

Cuidar-cuidarse: pensar al hombre cuidador de familiares mayores

Caring-self care: thinking about man who takes care of elder relatives

Cuidando-autocuidado: pensando no homem que cuida de familiares idosos

Maira Alejandra González-Gaviria

Resumen

Presentar cómo, a partir de los antecedentes y referentes teóricos, se llegó a problematizar el cuidado que a sí mismos se procuran los hombres cuidadores de familiares mayores. Para esto se abordan analíticamente las concepciones: los hombres en el cuidado, para examinar su rol como cuidadores en diferentes momentos de la historia; el cuidado propio de los cuidadores, para cuestionar la asimetría y unidireccionalidad del cuidado; así como, el cuidado propio de los hombres, para considerar la oportunidad que cada hombre tiene de apropiarse de los discursos que promueven el cuidado propio. Esto permite aportar en ese reconocimiento de los hombres como seres-de-cuidados y preguntar por cómo cuidan y se cuidan así mismos en la actualidad, dados los cambios de estas formas y los efectos que dicho quehacer puede tener en el bienestar de los cuidadores, así como los aporte que estos puedan realizar en este.

Palabras clave: Cuidadores; Salud masculina; Autocuidado; Anciano.

Abstract

To present how, based on the background and theoretical references, the care that male caregivers of older relatives provide for themselves was problematized. For this, the conceptions are analytically approached: men in care, to examine their role as caregivers at different moments in history; the carers' own care, to question the asymmetry and unidirectionality of care; as well as, the self-care of men, to consider the opportunity that each man has to appropriate the discourses that promote self-care. This allows us to contribute to this recognition of men as beings-of-care and to ask about how they care and take care of themselves today, given the changes in these forms and the effects that this task can have on the well-being of caregivers. as well as the contributions that they can make in this.

Keywords: Caregivers; Men's health; Self care; Aged.

Resumo

Apresentar como, a partir dos antecedentes e referenciais teóricos, problematizou-se o cuidado que os cuidadores masculinos de familiares idosos prestam a si mesmos. Para isso, são abordadas analiticamente as concepções: homens no cuidado, para examinar seu papel de cuidador em diferentes momentos da história; o cuidado do próprio cuidador, para questionar a assimetria e unidireccionalidade do cuidado; bem como, o autocuidado dos homens, considerando a oportunidade que cada homem tem de se apropriar dos discursos que promovem o autocuidado. Isso

Autor de correspondencia*

* Psicóloga y Magister en Psicología (c). Estudiante, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo: maira.gonzalez1@udea.edu.co  [0000-0001-7128-6980](https://orcid.org/0000-0001-7128-6980)

Recibido: 25 marzo 2023

Aprobado: 25 julio 2023

Para citar este artículo

González-Gaviria MA. Cuidar-cuidarse: pensar al hombre cuidador de familiares mayores Rev. cienc. cuidad. 2023; 20(3):98-110 <https://doi.org/10.22463/17949831.3815>

© Universidad Francisco de Paula Santander. Este es un artículo bajo la licencia CC-BY-NC-ND



nos permite contribuir para esse reconhecimento do homem como ser-de-cuidar e indagar sobre como ele se cuida e cuida de si hoje, diante das mudanças nessas formas e dos efeitos que essa tarefa pode ter no bem-estar dos cuidadores, bem como as contribuições que podem dar nisso.

Palavras chave: Cuidadores; Saúde do homem; Autocuidado; Idoso.

Introducción

Este artículo se deriva de la investigación que buscó comprender las experiencias de cuidado propio en hombres cuidadores de familiares mayores, la cual se desarrolla en el marco de la Maestría en Psicología de la Universidad de Antioquia. El propósito es presentar cómo a partir de los antecedentes de investigación y referentes teóricos, se llegó a problematizar este fenómeno, pues tanto desde el sentido común como especializado el cuidado tiende a representarse como la relación asimétrica ente dos personas, en la que uno asume la posición de cuidador, ya que sus capacidades físicas y mentales al estar en unas mejores condiciones le permiten atender a las necesidades de un otro que no puede hacerlo por sí mismo, es decir, quien está en posición de dependencia, sea por el momento vital en el que se encuentra o por el hecho de padecer una enfermedad. Se puede decir, entonces, que el compromiso del cuidador es mantener la vida de la persona que cuida (1, 2).

Considerar que la condición de posibilidad del cuidado es la vulnerabilidad o fragilidad ontológica del ser humano permite ampliar dicha concepción, pues que sean condiciones inherentes al curso de la vida indica que “ningún ser humano puede desarrollarse al margen del cuidado” (2). Lo anterior indica que, incluso un adulto que en el día a día efectivamente cuida a otro, puede convertirse en un ser que requiera del cuidado, ya sea que otros lo provean o él mismo, pues está proclive a situaciones de dependencia, subordinación y daño ante el sufrimiento, fracaso, la decrepitud y decepción (2, 3).

Dado que la labor de cuidar “implica desplegar una serie de actitudes que van más allá de realizar unas tareas concretas de vigilancia, ayuda y control” (3), se considera que cuidar es una condición que puede poner en vulnerabilidad al cuidador, toda vez que supone participar en la existencia de otro y promover su bienestar y dignidad, implica: dialogar, acompañar, ser sensibles, afectuosos, amables, cercanos y respetuosos, de ahí que el cuidado sea un logro diario que no tiene fórmu-

las preestablecidas (2, 3). Es así como se piensa que el cuidador se ve llamado a cuidar-se, es decir, a razón de sus experiencias vividas se vuelve un sujeto de sus propias acciones de manera voluntaria, lo cual conlleva a que constantemente construya y modifique para sí mismo ciertos saberes y prácticas que le permitan mantener su bienestar; saberes y prácticas, que, en todo caso, parten del sentimiento subjetivo frente a cómo se autopercibe el funcionamiento del cuerpo, las relaciones con los otros y el entorno (4-6).

Así, se reflexiona sobre el cuidado del cuidador, específicamente del cuidador de personas mayores, pues, como se indica en los diferentes reportes nacionales e internacionales, a nivel Mundial se está viviendo una Transición Demográfica (TD), es decir una disminución de la natalidad y la mortalidad a lo largo del ciclo vital, lo que disminuye el relevo generacional, aumenta la esperanza de vida y la longevidad de los habitantes (7). En Colombia, por ejemplo, según los reportes de los dos últimos censos, este grupo poblacional pasó de representar el 6,8% del total de la población para el 2005 (8) al 13,2% para el 2018 (7).

Por otro lado, si bien se ha indicado que la vejez no necesariamente se asocia con dependencia (9), durante este momento vital se pueden presentar enfermedades físicas, biológicas o psicológicas discapacitantes que llevan a que una persona requiera ser cuidada por otro, asimismo los declives propios del proceso de envejecimiento también pueden implicar la necesidad de apoyo para llevar a cabo las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

Lo anterior indica que, cuando se considera la dependencia y el cuidado de las personas mayores se trasciende el momento vital, pues se caería en el estereotipo y, por el contrario, se tienen en cuenta los cambios que aumentan la vulnerabilidad o fragilidad, discapacidad y las limitaciones que dificultan llevar a cabo las AVD y AIVD (10, 11). Según datos del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapaci-

dad (RLCPD), en Colombia el 39% de los identificados son mayores de 60 años, quienes presentan dificultades en AVD (ver Figura 1) y alteraciones permanentes para el movimiento del cuerpo y extremidades, de los ojos, en el sistema nervioso y sistema cardíaco respiratorio (7). Por ejemplo, si se sabe que producto del proceso de envejecimiento la masa muscular y la densidad ósea disminuyen, es de esperar que la fuerza de presión o agarre y la función musculoesquelética se deterioren,

es por esto que las personas mayores están en mayor riesgo de caerse o sufrir fracturas (11, 12). Luego entonces, es probable que AVD como caminar, desplazarse en trechos cortos, acostarse, cambiar las posturas del cuerpo en la cama, levantarse, asearse, bañarse y vestirse de manera autónoma se encuentren afectadas en personas mayores, asimismo, AIVD como traslados y actividades domésticas; en este escenario, entonces, se da el cuidado (11, 13, 14).

Actividades diarias	Número de personas
Caminar, correr, saltar	393.798
Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	210.045
Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	203.725
Pensar, memorizar	187.077
Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	144.749
Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	138.746
Oír, aun con aparatos especiales	90.013
Hablar y comunicarse	72.871
Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	68.111
Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	62.419
Alimentarse, asearse y vestirse por si mismo	61.093
Relacionarse con las demás personas y el entorno	59.885
Otra	32.251
Mantener piel, uñas y cabellos sanos	29.453

Figura 1: Número de mayores de 59 años que presentan discapacidad según la dificultad en las AVD

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (12)

Ahora bien, ya que “envejecer produce riesgos que deben ser considerados ampliamente, mucho más allá de la individualización de los mismos, de la mercantilización del bienestar y la medicalización del sufrimiento” (15), se considera el índice de envejecimiento doméstico, que se relaciona con el patrón sociocultural de cohabitación multigeneracional característico en Latinoamérica, como un mecanismo de intercambio y forma de solidaridad intergeneracional que da lugar al cuidado familiar de las personas mayores (familismo) (9), el cual, dadas las transformaciones en los valores culturales (valor del capital) se da en un contexto de bajo apoyo social y con ello de sobrecarga y desgaste (16, 17). Así mismo, ha dado lugar al cuidado no familiar o al cuidado brindado por hombres (18,-21).

Respecto de estos últimos, se considera la importancia que se ha dado al capital y al poder, pues esta ha impulsado la competencia entre los individuos, carrera en la cual las mujeres han accedido a mejoras en los servi-

cios de salud y laborales, y se ha convertido en bandera de las sociedades contemporáneas, lo que ha conllevado a que una gran cantidad de mujeres se hayan desligado parcialmente de los roles que tradicionalmente les habían sido impuestos, conservando ambas responsabilidades (22).

La encuesta más reciente a una muestra intencional de 1.141 cuidadores en Colombia permite reconocer que en este País se sostiene la feminización del cuidado, pues el 83.9% eran mujeres; también se resalta que, el 87.2% de los encuestados cuidaban todos los días, con una dedicación que osciló entre 1 y 24 horas; y que una tercera parte, principalmente mujeres, reportó síntomas como dolor articular o de espalda, cansancio, debilidad, dificultad para dormir, desgano o desaliento; y solamente una cuarta parte habló sobre el autocuidado (23). En este contexto tiene lugar lo dicho por De la Cuesta y Díaz, Preciado y Correa sobre el familismo: por estar en la informalidad el tiempo de la labor

no está regulado, de ahí el que algunos cuidadores experimenten sobrecarga, desgaste físico y emocional, desigualdad y morbilidad, pues dadas las demandas de su labor se ocupan menos de promover su salud y con dificultad solicitan ayuda en los servicios profesionales para cuidar de sí mismos (24, 25).

A pesar de que el ser humano es un ser-de-cuidados (2, 26), reflexiones sobre el tema se han dado fundamentalmente considerando que los cuidadores de familiares mayores son mujeres (23), es así como surge el interés de saber qué se ha investigado sobre el cuidado que brindan y se procuran a sí mismos los hombres cuidadores de familiares mayores, más cuando la vejez, el envejecimiento y los fenómenos asociados a estos –como la dependencia y el cuidado– son temas de investigación actuales y aún son muchas las discusiones a mantener al respecto, pues dichos temas apenas comienzan a cobrar interés en la esfera pública Nacional o Local.

Desarrollo

Se recurrió a reportes de investigación y a desarrollos teóricos sobre: los hombres en el cuidado, el cuidado propio de los cuidadores y el cuidado propio de los hombres.

Los hombres en el cuidado

Debido a que el ser humano es un ser-de-cuidados, se considera que los cuidados están presentes desde el comienzo de la vida tanto individual como colectiva, pues para que se mantenga es necesario que haya un otro que se ocupe de lo más elemental: el alimento, el abrigo, de manera que, la expresión cuidar no solo es cotidiana y antigua (1), sino también universal, es decir, le corresponde tanto a hombres como a mujeres (22).

Si se tienen en cuenta los albores de la humanidad, se puede decir que las prácticas de cuidado han dependido de la especificidad de ciertos roles, de manera que mientras a los hombres les concernía cazar y pescar, a las mujeres les correspondía descubrir las propiedades de las plantas (27, 28). Dichas prácticas, con la aparición del pensamiento dialéctico, se agruparon en los cuidados que se orientan hacia el denominado eje del bien, pues implicaban satisfacer las necesidades vitales y vigilar los actos de la vida que, además de descubrir las propiedades de las plantas, incluían su cuidado, así

como de las cosechas, pieles que proporcionaban abrigo, los animales y del fuego (1). Esta línea de evolución es la que favorece a que las mujeres mayores se convirtieran en cuidadoras, pues sus conocimientos observacionales y comprensivos en la relación causa-efecto de los sucesos las cualificaban para atender y asistir a los miembros de la comunidad (27, 28).

Así mismo, se relacionaron los cuidados orientados hacia el denominado eje del mal, que implicaban precisamente denunciar y rechazar el mal, para lo cual los hombres y mujeres se preguntaron por lo bueno y lo malo, lo conocido y lo desconocido y lo prodigioso y lo amenazante del universo, así, surgió una orientación metafísica en la interpretación de las fuerzas maléficas, la cual generó una relación con el mal, en esa medida con la enfermedad y muerte. Teniendo en cuenta esto, los grupos encomendaron sus prácticas de cuidado a los guardianes de las tradiciones, figura que a lo largo de la historia se ratifica en el chamán, luego en el sacerdote y finalmente en el médico; la participación de este último, además de considerar la relación entre lo bueno y lo malo como causante de la enfermedad o muerte, aislaría el mal de su portador, aspecto que luego causaría la identificación del portador respecto a su enfermedad, hasta el punto de confundirse (22).

Ahora bien, antes de que naciera la figura del médico, así como la división sexual del trabajo (hombre proveedor, mujer cuidadora), en las sociedades preindustriales se evidenció una participación activa de los hombres en los cuidados informales tal como sucedía en la prehistoria, de modo que en estas sociedades tampoco se podía hablar de tareas genuinamente domésticas; hombres y mujeres recolectaban y preparaban los alimentos y confeccionaban sus ropas, así como salían de casa a trabajar, las mujeres, en específico, para cuidar a los hijos de los aristócratas (22, 29, 30).

La valoración de la labor de los médicos, entonces, se dio luego de la industrialización e inició a promover a que los cuidados para mantener la vida fueran reemplazados por el tratamiento de la enfermedad para así favorecer el funcionamiento óptimo del cuerpo, lo cual permitiría rendir más y mejor en y para el sistema; dicha valoración se potenció con los avances que a finales del siglo XIX se gestaron, trayendo a la escena las tecnologías y con ello una especialización, más que en los cuidados, respecto al cuerpo, así, no solo se fragmentó el conocimiento e intervención sobre este, sino también la relación de los hombres y mujeres entre sí y

con el mundo que los rodeaba (1).

En una reciente revisión histórica-narrativa sobre el rol de los hombres en la enfermería se plantea que, “los enfermeros prefieren áreas de bajo contacto físico y alta tecnología como un mecanismo para enmascarar los sentimientos de dolor, compasión y entrega, que podrían ser interpretados socialmente como muestra de debilidad, considerados tradicionalmente propios del género femenino” (31).

De esta manera, es posible decir que la forma en que se ha estructurado la sociedad ha repercutido en los roles de hombres y mujeres; específicamente a los hombres, esta fragmentación de la vida no les ha permitido implicarse en el cuidado (22), por lo menos de manera generalizada, tal como se observó, solamente algunos lo hacen, como en el caso de médicos y enfermeros, de ahí que esta relación con el cuidado pase desapercibida, pues en la medida que hace parte del sistema puede llegar al extremo de fragmentar, objetivar y mercantilizar al otro de la relación, de manera que, no se construye vínculo con él y se lo anula, ya que prima el interés por la enfermedad, su cura y el ocultamiento de la propia sensibilidad, así se participa menos en la existencia de ese otro (1-3, 26, 31-33).

Como muestra de lo anterior, se puede considerar que en ámbito empírico los estudios con hombres cuidadores de familiares mayores es limitada, pues de los 38 artículos seleccionados para problematizar el fenómeno, solamente cinco (dos de ellos del contexto brasileño y tres del español) dan cuenta de manera exclusiva de las experiencias vividas por hombres cuidadores de familiares mayores, de los que se puede resaltar los siguientes aspectos:

- Los esposos son quienes asumen este rol por obligación moral y evitar que los hijos lo hagan ya que sus proyectos de vida están por cumplirse.
- Los hijos que se convierten en cuidadores lo hacen por deseo personal, ya que no tienen pareja o hijos y en caso de tenerlos, reconocen que la parentalidad los dispuso al cuidado.
- Este rol les permite recuperar el afecto negado por el patriarcado, sin que afecte su masculinidad.
- Los hombres cuidadores aportan nuevos puntos de vista, maneras de hacer y dinámicas relacionales en los cuidados.
- Desarrollan menos acciones para mantener la salud y prevenir posibles enfermedades.

- Cuidar se puede convertir en una experiencia de sufrimiento y agotamiento con relación a los sentidos que los hombres les den a las pérdidas físicas, emocionales y sociales que tienden a ser comunes en este rol (34-39).

Por esto, las nuevas líneas de investigación se orientan a comprender cómo y por qué los hombres se convierten en cuidadores de personas mayores y qué efecto tiene en ellos el hecho de ser cuidadores (34, 38).

El cuidado propio de los cuidadores

En la introducción de este artículo se dejó esbozada la idea sobre una acción que favorece la disposición que se tiene para cuidar, a saber, el cuidado propio o autocuidado. Los autores que plantean esto, por un lado, argumentan que así se puede llegar a ser más reflexivo y atento frente a las necesidades de los demás; por el otro, que el cuidador está en un grupo social con mayor vulnerabilidad o fragilidad e indefensión, ya que se ha de brindar cuidados a sí mismo y al otro en un buen número de situaciones (40-45).

En el caso de los cuidadores de personas mayores, se considera su vulnerabilidad o fragilidad teniendo en cuenta que en algunos reportes de investigación se ha encontrado que:

- Deben emprender una serie de acciones para adaptarse al desempeño de dicha labor que antes no requerían mucha reflexión como ir al médico, compartir con allegados, tener momentos de ocio, entre otras (37, 46, 47).
- Tienden a postergar sus necesidades para mantener su salud física y mental, ya que el cuidado de las personas mayores requiere de una amplia dedicación de tiempo, así, acuden a los servicios de salud cuando los padecimientos con el pasar del tiempo se han hecho graves o han adquirido hábitos que generan efectos adversos a su salud, esto puede suponer que los cuidadores presenten padecimientos físicos como dolores musculares, adicciones al alcohol o cigarrillo y alimentación alta en azúcares y experimenten padecimientos psicológicos como tristeza, soledad, opresión subjetiva y disminución del valor de la propia persona (17, 25, 47-51).

Considerar esta serie de situaciones permite entender

de una manera más clara que, reconocer la experiencia presente es lo que autoriza a cada persona a decidir, según su juicio, cuál es la acción subsiguiente más adecuada, en esa medida se trata de la responsabilidad de proporcionarse una vida saludable a partir de los saberes que se adquieren a lo largo de toda la vida (2, 4, 26).

Esta posición respecto al cuidado propio favorece a que las personas forjen su subjetividad en un sentido ético-estético, esto en la medida que lleven a cabo acciones voluntarias para satisfacer las diferentes necesidades de las esferas humanas y lo reconozcan como una filosofía de vida y responsabilidad que depende de un momento y experiencia particular y de las relaciones familiares y sociales, pues esto da cuenta de un proceso dinámico en el que lo biológico, lo psíquico y lo social confluyen para poner en marcha o potenciar las capacidades que posee el individuo y de esta manera responder de manera equilibrada a las exigencias del medio (4, 43, 52-56). De esta manera, “el autocuidado [...] es el conjunto de actos médicos y no médicos que abarcan los controles de salud y las actividades físicas y recreativas, la vida social, el ocio y el tiempo libre” (5).

Lo anterior, permite considerar que la ideología y las competencias para cuidarse tienen una profunda relación con las características sociodemográficas de las personas (cultura de género, etnia, estrato socioeconómico, momento vital, costumbres, creencias, prácticas), el proceso de socialización y el nivel de autonomía frente a la vida (56). Lo que quiere decir que considerar el cuidado propio de los cuidadores –para el caso de esta investigación– tiene ciertas particularidades en tanto que se relaciona con el cuidado que le proveen a una persona mayor (43, 53, 56). Así, se tiene que entre las competencias personales asociadas con el cuidado que a sí mismo se provee el cuidador de personas mayores están: la resiliencia, creatividad, moralidad, autonomía, espiritualidad, introspección, regulación emocional y empatía (53).

Siguiendo los planteamientos de Da Silva, considerar el cuidado del cuidador en el ámbito conceptual y práctico, además, respeta cuatro factores: 1) el cuidador tiene una determinada constitución y dinámica cognitiva que le permiten reflexionar sobre su estado de salud y realizar acciones para su autocuidado; 2) los entornos físico y social le permiten construir a los individuos y colectivos argumentos y pautas de autocuidado; 3) se relaciona con el significado que cada persona le atribuye

a la salud; y, 4) tiene que ver con la capacidad que necesita el cuidador para poder cuidar de otra persona, ya que esto le permite participar en una experiencia ajena y captar la perspectiva y necesidades de la persona que cuida (53). Lo anterior, se podría entender como el hecho de cuidar-se, es decir, cuidar y cuidarse al tiempo.

Las investigaciones al respecto, han encontrado que entre los aspectos que subyacen a las acciones que los cuidadores emplean para cuidar-se, se relacionan las formas en cómo se llegó a asumir este rol, es decir, si fue una elección u obligación, lo que también va a repercutir en otros aspectos como la oferta de cuidados (17, 50, 57), y el apoyo social, pues recibirlo se va a convertir en una oportunidad para recuperar los roles sociales y la calidad de vida, en tanto esto les permite a los cuidadores tiempo de descanso, en ese sentido ejecutar actividades para el propio bienestar, lo que disminuye la experiencia de sobrecarga y demás repercusiones negativas para la salud que el desempeño de esta labor puede acarrear (25, 46). Mientras que no encontrarlo, puede suponer desánimo, falta de motivación, enfado, estrés e impaciencia en el desempeño de la labor, lo que puede propiciar que el cuidador padezca enfermedades crónicas, en ese sentido, se puede convertir en un agente generador de daño para la persona cuidada (16, 37, 46, 48, 51).

Otros cuidadores, por su parte, pueden realizar un duelo por aquello que pierden, lo que les permite encontrar ese tiempo de satisfacción en los cuidados brindados o equilibrar dicha labor con otras actividades como el trabajo y las actividades sociales y de ocio (16, 57).

Lo dicho hasta este punto permite considerar que el lugar que cada persona ocupa en las relaciones que establece con el otro –ser cuidador para este caso–, le permite aprehender determinados tipos de interacciones, dinámicas sociales, características y condiciones. Esto “supone interrogar la tan arraigada idea de asimetría y unidireccionalidad del cuidado y apunta a modelos de cuidado planteados desde el reconocimiento de la compleja interconexión entre autonomía, vulnerabilidad y dependencia en toda existencia humana” (43).

Es por lo anterior que se puede considerar que hay una relación estrecha entre cuidar y cuidarse, es decir, que las estrategias de autocuidado del cuidador de personas mayores tienen que ver con su labor, no se pueden

pensar aisladas de esta, ya que como plantea Da Silva, dichas estrategias son las que le permitirán al cuidador estar disponible a nivel emocional y psicológico al momento de brindar cuidados (53). Véase en la Tabla 1 las estrategias de autocuidado que se proponen para el cuidador de personas mayores.

Como se muestra en la Tabla 1, las opciones que los cuidadores tienen son variadas y en ocasiones puede que no sea sencillo llevarlas a cabo, pues debe calcular las acciones para cuidar de la persona mayor y de sí mismo, para que así evite la identificación con el egoísmo y comprenda que cuidar de sí mismo también es

una responsabilidad con los otros, ya que el fin de estas acciones es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y con ello, el hecho de cuidarse para cuidar (43, 56). Es por lo dicho que se vuelve a lo planteado por Da Silva:

Lamentablemente, son raras las situaciones en que los cuidadores logran hacer una buena gestión del cuidado, porque cuidar es, sin duda, bastante más complejo que todo lo que se pueda escribir en un papel, cuidar es un fenómeno emocional y mental que juega con millones de factores del entorno, y con factores asociados al cuidador, la persona mayor cuidada y a las vicisitudes de la enfermedad de esta última (54).

Tabla 1: Estrategias del de afrontamiento [autocuidado] para fortalecer la salud

Estrategia	Acción esperada
Gestión de tiempo	Jerarquizar AVD* y AIVD** y estipular el tiempo necesario para desarrollarlas
Ser congruente con la realidad	Tener presente la limitación del día, la destinación de tiempo a las AVD y AIVD
Poner límites	Distinguir actividades: 1) que la persona mayor puede y debe hacer solo; 2) en las que le gustaría apoyar y participar como cuidador; y 3) que únicamente puede y debe realizar como cuidador
Saber decir que NO	Aprender a decir que No de una forma clara, breve y amable
Promover autonomía	Promover y motivar verbalmente las actividades que la persona mayor puede realizar
Sentimientos negativos	Identificar fuente de tensión (la situación, dónde estaba, qué hacía y con quién estaba). Asimismo, los pensamientos, la velocidad de estos y aleatorización o no de estos
Tener perspectiva optimista	“Ser flexible en sus valores, no permitiendo que los pensamientos le hagan creer que sólo existe una forma de hacer las cosas”
Soluciones problemas con asertividad	Dialogar y llegar a acuerdos con los demás implicados en el cuidado respetando los derechos propios y ajenos y expresar y hacerse cargo de las propias necesidades, convicciones y los sentimientos
Comunicar y compartir	Mantenga el ritmo discursivo y la continuidad temática, formule frases sencillas, evite infantilizaciones e interrumpir lo que va a decir la persona mayor, en su lugar tenga paciencia permítale que se equivoque

Fuente: Elaborada por autor (53)

El cuidado propio de los hombres

Sirva esta idea como parte de la conclusión del anterior apartado e introducción del presente. Lo primero que se debe señalar es que los reportes de las investigaciones que se interesan por el cuidado propio de los cuidadores obedecen a estudios que se realizaron predominantemente con mujeres cuidadoras y de las investigaciones que trabajaron con mujeres y hombres, además de mantener la baja representatividad de estos últimos, no diferencian este hecho en los resultados (15, 18, 25, 37, 51, 58-60).

Por ello, se vuelve sobre el hallazgo que indica que los hombres desarrollan menos acciones para promover la

salud y prevenir posibles enfermedades (37) y sobre la relación que hay entre el cuidado propio y las características sociodemográficas de las personas (56), para ampliar, ahora, lo que se ha dicho sobre el cuidado propio de los hombres.

Desde los estudios relacionados con la cultura de género, también se considera que la relación que las personas tienen con el cuidado propio tiene que ver con el proceso de socialización que desde las diferentes instituciones sociales se les proponen, es decir, formas de relacionarse con sí mismos, el otro y el mundo, ya que a partir de estos las personas actúan de una manera determinada, se representan y valoran a sí mismas, tanto en las circunstancias de la vida individual como

colectiva (61-68).

Si se toma en cuenta la masculinidad, se encuentra que entre las formas tradicionales que se les proponen a los hombres para relacionarse, existen una serie de comportamientos, representaciones y valores que les traen consecuencias que llegan a ser contraproducentes para su salud, pues atentan contra su bienestar personal y social (56, 61, 62, 64, 66). Considérese aquí que los roles con los que las personas se representan la masculinidad están asociados, principalmente, con la temeridad y el descuido suicida (64), entre los cuales hay una profunda relación, pues los hombres se exponen a situaciones riesgosas, violentas, de resistencia y enfrentamiento, por ejemplo, para demostrar su hombría.

Así, desde estos discursos de género, no son propios de lo masculino: el autocuidado, la salud, la afectividad, entre otros, una razón para esto es que cualquier atención al cuerpo se considera como debilidad y fragilidad, asociadas estas con lo femenino, lo que da cuenta de un sistema de género que “se basa en conjuntos de categorías binarias opuestas” (65, 68).

Desde estas propuestas se está ante “la introyección o no de un no ‘cuidado de sí’ en su cotidianidad” (64), que podría traer consecuencias negativas como la erosión paulatina o definitiva de la estructura corporal, siguiendo a Figueroa y a Bonino, se puede decir, entonces, que el varón se convierte en un peligro para sí mismo y para el otro, relacionado esto con un patrón de violencia real y simbólica que deviene de tradiciones hegemónicas, en especial si se piensa la masculinidad ejercida por niños, adolescentes y jóvenes (61, 64). Cuando se habla de hombres maduros o mayores habrá que considerarse una mayor tendencia al cuidado propio, lo que quizá, pueda relacionarse con: 1) el cese de la presión externa para cumplir con un estereotipo de posibilidades, exigencias y límites respecto a su ser y a su posición frente al otro; 2) las secuelas por el modelo de masculinidad ejercido; o 3) las huellas de la socialización con las mujeres (63).

Otro aspecto a tener en cuenta en esta tendencia, al cuidado que los hombres tienen con sí mismos, es que en medio de estos discursos tradicionales surgió una nueva tendencia en hombres que se cuidan en lo físico, estético o en su salud que se denominó como metrosexual (69), lo que no solamente favoreció unos comportamientos, sino que también dio cuenta de un nue-

vo modelo de masculinidad, así se incorporaron como rasgos identitarios la vanidad, el consumo estético, el cuidado de los hijos, la afectividad, entre otros (65, 67). Luego de esta, rápidamente surgió un nuevo hombre, llamado *übersexual* que vendría a significar hombre nuevo –más grande, mejor– que supera al antiguo, así un modelo de masculinidad distinta, superior, que si bien aprovechó su parte femenina no llegó al extremo del metrosexual, pues era un consumista selectivo y el afán de cuidar su cuerpo no le impidió dedicarse a causas solidarias (67, 70).

Lo dicho refleja que, las tradiciones hegemónicas se han vuelto insuficientes para comprender las formas en las que los hombres y las mujeres se relacionan en la contemporaneidad tanto consigo mismos, como con el otro y el mundo, pues se presenta la imposibilidad de definir la masculinidad o la femineidad a partir de categorías y roles restringidos y opuestos (3, 63, 67- 69).

Asimismo, revela que los cambios en la forma en la que algunos hombres ejercen su masculinidad trascienden el transcurrir por los diferentes momentos vitales, pues en la medida que es una construcción social, no puede haber un acercamiento a su comprensión al margen de la historia social, cultural, política, económica de una sociedad, así como tampoco de la historia vital de cada hombre (62-64). Así las cosas, es pertinente reconocer lo que algunos autores proponen: la existencia de masculinidades (62, 64-67, 69, 71-74).

Ahora bien, atendiendo a ese llamado de comprensión y teniendo presente el transcurrir histórico-social, se recurre a Faur, pues menciona que en Latinoamérica los cambios que se vienen dando desde final del Siglo XX en las masculinidades, están relacionados con la participación de las mujeres en la vida social (63). Asimismo, se resalta la inclusión de los hombres en la salud sexual y reproductiva, pues esta permitió modificar la perspectiva preventiva y curativa y paulatinamente dio lugar a pensar temas de salud biológica y mental (69, 72-74). Al respecto se dijo:

Se hace necesario favorecer la participación del hombre en forma efectiva, a través de estrategias que lo ayuden a reconocer sus necesidades, a hablar de sí mismo, a analizar las transgresiones de normas y formas de vida, así como a propiciar el autocuidado de su cuerpo, olvidando estereotipos que lo someten a riesgos innecesarios (66).

Así mismo, si se atiende a la historia-personal, es pertinente considerar que cada hombre tiene la oportunidad de construir, desde su individualidad, nuevos referentes e inventar formas dignas de vivir para así revitalizar su participación en el espacio social, por ejemplo, apropiándose del discurso que promueve el cuidado propio y del otro, porque les genera placer cuidar del cuerpo, y así: 1) resignificar el vínculo con el propio cuerpo; 2) su lugar en el ser persona; y 3) cuestionar los aprendizajes tradicionales de género, pues como se ha visto el descuido o abuso del cuerpo pueden tener consecuencias peligrosas para el bienestar biopsicosocial de los hombres (64, 67).

Lo dicho, revela que las características de la personalidad de cada hombre son fundamentales al momento de considerar las transformaciones en el ejercicio de la masculinidad (63, 64, 71), pues los roles esperables de los hombres (que obedecen a la esfera pública o mundo racional) se inscriben de una manera particular en cada hombre (en la esfera personal o mundo afectivo), esto quiere decir, que si bien los hombres adoptan para sí gran parte de los roles que desde las tradiciones hegemónicas se promueven, como lo expresa Faur “no existen en los hombres de carne y hueso tipos “puros” de masculinidad” (63). Por lo anterior, no son equivalentes las masculinidades de hombres que se desempeñan en labores diferentes e incluso en la misma labor, así como tampoco las de los hombres de las diferentes sociedades y culturas, pues los acuerdos sexo/género no son idénticos (63).

Conclusiones

Luego de haber presentado los hallazgos y construcciones que se han logrado sobre el cuidado que los hombres proveen a otros y así mismos, se destacan los siguientes argumentos:

- Las transformaciones en las formas como las mujeres empezaron a relacionarse con el contexto social, pues estas no solamente han tenido incidencias individuales, también han impactado el colectivo familiar, en la medida que han impulsado la am-

pliación de las figuras que pueden proveer cuidado, así, parece ser que han contribuido a no continuar perpetuando ese desconocimiento de los hombres como seres-de-cuidados, que principalmente se ha dado en la contemporaneidad.

- La participación de los hombres en el cuidado a lo largo de la historia, ya que, si bien es una acción universal y cotidiana, se considera la necesidad de comprender cómo cuidan los hombres en la actualidad, pues como se vio en dicho recorrido estas formas han cambiado significativamente y aunque hoy se puede hablar del cuidado por parte de los hombres, debido a que médicos y enfermeros lo proveen, se han iniciado a gestar otras formas.
- La importancia de comprender estas formas de cuidar también tiene que ver con los efectos que este quehacer pueda tener sobre el bienestar de los cuidadores, pues hasta ahora, algunos autores han reportado los perjuicios que ha traído para las mujeres cuidadoras, mientras que otros, los beneficios que los hombres cuidadores han aportado. Así, se abre la pregunta por el cuidado propio de los hombres cuidadores de familiares mayores.
- La pertinencia de esta pregunta no solamente tiene que ver con el rol como potenciales cuidadores, pues como se pudo ver, en los últimos tiempos desde las construcciones sociales también se ha sustraído a los hombres del cuidado que a sí mismos se pueden proveer, cuando esta es una gestión personal determinada por la construcción que cada hombre va realizando en función lo que va viviendo en el transcurrir de su vida.

Conflicto de intereses: La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos: Agradezco de manera especial al mi asesor de trabajo de grado, Dagoberto Barrera Valencia, por sus apreciaciones sobre mi producción académica; y a quién fue mi maestra, Clara Stella García Quintero, por su disposición para revisar este manuscrito.

Referencias bibliográficas

1. Collière M-F. Promover la vida. México D. F.: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2009.

2. Torralba F. Antropología del cuidar. Barcelona: Institut Borja de Bioètica -Fundació Mapfre Medicina; 1998.
3. Camps V. Tiempos de cuidados. Otras formas de estar en el mundo. Barcelona: Arpa & Alfil Editores, S. L.; 2021.
4. Escobar MP, Franco ZR, Duque JA. El autocuidado: un compromiso de la formación integral en educación superior. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2011; 16(2): 132-146. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126696010>
5. Lehner M, Ponce M. El autocuidado de la salud. En Comp. Finding L, Lopez E. Cuidados y familias. Los senderos de la solidaridad intergeneracional. Buenos Aires: Editorial Teseo; 2018. p.113-132.
6. Martín MT, Muñoz JM. Interdependencias una aproximación al mundo familiar del cuidado. *Argumentos*. 2018; (18): 112-137. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1382/1269>
7. Cubillos JC, Matamoros M, Perea SA. Boletines Poblacionales 1: Personas Adultas Mayores de 60 años. 2020. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-envejecimiento.pdf>
8. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. Censo general 2005. República de Colombia. Población mayor. 2005. https://www.dane.gov.co/files/censos/presentaciones/poblacion_adulto_mayor.pdf
9. Departamento Nacional de Planeación [DPN]. Observatorio de políticas de familias. (Boletín No. 6). 2015. https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Boletines/bolet%C3%ADn-no-6_vf.pdf
10. Aguinaga C, Tellez A. El envejecimiento desde la psicología: problemas y abordajes locales. En Coord. Iuliano R. Vejez y envejecimiento: Aportes para la investigación y la intervención con adultos mayores desde las ciencias sociales, la psicología y la educación. La Plata: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; 2019; 64-129. <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.1008/pm.1008.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ediciones de la OMS. 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf
12. Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD]. Sala situacional de la Población Adulta Mayor. 2019. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacional-poblacion-adulta-mayor.pdf>
13. Camps V. El valor del cuidado. En Dir y Coord. Causapié P, López-Cerón, AB, Porras M, Mateo A. Envejecimiento activo. Libro blanco. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2011. p. 633-678. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-libroblancoenvejecimientoactivo-01.pdf>
14. Fernández-Ballesteros R. Limitaciones y posibilidad de la edad. En Dir y Coord. Causapié P, López-Cerón, AB, Porras M, Mateo A. Envejecimiento activo. Libro blanco. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2011. p. 105-148. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-libroblancoenvejecimientoactivo-01.pdf>
15. Enríquez R. Feminización y colectivización del cuidado a la vejez en México. *Cadernos de Pesquisa*. 2014; 44(152): 378-399. <http://dx.doi.org/10.1590/198053142873>
16. da Silva J, Silva R. O significado de cuidar de uma idosa dependente após o acidente vascular cerebral. *Avances en enfermería*. 2017; 35(2): 206-217. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.61443>
17. Dudová R. Caring for Elderly Parents: A New Commitment of the Third Age, *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*. 2015; 51(6): 903-928. <http://dx.doi.org/10.13060/00380288.2015.51.6.223>
18. Albertini M, Semprebon M. Caring for elderly parents: Perceived filial obligations among Maghrebine immigrants in Italy. *Ethnicities*. 2020; 20(6): 1117-1143. <https://doi-org.ezproxy.uniminuto.edu/10.1177/1468796820932583>
19. Casado-Mejía R, Ruiz-Arias E. Factors influencing family care by immigrant women in Spain: a qualitative study. *Invest. Educ. Enferm*. 2016; 34(3): 551-563. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n3a15>
20. Kim E. End-of-life care experiences among Korean social workers in elderly long-term care facilities. *Educational Gerontology*. 2018; 44(10): 662-671. <https://doi.org/10.1080/03601277.2018.1526451>

21. Pena N. El cuidado de adultos mayores en Paraguay: estrategias colectivas y circulación de cuidados en familias transnacionales. *ELAP - Revista Latinoamericana de Población*. 2020; 14(27): 5-40. <http://doi.org/10.31406/relap2020.v14.i2.n27.1>
22. Carrasco C, Borderías C, Torns T. Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. En Eds. Carrasco C, Borderías C, Torns T. *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Los Libros de la Catarata; 2011. p. 13-95. https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Economia_critica/El-trabajo-de-cuidados_introduccion.pdf
23. Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD] & Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación [COLCIENCIAS]. *SABE Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento*. 2015. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>
24. De la Cuesta C. *Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004.
25. Díaz VE, Preciado AM, Correa GM. El cuidado de enfermos con demencia: la experiencia de familiares cuidadores en Santa Rosa de Osos, Colombia. *Revista De Psicología Universidad De Antioquia*. 2020; 12(1): 47-69. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.v12n1a03>
26. Boff L. *El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la tierra*. Madrid: Editorial Trotta, S.A.; 2002.
27. Achury DM. La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2006; 8(1-2): 8-15. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145220734002>
28. Vásquez M, González T, Ramos E, Vargas G. Evolución del cuidado desde una práctica ancestral hasta ser la esencia del profesional de enfermería. *Duazary*. 2006; 3(1): 76-80. <https://doi.org/10.21676/2389783X.610>
29. Badinter E. *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós; 1981.
30. Velásquez-Vergara SM, Arroyave-Álvarez EO, Cacante-Caballero JV. El rol de los hombres en enfermería: una revisión histórica-narrativa. *CES Enfermería*. 2021; 2(1): 21-34. <https://doi.org/10.21615/cesenferm.2.1.2>
31. Carrasco C. La economía feminista. Un recorrido a través del concepto de reproducción. *Ekonomiaz*. 2017; (91): 52-77. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6038693>
32. De la Cuesta C. El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2007; 25(1): 106-112. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215404012>
33. De la Cuesta C. El cuidado familiar: una revisión crítica. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2009; 27(1): 96-102. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105213198010>
34. Aguilar-Cunill C, Soronellas-Masdeu M, Alonso-Rey N. El cuidado desde el género y el parentesco. Maridos e hijos cuidadores de adultos dependientes. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*. 2017; 22(2): 82-98. <https://www.raco.cat/index.php/QuadernseICA/article/view/333117/423971>
35. Batista E. Experiências vividas pelo cônjuge cuidador da esposa em tratamento psiquiátrico. *Fractal: Revista de Psicologia*. 2020; 32(1): 31-39. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922020000100031
36. Costa TE, de Souza ÍP, Santos LF, Bellato R, de Lima J. Potential caregiving practices in a chronic situation of Alzheimer's: scenes of the care provided by the male spouse. *REME - Rev Min Enferm*. 2016; 20(e946): 1-8. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160028>
37. Dias SR, Barbosa EA. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta Hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(6): 979-986. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670617>
38. Bodoque Y, Roca M, Comas-D' Argemir D. Hombres en trabajos remunerados de cuidado: género, identidad laboral y cultura de trabajo. *Revista Andaluza de Antropología*. 2016; 11: 67-91. <http://dx.doi.org/10.12795/RAA.2016.11.04>
39. Rodríguez JA, Samper T, Marin S, Sigalat E, Moreno AE. Hombres cuidadores informales en la ciudad Va-

- lencia. Una experiencia de reciprocidad. OBETS. Revista de Ciencias Sociales. 2018; 13(2): 645-670. <http://dx.doi.org/10.14198/OBETS2018.13.2.08>
40. Hermanas Hospitalarias. Las relaciones del cuidado una aportación desde la ética (Circular nº 3). 2011. https://www.hospitalarias.es/wp-content/uploads/2016/05/CIRCULAR_3-2013_cuidados.pdf
 41. Larbán J. Ser cuidador; el ejercicio de cuidar. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. 2010; 50: 55-99. <https://www.seypyna.com/documentos/articulos/ser-cuidador-ejercicio-cuidar.pdf>
 42. Marco F, Rodríguez C. Pasos hacia un marco conceptual sobre el cuidado. En Coords. Montañó S, Calderón C. El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo. Santiago de Chile: Cuadernos de la CEPAL; 2010. p. 93-114. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27845/1/S2010994_es.pdf
 43. Martín MT, Muñoz JM. Interdependencias una aproximación al mundo familiar del cuidado. Argumentos. 2015; (18): 112-137. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1382/1269>
 44. Molina ME. La ética en el arte de cuidar. Investigación y educación en enfermería. 2002; 20(2):118-130. <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105217997011.pdf>
 45. Torralba F. Esencia del cuidar. Siete tesis. Sal terrae: Revista de teología pastoral. 2005; 93(1095): 885-894. <https://www.sanitarioscristianos.com/documentos/339.pdf>
 46. Comelin AP. ¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes? Íconos. Revista de Ciencias Sociales. 2014; (50): 111-127. <https://doi.org/10.17141/iconos.50.2014.1432>
 47. Ribeiro BF, Oliveira SG, Tristão FSA, do Santos-Júnior JRG, Farias TA. Práticas de si de cuidadores familiares na atenção domicilia. Rev Cuid. 2017; 8(3): 1809-1825. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.429>
 48. Funk L, Hounslow W. How do daughters interpret care as a public issue? Exploring identity, emotion and discourse in the narratives of activist-inclined carers of older parents. Community, Work & Family. 2021; 24(4): 455-470. <https://doi.org/10.1080/13668803.2019.1681939>
 49. Guedes H, Bastos AE. Demência, familiares cuidadores e serviços de saúde: o cuidado de si e do outro. Ciência & Saúde Coletiva. 2019; 24(4): 1381-1392. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018244.01212019>
 50. Martínez M, De la Cuesta C. La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de la salud de familiares dependientes. Atención primaria. 2016; 48(2): 77-84. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.006>
 51. Oliveira D, Zarit SH, Orrell M. Health-Promoting Self-Care in Family Caregivers of People With Dementia: The Views of Multiple Stakeholders. Gerontologist. 2019; 59(5): e501–e511. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz029>
 52. Cancio-Bello C, Lorenzo A, Alarcó G. Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. Informes Psicológicos. 2020; 20(2): 119-138. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>
 53. Da Silva CY. Autocuidado. En Da Silva CY. Ser cuidador: estrategias para el cuidado del adulto mayor. Ciudad de México: Manual Moderno; 2019. s. p.
 54. Escudero JA. «Ser y tiempo»: ¿una ética del cuidado? Aurora, 2012; (13): 74-79. <https://raco.cat/index.php/Aurora/article/view/268648>
 55. Labiano M. Introducción a la psicología de la salud. En Coord. Oblitas, La Psicología de la salud y calidad de vida. México D. F.: CengageLearning Editores; 2017. p. 3-21. https://issuu.com/cengagelatam/docs/oblitas_issuu
 56. Uribe TM. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Investigación y educación en enfermería. 2013; 17(2): 109-118. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/16870>
 57. Aldana-González G, García-Gómez L. La experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica. Aquichan. 2012; 11(2): 158-172. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1898/2474>
 58. Wennerberg MMT, Lundgren SM, Eriksson M, Danielson E. Me and You in Caregivinghood – Dyadic resistance resources and deficits out of the informal caregiver’s perspective. Aging & Mental Health. 2019; 23(8):

- 1041-1048. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1471582>
59. Lee H, Lee J, Lee J-E. Bereaved Families' Experiences of End-of-Life Care at Home for Older Adults with Non-Cancer in South Korea. *Journal of Community Health Nursing*. 2019; 36(1): 42-53. <http://dx.doi.org/10.1080/07370016.2018.1554768>
60. Ramírez-Pereira M, Aguilera R, Salgado C, San Martín C, Segura C. Seniors caring for seniors: their perception from a comprehensive point of view. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2018; 7(2): 96-108. <https://doi.org/10.22235/ech.v7i2.1653>
61. Bonino L. Masculinidad, salud y sistema sanitario –el caso de la violencia masculina–. En Comps. Ruiz-Jarabo C, Blanco Prieto P. *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección: cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*. Madrid: Díaz de Santos Editores; 2004. p. 71-82. <https://silo.tips/download/masculinidad-salud-y-sistema-sanitario-el-caso-de-la-violencia-masculina-luis-bo>
62. de Keijzer, B. Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuero y salud masculina. En Coords. Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallenás S. *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p.137-152. http://iessdeh.org/usuario/ftp/La_Salud_como_Derecho_Ciudadano.pdf
63. Faur E. *Masculinidades y desarrollo social. Las relaciones de género desde la perspectiva de los hombres*. Bogotá: Unicef Colombia; 2004. <https://www.unicef.org/colombia/media/2376/file/Masculinidades%20y%20Desarrollo%20Social.pdf>
64. Figueroa JG. El derecho a la salud en la experiencia de los varones: ¿un concepto ambivalente en los modelos de masculinidad vigentes? *COEDUCANDO*. 2007; (1): 77-97. <http://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/adolescentes/0087.pdf>
65. García LF. *Nuevas masculinidades: discursos y prácticas de resistencia al patriarcado*. Quito: FLACSO Ecuador; 2015. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55344.pdf>
66. Hardy E, Jiménez AL. *Masculinidad y Género*. *Revista Cubana Salud Pública*. 2001; 27(2): 77-88. <https://www.redalyc.org/pdf/214/21427201.pdf>
67. Heredero O, García J. El hombre metrosexual como Narciso contemporáneo: el papel del discurso publicitario actual en la construcción de la masculinidad. *Documentación de las Ciencias de la Información*. 2015; 38: 245-246. http://dx.doi.org/10.5209/rev_DCIN.2015.v38.50818
68. Marqués J-V. Varón y patriarcado. En Eds. Valdés T, Olavarría J. *Masculinidad/es. poder y crisis* Santiago de Chile: Isis internacional; 1997. p. 17-30. <https://joseolavarria.cl/wp-content/uploads/downloads/2014/08/Masculinidad-poder-y-crisis-Valdes-y-Olavarría.pdf>
69. de Keijzer B. “Sé que debo parar, pero no sé cómo”: Abordajes teóricos en torno a los hombres, la salud y el cambio. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*. 2016; (22): 278-300. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.12.a>
70. Rey J. Los «metrosexuales» y «übersexuales» como artefactos publicitarios. *Grupo Comunicar*. 2006; 27: 19-27. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15802704>
71. Araujo K, Rogers F. El hombre: ¿existe? En Eds. Olavarría J, Parrini R. *Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia*. Primer Encuentro de Estudios de Masculinidad. Santiago de Chile: FLACSO-Chile; 2000. p. 59-68. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/43933.pdf>
72. Gutmann M, Viveros M. *Masculinidades en América Latina*. En Coords. Aguilar Ma. Reid A. *Tratado de psicología social. Perspectivas socioculturales*. Barcelona: Anthropos Editorial; 2007. p. 120-139. https://www.researchgate.net/publication/316538183_Masculinities_in_Latin_America
73. Viveros M. Los estudios sobre lo masculino en América Latina. Una producción teórica emergente. *Nómadas*. 1997; (6). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105118999005>
74. Viveros M. Teorías feministas y estudios sobre varones y masculinidades. Dilemas y desafíos recientes. *La manzana de la discordia*. 2007; 2(4): 25- 36. <https://www.researchgate.net/publication/277158084>