

# Estrategias de afrontamiento emocional en personas que padecen dolor crónico no oncológico y en quienes las cuidan

*Emotional coping strategies in people with chronic non-cancer pain and their caregivers*

**Isabel BECERRIL VIERA**

Universidad de Salamanca, España

[isa97bevi@gmail.com](mailto:isa97bevi@gmail.com)

**Jesús RIVERA NAVARRO**

Universidad de Salamanca, España

[jrivera@usal.es](mailto:jrivera@usal.es)

BIBLID [ISSN 2174-6753, Vol.22(3): v2203]

Artículo ubicado en: [encrucijadas.org](http://encrucijadas.org)

Fecha de recepción: 22 de octubre de 2021 || Fecha de aceptación: 29 de septiembre de 2022

## Resumen

El dolor crónico no oncológico (DCNO) es un problema de salud bastante extendido que transforma la rutina diaria de quienes lo padecen y de quienes les rodean. Este estudio busca conocer la influencia del padecimiento de DCNO en la calidad de vida del enfermo/a y de su cuidador/a principal en el entorno familiar. Se ha aplicado un diseño metodológico cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas a personas que padecen DCNO (n=9) y a cuidadores/as principales del entorno familiar de personas con este problema de salud (n=8). Los resultados han mostrado que la situación de dolor-cuidado influye negativamente en la calidad de vida de las personas que padecen esta condición y de quienes las cuidan. El apoyo del cuidador/a principal es esencial para el afrontamiento de la situación, pero conlleva un impacto negativo en la salud de las personas, en especial en las mujeres, que ejercen las tareas de cuidados.

**Palabras clave:** dolor crónico no oncológico, impacto de género, cuidador/a principal, estrategias de afrontamiento, calidad de vida.

## Abstract

Chronic non-cancer pain (CNCP) is a fairly widespread health problem that transforms the daily routine of those who suffer from it and those around them. This study seeks to know the influence of the suffering of CNCP on the quality of life of the patient and his/her main caregiver in the family environment. A qualitative methodological design is applied through semi-structured interviews to people who suffer from CNCP (n = 9) and to main caregivers of the family environment of people with this health problem (n = 8). The results show that the pain-care situation negatively influences the quality of life of the people who suffer and those who care for them. The support of the main caregiver is essential for coping with the situation, but it has a negative impact on the health of people, especially women, who perform care tasks.

**Keywords:** chronic non-cancer pain, gender impact, main caregiver, coping strategies, quality of life.

## Destacados

- Las personas que padecen DCNO deciden adoptar estrategias de afrontamiento emocionales más o menos adaptativas, que en última instancia tienen unas consecuencias en el entorno familiar y, de forma más específica, en las mujeres que adoptan el rol de cuidadoras.
- Las personas con DCNO implementaron estrategias emocionales para hacer frente a la situación, basadas principalmente en la asimilación, la frustración o la evitación.
- Como resultado de la situación-dolor, las personas que ejercían el rol de cuidadoras principales adoptaron distintas estrategias emocionales, basadas principalmente en afrontar la situación cara a cara o en la evitación de la misma.

## Cómo citar

Becerril Viera, Isabel y Jesús Rivera Navarro (2022). Estrategias de afrontamiento emocional en personas que padecen dolor crónico no oncológico y en quienes las cuidan. *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 22(3), v2203.

## 1. Introducción

### 1.1. Contextualización del problema

El padecimiento de dolencias crónicas, caracterizadas por su larga duración y su progresión lenta, son problemas de salud que están a la orden del día. La razón de estas puede ser, entre otras, enfermedades crónicas, entre las que se encuentran las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, que son las principales causas de mortalidad en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). La OMS calculó que, en España, en 2016, el 91% de todas las muertes habían sido causadas por enfermedades crónicas (OMS, 2018). El dolor crónico, síntoma presente en muchas enfermedades crónicas, es aquel que dura más de seis meses o que persiste más allá del tiempo esperado para la cicatrización de tejidos o la resolución de la enfermedad subyacente (Merskey, 1986). Es en este tipo de dolor donde se centra el presente estudio, concretamente, en el dolor crónico no oncológico (DCNO)<sup>1</sup>. Además, cabe puntualizar que el dolor es tratado como un problema en sí mismo (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia [SEMG], 2017).

El dolor crónico comienza a ser objeto de estudio de muchas investigaciones y de forma interdisciplinaria (Ortega-Jiménez et al., 2020). Se trata de un problema de salud que alcanza aproximadamente al 20% de la población española (Palacios et al., 2011), que puede suponer una transformación en la calidad de vida.

Sin embargo, Londoño et al. (2005) apuntan a que el padecimiento de dolor crónico no solo merma la calidad de vida de la persona que lo sufre, sino también la de las personas de su entorno; en concreto, del entorno familiar. Los dolores crónicos pueden producir cambios en los estilos de vida, ya que las prácticas diarias, sus hábitos, pueden empeorar las dolencias crónicas o aminorarlas. Atendiendo a este hecho, cabe resaltar que, cuando se diagnostica dolor crónico, la familia es el principal vínculo que tiene la persona afectada para modificar, mantener o eliminar costumbres dañinas o establecer nuevas (González y Reyes, 2012).

En los países mediterráneos, existe una tradición familista, que otorga a la familia el papel de garantizar o de cargar con la responsabilidad, en palabras de Esping-Andersen (2000), del bienestar para con el individuo<sup>2</sup>. De forma específica, cabe destacar que la influencia del padecimiento de dolor crónico en el entorno familiar no es el mismo para la persona que ejerce de cuidador o cuidadora principal que para el resto de la familia (Amaya-Ropero y Carrillo-González, 2015).

---

<sup>1</sup> Resulta crucial delimitar el objeto de estudio de esta forma (DCNO), de modo que resulte operativo en el acercamiento al fenómeno de estudio, así como en la rigurosidad en los hallazgos.

<sup>2</sup> Sin embargo, cabe la matización de que, en los últimos años, el mercado de cuidados ha aumentado a través de la incorporación a este ámbito de cuidadoras "formales" migradas (Casado-Mejía et al., 2009; Rivera et al., 2019).

Existe gran variedad de estudios, como el de González y Reyes (2012), que concluyen que el entorno familiar supone la principal fuente de apoyo en el asistimiento de las personas que padecen dolor crónico, siendo un actor clave a la hora de adoptar unas u otras estrategias de afrontamiento. Sin embargo, no se profundiza sobre sus implicaciones a nivel social y sanitario. Por tanto, el objetivo de este estudio es conocer las experiencias de padecer DCNO y su influencia en la calidad de vida, tanto de la persona enferma como de su cuidador/a principal en el contexto del entorno familiar.

## **1.2. El papel del/la cuidador/a principal en la experiencia de padecimiento en personas con DCNO y sus consecuencias sobre la calidad de vida**

El marco conceptual en el que se basa este estudio tiene relación con la noción del dolor como un problema de Salud Pública con importantes repercusiones sociales y económicas (Londoño et al., 2005). Hay muchas clasificaciones del dolor, pero atendiendo a su intensidad, este puede ser agudo o crónico (Boddice, 2017).

Desde una mirada sociológica, siguiendo a Melzack y Casey (1968), se plantea el análisis del dolor como una experiencia tridimensional: sensorial, afectiva y cognitiva. Esto implica tener en cuenta cómo el individuo experimenta su propio dolor, considerando los significados tanto personales como socioculturales (Biedma et al., 2019). En palabras de la International Association for the Study of Pain (IASP), se toma el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o parecida a la asociada con, el daño tisular real o potencial" (Raja et al., 2020:1976).

Por cuidado informal, se entiende la asistencia, tanto física como sentimental, no retribuida a las personas, en este caso, con DCNO (García-Calvente et al., 2004). Estos cuidados suelen ser dispensados por familiares (García-Calvente et al., 2011) de forma voluntaria (Rogero-García, 2009), en el sentido en el que se proveen los cuidados sin mediación de una organización y sin existencia de remuneración. No obstante, cabe matizar que, si bien todos los miembros del sistema familiar se ven afectados por el hecho de que uno de los miembros de su núcleo familiar padezca DCNO, la afectación recae, en mayor medida, en la persona que sustenta el rol de cuidador/a principal (Vega, 1993).

Sustentar el rol de cuidador/a principal supone aplicar unas determinadas estrategias para afrontar la situación de dolor-cuidado. Las estrategias de afrontamiento más eficaces son las que desvían la atención del dolor al fortalecimiento de las relaciones sociales y a actividades como la relajación. Además, Dysvik et al. (2005), con respecto al dolor crónico, afirma que las estrategias centradas en el problema deberían presumiblemente reducir el estrés y resultar en un mayor bienestar en situaciones que son susceptibles de cambio, mientras que las estrategias centradas en las emociones deberían dar un resultado más positivo en situaciones consideradas inmutables (Dysvik et al., 2005).

Por lo tanto, en el entorno familiar, es la mujer, fundamentalmente, la que se encarga del cuidado asumiendo el papel de cuidadora principal (Pérez-Cruz et al., 2017). Es decir, el modelo de cuidados predominante en nuestra sociedad responde a los roles tradicionales de género (Zamarripa et al., 2017), siendo las mujeres las encargadas del mismo, independientemente de sus responsabilidades domésticas, familiares, personales y laborales. Durán (2018) propone la categoría de *cuidatoriado*, una etiqueta que hace las veces de clase social que, con perspectiva de género, visibiliza la realidad de las mujeres que ejercen cuidados informales, una práctica protagonizada por el riesgo de pobreza y la ausencia de protección social.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017 (INE, 2017), casi un 13% de las mujeres se encargan de los cuidados informales en los hogares españoles, frente al casi 9,5% de los hombres. En adición, son las mujeres las que dedican más de 20 horas a la semana a estas tareas de cuidados (casi el 50%), frente al 38% de los hombres. Además, cabe resaltar que, al tratarse de una actividad muy feminizada, la sociedad le otorga un reconocimiento escaso (García-Calvente et al., 2011).

Los efectos del cuidado se pueden analizar desde el modelo teórico del estrés (*Coping model*). La atención a las personas con DCNO supone con frecuencia una notable fuente de estrés que afecta de manera importante a la vida de la persona cuidadora (Pérez-Cruz et al., 2017), pudiendo generar carga o *burden*, concepto que indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado (Zambrano y Ceballos, 2007). En concreto, Lazarus y Folkman (1984) proponen el fenómeno del estrés como un proceso o experiencia emocional. De este modo, este es percibido como una interacción en la que los acontecimientos externos serán percibidos como amenazantes o no, en función de la respuesta cognitiva de la persona.

## **2. Metodología**

### **2.1. Técnicas de investigación**

La naturaleza del fenómeno de investigación invita a que el diseño metodológico se base en la metodología cualitativa, con el objeto de comprender las prácticas y actitudes de las personas que padecen DCNO y de sus cuidadores/as principales hacia la situación de cuidados derivada del padecimiento de DCNO. El universo de la investigación es la población española y el trabajo de campo se realizó entre febrero y mayo de 2021.

La herramienta utilizada fue la entrevista semiestructurada, como medio para comprender la experiencia del padecimiento (Amezcuza y Gálvez, 2002) de DCNO, tanto de las propias personas enfermas como de quienes cuidan. Para ello, se diseñó un guion para el perfil de persona con DCNO y otro guion para el/la cuidador/a principal que compartían dimensiones a analizar: trayectoria clínica, su rutina diaria, las estrategias

de adaptación frente al dolor, los distintos apoyos sociales con los que contaban, así como preguntas referentes a la perspectiva de futuro y otras cuestiones más exploratorias.

## **2.2. Selección de la “muestra”**

En relación a los perfiles, se planteó, por un lado, uno concreto para las personas que padecen DCNO; y por el otro, a personas adaptadas al rol de cuidador/a principal de personas que padezcan DCNO. Este acercamiento dual permitió conocer las dimensiones del apoyo, tanto percibido como proporcionado.

Debido a la teoría de análisis utilizada, no hubo un tamaño muestral previamente definido, sin embargo, se realizaron 17 entrevistas, 9 entrevistas a personas con DCNO (Tabla 1) y 8 a cuidadores/as principales (Tabla 2).

Para elegir el perfil de las personas entrevistadas, se estableció un binomio en el que, por cada persona con DCNO entrevistada con unas características concretas, se entrevistó a un/a cuidador/a que atendiese a alguien con características similares (aunque finalmente se realizó una entrevista adicional a una persona con DCNO). Las características que definieron el perfil fueron los factores asociados al DCNO (discapacidad reconocida o problema de salud asociado al dolor), buscando que fuesen siempre similares; es decir, que en el caso de que no se pudiera entrevistar al/la cuidador/a correspondiente a la persona con DCNO, se entrevistara a un/a cuidador/a que atendiera a una persona con un perfil similar a la persona con DCNO entrevistada, bajo la premisa de que, bajo estas características similares, los cuidados dispensados serían similares y, por tanto, sus consecuencias también serían comparables. Cuando las entrevistas se realizaron a dos personas de un mismo núcleo familiar, estas se llevaron a cabo en el mismo día y por separado, evitando así que se “contaminasen” las respuestas con los comentarios de la otra persona entrevistada.

La fuente de captación utilizada fue la contactación con informantes clave que hicieron de mediadores entre quien investiga y la persona que sería entrevistada, introduciendo y presentando al investigador (Hammersley y Atkinson, 1994). En este caso, fue crucial, puesto que, al haber sido las personas entrevistadas captadas por personas de confianza, se identifica a quien investiga con dicho “captador” de confianza. Se utilizó, además, el principio de saturación teórica, es decir, el límite que indica cuándo finaliza el muestreo o, en otras palabras, cuando nuevas entrevistas no añaden nada nuevo a lo ya conocido en las mismas.

**Tabla 1. Cuadro-resumen de las personas con DCNO entrevistadas y su perfil sociodemográfico.**

	<i>Causa del dolor</i>	<i>Edad</i>	<i>Situación Laboral</i>	<i>Hábitat de Residencia</i>	<i>Discapacidad</i>	<i>Tiempo de padecimiento</i>	<i>Apoyo principal</i>
Hombre con dolor 1	Hernia discal	57	Pensionista	Urbano	Total	17 años	Su esposa
Hombre con dolor 2	Linfangioma	32	Desempleado	Urbano	37%	De nacimiento	Su pareja
Mujer con dolor 1	Hernias discales	41	Operaria de fábrica	Rural	No	29 años	Su marido
Mujer con dolor 2	Fibromialgia	45	Empleada de la banca	Rural	No	2 años	Su hermana
Mujer con dolor 3	Fibromialgia	59	Ama de casa	Rural	39%	+15 años	Sus hijas
Mujer con dolor 4	Fisuras anales	51	Baja (auxiliar laboral de enfermería)	Rural	Total*	1 año	Su marido
Mujer con dolor 5	Fibromialgia	54	Ama de casa	Urbano	*	+10 años	Su marido
Mujer con dolor 6	Hernias discales	33	Baja laboral (farmacéutica)	Rural	20%	+10 años	Su madre y su abuela
Mujer con dolor 7	Artrosis y escoliosis	57	Ama de casa	Rural	*	15 años	Sus hijas

\* No reconocida.

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 2. Cuadro-resumen de cuidadores/as principales de personas con DCNO entrevistadas y su perfil sociodemográfico.**

	<i>Sexo-género</i>	<i>Edad</i>	<i>Situación laboral</i>	<i>Hábitat de Residencia</i>	<i>Discapacidad (del familiar)</i>	<i>Causa del dolor (del familiar)</i>	<i>Tiempo que lleva padeciendo</i>	<i>Familiar con DCNO</i>
Cuidador 1	Hombre	41	Operario de fábrica	Rural	No	Hernias discales	Desde siempre	Su mujer
Cuidador 2	Hombre	55	Notaría	Rural	Total*	Fisuras anales	1 año	Su mujer
Cuidador 3	Hombre	56	Comercial	Urbano	*	Fibromialgia	+10 años	Su mujer
Cuidadora 1	Mujer	51	Ama de casa	Urbano	Total	Hernia discal	17 años	Su marido
Cuidadora 2	Mujer	41	Departamento de compras	Rural	No	Fibromialgia	2 años	Su hermana
Cuidadora 3	Mujer	25	Estudiante	Rural	37%	Fibromialgia	10 años	Su madre
Cuidadora 4	Mujer	27	Estudiante	Urbano	*	Esclerosis múltiple	7 años	Su madre
Cuidadora 5	Mujer	63	Limpiadora/ conserje	Urbano	Bastante	Problemas de columna	20 años	Su marido

\* No reconocida.

Fuente: Elaboración propia.

### **2.3. Técnica de análisis de los datos**

El método de análisis utilizado es la Teoría Fundamentada o *Grounded Theory*, concretamente la Teoría Fundamentada Constructivista o *Constructivist Grounded Theory* (CGT), formulada por Charmaz (2006), cuya principal diferencia con respecto a la GT tradicional, formulada por Glaser y Strauss (1967), es que la CGT insiste en la importancia de reconocer el papel de la persona que investiga como participante de un proceso de negociación entre su figura y la del sujeto participante. Siendo así, la persona que investiga introduce categorías teóricas (Priya, 2019; Charmaz, 2006).

Las entrevistas fueron realizadas por videoconferencia, por lo que fueron grabadas y posteriormente transcritas. Se usaron reproducciones textuales de verbatim o citas de las personas entrevistadas para ilustrar los resultados. La forma en la que aparecen a continuación en el análisis es con el perfil breve, el número de entrevista y el número de la página de la entrevista.

## **3. Resultados**

### **3.3. Discursos de las personas con dolor crónico no oncológico (DCNO)**

#### **3.3.1. Cambios en acciones y emociones por el dolor**

Existió unanimidad en las personas entrevistadas al afirmar que el dolor les condicionaba en todos los ámbitos de su vida, independientemente de la intensidad, causas o tipo de dolor.

Dicen que aprendes a vivir con el dolor. Y sí, aprendes a vivir con él, pero, al final, afecta, te afecta a ti, afecta a los que te rodean y te afecta a tu vida en general, a tu trabajo, a... a todo. Entonces, me afectaría en todo. Me afecta en todo (Mujer con dolor 6:5).

En la rutina diaria se dieron inconvenientes para descansar por las noches o levantarse por las mañanas, así como para hacer tareas del hogar o la compra o dificultad para disfrutar de su tiempo de ocio tal y como lo hacían previamente. Frente a estos obstáculos, hubo quienes seguían realizando estas tareas como antes del dolor, aun sabiendo que luego les pasaba factura. Sin embargo, hubo quienes, por miedo al dolor, dejaron de realizarlas de la misma forma, o totalmente.

#### **3.3.2. Estrategias de afrontamiento**

Para sobrellevar el dolor en el día a día, las personas tomaban una serie de decisiones para reducir o controlar su dolor como, por ejemplo, adquirir un robot aspirador para la limpieza o, con respecto al ocio, decidir de antemano no ir a una caminata si sabían que no iban a poder aguantar el ritmo.

Además, el afrontamiento se realizó a nivel emocional, y se encuentra un proceso de adaptación con estrategias emocionales que se dieron en tres escenarios. No obstante, no se trataban de estrategias sucesivas ni de obligatorio paso, pero sí de existencia muy visible entre las personas que padecen DCNO.

En primer lugar, la estrategia de asimilación. Una de las estrategias advertidas fue el "acostumbrarse" a convivir con el dolor. En la mayoría de los casos, se destacó que hacían alusión a un episodio previo en el que aún no lo habían asimilado, pero que en la actualidad sí:

Bueno, a partir del quinto año, sexto año que me pasó esto... ya lo fui asimilando y ya (Mujer con dolor 5:7).

Al principio sí que es verdad que ha afectado mucho a mi carácter, a mi forma de ser. Pero ahora menos. Como que ahora ya me he hecho a ello y digo "hala, esto es una cosa más". Al principio lo llevaba peor, ¿no? Ahora no. Sí que se me nota, vaya. Sí que se me nota. Hay veces que no estoy para ganas de chiste, vaya. Pero intento llevar las cosas lo mejor posible (Mujer con dolor 3:28).

En segundo lugar, hay quienes se encontraban en un proceso de frustración, en el que se llevan a cabo estrategias de afrontamiento, pero este sentimiento de impotencia por no poder hacer cosas que estimaban que una persona sana de su edad sí podría hacer perfectamente.

Pues... de tener que mirar a otro sitio y tener que decir "si tengo que barrer, no barro, pongo el aparatito. Si tengo que hacer lo que sea y si no puedo, no puedo. Lo tengo ya que asumir. Y nada, cuando estoy bien, pues no pienso que luego me pasa factura. Yo creo que no lo he asimilado todavía. Tengo 59 años y empecé con 45 (Mujer con dolor 3:9).

En tercer lugar, la estrategia de evitación, que resultó bastante recurrente, basada en intentar vivir sin que el hecho de padecer dolor suponga cambios en la rutina diaria, intentando que no tenga ninguna implicación a nivel emocional.

Yo intento controlar el dolor, que no es controlable, pero sí que me afecte lo menos posible. Esa es mi principal... que a mí no me pare (Mujer con dolor 2:18).

### **3.3.3. Apoyo dispensado por el/la cuidador/a principal**

El apoyo principal provino principalmente de la relación conyugal o de la relación filial madre-hija, es decir, hubo casos en los que se estableció un apoyo a la persona que padece dolor por parte de su marido/mujer o pareja. Sin embargo, en otro caso, fueron las hijas las que, como mujeres, adoptaron el rol de cuidadoras. Asimismo, el apoyo provino de familiares, pero que no convivían en el mismo hogar que la persona con dolor (hermanas o madres, por ejemplo).

Por tanto, son las mujeres de la familia quienes principalmente suministraron el apoyo, porque las personas entrevistadas estimaron que su problema de salud concernía solo a la familia. En general, se mostraron agradecidas con el apoyo que recibían por parte de las personas con las que convivían, que fue fundamentalmente apoyo a nivel emocional, aunque también en relación a la redistribución de las tareas.

La verdad es que ellos cuando me ven mal, también lo pasan ellos mal. Sí. Y no saben dónde ponerme, ni que hacerme, sí. [...]. Es más, ellos están ya cuando veo que me estoy sobrepasando un poquito "¿te quieres estar quieta? Ya lo hago yo. Que tienes que estar siempre haciendo algo" la verdad que sí (Mujer con dolor 5:27).

Otro matiz que destacó en los discursos de las personas con dolor fue que no todos los miembros del núcleo familiar aportaban el mismo apoyo. Hubo miembros en los que la persona con dolor encontró a su principal apoyo, pero también hubo personas de las familias que a los/as entrevistados/as no les reportaban la comprensión y el apoyo que esperaban.

Mi marido decía "es que estás siempre enfadada", "es que estás siempre quejándote" y yo decía "jobar, si él supiera el dolor que tengo, si es que no me quejo, es que cuando yo me quejo es cuando ya es que no puedo más" [...] Mis hijas me dicen "mamá, pero, ¿qué te pasa?" pero yo, aunque intente disimular, ellas sí que me lo notan enseguida. "Mamá, ¿qué te pasa? pues si no te da tiempo a hacer esto, pues nosotras aquí estamos y hacemos lo que tengamos que hacer. Estate quieta. Siéntate. Relájate." De mis hijas tengo muchísimo apoyo, mucho (Mujer con dolor 3:21-22).

Además del/la cuidador/a principal, hubo otros apoyos para las personas que padecen DCNO. Sin embargo, comparándolos con el apoyo que les aportaba dentro de la familia, estos fueron de rango inferior. Por lo general, siguieron manteniendo a los grupos de amigos, pero al no compartir con las amistades la experiencia del dolor, las relaciones sociales no aportaban un apoyo considerable, no suponían un actor garante de cuidados emocionales.

### **3.4. Discursos de los/as cuidadores/as principales de personas con dolor crónico no oncológico (DCNO)**

#### **3.4.1. En qué consiste el cuidado y las actitudes frente a él**

El cuidado que dispensaba el/la cuidador/a principal podía ser físico o emocional. Por un lado, el cuidado emocional identificado hacía referencia a la transmisión de ánimo. Por otro lado, los/las familiares pusieron a disposición de las personas a las que cuidaban otra serie de cuidados, como el acompañamiento a consultas médicas o el potenciamiento del ocio compartido. Además, cuando la persona que padece DCNO era quien se ocupaba de la realización de las tareas del hogar, también se precisaron cuidados en cuanto a esta cuestión: limpieza, compras, el cuidado de los hijos/as, etc.

Sin embargo, no en todos los casos el cuidado dispensado supuso la redistribución de las tareas del hogar, sino solo apoyo en acciones puntuales que podían conllevar cierto riesgo o sobreesfuerzo.

Simplemente, por ejemplo, quiere subirse a una escalera para coger algo, pues le digo “no te subas ahí, déjame que lo hago yo” para que ella no lo haga y la ayudo a coger lo que sea de la escalera, por ejemplo, o cosas con peso. O incluso a veces cuando tiene que barrer o fregar, pues tiene problemas en las manos (Cuidadora 3:5).

Hubo la percepción general de que el cuidado que podían dar los/s cuidadores/as era escaso. En parte, debido a la escasez de tiempo. Cuando quien cuidaba era hombre y la persona que percibía los cuidados era su esposa, estos alegaban que los cuidados que realizaban eran insuficientes por su trabajo remunerado fuera del hogar. Además, debido a que no sabían qué hacer para ayudar: “me gustaría ayudarla y no está en mis manos” (Cuidador 3). Esto no ocurría cuando la cuidadora era una mujer. No obstante, las cuidadoras entrevistadas, además de a la persona con DCNO, tenían que atender al cuidado de otras personas: sus propios hijos/as (Cuidadora 2) o sus nietos/as (Cuidadora 5).

### **3.4.2. Estrategias de afrontamiento**

El afrontamiento que hacían de la situación es de tipo emocional, optaban por tranquilizar, dar conversación. Ante una situación potencialmente estresante derivada de la relación cuidador-receptor de cuidados, se diferenciaron en el discurso dos tipos de afrontamiento. Por un lado, hacer frente a la situación hablándolo directamente con la persona que recibía los cuidados.

En mi propia casa, sí he llegado a expresarlo. Y, de hecho, me ha costado muchísimo tiempo poner ciertos límites. Por ejemplo, muchas veces sucedía que lo primero que escuchaba nada más levantarme es “Hay que barrer y fregar el suelo”, lo primerísimo, ni buenos días ni nada. Lo primero que recibía era una orden (Cuidadora 4:28).

Por otro lado, la evitación. Dejar a la persona tranquila y sola, si eso era lo que necesitaba, o dejar pasar la situación.

Es una persona que no tiene muy buen humor, y con eso le aumenta. Y mejor no abrir la boca. Se queda una callada y punto en la boca. Con las contestaciones, te quedas callada y punto. Mejor callarse la boca (Cuidadora 5:6).

La evitación estuvo marcada por cierta conducta de asimilación que, a su vez, tuvo asociada cierta peligrosidad, ya que se corría el riesgo de anular a la persona que ejercía el cuidado. En estos dos casos, las cuidadoras se vieron sobrepasadas por la situación.

No todos/as los/as cuidadores/as mantenían una conexión relativamente fuerte con personas con quienes se pudieran desahogar o pedir ayuda en caso de necesitarlo a la hora de hacer frente a los cuidados de la persona que padece DCNO. Sin embargo, otros sí recibió apoyo de su entorno, principalmente de los familiares más cercanos, así como de personas que también desempeñaban el rol de cuidador/a en ese momento.

### **3.4.3. Consecuencias del cuidado en la vida del/la cuidador/a y percepción de la propia salud**

La mayoría de las personas entrevistadas consideraron que el cuidado afectó principalmente a su ocio, reduciendo el tiempo que dedicaban a las actividades de esparcimiento o impidiendo que las realizaran como lo hacían antes. Con respecto al trabajo remunerado fuera del hogar o los estudios, todas compaginaron estas funciones con las tareas de cuidados, aunque en algunos casos se habló de problemas a la hora de conciliar.

Se hace el centro de tu vida, digamos. Porque claro, siempre estás pensando si está bien, si no está bien. En el trabajo estás trabajando, pero estás pensando en cómo lo estará pasando, es una situación compleja (Cuidador 1:3).

Desafortunadamente, no siempre concilio. Hay veces que, de forma inconsciente, me dejo llevar por esas exigencias que a lo mejor tenemos que hacer la compra semanal y si tiene que ser hoy, tiene que ser hoy. Si yo tengo que retrasar autocuidados o estudios, lo hago (Cuidadora 4:4).

Con respecto a la repercusión en la salud propia, por un lado, estaban quienes no identificaban que la tarea de cuidados ejerciese influencia en su propia salud. Por otro lado, quienes sí asociaron las consecuencias del cuidado con el estado de salud tanto físico como mental. El impacto del cuidado en la salud fue, en todos los casos, identificado como negativo: agobio, saturación, estrés... Además, se destaca la sobrecarga como consecuencia del cuidado que, aunque no estuvo presente en las vivencias de todas las entrevistadas, sí que apareció en algunas de ellas.

Hay veces que te supera y te agobia el hecho de intentar prestar atención a todas esas cosas [...], pero no tienes más remedio que aguantarte (Cuidadora 2:11)

## **4. Discusión**

Hasta la fecha, han sido pocos los estudios (Swift et al., 2014) que han propuesto una perspectiva dual como la presentada en esta investigación, que pone el foco tanto en las personas enfermas como en las que desempeñan los cuidados. La principal premisa de la que se partió es que el padecimiento de DCNO afecta tanto a la persona que lo padece como a la persona que ejerce de cuidadora principal que se encarga de apoyar y de sustentar el rol de cuidados hacia esta persona (Swift et al., 2014; West et

al., 2012). Por tanto, esta situación de dolor-cuidado propicia que se vean condicionadas las formas de afrontarlo y sus consecuencias derivadas (West et al., 2011), tanto de las personas con DCNO como de sus apoyos principales.

#### **4.1. La situación de dolor-cuidado a través del prisma de las personas con DCNO**

Resulta difícil afirmar que unas estrategias de afrontamiento sean más adaptativas que otras, puesto que depende del momento del proceso en el que se encuentren los individuos (Lazarus, 1999), aunque sí puede afirmarse que la puesta en marcha de unas u otras dependió de la fase del dolor en la que se encontraban.

Por un lado, la etapa de frustración estuvo fuertemente marcada en los discursos por la comparación de la persona con dolor con lo que ella consideraba que sería una persona completamente sana y funcional a su edad. Además, resulta relevante que la cantidad de años que se lleve padeciendo una enfermedad y la edad no se relacione directamente con la estrategia de afrontamiento que implemente el individuo. En la presente investigación, vemos como hay personas que llevan padeciendo dolor quince años y que adoptan una estrategia de evitación del dolor.

Por otro lado, la estrategia de evitación reflejada en los relatos se basó en que la persona con dolor lo esconde frente a todo el mundo, pero, sobre todo, frente a su familia o su cuidador/a principal dentro de la familia (Alvarado y Salazar, 2016). Esta fase, si bien conlleva aspectos negativos como la falta de afrontamiento emocional, no todos los efectos asociados son negativos. Adoptando la estrategia de evitación, no se renuncia, en la medida de lo posible, a las actividades que se llevan a cabo en etapas previas al dolor, por tanto, este efecto se vería evitado. Este hecho, en el caso de las mujeres con dolor, supone que se sigan realizando las tareas del hogar, el cuidado de personas mayores, hijos/as o nietos/as, lo que supone un agravante por razón de género (Gallach et al., 2020).

El apoyo social se relaciona positivamente con la satisfacción en términos de salud y bienestar en la vida de las personas que padecen dolores crónicos (Hernández-Gálvez et al., 2019; Rodríguez-Marín et al., 1993). Sin embargo, lo que influye en la percepción de apoyo no es la disponibilidad, sino la satisfacción (Rodríguez-Marín et al., 1993). De este modo, tanto en el trabajo como en el grupo de iguales y la familia extensa, las personas entrevistadas no encontraron gran apoyo emocional. No dudaron de la disponibilidad, pero no son sus fuentes principales de apoyo.

#### **4.2. La situación de dolor-cuidado a través del prisma de los/as cuidadores/as principales de las personas con DCNO**

En primer lugar, puede afirmarse que son las mujeres de la familia las que principalmente se encargan de las tareas de cuidados demandadas por la situación de dolor. En el caso de los hombres cuidadores, la relación con la persona que es cuidada es conyugal. La motivación del cuidado, en este caso, se entiende como un deber contraído al casarse (Rivera et al., 1999). Sin embargo, no todos los maridos son los cuidadores principales de su esposa. Se ve como en varios casos, la cuidadora se trata de la hermana y de la hija de la persona con dolor. En definitiva, cuando el cuidador no era la pareja, era siempre una mujer la que cuidaba (García-Calvente et al., 2010). No obstante, las tareas del cuidado no fueron percibidas de la misma forma por todas las mujeres cuidadoras, sino que, mientras que las más jóvenes (hijas) veían sus tareas de cuidados como transitorias, el resto de mujeres cuidadoras ostentaban el rol de cuidados "para toda la vida".

La literatura habla de familismo para explicar que muchas veces se considera a la familia como unidad de análisis a la hora de tratar el apoyo familiar hacia las personas con problemas de salud, pero realmente esto invisibiliza la desigualdad de género: son las mujeres quienes usualmente cuidan (García-Calvente et al., 2010). Además, hay autores/as que defienden la defamilización de los cuidados (Fernández y Agüero, 2018; Rodríguez-García y Navarro, 2000), redistribuyendo las tareas de cuidado desde las mujeres de la familia al Estado. Se debe destacar que, aunque los hombres también se encargan de los cuidados, la forma en la que se llega a ser cuidador no es la misma (García-Calvente et al., 2010). Es así que se constata en esta investigación que las mujeres cuidan con mayor intensidad (García-Calvente et al., 2011), por lo que las situaciones de sobrecarga recaen en ellas, ejemplificado en el hecho de que las tareas del hogar solo se redistribuyeron si eran mujeres las que cuidaban a otras mujeres (West et al., 2012).

Convivir y cuidar de una persona con dolencias crónicas genera un impacto en la rutina diaria de quien lo padece y de quien cuida, debido a que hay que enfrentarse a muchas situaciones que tienen un difícil manejo (Vaquiro y Stiepovich, 2010; Larrañaga et al., 2008). Ante estas situaciones potencialmente estresantes, los/as cuidadores/as realizan una evaluación cognitiva de la situación (Domínguez, 2016). De esta evaluación, protagonizada en los discursos por la impotencia, la frustración y la angustia, se potencian unas estrategias de afrontamiento. Mientras que hay cuidadores/as que optan más por la estrategia de afrontamiento directo, en la que se habla directamente con la persona que padece el dolor, otros/as optan por las estrategias de evitación, una estrategia pasiva. Esta estrategia es peligrosa, como se ha vis-

to, debido a que la asimilación puede ocasionar efectos secundarios como la anulación de la persona cuidadora, llegando a olvidarse la cuidadora de sus propias necesidades (Mora et al., 2017).

La actividad del cuidado genera consecuencias en la persona que la lleva a cabo. Si bien las personas entrevistadas encuentran que el cuidado tiene un impacto negativo en su vida, también abordan la dimensión positiva (Larrañaga et al., 2008). Hay estudios que apuntan a que el cuidado produce vínculos afectivos (Zamarripa et al., 2017). En este caso, las personas cuidadoras son de la familia, por lo tanto, ese vínculo afectivo-emocional ya existía, pero algunos relatos apuntan a que la relación entre ellos se ha hecho más estrecha. Con respecto a las consecuencias negativas, estas tienen un claro impacto de género, debido a que cuidar incide en la rutina diaria de las mujeres más que en la de los hombres (Morris, 2001). Las consecuencias asociadas a sustentar la tarea de cuidados varían en función del género de la persona que los dispensa (García-Calvente et al., 2011), por ejemplo, la realización de ocio compartido.

La situación de sobrecarga es una situación mucho más usual entre mujeres cuidadoras. Esta puede ser de tipo emocional o físico, pero la emocional tiene un efecto más negativo en la salud de las cuidadoras (García-Calvente et al., 2010). En estos casos, la sobrecarga viene dada por la compatibilización del cuidado con otras responsabilidades, como el cuidado de los hijos/as, el trabajo remunerado fuera del hogar o los estudios, generando una situación de vulnerabilidad (Santiago, 2021). Las consecuencias de la situación de cuidados, como es el caso de una peor salud emocional (García-Calvente et al., 2010), puede suponer, asimismo, problemas de ansiedad y depresión. Algunas de las repercusiones del cuidado identificadas fueron la falta de tiempo, el cansancio físico, la tensión, los conflictos con la persona a la que cuidaban e incluso la anulación personal, coincidiendo con Zamarripa et al. (2017). Frente a esta situación, los apoyos percibidos son escasos y mayoritariamente se reciben dentro del seno familiar.

Todo esto se puede entender desde el hecho de que, sobre todo las cuidadoras, manifiestan una incondicionalidad en el apoyo prestado, representando un modelo de apego seguro (Cuetos-Pérez y Amigo-Vázquez, 2018; West et al., 2012). Solo en el caso de las cuidadoras hijas se reproduce en su discurso el modelo de superación del cuidado informal, liberador de las familias, ya que hace alusión a que deben ser profesionales los que se ocupen de realizar esos cuidados (Twigg y Atkin, 1994). La reproducción de este modelo se corresponde con el tipo de cuidado asociado a la solidaridad orgánica en la que se plantea que es el Estado el que debe hacerse cargo del bienestar de las personas dependientes (en este caso, con dolores crónicos) (Colectivo Ioé, 1995; Tönnies, [1887] 1947).

## 5. Conclusiones

Los cambios que el contexto de dolor-cuidado ha infligido en la rutina diaria, en acciones y emociones, tanto de las personas que padecen DCNO como de las personas que cuidan a quienes lo padecen, han sido notorios. A pesar de las limitaciones que ha tenido el siguiente estudio, entre ellas, el rango etario al que se ha tenido acceso, o el hecho de haber tenido que realizar las entrevistas vía telemática, los principales hallazgos fueron los siguientes.

En primer lugar, que el afrontamiento del proceso (Lazarus y Folkman, 1984) de padecer DCNO no se mantuvo inmutable en el tiempo, sino que se identificaron distintas estrategias de afrontamiento más adaptativas (asimilación) y menos adaptativas (frustración y evitación). Las segundas fueron más frecuentes en los discursos de las personas entrevistadas, lo que supone cierta peligrosidad.

En segundo lugar, el apoyo social mayormente identificado y que más satisfacción reportó tanto para las personas con DCNO como para los/as cuidadores/as principales, fue el apoyo de las mujeres de la familia. Sin embargo, no todos/as los/as cuidadores/as cuentan con una red de apoyo.

En tercer lugar, la relación de la persona que cuidaba con la persona que era cuidada resultó un factor clave para entender la función e influencia del cuidado. Mientras que los cuidados facilitados por un/a cónyuge se plantearon como incondicionales (debido a la relación de parentesco), las hijas que se encargaban de los cuidados de las madres (en este caso), no planteaban hacerlo de forma incondicional. Hecho relacionado tanto con la relación de parentesco como con la edad, siendo las cuidadoras más jóvenes las que perciben el cuidado desde una perspectiva más cortoplacista.

En cuarto lugar, aunque la mayoría de las personas cuidadoras fue capaz de reestructurar su día a día y adaptarse a los nuevos escenarios, para las mujeres, el cuidado supuso una sobrecarga y un empeoramiento de su salud, sobre todo, mental. En cuanto a los cuidadores hombres, los relatos estuvieron encabezados por la frustración o la impotencia derivadas de no poder ayudar a la persona con DCNO tanto como sería necesario. Cabe hacer hincapié en que las funciones de cuidados, sumadas a las otras responsabilidades como el trabajo remunerado o no remunerado, generan una situación de vulnerabilidad para las personas que desempeñan este rol. Así, aunque el cuidado, como estresor, tuvo consecuencias negativas tanto para hombres y mujeres, estas fueron más acuciantes en el caso de las mujeres encargadas del cuidado.

Por tanto, resulta necesario que desde las instituciones socio sanitarias se den respuestas a esta problemática social que está tan presente en la sociedad española. Por un lado, dotando de herramientas (tanto cognitivas, conductuales, como materiales) a enfermos/as y cuidadores/as para que puedan actuar con resiliencia o, yendo más allá, encargando a las instituciones que sean las que se encarguen de dispensar los

cuidados que sean necesarios, reduciendo las desigualdades sociales en salud asociadas al género. En adición, resulta imprescindible que se tengan en consideración las diferencias de género para así plantear medidas eficaces e idóneas desde el ámbito público.

## 6. Referencias bibliográficas

Alvarado, Alejandra María y Ángela María Salazar (2016). Descubriendo los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno. *Gerokomos*, 27(4), 142-146.

Amaya-Ropero, María Consuelo y Gloria Mabel Carrillo-González (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461-474. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.4.2>

Amezcu, Manuel y Alberto Gálvez (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423-436. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272002000500005>

Biedma, Lourdes; María Isabel García y Rafael Serrano (2019). *Percepciones sociales del dolor*. Opiniones y actitudes nº77, CIS.

Boddice, Rob (2017). *Pain. A very short introduction*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/actrade/9780198738565.001.0001>

Casado-Mejía, Rosa; Esperanza Ruiz-Arias y Ana Solano-Parés (2009). Características de la producción científica sobre cuidados familiares prestados por mujeres inmigrantes. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), 335-341. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.03.005>

Charmaz, Kathy (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.

Colectivo Ioé (1995). *Cuidados en la vejez. Análisis de los cuidadores informales*. Instituto Nacional de Servicios Sociales – INSERSO, ([enlace](#)).

Cuetos-Pérez, Julia María e Isaac Amigo-Vázquez Isaac (2018). Relación del apoyo social y familiar con la aceptación del dolor en pacientes con fibromialgia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 18(2), 151-161.

Domínguez, Lucía (2016). *Aspectos psicológicos en cuidadores informales de personas dependientes: carga y afrontamiento del estrés*. Tesis Doctoral. Programa de Doctorado Salud y Calidad de Vida, Universidad de Huelva.

Durán, María Ángeles (2018). *La riqueza invisible del cuidado*. Universidad de Valencia.

Dysvik, Elin; Gerd Karin Natvig, Ole-Johan Eikeland y Torill Christine Lindstrom (2005). Coping with chronic pain. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 297-305. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.06.009>

Esping-Andersen, Gøsta (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Ariel.

Fernández, Alexander Elio y Jesica Viviana Agüero (2018). Desfamiliarización del cuidado: un puente desde el malestar individual hacia el bienestar social. *Millcayac. Revista Digital de Ciencias Sociales*, 9, 189-206.

Gallach, Elisa; M. Ara Bermejo, Ruth Robledo, Rosa María Izquierdo y María Ángeles Canós (2020). Determinantes de género en el abordaje del dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27(4), 252-256.  
<https://doi.org/10.20986/resed.2020.3802/2020>

García-Calvente, María del Mar; Inmaculada Mateo y Ana Eguiguren (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18, 132-139.  
<https://doi.org/10.1157/13062262>

García-Calvente, María del Mar; María del Río Lozano, Esther Castaño, Inmaculada Mateo, Inmaculada; Gracia Maroto y Natalia Hidalgo (2010). Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gaceta Sanitaria*, 24(4), 293-302.  
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.02.011>

García-Calvente, María del Mar; María del Río Lozano y Jorge Marcos (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25(5), 100-107.  
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.006>

Glaser, Barney y Anselm Strauss (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine Publishing Company.  
<https://doi.org/10.1097/00006199-196807000-00014>

González, Uriel y Adriana Guadalupe Reyes (2012). Algunos aspectos del proceso que viven los cuidadores primarios de un enfermo crónico-degenerativo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 636-661.

Hammersley, Martyn y Paul Atkinson (1994). El acceso. En M. Hammersley y P. Atkinson (eds.), *Etnografía: métodos de investigación* (pp. 69-91). Paidós Iberica.

Hernández-Gálvez, Guadalupe Arely; Maetzin Itzel Ordaz, Ana Leticia Becerra y Patricia Hernández (2019). Adquisición de estrategias de búsqueda de apoyo social en pacientes con dolor crónico. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 9(2), 79-92.

INE (2017). Encuesta Nacional de Salud 2017. ([enlace](#)).

Larrañaga, Isabel; Unai Martín, Amaia Bacigalupe, José María Begiristáin, María José Valderrama y Begoña Arregi (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 443-50. <https://doi.org/10.1157/13126925>

Lazarus, Richard y Susan Folkman (1984). El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos. *Journal of Commerce and Social Sciences*, 11(2), 623-643.

Lazarus, Richard. (1999). *Stress and emotion, A new synthesis*. Springer.

Londoño, Constanza; Françoise Contreras; Gabriel Delgadillo; Sergio Tobón y Stefano Vinaccia (2005). Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 25-31.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.10.num.1.2005.3988>

Melzack, Ronald y Kenneth Casey (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain. A new conceptual model. En D.R. Kenshalo (ed.), *The Skin Senses* (pp. 423- 439). Charles C. Thomas.

Merskey, Harold (1986). Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Pain Supplement*, 3, 210-226.

Mora, Enrico; Margot Pujal i Lombart y Pilar Albertín (2017). Los contextos de vulnerabilidad de género del dolor cronicado. *Revista Internacional de Sociología*, 75(2). <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.60>

Morris, Marika (2001). Gender-sensitive home and community care and caregiving research: a synthesis paper. *Health Canada*, 1-79.

Organización Mundial de la Salud (2018). *Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca*. OECD Publishing.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Enfermedades crónicas*. OECD Publishing.

Palacios, Domingo; Cristina Alonso; Valentín Hernández; Pilar Carrasco; Rodrigo Jiménez y César Fernández (2011). Prevalence of neck and low back pain in community-dwelling adults in Spain: A population based national study. *Spine*, 36, 213-219. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181d952c2>

Pérez-Cruz, Margarita; María Ángeles Muñoz-Martínez; Laura Parra-Anguita y Rafael Del Pino-Casado (2017). Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. *Atención Primaria*, 49(7), 381-388. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.012>

Raja, Srinivasa; Daniel Carr; Milton Cohen; Nanna Finnerup; Herta Flor; Stephen Gibson; Francis Keefe; Jeffrey Mogil; Matthias Ringkamp; Kathleen Sluka; Xue-Jun Song; Bonnie Stevens; Mark Sullivan; Perri Tutelman; Takahiro Ushida y Kyle Vader (2020). *The revised IASP definition of pain: Concepts, challenges, and compromises*. *Pain*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Rivera, Jesús; Sara Rivera y Ángel Zurdo (1999). El cuidado informal a ancianos con demencia: análisis del discurso. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 9, 225-232.

Rivera, Jesús; Alberto del Rey y Tania Paniagua (2019). The dark side of the work of immigrant women caregivers in Spain: Qualitative interview findings. *Nursing Open*, 6(4), 1464-1470. <https://doi.org/10.1002/nop2.345>

Rodríguez-García, María Jesús y Clemente J. Navarro (2000). El esfuerzo público de desfamilización. Propuesta de medición y análisis descriptivo para la Unión Europea (1970-1999). *Papers*, 90, 59-81. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v90n0.735>

Rodríguez-Marín, Jesús; María Ángeles Pastor y Sofía López-Roig (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.

Rogero-García, Jesús (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 393-405. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272009000300005>

Santiago, José (ed.) (2021). *Caras y soportes de la vulnerabilidad*. Catarata.

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (2017). El dolor crónico constituye una "verdadera enfermedad" con un impacto a nivel físico y psicológico similar al del cáncer. Congreso Nacional de Medicina General y de Familia, ([enlace](#)).

Swift, Catherine; Kirk Reed y Clare Hocking (2014). A New Perspective on Family Involvement in Chronic Pain Management Programmes. *Musculoskeletal Care*, 12, 47-55. <https://doi.org/10.1002/msc.1059>

Tönnies, Ferdinand [1887] (1947). *Comunidad y Sociedad*. Losada.

Twigg, Julia y Karl Atkin (1994). *Carers perceived. Policy and practice in informal care*. Open University Press.

Vaquiro, Sandra y Jasna Stjepovich (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y Enfermería*, 16(2), 9-16. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>

Vega, José Luis (1993). Relaciones entre generaciones. En F.V. Castro (ed.), *Psicología de la Educación y Desarrollo* (pp. 25-34). Psicoex - IFAD.

West, Carryn; Kim Usher y Kim Narelle Foster (2011). Family resilience: Towards a new model of chronic pain management. *Collegian Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 18, 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2010.08.004>

West, Carryn; Kim Usher; Kim Narelle Foster y Lee Stewart (2012). Chronic pain and the family: the experience of the partners of people living with chronic pain. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3352-3360. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04215.x>

Zamarripa, Emma Alexandra; Blanca Mirthala Tamez y Manuel Ribeiro (2017). Repercusiones del cuidado informal en la vida laboral y personal de las mujeres cuidadoras. *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 6, 47-56.