> **Les dones enquestades que conviuen amb la persona amb necessitats de cura pateixen amb més freqüència tots els malestars i les malalties diagnosticades analitzades.** Així, les que hi conviuen manifesten una prevalença més elevada d'artritis (el 19,4% davant el 8,2% de les que no hi conviuen), d'artrosi (el 32,1% davant el 22,4%), de lumbàlgia (el 48,5% davant el 34,7%), d'ansietat (el 37,3% davant el 28,6%) i de depressió (el 36,6% davant el 16,3%). La prevalença de depressió és on trobem un diferencial més gran entre ambdós col·lectius (20,3 punts).

De la mateixa manera, dels setze elements vinculats a les dimensions física, emocional i social-relacional analitzats, s'observa que les cuidadores que conviuen amb la persona que necessita les cures pateixen tretze d'aquests elements en un grau molt elevat. En molts casos, les diferències entre prevalències són ben pronunciades. El gràfic 23 mostra els elements on les diferències són més grans (superiors a 18 punts percentuals).

*Gràfic 23. Malestars associats a les responsabilitats de cura, segons si es conviu o no amb la persona dependent*



Com es pot observar, el **sentiment de tristesa** associat a la càrrega de les cures es troba en el 57,1% de les dones que tenen una persona al càrrec però que no hi conviuen; el sentiment **augmenta fins al 79,9% en el cas de les dones que sí que conviuen amb la persona dependent.** Aquesta diferència també la podem veure en el deteriorament de les relacions socials (el 70,9% davant el 42,9%), en el malestar o el dolor físic (el 69,4% davant el 51%), en l'empitjorament de la situació econòmica (el 48,5% davant el 22,4%) i en els canvis de pes (el 41,8% davant el 22,4%).

El fet de conviure o no amb la persona amb necessitats de cura sembla que també marca **diferències importants en el consum de medicaments.** Les prevalències de consum de cada medicament analitzat són més elevades en les dones que conviuen amb la persona dependent. El diferencial mitjà en aquestes prevalències és del 14,2%. La taula 2 mostra el detall d'aquestes diferències.

<sup>28</sup> S'han fet diversos contrastos per comprovar que l'edat de la persona cuidadora o el parentiu no esbiaïessin aquesta anàlisi i s'ha conclòs que l'element fonamental dels diferencials continuava sent el fet de conviure o no fer-ho.

Taula 2. Ús de medicaments, segons si es conviu o no amb la persona dependent

	Conviu	No conviu
Medicaments com l'aspirina o similars per alleujar el dolor o antiinflamatoris	53,7%	36,7%
Medicaments per dormir	33,6%	18,4%
Medicaments antidepressius	30,6%	12,2%
Tranquil·litzants, sedants	23,1%	10,2%
Altres medicaments	15,7%	8,2%

## 7.2.4. Altres aspectes que afecten la salut percebuda

Així mateix, s'identifiquen altres factors que també tenen un efecte sobre la salut percebuda de les dones cuidadores. Es tracta de la relació de parentesc amb la persona amb necessitat de cures —filles, parelles, mares—; el grau de dependència de la persona dependent —grau 1, 2 o 3— i la xarxa social —si en disposa o no. Cadascun d'aquests factors s'analitza a continuació.

### a) Relació de parentesc

La relació de parentiu entre l'enquestada i la persona amb necessitats de cura indica algunes diferències que val la pena mencionar. **Els sentiments de culpa apareixen amb una freqüència molt més elevada en el cas de les dones que cuiden el pare o la mare (42,9%) que no pas quan la persona cuidada és la parella o company/a (7,9%).** En aquest sentit, les dades qualitatives posen de manifest que la cura del pare o la mare genera sentiments de culpa que afecten força al benestar emocional de la dona cuidadora.

*"I també, desgraciadament, em sento mala filla, perquè la meua mare no és feliç. La meua mare no és feliç [...]. Perquè ara no... Vull dir, jo em dedico a la intendència d'aquesta estructura familiar. Aleshores sento que ma mare no és feliç i com que tot el que... Tota la vida de ma mare depèn de mi; si no és feliç, la culpa és meua."* (GD1\_P5)

El sentiment de culpa, i el malestar emocional associat, també està present en el cas de les dones que s'ocupen de les seves parelles. En aquests casos, el sentiment de culpa es relaciona amb les dificultats per encarregar-se correctament de les cures, perquè elles mateixes també són grans i tenen les seves afeccions i, per tant, els és més difícil assumir el rol de cuidadora dins la relació matrimonial.

*"—Y, si en algún momento tuviese que dejar a su marido en manos de otra persona que lo cuidara, ¿cómo se sentiría usted?"*

*—Pues me sentiría bastante mal. Pero, a ver, la cabeza, nena, te dice otra cosa y el corazón te habla por otra. Entonces, nunca sabes, no lo sabes. Yo me sentiría mal, porque yo he cuidado a mis padres, a mis suegros, a mis tíos, a mis hijas, a mis nietos. Y, ahora, cuando mi marido me necesita de verdad, no puedo. Y eso me duele muchísimo. [...] Las ayudas las necesito, porque yo no valgo [plora]."* (EC7)

Tanmateix, quan la **persona amb necessitats de cura és el fill o la filla és quan el sentiment de culpa és més elevat (51,5%)** entre les dones enquestades. En el cas de les dones que tenen cura del seu fill o filla, a més de la càrrega que suposen les cures, emergeix la preocupació pel benestar del fill o la filla en el moment en què elles siguin més grans o ja no hi siguin.

"P1: El que vull dir és que el dia de demà, jo, que sempre m'he informat, m'agradaria trobar un lloc amb la meua filla per poder acompanyar-la jo a fer el pas. Perquè, el que jo no vull, que jo desaparegui o el meu marit i, de cop i volta, es trobi sense nosaltres i sola. Sempre, fa molts anys que tinc això al cap. No hi ha llocs, no saps mai quan et cridaran. Fa anys i anys que han passat. Jo, per mi, em quedaria a la meua filla si sabés que la meua vida s'acaba quan s'acabi la seva; a mi, el que m'agradaria seria acompanyar-la." (GD2\_P1)

A més, també hi ha la sensació que tenir cura d'un fill o una filla amb necessitats especials és una situació particularment exigent que pot afectar negativament altres aspectes de la vida, com ara la relació de parella o les relacions socials.

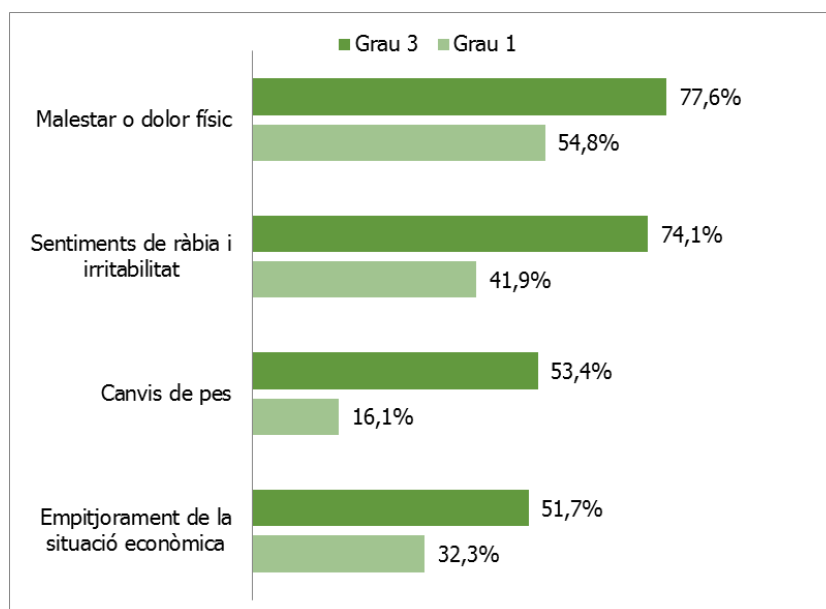
"Corroboro el que ha dit ella que, quan tens un fill així i va creixent, se't va menjant la vida en parella. Vull dir, ja és tant el que t'aboques en ella, que a vegades hem notat i hem sentit la necessitat de vida de parella." (GD2\_P1)

També cal posar de manifest que la qualitat de vida empitjora d'una manera més pronunciada quan es tracta de la cura d'un fill o una filla. Així, s'observa que l'empitjorament de la situació econòmica (69,7%), la solitud o incomprensió (78,8%), l'empitjorament de les relacions socials (75,8%) o la compatibilitat d'obligacions laborals i de cura (63,6%) són factors més presents quan es té a càrrec un fill o una filla amb necessitats de cura que quan es tracta d'un altre familiar. **També s'observa que la prevalença de consum de tranquil·litzants o sedants és força més elevada (33,3%)** que quan es tracta de la mare o el pare (16,3%) o la parella (15,8%).

## b) Grau de dependència

En tretze de les setze situacions i sentiments negatius experimentats pel fet d'assumir les responsabilitats de cura, **les dones que tenen cura de persones amb més grau de dependència presenten prevalències més elevades**. En aquest tretze elements, de mitjana, les dones que tenen cura de persones amb grau de dependència 3 pateixen cada tipus de malestar un 14,6% més que les dones que cuiden persones amb un grau 1. El gràfic 24 mostra els elements on aquest diferencial és més elevat.

Gràfic 24. Malestars associats a les responsabilitats de cura segons el grau de dependència de la persona dependent: grau 3 en comparació amb grau 1





Com indica el gràfic anterior, el **malestar o dolor físic** (el 77,6% en les dones que tenen cura de persones amb grau de dependència 3, davant del 54,8% en les de grau 1), els **sentiments de ràbia i irritabilitat** (el 74,1% davant el 41,9%), els **canvis de pes** (el 53,4% davant el 16,1%) i l'**empitjorament de la situació econòmica** (el 51,7% davant del 32,3%) són els aspectes on les diferències són més accentuades.

En aquest sentit, val la pena assenyalar que en el cas de la qualitat de la relació amb la persona dependent, la tendència és justament la contrària. El 19% de les dones que tenen cura de persones amb grau de dependència 3 manifesten que la relació amb aquesta persona ha empitjorat, mentre que aquest percentatge puja fins al 41,9% en el cas de les dones que cuiden persones amb grau 1.

### **c) Xarxa social**

Finalment, cal destacar el fet de disposar o no d'una xarxa social com una variable que afecta la percepció de la càrrega de les cures i que, per tant, pot modular els efectes d'aquesta càrrega sobre l'estat de salut de les dones cuidadores. Tot i que en les dades quantitatives de les enquestes no s'identifiquen grans diferències respecte a la xarxa social a l'hora de patir malestans físics o emocionals, sí que emergeix com un factor clau en les dades qualitatives.

**En la majoria dels relats de les dones entrevistades (dones grans que tenen cura del marit), es posa de manifest que no hi ha xarxa social o que és una xarxa molt feble.** És a dir, es tracta de dones que s'han encarregat tota la vida de tenir cura de la llar i de la família i que no han tingut relacions socials més enllà del nucli familiar.

*"Es que yo no tengo amigas, no tengo nada porque nunca las he tenido. Siempre he estado con mi marido, 52 años casada con él. Siempre he estado por él. ¿Que se iba un ratín al bar a jugar la partida? Yo, con él. No he tenido amistad ninguna. Y, ahora, pues alguna señora de aquí del barrio... nos ponemos a charlar un ratín, pero ya digo: 'Me voy que mi marido, mi marido...'" (EC2)*

Aquesta situació no està relacionada directament amb el fet de tenir una persona dependent al càrrec, però sí amb el rol tradicional de la dona dins la llar, com s'ha explicat anteriorment (vegeu el capítol 3) i pot tenir *per se* efectes negatius en la salut, especialment a escala emocional. De fet, les dades quantitatives mostren que les dones que no tenen xarxa social pateixen més sentiments de solitud i incomprensió (65%) que les dones que sí que la tenen (51,7%). També s'observa que les dones sense xarxa de suport presenten una prevalença de depressió força més elevada que les que sí en tenen (el 42,5% davant el 29%).

## **7.3. Estratègies davant la càrrega de les cures**

Fins al moment s'ha exposat de quina manera la càrrega de les cures afecta negativament la salut percebuda de les dones cuidadores. Ara bé, l'anàlisi realitzada també ha permès identificar les estratègies que les dones participants han desenvolupat per fer front a aquesta càrrega. Així, s'identifiquen maneres diverses de fer front a malestans físics, anímics i socials que també poden afectar el nivell de salut percebuda. A continuació s'expliquen les tres estratègies que han aparegut majoritàriament en les dades qualitatives d'aquest estudi: resignació, compassió i medicalització.



### 7.3.1. Resignació

En molts casos, especialment quan la cuidadora fa temps que té la persona cuidada al seu càrrec, s'afronta la càrrega de les cures amb "resignació". És a dir, tot i que es reconeixen els malestars físics i emocionals que suposa la càrrega del treball de cures, s'intenten minimitzar amb l'assumpció que no hi ha alternatives o que la situació no és tan greu. Aquest tipus de discurs apareix moltes vegades en les entrevistes i els grups focals.

*"Vamos tanteando como podemos. No es tan importante, ¿no? Se acostumbra uno a muchas cosas." (EC3)*

*"Jo no tinc alternativa, jo no puc deixar la meva mare en una benzinera. [...] Home, jo no perquè vull, perquè no hi ha més històries." (GD1\_P3)*

Així, tant si és perquè es *treu ferro* a la situació com perquè no hi ha alternativa possible, bona part de les dones assumeixen la situació que els *ha tocat* viure sense miraments per poder tirar endavant.

### 7.3.2. Compassió

Un altre tipus d'estratègia és la compassió vers la persona que necessita les cures. Aquesta estratègia apareix especialment en el cas de les dones que tenen el marit al càrrec. El treball de cures s'assumeix dins el contracte matrimonial i, per tant, no es percep tan intensament com una càrrega. A més, pot ser que el marit dependent es mostri desvalgut i generi sentiments de compassió en la seva parella. En aquest cas, la càrrega de les cures no s'associa tant amb el malestar, especialment de tipus psicològic.

*"Són tasques que a vegades no són gaire agradables, però... Però les faig de gust. Vull dir, penso que... no ho sé. I a ell també li agrada que jo li faci, així que també és com... no ho sé. No m'ho ha dit, però ho noto. Són aquelles coses que penso: 'mentre jo pugui, doncs ho faig'." (EC8)*

En els casos en què s'assumeixen les cures amb compassió, especialment quan es tracta de la parella, les activitats de cura també tenen una dimensió afectiva i d'acompanyament en els darrers temps de la vida. D'alguna manera, els treballs de cura també es poden viure com a demostracions d'estima. A vegades, s'opta per continuar ocupant-se del treball de cura perquè l'altra persona ho prefereix, abans que delegar-ho en algú altre.

### 7.3.3. Medicalització

Tal com ja s'ha assenyalat, el consum de medicaments és força elevat entre les dones cuidadores, tot i que hi ha certes circumstàncies que fan que aquest consum augmenti o disminueixi.

Com podem veure en la taula 3, gairebé la meitat de les dones enquestades prenen medicaments per al dolor des que tenen la persona dependent al càrrec. De la mateixa manera, al voltant d'un terç prenen medicaments per dormir, antidepressius o tranquil·litzants.

Taula 3. Ús de medicaments associat a les responsabilitats de cura, i tipus de prescripció

	L'han pres	Receptat pel metge per a aquest cas específic	Aconsellat pel farmacèutic /a	Per iniciativa pròpia
<b>Medicaments com l'aspirina o similars per alleujar el dolor o antiinflamatoris</b>	49,2%	52,1%	1,1%	46,8%
<b>Medicaments per dormir</b>	30,3%	100,0%	0,0%	0,0%
<b>Medicaments antidepressius</b>	25,9%	100,0%	0,0%	0,0%
<b>Tranquil·litzants, sedants</b>	20,0%	100,0%	0,0%	0,0%
<b>Altres medicaments</b>	13,5%	96,0%	0,0%	4,0%

En les entrevistes i grups focals, hem pogut veure que, en molts casos, aquest consum es fa per fer front als malestans emocionals que provoca la càrrega de les cures.

*"Jo, pel tema físic, el tema del dolor. Soc un botiquí: l'ibuprofè, el paracetamol y l'Antalgin. Ara mateix en tinc ganes, però m'aguantaré. Jo et podria dir que cada 2 o 3 dies he fet un dia sencer, perquè el dolor em supera, però tot això són diners també. Vull dir que l'economia no et permet gaire; hi ha temporades que estic molt malament i hi vaig cada setmana i, quan no, pues un cop al mes." (GD2\_P2)*

*"Y estoy tomando, para poder estar tranquila, el Diazepan y otra pastilla." (EC2)*

Així, la medicació esdevé una estratègia recurrent per pal·liar les afeccions derivades de la sobrecàrrega del treball de cures, tant físicament com psicològicament. La medicació no només és una estratègia per fer front als malestans: és una resposta ràpida i àgil que esmorteix el malestar, especialment en els casos en què la persona no té temps d'aturar-se a pensar en la pròpia salut.

## 8.El paper dels serveis municipals de suport a les cures

Els serveis municipals analitzats en aquest estudi, en relació amb els efectes en la salut de les dones cuidadores, són el Servei d'Atenció Domiciliària, "Respir Plus" i "Temps per tu". En aquest apartat, es descriuran, en primer lloc, quins són els usos que fan les dones cuidadores d'aquests serveis, tenint en compte els anys que fa que tenen el servei, les hores de què disposen i de quina manera en fan ús. També s'explicarà, en segon lloc, quins efectes tenen aquests serveis en la salut percebuda de les dones cuidadores i, finalment, quines valoracions i propostes de millora s'han recollit.

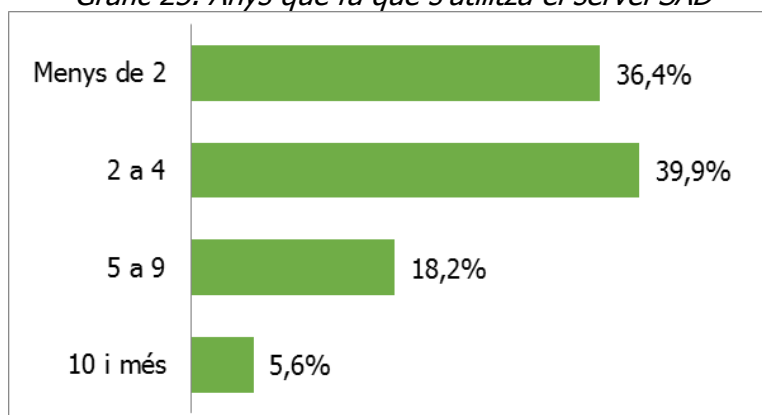
## 8.1. Usos dels serveis

Per descriure d'una manera més detallada els diversos usos i discursos que hi ha al voltant dels tres serveis estudiats, s'ha fet una anàlisi separada de cadascun.

### 8.1.1. Servei d'Atenció Domiciliària (SAD)

A través de les dades de l'enquesta podem veure que la mitjana d'ús del SAD és de 3,3 anys. En el gràfic 25 es pot observar, més concretament, el percentatge de dones en relació amb els anys que fa que disposen del servei.

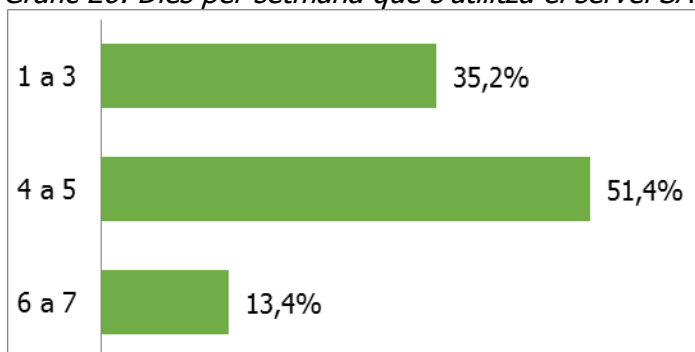
Gràfic 25. Anys que fa que s'utilitza el servei SAD



Majoritàriament, les enquestades fa menys de 2 anys (36,4%) o entre 2 i 4 anys (39,9%) que gaudeixen del SAD. Només el 23,8% l'usen des de fa 5 o més anys. Tot i que més endavant es donaran les dades sobre els altres serveis, és interessant destacar aquí que, entre els tres serveis estudiats, el SAD és el que té **una trajectòria més llarga de vinculació** i és l'únic que ha estat utilitzat en alguns casos per un temps superior a 6 anys.

Pel que fa als dies a la setmana que s'utilitza el servei, la mitjana és de 4,7 dies setmanals. Com es pot veure en el gràfic 26, el més habitual (51,4%) és fer-ne ús entre 4 i 5 dies.

Gràfic 26. Dies per setmana que s'utilitza el servei SAD



Totes les dones enquestades **utilitzen el servei en dies laborables**. L'ús en caps de setmana (14%) i festivitats (2,1%) és força residual. També hi ha un 2,8% que afirma haver-se beneficiat del SAD en servei nocturn. De totes maneres, en preguntar sobre l'ús del servei fora dels dies laborables, en horari diürn, la majoria de les dones expressaven el seu desconeixement sobre aquests horaris. És a dir, la majoria comentava que a elles les havien informat que les hores del SAD només es poden gaudir en dies laborables i durant el dia.

Aquesta falta de flexibilitat percebuda s'explicarà més endavant, en les valoracions dels serveis.

Pel que fa a la **quantitat d'hores**, el 53% de les dones enquestades usa el servei entre 1 i 5 hores per setmana, el 32,1% diuen que tenen assignades de 6 a 10 hores per setmana i el 12,7%, d'11 a 15 hores. Només el 2,2% en fa un ús més intensiu (de 16 a 20 hores setmanals). El més habitual és usar-lo 5 hores setmanals. En la majoria de casos, el o la responsable del SAD ofereix el servei una hora diària, segons les dones consultades.

A l'hora de preguntar per la quantitat d'hores del SAD en les entrevistes, moltes dones feien constar que una hora dedicada a les cures és un temps que s'esgota massa ràpid:

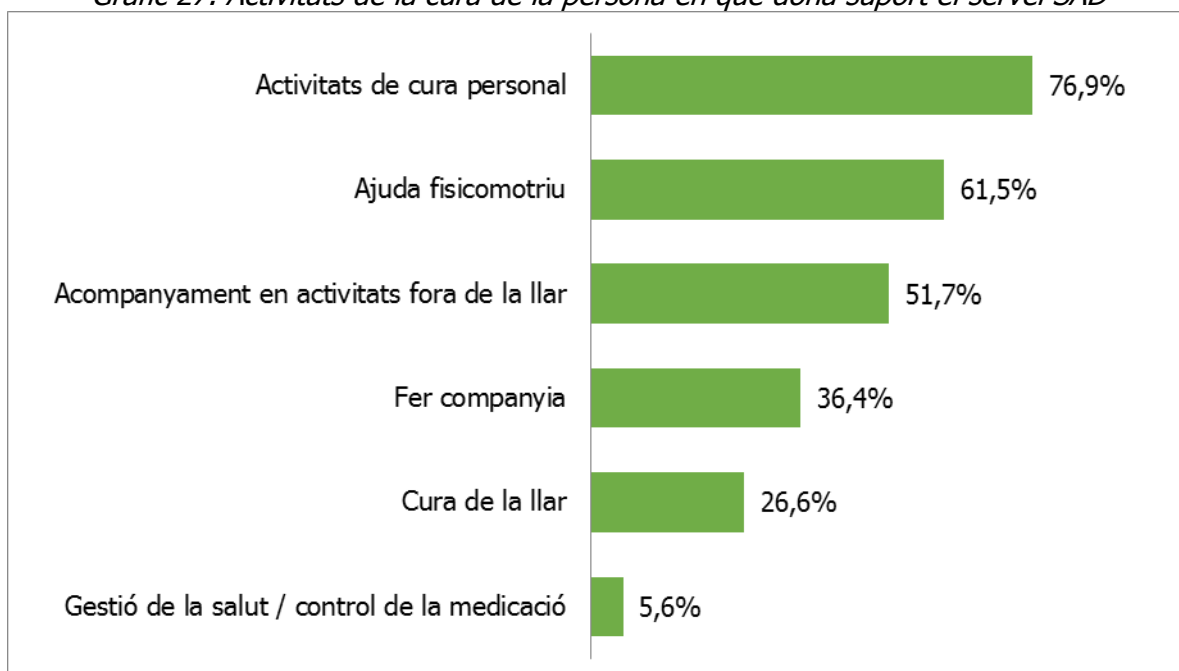
*"L'horari que tinc marcat és el que és. Si ell vol sortir, doncs sortim i els nois surten (normalment tinc nois). Si no vol sortir, perquè és un dia que només hi ha una hora i no hi ha temps (perquè, clar, l'hora, entre una cosa i una altra, se'n va molt ràpid), aleshores ells s'estan aquí mentre ell esmorza i quan acaba d'esmorzar me'l posen al sofà." (EC8)*

En alguns casos, i quan hi ha la possibilitat, es complementa el servei públic del SAD amb un de privat, de manera que permet alliberar una mica del treball de cures:

*"Ella viene...ya te digo, viene tres días a las 11 y dos días a las 11.30. Lo baña, lo saca a pasear, le hace hacer los ejercicios, lo afeita... Bueno, le toma la tensión, no sé. Y claro, ella después se va y ya está. Y ahora hemos contratado a una chica por las tardes para que yo pueda salir un poco, pero esto lo pago yo." (EC1)*

En el gràfic 27, s'observa quines són **les activitats de cura en les quals el servei dona suport**. El més habitual és que els i les professionals s'impliquin en activitats de cura personal (76,9%), com ara donar suport en la higiene corporal, ajudar la persona a vestir-se, donar de menjar, etcètera. No obstant això, el servei intervé d'una manera significativa en tot tipus d'accions, com ara l'ajuda psicomotriu (61,5%), l'acompanyament en activitats fora de la llar (51,7%) i, menys freqüentment, fent companyia (36,4%) o tenint cura de la llar (26,6%).

Gràfic 27. Activitats de la cura de la persona en què dona suport el servei SAD



Cal esmentar el fet que es valora molt positivament l'acompanyament fora de la llar en relació amb les activitats que es fan per plaer, més enllà de les imposades per factors externs, com ara les visites al metge. Hi ha la percepció, per part de les dones cuidadores, que el fet que la

persona dependent pugui sortir de casa té conseqüències positives en la seva salut, especialment en el cas de les persones més grans.

*"Home, jo, quan me'l passegen, ja m'agrada. Perquè ell, clar, si no me'l treuen a passejar està tot el dia tancat a casa. Encara que s'entreté amb la ràdio, llegint una estona i amb la tele un altre estona i així, però, clar, bàsicament el dia que surt doncs està millor, no?" (EC8)*

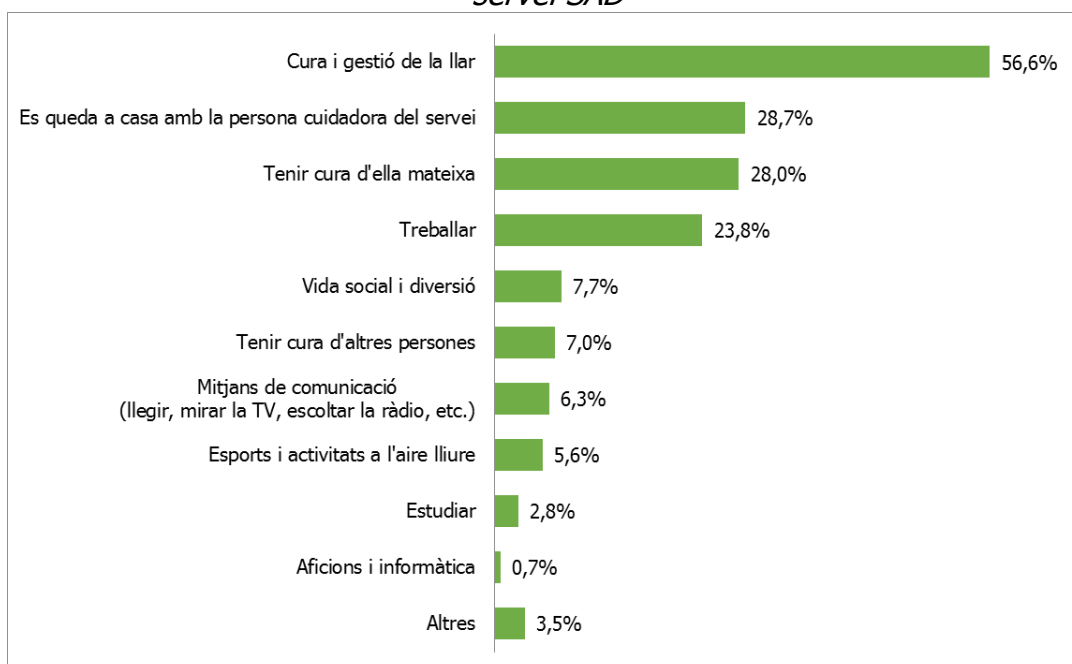
Cal destacar també que, en molts casos, el fet que la persona del SAD faci activitats de cura personal o ajuda fisicomotriu a la persona dependent no significa que la dona cuidadora deixi de fer-ho.

*"A esa hora que viene yo también tengo que ayudar a la chica que viene porque sola tampoco podría. A ver, hago menos esfuerzo, porque al tener una ayuda hago menos esfuerzo, pero bueno, yo estoy ahí." (EC7)*

És a dir, mentre que hi ha activitats que sí que fa únicament la persona del SAD sense la intervenció de la cuidadora, com ara acompanyaments fora de la llar o fer companyia, hi ha activitats en les quals la intervenció de la cuidadora es considera necessària. Normalment, el motiu principal és que el temps és massa ajustat per fer tot el que la cuidadora considera que cal fer.

Com podem observar en el gràfic 28, generalment **el temps que es guanya amb aquest servei** es dedica a fer altres treballs de cura o a treball reproductiu. En efecte, més de la meitat de les dones enquestades (56,6%) el dediquen a la cura i la gestió de la llar. A certa distància, hi trobem altres accions, com ara quedar-se a casa amb la persona cuidadora del servei (28,7%), tenir cura d'ella mateixa (28%) o treballar (23,8%). La resta d'activitats tenen una presència força residual.

*Gràfic 28. Activitats per a les quals utilitza el temps de què es disposa en utilitzar el servei SAD*



Aquestes dades presenten algunes diferències importants si les observem **segons l'edat de la dona cuidadora**. Entre les dones més joves (de 35 a 54 anys), el 51,4% utilitza el temps del SAD per treballar i el 20% té cura d'altres persones (fills petits sobretot), a diferència de les dones de més de 54 anys, entre les quals només el 3% es fa càrrec d'altres persones, tot i que cal valorar la dada considerant que moltes no verbalitzen com una càrrega el treball de cura en relació amb els nets.

La diferència d'edat també té conseqüències en la vida social: les més joves, en fan més. Aquesta qüestió té a veure amb el fet que moltes dones grans no tenen xarxa social perquè no la van construir quan eren més joves o bé no l'han mantinguda després.

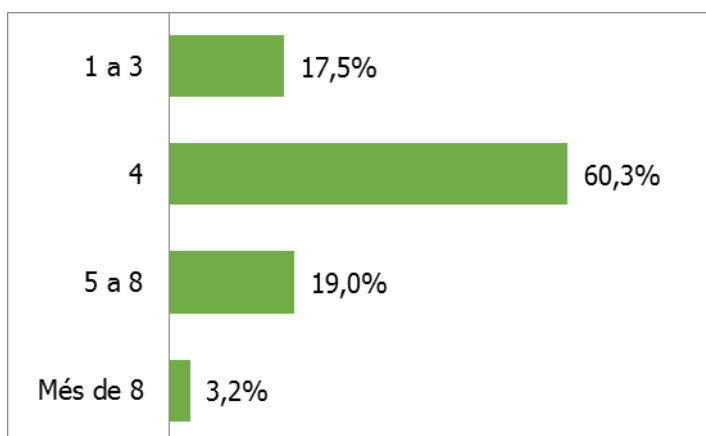
Amb tot, podem afirmar que són les dones més joves les que més tasques i activitats compatibilitzen durant el servei de SAD. Les dones cuidadores de més de 70 anys es queden a casa amb la persona cuidadora del servei més freqüentment (el 40% davant del 23% de les de menys de 70 anys).

Sembla que les dades quantitatives confirmen que, com dèiem, les dones generalment no acostumen a utilitzar aquest temps per a elles mateixes sinó per continuar fent treball reproductiu i de cures, com ara anar a la farmàcia i comprar medicació, buscar cites amb els metges, fer compres, fer altres feines no remunerades o, fins i tot, senzillament dinar.

### 8.1.2. Respir plus

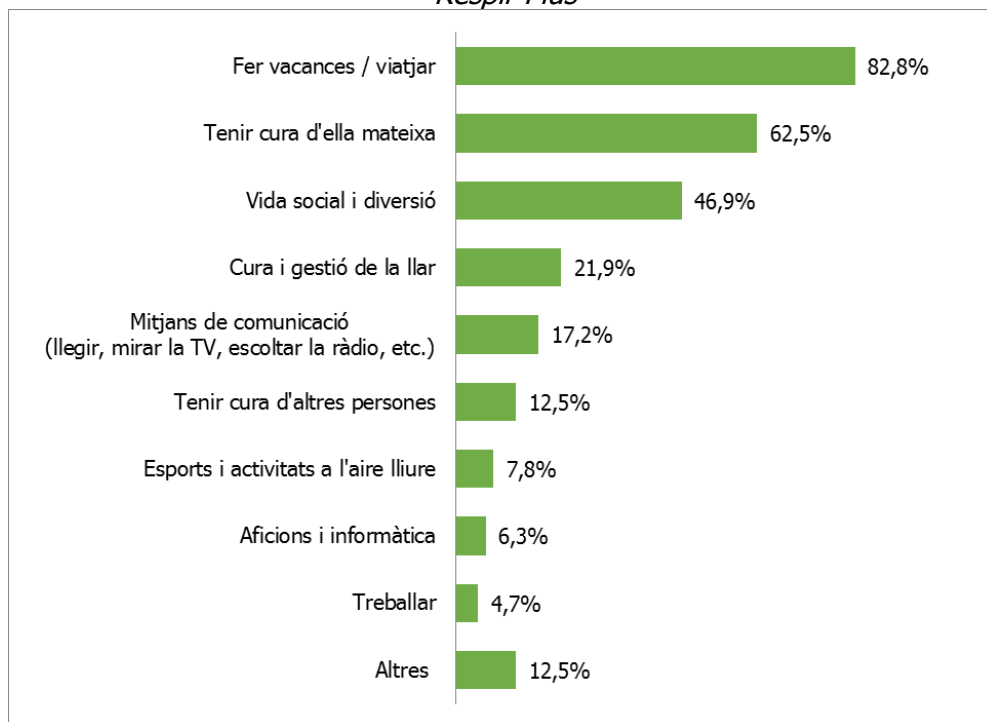
Atesa la naturalesa del programa "Respir Plus", és un servei que s'utilitza d'una manera puntual i que es fa en una residència, per la qual cosa no podem estudiar en quines tasques de cura dona suport en concret, tal com s'ha fet amb el SAD. En relació amb la freqüència d'ús, com mostra el gràfic 29, la majoria (60,3%) l'utilitza o l'ha utilitzat 4 setmanes l'any i la mitjana és de 4,4 setmanes l'any.

Gràfic 29. Setmanes l'any que s'utilitza el servei "Respir Plus"



Com podem observar en el gràfic 30, les dones enquestades indiquen que **el temps que es guanya amb aquest servei** es dedica majoritàriament a fer vacances o viatjar (82,8%). El 62,5% dedica el temps a tenir cura de si mateixa i el 46,9% a fer vida social o divertir-se. La resta d'activitats presenten valors menys rellevants.

Gràfic 30. Activitats per a les quals s'ha utilitzat el temps de què es disposa en utilitzar el servei "Respir Plus"



En la majoria de casos, el "Respir Plus" s'utilitza durant els mesos d'estiu, període en què moltes dones poden aprofitar per fer vacances o viatjar.

*"P4: Yo es que pido quince días y los quince días me voy fuera.*

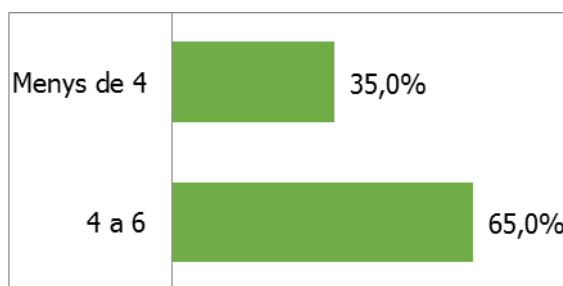
*Totes: Molt ben fet, clar que sí, claro, claro..." (GD1)*

En aquest punt, cal deixar constància que algunes dones, malgrat que disposin del servei, no s'alliberen del tot de la càrrega de les cures: algunes indiquen que continuen anant a visitar regularment la persona dependent o bé aprofiten per fer visites a altres familiars.

### 8.1.3. Temps per tu

Tal com es pot observar en el gràfic 31, el 65% de les usuàries de "Temps per tu" fa entre 4 i 6 anys que tenen vinculació amb el servei, mentre que la resta (35%) hi participa des de fa menys de 4 anys. La mitjana és de 3,8 anys.

Gràfic 31. Anys que fa que s'utilitza el servei "Temps per tu"



La majoria de les dones enquestades (80%) l'utilitzen 4 dies al mes, mentre que el 20% l'utilitza 2 dies al mes. La mitjana és de 3,6 dies per mes.

Com podem observar en el gràfic 32, generalment **el temps que es guanya amb aquest servei** es dedica, fonamentalment, a la cura i la gestió de la llar (80%) i a tenir cura d'elles mateixes (65%).

*Gràfic 32. Activitats per a les quals s'ha utilitzat el temps de què es disposa en utilitzar el servei "Temps per tu"*



Tal com hem afirmat anteriorment, els serveis fora de domicili suposen un moment de descans de les cures. Malgrat això, "Temps per tu" no permet abandonar del tot les tasques reproductives. Una de cada quatre dones entrevistades (25%) aprofita el temps del servei per cuidar altres persones. Aquesta dada respon en gran mesura al fet que les dones tinguin altres fills, als quals donen protagonisme quan el germà o la germana està a "Temps per tu".

## 8.2. Efectes dels serveis en la salut autopercebuda

Per analitzar els efectes que tenen els serveis en la salut de les dones cuidadores, en primer lloc, presentarem els resultats del servei que es fa dins del domicili (SAD) i, després, els resultats dels serveis que es fan fora del domicili ("Respir Plus" i "Temps per tu"). S'ha fet aquesta divisió perquè, com es detalla més endavant, aquesta característica és rellevant a l'hora de determinar els efectes dels serveis en la salut percebuda.

En aquest apartat s'avaluarà fins a quin punt els serveis han produït una millora en les dones que han manifestat malestars físics o emocionals, o efectes negatius en les seves circumstàncies socials com a conseqüència del treball de cures.

### 8.2.1. Serveis dins del domicili (SAD)

Malgrat que el SAD no es percep en termes de corresponsabilitat sinó d'ajuda i col·laboració, en general, es pot afirmar que aquest servei suposa un moment de descans del treball de cures de les dones cuidadores, un alliberament relatiu de responsabilitats i la sensació de recuperar la vida pròpia, en certa mesura:

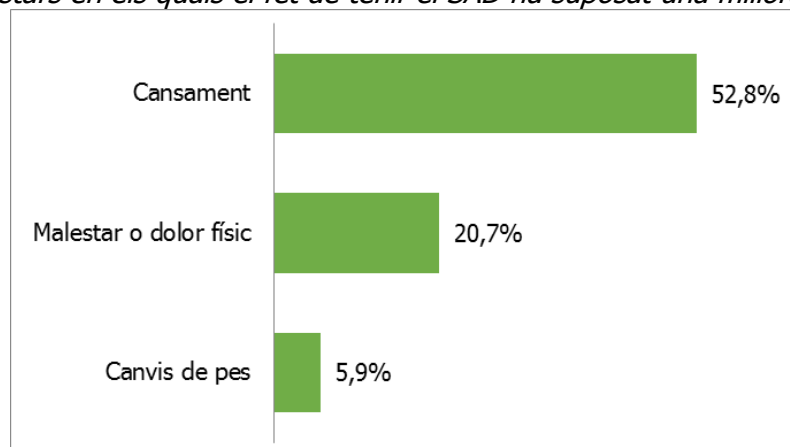
*"Lo que más quería era la ayuda esta de una persona, para yo estar esas horas un poco... para respirar." (EC5)*



Més concretament, les dades demostren que, entre les dones enquestades que manifesten que la seva salut i la qualitat de vida han empitjorat pel fet de tenir moltes responsabilitats de cura, el **45,1% afirma que gaudir del SAD ha produït una millora en aquest aspecte**.

En el gràfic 33 podem veure, més concretament, en quin tipus de **malestars físics** hi ha hagut millores pel fet de poder gaudir del SAD.

*Gràfic 33. Malestars en els quals el fet de tenir el SAD ha suposat una millora. Dimensió física*



Per tant, entre les dones que han manifestat patir cansament a causa del treball de cura, el 52,8% afirma que gaudir del servei ha fet que aquest cansament millori. El 20,7% de les que pateixen malestar o dolor físic també han experimentat millores en aquest aspecte gràcies al SAD, mentre que només el 5,9% de les que han tingut canvis de pes ha millorat en aquesta qüestió.

En aquest punt, és important tenir en compte que l'esforç físic que exigeixen determinades cures pot arribar a causar lesions i que, en alguns casos, l'ajuda del SAD arriba quan ja s'han patit aquestes lesions. En aquests casos, però, el SAD també suposa un alleugeriment físic clar per a la dona cuidadora:

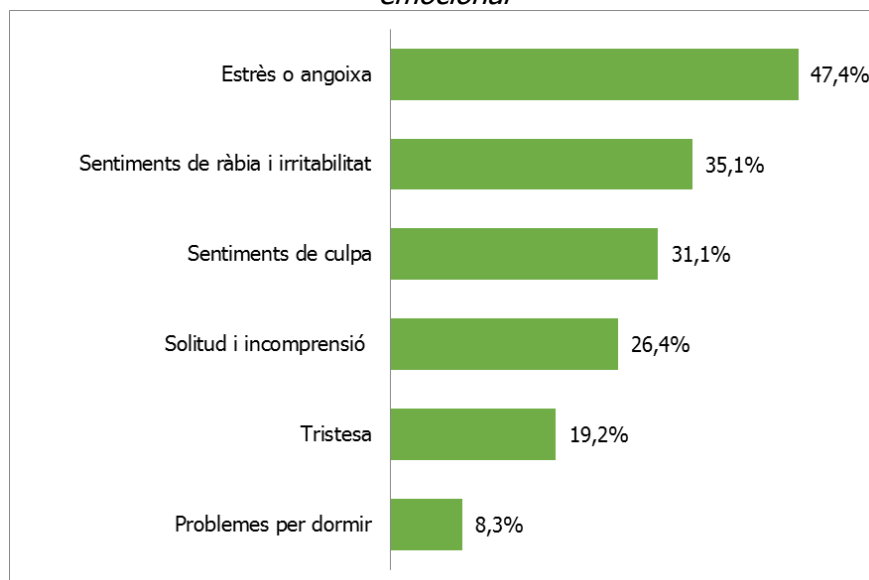
*"Hombre, sí, me ayuda porque por la mañana, por lo menos... Porque, cuando me hicieron una resonancia en la residencia del brazo derecho, tengo lo de los tendones rotos de la fuerza que hacía con él. Por lo menos, la fuerza la hace el chico. Entonces, en eso sí que tengo alivio."* (EC6)

A més, cal tenir present que la col·laboració d'una tercera persona, especialment en les tasques que tenen a veure amb la mobilitat i l'ajuda psicomotriu, pot arribar a ser fonamental en ocasions: sense aquesta ajuda, algunes dones més grans no podrien fer-les.

*"Hombre, pues sí, claro que me ayuda. Claro que me ayuda. Yo, hay días que estoy bastante entera, pero hay días que si no fuera porque me ayudan a levantarlo, pues la verdad no sé si podría levantarlo. Claro que me ayuda, sí."* (EC7)

A més de les millores en els aspectes físics, el fet de tenir el SAD també **ajuda notablement a escala emocional**. En el gràfic 34 podem veure en quin tipus de malestars emocionals incideix aquest servei, en forma d'alleujament.

Gràfic 34. Malestars en els quals el fet de tenir el SAD ha suposat una millora. Dimensió emocional



Com podem veure, gairebé la meitat de les dones cuidadores (47,4%) atribueixen al SAD millores en els seus sentiments d'estrès o angoixa; el 35,1%, en els relatius a ràbia i irritabilitat, i el 31,1%, en els de culpa. Els sentiments de tristesa (19,2%) i els problemes per dormir (8,3%) presenten un grau de millora més baix.

A més, a través de les dades qualitatives, hem pogut observar que l'ajuda en les tasques físiques que ofereixen els i les professionals del SAD també implica una millora anímica, especialment en el cas de les dones més grans: ofereix tranquil·litat i disminueix els sentiments d'estrès o angoixa que tindrien si no sabessin que una tercera persona cobrirà les mancances que elles tenen.

*"[Tenir el servei] m'ha ajudat perquè em dona una tranquil·litat. Perquè jo, el meu patir cada dia era quan feia les transferències, que no podia, feia un esforç molt gran i molts dies em queia. I, clar, jo un cop el tinc a terra no el puc aixecar. [...] Això em dona la tranquil·litat que sé que ells m'ho fan i ja no tinc aquest patir que tenia al matí i al vespre que havia de fer-ho jo." (EC8)*

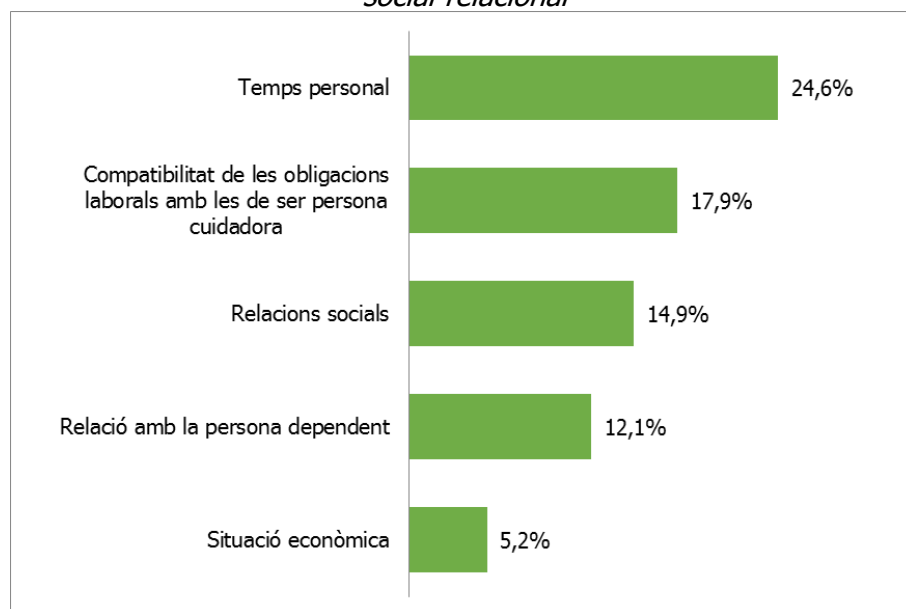
Com a millora anímica, també és important destacar que el servei suposa una millora en els sentiments de solitud i incomprensió per al 26,4% de les dones enquestades. Un dels motius és que tenir, durant un cert temps, una persona que ve a ajudar-te a casa teva ofereix la possibilitat de compartir la situació i de ser escoltada. És a dir, quan la relació personal amb el o la professional és bona, se subratllen beneficis en la dimensió emocional de la salut.

*"No te encuentras sola, porque sabes que en cualquier momento... Yo no lo hago, pero, incluso las chicas o los chicos (son todos muy majos) me han comentado: 'Si se encuentra usted muy sola me llama y hablamos'. Yo no lo hago porque pienso que no... no tiene sentido, que puede haber otra persona que los necesite más y entonces no lo hago. Pero sí que me lo han ofrecido más de una vez." (EC7)*

El SAD no es viu majoritàriament com un servei amb conseqüències directes per a la millora de la salut de les dones en la **dimensió social-relacional**. Com podem veure en el gràfic 35, tan sols una de cada quatre dones enquestades (24,6%) afirma haver gaudit de més temps per a ella gràcies al SAD, el 17,9% ha pogut compatibilitzar millor les obligacions laborals amb la cura, el 14,9% ha millorat relacions socials que havien escassejat o empitjorat, el 12,1% ha

millorat les relacions amb la persona dependent, i només el 5,2% ha millorat la seva situació econòmica.

Gràfic 35. Aspectes en els quals el fet de tenir el SAD ha suposat una millora. Dimensió social-relacional



Tanmateix, es valora positivament el fet de rebre una persona a casa que arriba per ajudar i ho fa amb bona predisposició, així com la possibilitat que ofereix a les dones de sortir de casa i relacionar-se amb veïns i veïnes sense haver de patir per la persona que tenen al seu càrrec.

*"[Tener el servicio me ayuda] un poquito, porque salgo a la calle. A lo mejor me encuentro a cualquier vecina, me pongo a hablar con ella, pero estoy tranquila porque mi marido está atendido." (EC2)*

Cal tenir en compte que es tracta de dones que dediquen gairebé tot el seu temps a les cures i viuen la seva situació amb molta soledat. En ocasions, si no tinguessin el suport del SAD, no podrien sortir de casa en cap moment.

### 8.2.2. Serveis fora del Domicili ("Respir plus" i "Temps per tu")

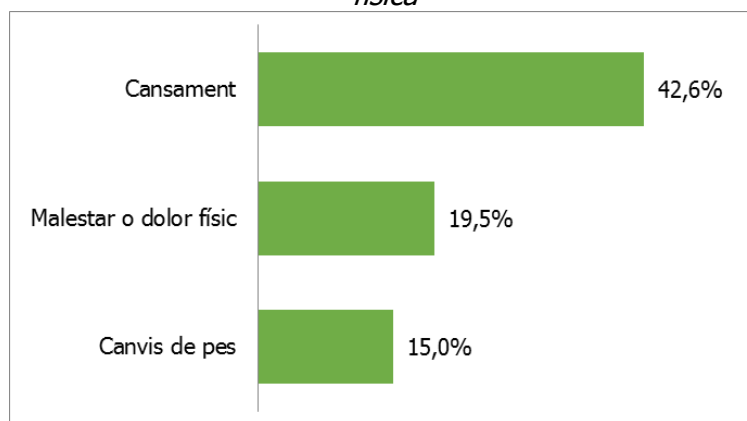
En termes generals i tal com es veurà a continuació, és possible afirmar que els serveis que es fan fora del domicili ("Respir Plus" i "Temps per tu") són més efectius per a la salut física i emocional de les dones, perquè permeten desconnectar de les responsabilitats de les cures amb més facilitat. El fet de deixar la persona dependent en mans d'altres persones, fora de la llar, es percep com a més alliberador.

#### a) Respir Plus

Entre les dones que manifesten que la seva salut i la qualitat de vida han empitjorat pel fet de tenir moltes responsabilitats de cura, **el 61,1% afirma que gaudir de "Respir Plus" ha produït una millora en la seva salut.**

Pel que fa a la millora dels **malestars físics**, el gràfic 36 mostra que el 42,6% de les dones que han manifestat haver patit cansament per l'excés de càrregues de cura diuen que s'ha vist pal·liat gràcies a participar en el servei. Les dones que han alleujat el malestar o el dolor físic i els problemes amb els canvis de pes pel fet de participar en el servei no són tantes (el 19,5% i el 15%, respectivament).

Gràfic 36. Malestars en els quals el fet de tenir el "Respir Plus" ha suposat una millora. Dimensió física

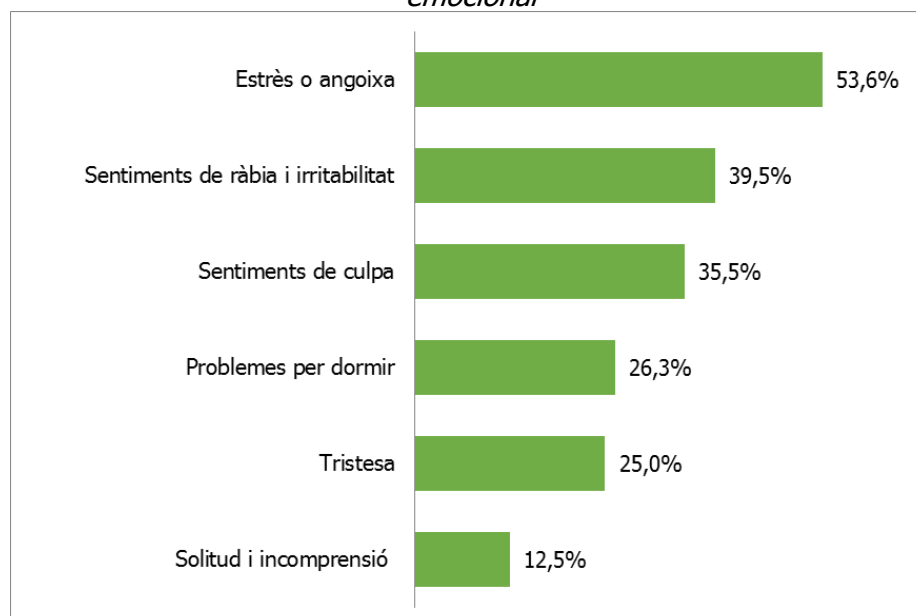


Amb tot, els impactes sobre la salut s'han de valorar tenint en compte que, com s'ha indicat prèviament, la majoria de dones enquestades (60,3%) utilitza el programa "Respir Plus" 4 setmanes l'any. Tot i que suposa molt poc temps anualment, hi repercuteix positivament perquè permet l'alliberament continuat i gairebé total de les càrregues de cura durant una mica més d'un mes (segons la mitjana, 4,4 setmanes).

*"Jo, en el meu cas, ja vaig decidir que era 'respir' un mes, un mes de tot, de principi a fi. És a dir, jo ni vaig trucar per telèfon ni res de res; és a dir, el vaig portar allà i després vaig anar a buscar-lo. Ojo, vaig deixar els meus tiets, que hi anaven cada setmana [...]. Clar, jo veia com estava a través dels meus tiets, no a través del meu pare, perquè si hagués parlat amb el meu pare... '¿qué has hecho? y tal y cual'. Llavors les meves vacances, emocionalment, s'haguessin trencat. No, no i no." (GD1\_P1)*

Pel que fa als **malestars emocionals**, "Respir Plus" també sembla que té conseqüències significatives sobre alguns factors. Com s'observa en el gràfic 37, la meitat de les persones que han patit angoixa o estrès l'han disminuït pel fet de participar-hi (53,6%). S'observen alhora efectes positius sobre els sentiments de ràbia i irritabilitat (39,5%), els de culpa (35,5%) i, menys, sobre els problemes per dormir (26,3%) i sobre la tristesa (25%).

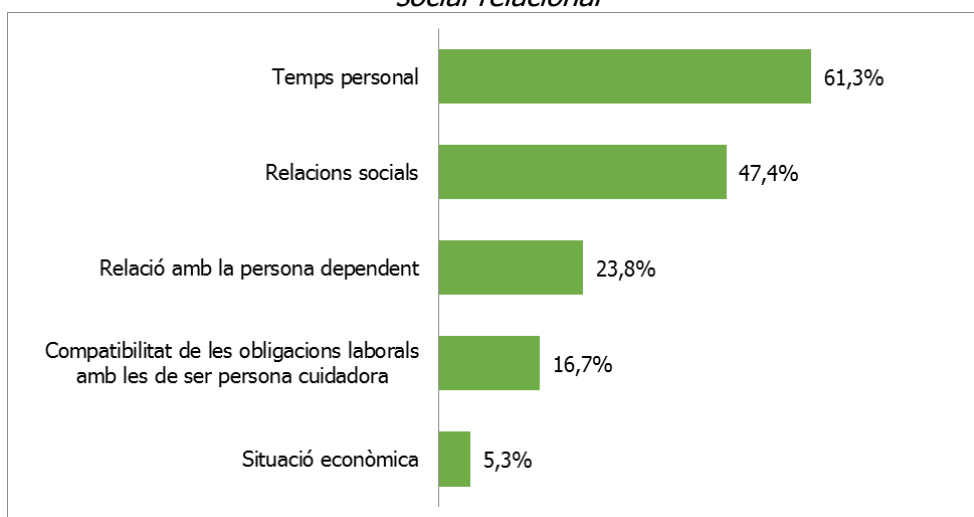
Gràfic 37. Malestars en els quals el fet de tenir el "Respir Plus" ha suposat una millora. Dimensió emocional



També s'ha de subratllar que la participació en aquest servei implica efectes visibles en la millora de patologies com l'ansietat o la depressió. El 45% de les dones que han patit ansietat diuen que gaudir del servei ha suposat beneficis en aquest trastorn, davant el 37,5% de les que han patit depressió. Dels tres serveis analitzats, "Respir Plus" és el que més incidència positiva té sobre aquestes patologies.

En relació amb els efectes de "Respir Plus" sobre els **aspectes socials i relacionals**, cal subratllar que el servei té una incidència significativa sobre el temps personal i les relacions socials de les dones cuidadores. Com s'observa al gràfic 38, el 61,3% indica que, amb la participació en el servei "Respir Plus", té més temps personal per a ella mateixa, i el 47,4% manifesta que les seves relacions socials han millorat.

*Gràfic 38. Aspectes en els quals el fet de tenir "Respir Plus" ha suposat una millora. Dimensió social-relacional*



El servei també té un cert efecte, tot i que més lleu, sobre la millora de la relació amb la persona dependent (23,8%) i sobre la possibilitat de compatibilitzar obligacions laborals i de cura (16,7%).

El fet que la persona dependent surti i dormi fora de casa durant un temps prolongat canvia positivament les relacions amb els altres membres de la família i, per tant, es percep com a quelcom molt positiu:

*"S'ha quedat tot en una residència i per a mi això ha sigut un canvi total en la meua vida, la meua parella, les meves filles, els meus nets, tot." (GD1\_P1)*

A diferència d'un servei domiciliari com el SAD, "Respir Plus" permet recuperar en gran mesura el temps personal i les relacions socials, perquè les dones poden planificar activitats sense la urgència d'haver de tornar a casa de seguida i, fins i tot, activitats nocturnes amb la possibilitat de pernoctar fora de casa. Cal afegir, a més, que una diferència important amb el SAD és l'horari de disponibilitat. Si bé el SAD allibera les dones sobretot en horaris laborals i entre setmana, un programa com "Respir Plus" afavoreix la coincidència d'horaris d'oci no laborals amb una part molt més àmplia de la xarxa social.

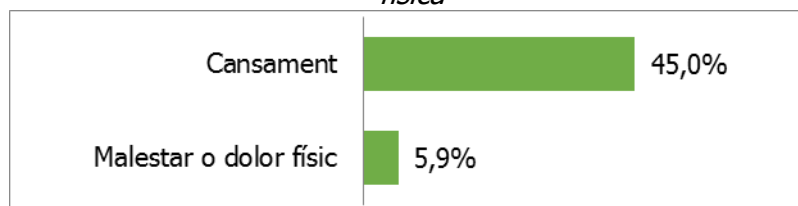
## **b) Temps per tu**

D'entre les dones que manifesten que la seva salut i la qualitat de vida han empitjorat pel fet de tenir moltes responsabilitats de cura, **el 50% afirma que gaudir de "Temps per tu" ha produït una millora en aquest aspecte.**

Pel que fa als **malestars físics**, en el gràfic 39 podem observar que "Temps per tu" té un impacte important en la disminució del cansament: el 45% de les dones que en pateixen l'han

vist alleujat pel fet de participar en el servei. En canvi, el servei no sembla tenir gaire efecte sobre el malestar i el dolor físic (5,9%).

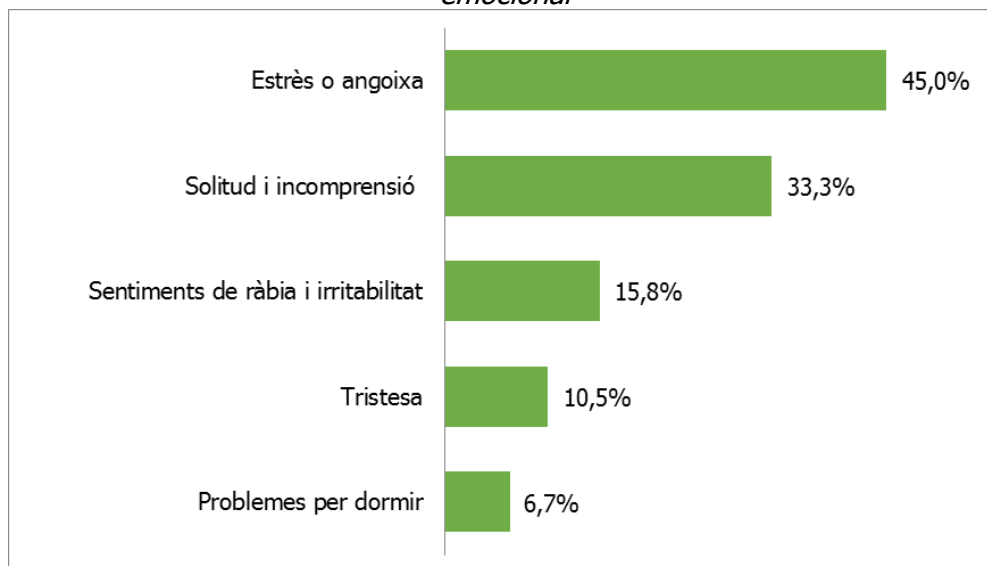
Gràfic 39. Malestars en els quals el fet de tenir "Temps per tu" ha suposat una millora. Dimensió física



Disposar d'unes hores de servei al mes (3,6 hores de mitjana) suposa un descans i l'oportunitat de desconnectar de les cures, però, evidentment, no implica una millora del malestar o el dolor físic, perquè representa molt poc temps.

En relació amb els **malestars emocionals**, el 45% de les dones que han patit estrès o angoixa han experimentat millores en la gestió d'aquest sentiment, davant el 33% de les que han patit solitud o incomprensió. En el gràfic 40 podem veure quins malestars emocionals milloren més o menys pel fet de poder anar a "Temps per tu".

Gràfic 40. Malestars en els quals el fet de tenir "Temps per tu" ha suposat una millora. Dimensió emocional



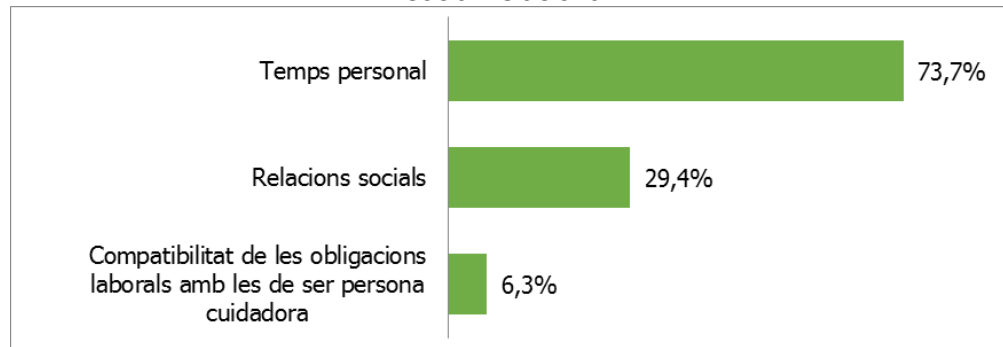
En aquest sentit, cal insistir en el fet que té conseqüències molt positives en la salut emocional la possibilitat de compartir les cures amb altres persones que s'ocupin de la persona dependent fora de casa. En el cas de "Temps per tu" i tal com es veurà més endavant, es valora molt positivament que les persones que l'usen participin en activitats lúdiques. Relaxa, tranquil·litza i satisfà deixar la persona dependent en companyia d'altres persones en una situació similar i en un lloc al qual va de gust.

Destaquen els efectes que "Temps per tu" té sobre els sentiments de solitud i incomprensió. El fet que les dones puguin coincidir en els centres on té lloc el servei amb altres dones que passen per la mateixa situació permet compartir les preocupacions i les experiències, i això suposa un alleugeriment evident.

Finalment, pel que fa als **aspectes socials i relacionals**, en el gràfic 41 podem observar que gaudir de més temps personal és l'efecte positiu més important que aporta "Temps per tu" a les dones cuidadores. El 73,7% assenjala que aquest aspecte

ha millorat amb la seva participació, i és el servei que més beneficis genera sobre el cansament entre els tres serveis analitzats.

*Gràfic 41. Aspectes en els quals el fet de tenir "Temps per tu" ha suposat una millora. Dimensió social-relacional*



Cal tenir en compte que moltes dones valoren molt positivament que "Temps per tu" coincideixi amb els caps de setmana, que és quan la majoria no treballa. És un temps que, malgrat que sigui breu, serveix per descansar o fer activitats que comporten descans, així com per enfortir les relacions socials i dedicar-se hores a elles mateixes.

### 8.2.3. Consideracions generals

Del que es desprèn de l'anàlisi desenvolupada fins ara, es poden remarcar algunes qüestions generals pel que fa a l'efecte dels serveis estudiats en la salut percebuda de les dones enquestades:

- Els serveis a domicili suposen un moment de descans de les cures i una ajuda a la dona cuidadora, però no alliberen emocionalment del treball de cures.
- Els serveis que són fora del domicili impliquen més descans i tenen més conseqüències positives en la salut de les dones cuidadores.
- Quan els serveis suposen una ajuda física a la dona cuidadora, es tradueix també en una millora de la seva salut emocional.
- Especialment en els casos de dones cuidadores grans, l'ajuda del servei sovint és imprescindible: sense aquesta ajuda no podrien fer algunes tasques físiques de cura o no podrien sortir de casa durant tot el dia.
- El temps que es guanya amb els serveis generalment s'utilitza per fer altres tasques de cura o de treball productiu, especialment en el cas del SAD i "Temps per tu".
- Quan les hores que es guanyen amb els serveis es dediquen a aspectes personals o relacionals, es percep una millora més gran dels aspectes emocionals de la salut.
- En el cas de "Temps per tu" i "Respir Plus", la distribució de la responsabilitat de les cures (deixar la persona dependent en altres mans) suposa una millora anímica.

Tot i que no s'ha preguntat directament en l'enquesta, també es vol assenyalar que el servei de teleassistència es percep com una ajuda important en l'aspecte d'atenció constant que suposen les cures per part de les dones cuidadores. En el cas de les dones més grans, que també tenen teleassistència per a elles mateixes, es valora l'aspecte més social del servei, especialment les trucades per preguntar com estan.

## 8.3. Valoració dels serveis i aspectes de millora

En aquest apartat, en primer lloc s'expliquen les valoracions generals dels tres serveis: SAD, "Respir Plus" i "Temps per tu". Seguidament, es mostren els aspectes de millora que han destacat les dones consultades.

### 8.3.1. Valoració general

En termes generals, es pot afirmar que els tres serveis estan ben valorats per part de les dones cuidadores. Cal esmentar que tant l'ús que fan dels serveis com els efectes que produeixen en la salut i el benestar de les cuidadores posen en relleu allò que elles valoren més positivament. Així, en aquest apartat, tan sols es presenta la valoració global que en fan.

També cal tenir en compte que, a l'hora d'avaluar els serveis dels quals es beneficien, les dones enquestades expressen reticències a fer-hi crítiques, perquè en són dependents i tenen por que els els retirin. D'altra banda, el fet de fer l'enquesta de manera telefònica redueix la percepció d'anonimat i, per tant, es poden haver sentit cohibides a l'hora d'expressar opinions negatives.

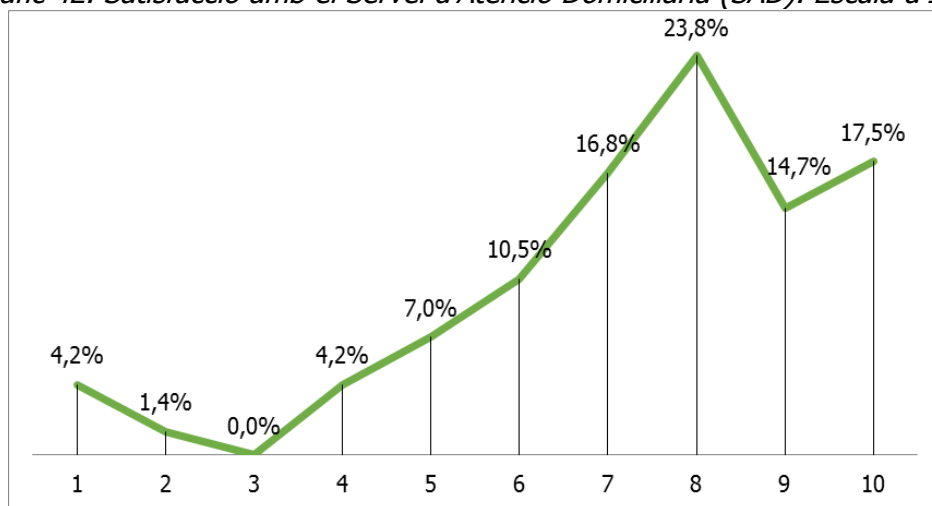
A continuació es descriu la valoració global que fan les dones cuidadores de cadascun dels tres serveis (SAD, "Respir Plus" i "Temps per tu").

#### a) SAD

La valoració del SAD per part de les dones enquestades és, en una escala de l'1 al 10, de **7,4 de mitjana**. La satisfacció amb el servei és elevada, tot i que és la més baixa d'entre els tres serveis analitzats. Cal assenyalar que, com més temps fa que la persona cuidadora gaudeix d'aquest servei, pitjor és la valoració que en fa. Així, mentre que les dones que fa menys de 2 anys que gaudeixen del servei el valoren amb un 7,7, les que fa 10 anys o més el valoren amb un 6,2 de mitjana.

En el gràfic següent (42), es pot observar amb més detall el percentatge de dones que ha indicat cada valoració, entre 1 i 10.

Gràfic 42. Satisfacció amb el Servei d'Atenció Domiciliària (SAD). Escala d'1-10



Tot i que la valoració global del SAD és força positiva, cal destacar que el 9,9% de les dones atorguen una puntuació inferior a 5 punts sobre 10 al servei. El 72,8% de les usuàries puntua el servei amb una nota notable, de 7 punts o més.



Alguns dels aspectes més ben valorats del servei tenen a veure amb l'agilitat i la capacitat de resposta de les empreses proveïdores a l'hora de fer consultes, demandes o queixes.

*"Yo sí que tengo suerte, me cogen enseguida el teléfono. Llamo por las mañanas. Solo una vez y me lo cogen."* (GD1\_P4)

O bé tenen a veure amb una gestió ràpida i la coordinació a l'hora d'informar d'imprevistos o canvis en el servei.

*"Una cosa que tenen de bo, per mi, que si un dia falla una persona, et truquen el dia abans i et diuen: 'Demà vindrà fulana'. Que una setmana em va venir cada dia una... Però, bueno, m'estimo més això que no dir: 'Ai, ai, ai'."* (GD1\_P5)

Altres dones destaquen la puntualitat de les treballadores com un fet que dona confiança i tranquil·litat en el servei.

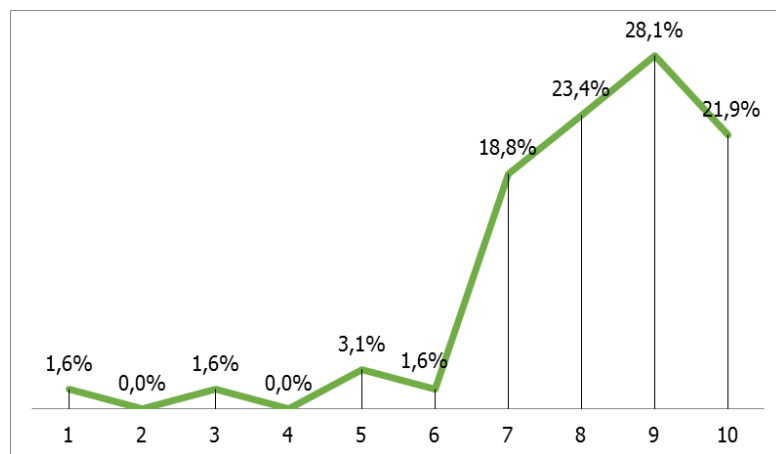
*"Jo, puntualitat rigorosa. El dia que a les vuit i deu no estan a casa, he trucat. Ha passat dues vegades en un any. No, no. Puntuals rigorosament. En aquest sentit, no tinc res a dir."* (GD1\_P3)

Així, els aspectes més ben valorats es relacionen amb una dimensió de gestió i logística, que no és menys important si tenim en compte que això les descarrega i els atorga tranquil·litat en l'organització de les cures.

## **b) Respir Plus**

La satisfacció general amb el servei és força elevada, amb un **8,2 de mitjana**. En el gràfic 43 podem observar el percentatge de dones que ha indicat cada puntuació en una escala de 10 punts.

*Gràfic 43. Satisfacció amb el servei "Respir Plus". Escala d'1-10*



Cal destacar, a més, que el 92,2% de les dones cuidadores atorga al servei una nota de 7 punts o superior.

Pel que fa als aspectes més ben valorats, destaca l'acompanyament de les persones professionals del programa en la tramitació i la facilitació de les estades residencials.

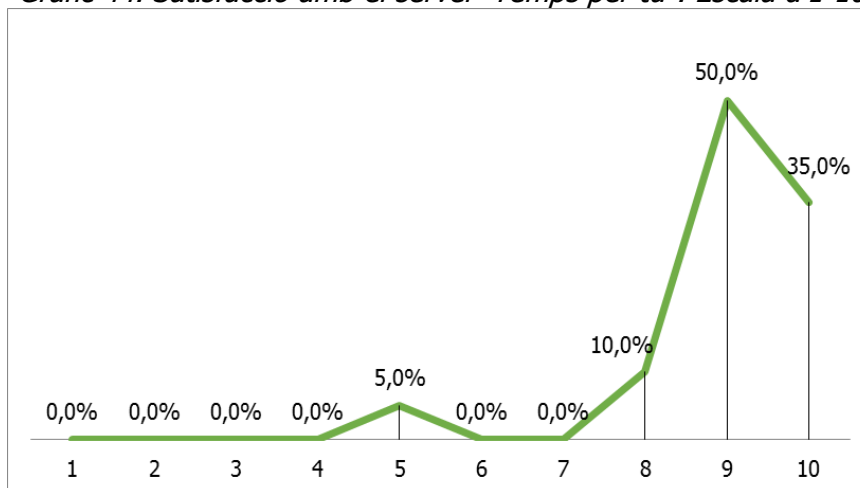
*"Jo he fet 'Respir' dues vegades, m'ho han facilitat tot superbé. Aquesta vegada sí que ha estat més complicada que l'any passat, però pel tema que hem avançat els diners, etcètera, etcètera. Però la mateixa residència. És aquí on jo mateixa he decidit que té llista d'espera i quan arribi arribarà."* (GD1\_P3)

En aquest cas, l'acompanyament a les dones cuidadores que assumeixen de manera permanent la gestió de les cures representa un alleugeriment.

### c) Temps per tu

La satisfacció de les dones amb el servei és molt alta, un **9,1 de mitjana** en una escala de valoració de 10 punts. De fet, el 50% de les enquestades atorga una nota de 9 sobre 10 al servei de "Temps per tu", i el 95% el valora amb una puntuació per sobre dels 7 punts. El gràfic 44 presenta el percentatge de dones que ha indicat cada puntuació en l'escala d'1-10.

Gràfic 44. Satisfacció amb el servei "Temps per tu". Escala d'1-10



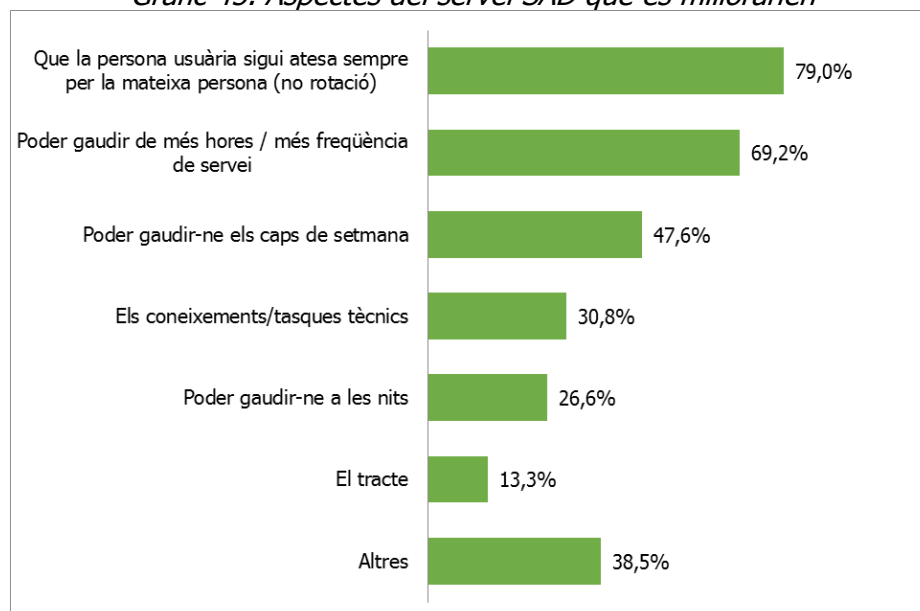
### 8.3.2. Aspectes per millorar

Aquest capítol analitza les demandes i les propostes de millora que han manifestat les dones participants en l'estudi respecte a cada servei.

#### a) SAD

El gràfic 45 mostra els aspectes que les dones millorarien en el SAD, a partir d'un conjunt de categories de resposta preestablertes en el qüestionari i dissenyades a partir dels grups de discussió i les entrevistes telefòniques.

Gràfic 45. Aspectes del servei SAD que es millorarien



- **Rotació del personal del servei**

Entre els aspectes que les dones cuidadores voldrien millorar del SAD, destaca, amb diferència, la rotació del personal del servei. De cada 5 dones, 4 voldrien que la persona dependent fos atesa sempre per la mateixa persona (79%).

*"No se puede estar cambiando cada día de persona, ni mucho menos." (EC5)*

Aquest fet és especialment rellevant quan es tracta de la cura d'una persona dependent. D'una banda, perquè en l'exercici de la cura s'estableix un vincle afectiu i de confiança. De l'altra, perquè conèixer amb detall el context de cada llar i què necessita la persona amb necessitats de cura demana temps i un esforç per transmetre-ho per part de la cuidadora. Quan la rotació del personal és elevada, ni el vincle ni la transmissió de coneixements són possibles.

*"M'enviaven durant quatre setmanes una persona diferent cada dia, que, com sabeu, per als nostres fills no és bo. [...] Si cada vegada que entraven per la porta, cada dia, jo havia d'anar a explicar-li el que havia de fer i ajudar-lo durant 4 o 5 setmanes... de què nassos m'ha servit aquest servei? A la conclusió que he arribat... he hagut d'agafar i dir: 'Bueno, pues busco una persona que és amiga meva perquè vingui a ajudar-me, perquè a l'Ajuntament no li ha importat'. I estic molt enfadada, però moltíssim." (GD2\_P3)*

Les rotacions també suposen un problema per a la persona amb necessitats de cura, ja que s'ha d'estar adaptant constantment al tracte amb un o una professional diferent. Quan aquesta persona està en un estat anímic feble, evitar les rotacions és fonamental.

- **Freqüència i flexibilitat horària del servei**

De manera general, també se sol·liciten més hores de servei. Especialment ho demanen les dones més grans, que tenen dificultats físiques per a segons quines tasques de cura.

*"El tema es este: son pocas horas, pero yo el servicio lo veo bien. [...] Mira, el otro día, la chica lo sacó a pasear y estando en la calle le entraron ganas de ir al lavabo; de ir al lavabo y lo tuvo que traer deprisa y corriendo, lo tuvo que bañar de arriba a abajo, lo tuvo... ¿Me entiendes? Ella limpió todo, lo arregló. Y eso le pasó a ella, pero, si en vez de a ella, me pasa a mí, pues lo tengo que hacer yo." (EC1)*

Així mateix, la possibilitat de gaudir del servei amb més freqüència és una demanda important de bona part de les dones que es beneficien del servei (69,2%). Quasi la meitat de les dones voldrien gaudir-ne també els caps de setmana (47,6%) i el 26,6% per les nits. En molts casos s'ha fet notar, amb certa ironia, que no s'entén per quina raó el servei només s'ofereix entre setmana.

*"Me tengo que conformar, si no me dan más. Porque a mí me gustaría que vinieran incluso el domingo, si fuera posible. O cualquier hora por la tarde para que me pudieran hacer un poco de gimnasia o... Cualquier cosa, no sé." (EC7)*

L'ajuda i el suport el necessiten també a la nit, dissabtes, diumenges i festius. Algunes dones comenten que, a més, els caldria ajuda per a la gestió de la llar i el treball domèstic en general.

*"[Pediría una ayuda para] hacerme cosas de la casa. Cosas que a lo mejor las dejas allí abandonadas y no encuentras nunca el momento de hacerlas. Puede ser planchar la ropa, como puede ser dejarte la cocina un poco aseadita. No sé, estas cosas que cuestan más de hacer y a veces te da pereza." (EC3)*

El suport en el treball domèstic de la pròpia llar és important, especialment si es té en compte que la majoria s'encarrega d'aquesta tasca sense l'ajuda de ningú.

La puntualitat i l'atenció telefònica amb l'empresa gestora del SAD són qüestions molt ben valorades. Tanmateix, és motiu de forta crítica la manca d'informació dels canvis. Tal com afirmen les dones enquestades, aquest és un servei on tot està marcat i fixat d'una manera

molt pautada: si un treballador o treballadora no pot anar a casa i no avisa amb temps, altera l'agenda de les dones cuidadores per complet.

*"Quan em diuen que no venen, em maten. Perquè, a més, t'ho diuen mitja hora després d'haver hagut d'entrar la noia." (GD1\_P2)*

La manca de flexibilitat per part del servei genera estrès i, quan hi ha quelcom que se surt de la rutina establerta, pot causar un desgavell.

- **Formació**

La millora en els coneixements i les tasques tècniques que desenvolupa el personal professional del servei és una qüestió que preocupa un terç de les dones (30,8%). Cal destacar que la preocupació recau en la professionalitat i no pas en el tracte, ja que només el 13,3% fa referència al tracte personal amb la persona professional encarregada de les cures.

*"A mi no m'ajuda absolutament en res. [Són persones que] no estan preparades". (GD1\_P6)*

*"[Milloraria el servei] posant gent que treballi en el que li agrada. [...] Jo n'he tingut una que sortia amb la motxilla i em va dir: 'A tu madre no le gusto, porque no me habla'. I li dic: 'Es que mi madre no habla'." (GD1)*

La manca de confiança en les persones professional del SAD implica, d'una banda, que siguin les dones cuidadores les que han de formar-les i, de l'altra, que algunes no puguin marxar durant el temps que els ofereix el servei, perquè senten que han de supervisar-les. Sovint, les dones més grans són les que es queden a casa i passen més hores amb la persona dependent i, alhora, les que més queixes tenen pel que fa al tracte i els coneixements dels treballadors o treballadores.

*"Son cuidadores industriales y no, no... Es que has de estar con ellos, ¡eh!" (EC4)*

Pel que fa a la formació, cal fer constar que hi ha una demanda de cursos dirigits a les dones cuidadores que els facilitin coneixements per aprendre a aixecar i moure la persona dependent sense fer-se mal a l'esquena i evitant lesions musculars. Es demana també que les persones treballadores rebin formació per saber usar les grues més adequadament.

Finalment, cal fer constar que algunes dones enquestades es queixen pel fet que les persones que treballen al SAD no són catalanoparlants.

- **Relació amb l'empresa proveïdora del servei**

El 38,5% de les dones assenyalen *altres* qüestions que caldria millorar. Entre aquestes qüestions, destaca la relació amb l'empresa que ofereix el servei. A més de l'excés de rotació del personal treballador i la manca de flexibilitat, s'han expressat queixes perquè les empreses no avisin amb prou antelació dels canvis, tant si són d'horaris com de la persona que ha de venir a donar el servei.

*"A vegades, l'empresa aquesta no t'avisa amb suficient temps quan hi ha algun canvi d'horari o hi ha alguna cosa que t'han de notificar. Et canvien la persona i no t'ho diuen. I a mi m'agrada saber-ho, perquè si a mi em canvien l'horari, doncs jo m'adapto als horaris que ells em posen, però m'agrada saber-los." (EC8)*

Es té la percepció que les persones que treballen per a aquestes empreses estan mal pagades i en condicions laborals molt dolentes. La precarització de les contractacions es tradueix que les persones professionals amb més expertesa i més capacitats per fer el servei deixen la feina de seguida que en troben una altra de millor. És un dels factors que explica l'excés de rotacions i substitucions, i la poca formació de les persones que es queden. A aquest problema s'afegeix la manca de professionals per a les substitucions.

*"Tinc 16 hores a la setmana. Sempre me'n deuen, perquè si falla la noia, després, com que un servei de 3 hores és tant llarg, al dia, doncs **no tenen substitutes**. Així que, en aquests*

*moments, estic treballant jo per Valoriza, però sense cobrar. És veritat, perquè a la setmana em fallen molt. [...] És un problema.” (GD1)*

En general, es demana un tracte més humà. En aquest sentit, s'insisteix molt en el fet que és un problema no poder disposar del telèfon de les persones treballadores del SAD i haver de gestionar-ho tot a través de les empreses, sobretot tenint en compte que moltes dones es queixen per la mala gestió, la manca d'atenció i la dificultat per tenir-hi una comunicació fluida. El temps d'espera per obtenir respostes a les consultes, segons la valoració d'algunes enquestades, és massa alt.

- **Manca d'informació i seguiment**

La manca d'informació i seguiment domiciliari és un altre dels problemes que es detecten. Algunes dones manifesten que només reben visites de seguiment quan hi ha queixes. Això provoca una sensació d'abandonament, que agreuja el sentiment de solitud i incomprensió de les dones cuidadores.

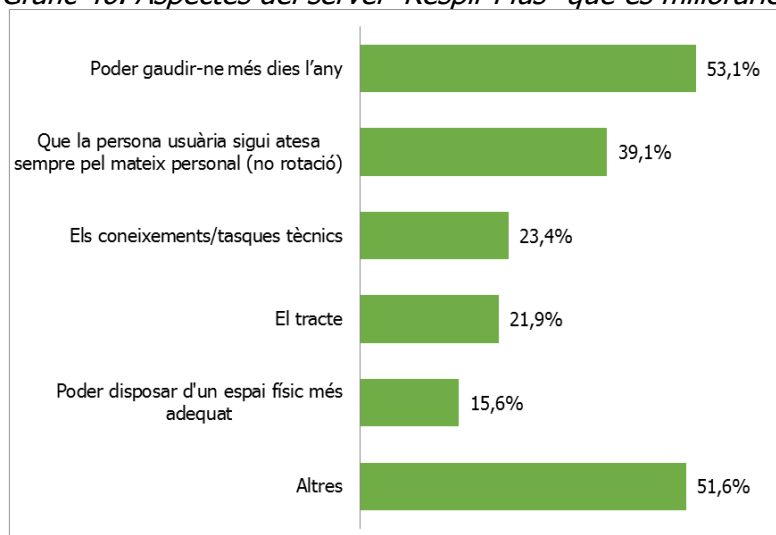
*"Me duele mucho. Te voy a decir una cosa que pensaba: 'Que mal han pagado a esta gente que no vienen nunca a pasar una revisión y ver cómo está él ni cómo estoy yo'. No yo sola, por todas, por todos. Porque conocí un señor que le pasaba igual. Tenía la mujer con Alzheimer y decía: 'No viene nadie. Viene una persona a limpiar, pero no limpia bien. Yo veo la casa sucia. Pero yo no sé mandarla. Nadie viene a mirarlo'. Es que duele esto mucho. Que estemos tanto en el olvido como estamos, cariño.” (EC9)*

D'altra banda, cal indicar que algunes dones voldrien ampliar les activitats de cura que ofereix el servei, i incloure-hi altres tasques com ara tallar les ungles, afaitar, curar petites ferides i fer exercicis de fisioteràpia o, fins i tot, algunes demanen que les ajudin amb tasques domèstiques com preparar el menjar. D'altres també proposen modificar els drets i els deures de les persones treballadores, per exemple, obligant-les a posar-se màscara quan estan refredades.

## **b) Respir Plus**

Les demandes més importants que fan les enquestades en relació amb les millores que voldrien per al servei "Respir Plus" són, en primer lloc, poder gaudir-ne més dies l'any (53,1%) i, en segon lloc, que els o les professionals que atén la persona amb necessitats de cura sigui sempre els mateixos. (39,1%). Altres aspectes que també se sol·liciten, tot i que menys, són la millora en els coneixements i el desenvolupament del treball tècnics per part de les persones professionals (23,4%), la millora en el tracte personal (21,9%) i poder disposar d'un espai físic més adequat (15,6%). El gràfic 46 il·lustra els aspectes del programa "Respir Plus" que les cuidadores voldrien millorar.

*Gràfic 46. Aspectes del servei "Respir Plus" que es millorarien*



Moltes de les dones enquestades han especificat altres millores i demandes en el servei (51,6%) en relació amb els factors següents.

- **Freqüència i flexibilitat horària**

A més de poder gaudir del servei més dies l'any, es demana més freqüència: alguns caps de setmana i estius, especialment. S'assenyala també la possibilitat de poder optar a "Respir Plus" en altres horaris, com ara a la tarda.

*"Doncs, mira, a mi se m'acut això, el 'microrespir': un cap de setmana cada x temps. És igual la cadència, perquè això son qüestions pressupostàries, etcètera." (GD1\_P1)*

*"No, allò, vale, dos mesos, un mes, vale, fantàstic. Però, de tant en tant, un cap de setmana al mes, m'és igual, un al trimestre, la cadència que sigui." (GD1\_P1)*

Les valoracions del servei són positives perquè realment permeten les dones descansar i gaudir d'un temps personal. Per aquesta raó, voldrien poder-ho fer més sovint.

- **Excés de burocràcia**

L'excés i la dificultat dels tràmits que cal fer per sol·licitar el servei són un motiu important de queixa compartida. També la dificultat per cobrar els diners que s'han hagut d'avançar, i més tenint en compte que es tracta d'importants elevats. En alguns casos, és un problema greu el fet mateix d'haver d'avançar-los, així com l'alt cost de l'estada residencial.

La quantitat de papers que cal omplir, els desplaçaments que s'han de fer i, en general, el temps i els esforços que cal dedicar a la sol·licitud del servei són causa d'angoixa i estrès.

*"Que això ja és una cosa d'aquestes kafkiana. Quan ja ho tens tot, no!, et falta aquell paper. La facilitat, el procés documental." (GD1\_P1)*

En aquest sentit, moltes dones enquestades proposen que l'Administració faciliti la gestió amb l'assignació del centre on portar la persona que necessita el servei o que recomani residències. Com a mínim, demanen un llistat actualitzat de les residències del barri que tenen disponibilitat, per evitar que siguin les dones les que hagin de localitzar-les, primer, i comprovar si tenen plaça, després. En termes generals, demanen sobretot que no recaigui en les famílies tota la burocràcia i la responsabilitat d'haver de trobar una residència.

*"El tema seria que des d'aquí mateix... Bueno, jo dic aquí perquè és on està la central, que ells ens facilitin els... l'estada on ha d'estar. Dins del barri. Perquè és el temps que nosaltres perdem. [...] És que perds una de quantitat [de temps], perquè comences a trucar, que et diguin que sí, que no, després les vas a visitar, és un..." (GD1\_P3)*

Cal fer esment del fet que hi ha dones que consideren que haver de fer tanta paperassa no surt a compte, considerant la brevetat del temps que ofereix el servei. D'altra banda, aquesta qüestió té efectes també en les residències: algunes accepten que és tant el volum de feina que suposa la gestió de "Respir Plus", que prefereixen acollir una persona que no vingui d'aquest programa. D'altres, ni tan sols coneixen el servei.

- **Manca d'informació i gestió deficient**

En general, les dones enquestades manifesten desacord amb el tracte que reben per part de l'Administració. Hi ha queixes perquè no tenen prou informació del servei, fet que reforça el sentiment d'abandó i incomprensió per part de l'Ajuntament.

*"Jo, com a persona, ni crec que l'Ajuntament s'adona dels problemes que tenim, ni crec que reben les ajudes necessàries. Jo, de tot això del 'Respir', me n'estic assabentant més ara per vosaltres que de la meva treballadora social." (GD1\_P2)*

A aquest aspecte, cal afegir que hi ha dones que han expressat queixes per la mala gestió de l'Administració: no s'avisava amb prou antelació dels canvis que hi ha ni de si s'ha confirmat o no

l'atorgament del servei i, fins i tot, en alguns casos s'han extraviat documents importants. Amb tot, és important subratllar que moltes dones no conceben l'Administració com un veritable suport sinó com un tràmit o, fins i tot, com un obstacle que cal superar.

*"Aleshores quan em diuen des d'aquí, tens dos dies, doncs, clar, ves-te'n a l'assistenta i tal. La qüestió és que aquest any ho han fet diferent. Abans ells, des d'aquí, et facilitaven el centre. I aquest any han dit: 'No, et direm si et donem una bonificació i tu, busca't la vida'. Per tant, què representa això? Buscar una residència al mes de juny, per a un mes. [Ha estat] caòtic." (GD1\_P3)*

La rigidesa excessiva de l'Administració esdevé un mur per a les dones cuidadores que, per exemple, demanen atendre i ser conseqüents amb els canvis i l'evolució de la persona dependent. La distància entre la poca flexibilitat de l'Administració i les necessitats de les dones cuidadores pot arribar a ser molt gran i es tradueix en angoixa i sensació d'impotència i d'abandonament.

- **Manca de places**

La manca de places a les residències que ofereixen el "Respir Plus" és quelcom que preocupa i que suposa un problema evident, especialment en els mesos d'estiu. Si a aquesta qüestió s'afegeix la poca antelació amb què es notifiquen les concessions, el resultat pot ser que les famílies no puguin escollir la residència que més les satisfà o bé que n'hagin de triar una que estigui molt lluny del lloc on viuen (i, per tant, obligui a fer desplaçaments llargs per a les visites), o bé, en el pitjors dels casos, que no puguin accedir a cap.

- **Relació amb l'empresa que dona el servei**

Una altra qüestió que ha aparegut amb insistència és la mala relació que les dones tenen amb les residències que facilita "Respir Plus". Hi ha queixes pel tracte que reben elles com a persones cuidadores, però també pel que reben les persones dependents.

Preocupa que no s'atengui degudament les persones a qui atén el "Respir Plus". Entre les queixes, s'ha fet constar que no es facin activitats amb les persones dependents, que no surtin a passejar, que se'ls canviï en excés d'habitació sense considerar que això les pot desorientar, que no es gestioni correctament la medicació, que el menjar no sigui de qualitat o que l'organització interna no sigui adequada (en algun cas, fins i tot han arribat a perdre les mudes d'una persona resident).

En ocasions, també s'han manifestat queixes per les infraestructures dels equipaments, ja que n'hi ha pocs que disposin d'espais a l'aire lliure. En aquest sentit, cal destacar que les residències públiques estan més ben valorades, especialment Llars Mundet. Pel que fa a les privades, s'ha fet constar que tenen un cost massa alt, són de difícil accés tenint en compte el poc temps del qual disposen les persones cuidadores per trobar-ne una i, en general, ofereixen serveis de menys qualitat que les públiques, a més de tenir pitjors equipaments.

- **Suport emocional**

Algunes dones, sobretot les que cuiden el marit, demanen suport emocional per gestionar la culpa que senten per haver-lo de deixar a la residència.

### **c) Temps per tu**

Com assenyala el gràfic 47, nou de cada deu dones participants en el servei voldrien poder tenir més hores de servei o poder gaudir-ne amb més freqüència. Poder disposar d'un servei de nits (55%) i que la persona usuària sigui atesa sempre pels mateixos professionals (50%) són millores que també presenten prevalences significatives.

Sobretot, es demana més flexibilitat i la possibilitat de tenir el servei en dies sencers o caps de setmana puntualment. També es vol més conciliació laboral i familiar en dates específiques,



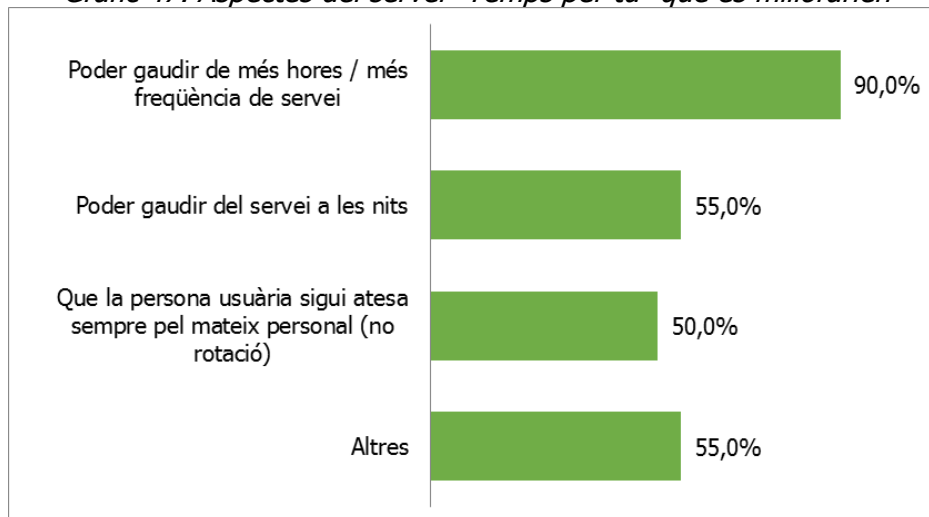
especialment les que coincideixen amb les vacances escolars. En general, es voldrien més hores perquè les dones i les famílies tinguin temps real i efectiu per poder fer altres activitats.

*"És tot. Són tres horetes que ajuden, que si fossin més seria millor."* (GD2\_P3)

Tal com s'ha afirmat anteriorment, els serveis com "Temps per tu" tenen conseqüències molt positives en la salut de les dones cuidadores, perquè són fora del domicili i representen la possibilitat de compartir amb altres persones la responsabilitat de les cures.

*"Eso es a lo que yo me refiero, que la vida en función de él. Pero si hay otras personas que se ocupan, que están atendidos por otras personas, nosotras también tenemos vida propia."* (GD2\_P3)

Gràfic 47. Aspectes del servei "Temps per tu" que es millorarien



Cal destacar que, en el cas d'aquest servei, cap dona ha demanat millores en les tasques i coneixements tècnics de l'equip de professionals, ni tampoc en qüestions relatives al tracte personal o a l'espai físic on té lloc el servei. Tanmateix, més de la meitat de les dones (55%) han transmès altres tipus de millores.

- **Més proximitat**

Algunes dones demanen més proximitat de l'espai on té lloc el servei: proposen que torni al barri (en els casos en què comptaven amb un espai al barri que ha deixat d'oferir les activitats) per no haver de dedicar tant de temps (de vegades, fins a tres quarts d'hora) al trajecte per arribar-hi. La distància pot suposar un impediment i una limitació molt gran per a les persones que no poden acompanyar el seu fill o filla, tant per motius de salut com per qüestions laborals.

- **Més activitats, més diverses i més eines**

Algunes de les dones enquestades també comenten la necessitat de millorar les activitats que es porten a terme amb les persones dependents: en voldrien més i més diverses. També es fa constar que, de vegades, els nois i les noies que usen el servei s'avorreixen perquè els falten eines i joguines per poder fer servir durant el servei. Se suggereix la necessitat de dotar de més sentit les activitats que es porten a terme i de superar la diversitat de perfils amb propostes que tinguin a veure amb el treball artístic, especialment amb la música.

Tot i que algunes mares demanen que es facin més sortides, d'altres fan constar que no poden afrontar les de cap de setmana perquè són de pagament. Així, el cost de les activitats pot ser un impediment en l'accés al servei.



# Bloc 03

## 9. Conclusions

A continuació es presenten les setze conclusions resultants d'aquest estudi.

### 1) Les cures afecten negativament l'estat de salut de les dones cuidadores.

**El 82,2% de les dones manifesta que la seva salut i la seva qualitat de vida han empitjorat** des que té cura de la persona dependent.

**L'estat de salut autopercebut del col·lectiu de dones cuidadores és significativament pitjor que el del conjunt de dones catalanes d'edats similars:** les dones cuidadores presenten pràcticament el doble de prevalença pel que fa a un pitjor estat de salut que el conjunt de dones catalanes d'edats similars. El 64,9% de les dones cuidadores **manifesta que la seva salut és regular, dolenta o molt dolenta en comparació amb el 37,2% de dones catalanes d'edat similars.**

La incidència negativa de les cures es fa visible en totes les dimensions de la vida de la dona cuidadora, tant en la física com en l'emocional, la social i la relacional. La manca de temps personal (89,7%), el cansament (87,6%) i l'estrès o l'angoixa (84,3%) són les situacions i sentiments on més impacte negatiu tenen les cures sobre l'estat de salut de les dones.

### 2) Les dones grans, que tenen cura dels seus marits dependents i hi conviuen, configuren un primer perfil de cuidadora.

En aquests casos, el rol de cuidadora és assumit dins el contracte matrimonial, és un fet que ha de passar, *és llei de vida* i, per tant, no es viu de forma problemàtica. És el perfil que viu el treball de cures amb més normalitat i acceptació i que presenta menys prevalença dels sentiments de culpa (7,9%) i ràbia (34,2%).

Al mateix temps, el treball de cures s'acaba convertint en una forma de vida que configura la identitat de les dones. Aquest fet respon al rol tradicional de la dona com a responsable de la llar i la família, que és una cosa que *han fet tota la vida*, d'una manera o altra.

Aquesta identitat de dona cuidadora dificulta atribuir els malestars i el deteriorament de la salut al treball de cures. En primer lloc, perquè les dones han fet aquestes tasques —tenir cura del marit— *tota la vida* i és difícil situar l'inici del treball de cures en la seva trajectòria vital. En segon lloc, perquè l'edat avançada també comporta el deteriorament de la seva salut, que, al

seu torn, dificulta el treball de cures i multiplica les afeccions físiques. Així, és difícil saber si el dolor de lumbàlgia, per exemple, és produït per l'edat o pel fet d'haver cuidat tota la vida o si s'accentua pel fet de continuar cuidant i fent els mateixos esforços físics.

De fet, és aquí quan apareix la culpa, en el cas de les dones grans: quan les seves afeccions els impedeixen continuar cuidant el marit. Aleshores, la seva identitat es veu truncada, ja no poden continuar tenint el rol de cuidadora de la mateixa manera i han de delegar —sovint, als serveis de suport a la cura—. La culpa apareix pel fet de no poder exercir la cura, ja que *ningú ho farà tant bé com elles*.

Les dones grans són el perfil amb una xarxa social més dèbil, perquè *sempre* s'han ocupat de la família i no han establert relacions socials més enllà.

### **3) Les dones joves, que tenen cura del pare o la mare dependent, i hi poden conviure o no, configuren un segon perfil de cuidadora.**

En aquests casos, el fet de cuidar dels pares i les mares es viu d'una manera més problemàtica, sobretot quan la resta de la família no s'implica o s'implica poc en la cura. El rol de cuidadora apareix com una imposició, ja que no hi ha una opció alternativa.

La responsabilitat que assumeixen obliga a organitzar la vida del seu nucli familiar d'acord amb la cura del pare o la mare i els dificulta encarregar-se de la cura d'altres persones, com ara els fills o les filles, fet que contradiu el seu mandat de gènere. Aquesta situació es viu en solitari i amb una sensació d'incomprensió (57,1%). Al mateix temps, apareixen sentiments de ràbia i irritació (61,2%), especialment quan no es té l'ajuda d'altres membres de la família, fet que les porta a qüestionar l'assumpció del mandat de gènere en solitari i a viure-ho com una situació injusta.

En aquest cas, el sentiment de culpa també és destacable (42,9%) i es relaciona més aviat amb les queixes i els retrets del pare o la mare a càrrec quan no se senten ben cuidats, la sensació de no estar tenint-ne cura prou bé i les dificultats per fer-se càrrec de la cura d'altres persones —fills o filles, o parella—.

La càrrega de les cures, doncs, té grans conseqüències en les dones joves que esdevenen les cuidadores principals dels seus pares o mares: troben dificultats per compatibilitzar les cures i les obligacions laborals (48%) i la seva situació econòmica empitjora (37,8%).

### **4) Les dones joves que tenen cura dels fills o filles dependents i hi conviuen configuren un tercer perfil de cuidadora.**

El cas de les mares que tenen a càrrec un fill o filla amb necessitats especials presenta altres particularitats. Es tracta del col·lectiu de cuidadores que manifesta més malestar en tots els sentits. En primera instància, tenir cura dels fills o les filles és un fet esperat. Ara bé, quan necessiten una atenció permanent i unes infraestructures adaptades al seu desenvolupament, la gestió de la cura esdevé força més complexa.

Les conseqüències de la responsabilitat i la càrrega de les cures són més àmplies que en els casos anteriors: l'empitjorament de la situació econòmica (69,7%) i de les relacions socials (75,8%) s'accentua. La cura d'un fill o filla altament dependent suposa una dificultat afegida a l'hora de mobilitzar els recursos necessaris per fer front a les seves necessitats. A la vegada, suposa una dificultat a l'hora compartir els espais i els ritmes de socialització, ja que estan regits per unes circumstàncies que no sempre són les adients per a les necessitats especials d'aquests fills o filles.

Els sentiments de culpa (51,5%) i ràbia (75,8%) també hi són presents, però el que més predomina és la solitud i la incomprensió (78,8%). Aquest fet s'explica perquè la cura de fills o filles altament dependents no és una situació compartida i coneguda com les dependències provinents de l'envelliment o de les malalties que l'envolten. A més, aquesta alta dependència pot ser constant en el temps, perquè l'edat i els aprenentatges dels fills o filles no disminueixen la càrrega de la cura.

Com a conseqüència de tot plegat, aquest perfil de cuidadores també és el que més medicació consumeix.

#### **5) Els serveis municipals SAD, "Respir Plus" i "Temps per tu" poden ajudar a millorar la salut de les dones cuidadores.**

En termes generals, es pot afirmar que aquests serveis suposen un moment de descans del treball de cures de les dones cuidadores. Aquest moment de descans, encara que sigui breu, com en el cas del SAD i "Temps per tu", té conseqüències positives en la salut de les dones cuidadores. Concretament, en l'aspecte que més ajuden és a alleugerir el cansament. Aquesta millora en la dimensió física també suposa una millora psicològica perquè repercuteix positivament en el sentiment d'estrès i angoixa.

Els serveis "Temps per tu" i "Respir Plus", que tenen lloc fora de la llar, també suposen un guany en el temps personal de les dones cuidadores. El fet de disposar de més temps personal també implica una millora de la salut, tant física com emocional.

#### **6) Els serveis que situen les cures fora de la llar alliberen més de la càrrega de les cures i suposen un benefici més gran en el benestar psicològic de la cuidadora.**

Els serveis de suport a les cures que tenen lloc fora de la llar són els que alliberen més de la càrrega de les cures. En primer lloc, alliberen per un període de temps més llarg que el SAD. En segon lloc, assumeixen part de la responsabilitat de la cura durant el període de temps concret.

Poder-se alliberar de l'organització de les cures, encara que sigui durant un període breu, descarrega enormement les dones cuidadores, especialment de la càrrega mental i l'estrès que suposa el fet d'organitzar.

#### **7) Malgrat que es distribueixi el treball de cura, la responsabilitat no es distribueix ni es delega i, per tant, no hi ha una xarxa corresponsable.**

Hi ha una tasca que la cuidadora principal assumeix en exclusiva: es tracta de l'organització de les cures (la coordinació d'horaris, la supervisió i la planificació de tot el que requereixin les cures, etcètera), que comporta una càrrega mental i emocional important. Aquesta funció no es comparteix, generalment, amb la xarxa familiar ni amb els serveis públics o privats, i pot ser assumida sota el criteri de la cuidadora —com és el cas de les parelles que cuiden els seus marits o de les mares que cuiden els seus fills i filles— o bé per manca d'alternatives —com és el cas de les filles que cuiden els seus pares dependents—.

#### **8) La distribució de les cures s'organitza a partir del model familiar i els serveis se sol·liciten quan el suport familiar ja no pot sostenir la cura.**

La família, a partir de la cuidadora principal, assumeix les cures en primera instància. D'entrada, s'organitza la xarxa familiar per coordinar i distribuir les tasques i les activitats del

treball de cura. En segon terme, es fan els arranjaments de la casa i de la llar per adaptar-la a les necessitats de la cura. En última instància, quan aquesta organització resulta insuficient i ja no pot ser sostinguda exclusivament per la família, és quan se sol·liciten els serveis municipals de suport a les cures.

### **9) Quan la xarxa de suport és familiar, la gestió de les cures és més àgil i adequada que quan el suport prové d'un servei.**

El suport ofert per la xarxa de serveis és més rígid, ja que els serveis tenen els seus temps i les seves normes i procediments, que no sempre s'acoblen al que vol o necessita la persona dependent, la cuidadora o la família. Els temps, les normes i les prioritats dels serveis no són coincidents amb els de la família. En canvi, quan la xarxa de suport és familiar o de l'entorn proper, es pot adaptar a les urgències i als temps que la cuidadora necessita per organitzar les cures. La família i l'entorn proper comparteixen uns codis de funcionament en les formes de donar suport que ja estan establerts.

A més, la xarxa de suport oferta pels serveis sovint afegeix una nova càrrega per a la cuidadora principal: organitzar i acoblar els ritmes institucionals als ritmes de les cures familiars.

### **10) Quan la cuidadora principal no conviu amb la persona a càrrec, la xarxa de suport és més present i les tasques del treball de cura estan més distribuïdes.**

En els casos en què la cuidadora no conviu amb la persona dependent —és el cas de bona part de les filles que cuiden els pares o les mares—, la resta de membres de la família s'implica més en la cura del o la familiar, hi participen més persones i s'assumeixen més tasques. Així, quan la cuidadora principal no conviu amb la persona dependent, la xarxa de suport és més àmplia i està més distribuïda. La dona cuidadora rep algun tipus de suport per part d'altres familiars en el 81,6% dels casos quan no conviu amb la persona dependent. Per contra, aquest suport es redueix al 58,2% quan hi ha convivència (el que suposa un 23,4% menys).

### **11) Quan la cuidadora principal conviu amb la persona a càrrec, els malestares físics i psicològics derivats de les cures augmenten.**

El fet que la dona cuidadora visqui amb la persona dependent és el factor que incrementa, d'una manera més significativa, els malestares i els sentiments negatius vinculats a les cures. Així, la convivència amb la persona dependent es tradueix amb una permanència de 24 hores, en detriment del temps personal per a la cura de la pròpia salut, el descans, les activitats socials, etcètera.

### **12) Els serveis de suport a les cures assumeixen la família com a principal agent responsable i reproduïxen la feminització de les cures.**

Els serveis municipals de suport a les cures estan dissenyats com una ajuda a la família i, per tant, una ajuda que es dirigeix a la cuidadora principal. Tanmateix, aquests serveis no assumeixen la responsabilitat de les cures. Així, el fet de reconèixer la família com l'encarregada de l'organització de les cures no qüestiona el mandat de gènere sota el qual les dones assumeixen principalment la responsabilitat de les cures dins el nucli familiar. Per tant, els serveis de suport a les cures no reverteixen la feminització de les cures.

**13) Els serveis de suport a les cures es basen en un coneixement i una pràctica estandarditzats que no resolten necessitats específiques de les persones dependents.**

Els serveis de suport a les cures no són capaços de recollir tot el coneixement singular de les cuidadores respecte a la cura de la persona a càrrec. No hi ha marge per preguntar a la cuidadora o a la persona amb necessitats de cura sobre què necessita i com ho vol. Les decisions i les prioritats que s'han establert i que funcionen en la relació de cura es perden quan s'activa l'encàrrec dels serveis de suport a les cures.

El saber singular de la cuidadora en relació amb les prioritats i les necessitats de la persona a càrrec és substituït per una pràctica estandarditzada des dels serveis. La cura executada des dels serveis segueix procediments i normes marcats pel servei i des del servei, i no sempre s'acoblen a les necessitats de les cures.

**14) En ocasions, les cuidadores posen en qüestió la professionalitat de les persones treballadores dels serveis de suport a les cures.**

Les cuidadores posen de manifest que, sovint, les persones professionals dels serveis de suport a les cures que venen a la llar —SAD— no tenen una formació àmplia sobre atenció a persones dependents. Així mateix, a vegades ressalten una manca de professionalitat i coneixements, malgrat que el tracte sigui agradable.

Això genera un cert grau de desconfiança entre les cuidadores principals a l'hora de deixar la persona dependent a mans del o la professional, ja que consideren que *podria estar fent aquella feina com una altra*.

**15) "Temps per tu" és el servei més ben valorat per les dones cuidadores i el que assoleix millor l'objectiu pel qual ha estat dissenyat.**

Les dones beneficiàries del programa "Temps per tu" li atorguen una puntuació mitjana de 9,1 punts sobre 10.

En el 73,7% dels casos, les ajuda a disposar de més temps personal; en el 45% ajuda a disminuir tant el cansament com l'angoixa, mentre que tan sols en el 5,9% ajuda a millorar el malestar i el dolor físic.

Si tenim en compte que el programa està dissenyat per alliberar temps a les cuidadores per fer que disposin de més temps personal, es pot afirmar que el servei compleix el seu objectiu. Les dones que es beneficien del programa expressen que els proporciona un temps molt valuós que inverteixen en qüestions personals.

D'altra banda, també expressen que els seus fills o filles gaudeixen de les activitats del programa, fet que proporciona encara més satisfacció a les mares.

**16) El servei "Respir Plus" és igualment ben valorat i s'utilitza amb el propòsit pel qual ha estat dissenyat en la majoria dels casos.**

Les dones beneficiàries del programa "Respir Plus" li atorguen una puntuació mitjana de 8,2 punts sobre 10.

En el 82,2% dels casos, el temps alliberat pel servei s'utilitza per fer vacances i viatjar, en el 62,5%, per a l'autocura, i en el 46,9%, per a la vida social. Així, en la majoria dels casos, el servei compleix l'objectiu de *deixar respirar* les cuidadores.

Un dels efectes més destacats del servei és que reverteix en la unitat familiar de la cuidadora i no només en la seva figura, atès que l'allibera durant un període de temps sostingut que li permet organitzar activitats d'oci amb els seus.

### **17) El SAD és el servei amb menys puntuació, tot i que també descarrega les cuidadores i contribueix al seu benestar**

Les dones cuidadores que es beneficien del Servei d'Atenció Domiciliària (SAD) li atorguen una puntuació mitjana de 7,4 punts sobre 10.

Un dels punts febles del servei és que la seva intervenció és molt puntual i, per tant, no allibera de la responsabilitat de la cura d'una manera significativa, sinó en tasques o moments concrets. Tanmateix, quan aquest temps s'utilitza per a la cura personal presenta efectes positius en el benestar de la cuidadora. Així mateix, quan el servei allibera del treball amb més càrrega física també genera efectes positius, especialment en les dones més grans que ja no poden fer certes tasques. Aquests efectes positius es tradueixen en un 47,4% de les dones que manifesten una millora de la situació d'estrès i ansietat gràcies a aquest servei.

D'altra banda, cal destacar que el 56,6% de les cuidadores beneficiàries dediquen el temps alliberat pel servei a altres treballs domèstics i de gestió de la llar, de manera que el temps alliberat es continua utilitzant en treballs reproductius. Només el 7,7% de les dones utilitza el temps alliberat per a activitats d'oci i el 28% per tenir cura d'ella mateixa.

## **10. Reptes de futur**

A continuació es presenten nou propostes per millorar l'actuació municipal en el suport a les cures, complementàries a les accions proposades en la Mesura de govern per una democratització de la cura.<sup>29</sup>

### **1) Avançar cap a un model centrat en la persona**

Un dels punts febles identificats en els serveis de suport a les cures és l'estandardització dels coneixements i les pràctiques professionals, així com la rigidesa a l'hora d'adequar-se a les necessitats de les cures. Així, transitar cap a un model centrat en la persona ajudaria a resoldre aquests obstacles i augmentaria l'eficàcia de l'ajuda oferta a la cuidadora principal.

Un model centrat en la persona implicaria que tant la persona dependent com la cuidadora principal participin en la presa de decisions sobre com es dona la cura. També implicaria que el servei es faci respectant l'organització familiar de la cura i els seus tempos, aprofitant els arranjaments previs fets a la llar i els coneixements acumulats per la cuidadora i la persona amb necessitats de cura.

Un exemple és el model d'assistència personal, basat en el Moviment de Vida Independent<sup>30</sup> i desenvolupat per l'Ajuntament de Barcelona a través del Servei Municipal d'Assistent Personal.<sup>31</sup>

<sup>29</sup> [http://ajuntament.barcelona.cat/eixample/sites/default/files/plenari/mgdcures\\_definitiva.pdf](http://ajuntament.barcelona.cat/eixample/sites/default/files/plenari/mgdcures_definitiva.pdf)

## **2) Ampliar la cobertura dels serveis per alliberar les cuidadores de la quantitat màxima de tasques**

En la valoració dels serveis que fan les dones cuidadores, recurrentment hi apareix que cal més flexibilitat i una ampliació de la cobertura dels serveis, especialment en les franges horàries i els caps de setmana, pel que fa al SAD, i en el període de temps que ofereixen els serveis "Respir Plus" i "Temps per tu".

Ampliar aquesta cobertura dels serveis es traduirà en més alliberació de la càrrega de cures i del temps que requereixen, i revertirà en més temps personal, per al descans, per a la realització professional i per a la vida social.

Tanmateix, cal ressaltar que, tot i ampliar la cobertura dels serveis, no s'eliminarà el treball que suposa organitzar les cures, que, com hem vist a les conclusions, és un treball de 24 hores, fet que és un dels elements que suposa més càrrega mental, estrès i angoixa.

En definitiva, si les dones cuidadores tan sols s'haguessin d'encarregar d'organitzar les cures i els serveis ampliessin la seva cobertura, es reduiria la intensitat del malestar que pateixen avui en dia.

## **3) Especialitzar les intervencions dels serveis segons les necessitats de les persones dependents**

Actualment, els serveis de suport a les cures són de caire generalista. Les necessitats de les persones dependents estan definides pel grau de dependència i no pas per les necessitats específiques o per la causa que pugui originar la dependència. Aquest fet es viu com una manca de professionalitat i genera desconfiança entre les cuidadores.

Així, una especialització dels serveis també aniria acompanyada d'una especialització dels treballadors i les treballadores i, per tant, d'una atenció més acurada segons les necessitats concretes de les persones dependents. L'especialització s'hauria de determinar d'acord amb el tipus de malaltia o discapacitat de la persona amb necessitats de cura. No és el mateix tenir cura d'una persona amb Alzheimer que d'una persona que ha perdut una cama per diabetis.

## **4) Potenciar els Grups d'Ajuda Mútua (GAM) de dones cuidadores**

La solitud i la incomprensió són sentiments recurrents entre les dones cuidadores que, a més, tenen grans dificultats per mantenir la seva xarxa social a causa de la responsabilitat de la cura i a la manca de temps personal. Així, els GAM esdevenen una estratègia important per canviar aquesta situació, tant per l'alleujament que suposa trobar-se amb persones amb problemes similars com per les estratègies compartides i col·lectives que es poden desprendre d'aquests espais.

Tot i així, els GAM de persones cuidadores no són una novetat. Així, cal pensar en estratègies que reforcin i estenguin aquestes iniciatives ja existents a la ciutat i fer que aquestes estratègies incloguin la perspectiva de gènere com a eix vertebrador. Una opció és utilitzar els recursos socials a partir dels quals es tramiten els serveis de suport a les cures com un canal de difusió dels GAM presents a la ciutat. Una altra opció és fer els GAM durant el temps que ofereixen els serveis de suport a les cures, per garantir que l'atenció a la persona dependent queda coberta i que la cuidadora pot utilitzar aquest temps per assistir al GAM.

30 <http://ovibcn.org/movimiento-de-vida-independiente/>

31 <http://ajuntament.barcelona.cat/accessible/ca/guia-recursos/servei-municipal-dassistent-personal>



## **5) Desenvolupar estratègies de seguiment de les dones cuidadores, especialment de les dones grans**

A banda de la solitud i la incomprensió amb què es viu el treball de cures, les dones grans són les que presenten més dificultats per relacionar-se amb altres persones fora del nucli familiar o per deixar la seva parella en mans d'algú altre. Ambdós fets augmenten la situació d'aïllament de les dones grans. Viure les cures en solitari és dolorós i trist per a les cuidadores.

Així, convé cercar estratègies per acompanyar les dones i intentar minvar el seu malestar. Una opció és fer una trucada setmanal per garantir que tant la cuidadora com la persona dependent estan bé i fer el seguiment de la situació, com ja es fa actualment amb les persones octogenàries.

## **6) Desplegar una estratègia de suport a les cures de persones dependents a escala de ciutat que coordini i aglutini els serveis i els programes existents**

Actualment, hi ha diversos serveis de suport a les cures que operen a la ciutat, així com serveis i programes orientats a detectar i atendre l'envelliment de la població. En aquest sentit, seria interessant tenir una visió general de ciutat per optimitzar els serveis ja existents i coordinar-los, per maximitzar-ne l'eficàcia.

Una opció seria introduir la perspectiva de les cures dins el projecte Radars,<sup>32</sup> per facilitar la detecció precoç de la sobrecàrrega de les cures en dones grans i promoure la distribució de les cures a escala comunitària.

Una altra opció seria introduir la perspectiva de gènere i la perspectiva de les cures en les polítiques d'envelliment actiu, per potenciar l'autogestió de la salut tant en homes com en dones.

## **7) Promoure la corresponsabilitat dels homes en l'assumpció del treball de cures**

Són necessàries actuacions específiques dirigides a corresponsabilitzar els homes del treball de cures per trencar amb la feminització de les cures i el mandat de gènere. Una opció és fer un assessorament i un acompanyament a la família en l'organització de les cures, per part dels recursos socials, abans de tramitar els serveis de suport a les cures. D'aquesta manera, es pot recomanar reduir la càrrega de les cures de la cuidadora principal i fomentar la distribució de les cures entre altres membres del nucli familiar.

## **8) Promoure l'organització comunitària de les cures en l'àmbit de barri**

Una altra iniciativa és incloure la dimensió comunitària en l'organització de les cures, tant en la resolució de necessitats compartides com en l'autogestió o l'organització dels serveis. En aquest sentit, la dimensió de barri ofereix una escala de proximitat basada en relacions veïnals a través de la qual es poden detectar necessitats similars i, per tant, organitzar els serveis en conseqüència. Al mateix temps, la dimensió comunitària ofereix possibilitats quant a organitzar els serveis i autogestionar-los, que facilitarien una millora dels serveis prestats en relació amb la flexibilitat i l'acoblament a les cures.

32

[http://w110.bcn.cat/portal/site/ServeisSocials/menuitem.931633495bcd6167b4f7b4f7a2ef8a0c/index9c55.html?vgnextoid=7fa38ba038732410VgnVCM1000001947900aRCRD&vgnnextchannel=7fa38ba038732410VgnVCM1000001947900aRCRD&lang=ca\\_ES?](http://w110.bcn.cat/portal/site/ServeisSocials/menuitem.931633495bcd6167b4f7b4f7a2ef8a0c/index9c55.html?vgnextoid=7fa38ba038732410VgnVCM1000001947900aRCRD&vgnnextchannel=7fa38ba038732410VgnVCM1000001947900aRCRD&lang=ca_ES?)



Alguns exemples d'organització comunitària de les cures serien els grups de criança compartida o els habitatges col·laboratius de persones grans o *cohousing*.<sup>33, 34</sup>

## **9) Promocionar els espais de codisseny participatiu per elaborar nous models de serveis orientats a la corresponsabilització de les cures**

Com hem vist a les conclusions, el suport en la cura no és una acció que canviï el mandat de gènere ni que alliberi la cuidadora de l'organització de les cures. Per donar resposta a aquestes necessitats s'haurien de promocionar espais de codisseny que tinguessin l'objectiu de crear una nova tipologia de serveis destinats a corresponsabilitzar-se de les cures.

Aquests espais haurien de treballar vers situacions específiques de cures i crear serveis o propostes que donin respostes de corresponsabilització a les necessitats que plantegen aquestes situacions. Per exemple, com crear un servei de corresponsabilització per la situació de les dones grans que conviuen amb la persona que rep la cura?

---

33 Vegeu el mapa d'iniciatives d'habitatge col·laboratiu de persones grans a Espanya: <http://movicoma.blogs.uoc.edu/mapa/>

34 D. López i M. Estrada (2016). "¿Cómo avanzan las dinámicas de senior cohousing en España?". A S. Ezquerro, M. P. Salanova, M. Pla i J. Subirats (ed.) *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*, Madrid: Ariel, p. 227-237 ([http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/58465/1/Primeros\\_pasos\\_del\\_senior\\_cohousing\\_en\\_Espana\\_-\\_version\\_auto-archivo.pdf](http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/58465/1/Primeros_pasos_del_senior_cohousing_en_Espana_-_version_auto-archivo.pdf)).

# Annex

## Justificació del disseny de l'enquesta

Pel que fa a les preguntes utilitzades en l'enquesta, han estat tant dissenyades ad hoc com extretes d'altres enquestes i estudis, la qual cosa permet, d'una banda, que algunes de les dades siguin comparables amb altres realitats i territoris i, de l'altra, assegurar la validesa i la pertinència de les preguntes utilitzades. A continuació es presenten els estudis i qüestionaris principals consultats durant el disseny:

- Pregunta sobre l'ocupació de l'enquestada (p. 11): les categories de resposta són una adaptació de la CNO-11 (Classificació Nacional d'Ocupacions 2011).
- Pregunta sobre tasques específiques de cura que rep la persona dependent (p. 110 i p. 122): el llistat de tasques i accions de cura és una adaptació (recategoritzada) del treball en què s'implica el SAD. S'ha estimat que aquest servei recull, d'una manera força integral, totes les tasques i les accions que implica —directament o indirecta— cuidar una persona amb necessitats de cura. Aquest llistat també ha estat contrastat amb el llistat de tasques de cura de l'“Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia” (EDAD, 2008), en la versió adreçada a persones cuidadores.
- Estat de salut general autopercebut (p. 112): s'ha reproduït la pregunta emprada a l'“Encuesta nacional de salud” (ENSE, 2011-2012), que aplica les categories de resposta *molt bona, bona, regular, dolenta i molt dolenta*, i estableix com a punt central la categoria *regular*.
- Efectes negatius de les cures (p. 113): s'ha utilitzat fonamentalment una adaptació de preguntes del formulari en línia de la Xarxa de Suport a Famílies Cuidadores,<sup>35</sup> adreçat a les persones cuidadores principals. S'han agrupat en una sola pregunta un conjunt de setze efectes vinculats a les dimensions emocional, física, relacional i social.
- Problemes, malalties i trastorns físics i mentals diagnosticats (p. 114 i 115): l'elecció de les categories —artritis, artrosi, lumbàlgia, ansietat, depressió— està motivada per diversos estudis<sup>36</sup> que vinculen aquests trastorns a la sobrecàrrega de les cures. Aquesta elecció també prové dels grups de discussió previs fets en el marc d'aquest estudi.

35 <https://fs3.formsite.com/Formularis/form13/index.html?1476344249580>

36 R. D. Adelman *et al.* (2010). “Caregiver burden in Alzheimer disease: cross-sectional and longitudinal patient correlates”. S. Mohamed *et al.* (2014). “Caregiver burden: a clinical review”.

- Ús de medicaments (p. 116): s'ha adaptat la pregunta sobre medicaments de l'ESCA 2016 i s'han triat només els que potencialment podien ser utilitzats per pal·liar els efectes de les cures.
- Activitats per a les quals utilitza el temps alliberat pel servei (p. 123, p. 129, p. 135): les categories emprades són una adaptació de les utilitzades en l'Enquesta d'usos del temps (2010-2011).
- Aspectes del servei que es voldrien millorar (p. 124, p. 130, p. 136): les categories estan dissenyades, fonamentalment, a partir de la informació extreta dels grups de discussió amb beneficiàries del servei.