

# Los permisos parentales y los roles de género: estudio de las familias con menores diagnosticados con cáncer\*

---

**Marina Martín Cabello**

*Universidad de Granada*

---

**Livia García Faroldi**

*Universidad de Málaga*

---

## RESUMEN

Los roles tradicionales de género asignan a la mujer la responsabilidad del cuidado de la familia, especialmente en el caso de enfermos, ya sean adultos o menores. No obstante, en los últimos años se está asistiendo a una reconfiguración de los roles paternos y maternos, donde los hombres se implican en el cuidado de sus descendientes. Sin embargo, existe poca investigación previa en nuestro país sobre qué ocurre cuando la enfermedad es de larga duración en un menor e implica unos cuidados prolongados en el tiempo.

Este trabajo presenta los resultados de una investigación cualitativa, desarrollada en Málaga. Se realizaron doce entrevistas en profundidad: diez entrevistas a cinco parejas heterosexuales, cuyos descendientes han sido diagnosticados de cáncer, así como a una psicóloga y una trabajadora social que trabajan con menores con dicha enfermedad.

---

\* Este artículo se basa en el Trabajo de Fin de Grado de la primera autora, que ha recibido el Premio del Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga en su edición VI

Los resultados muestran que, ante la falta de una baja laboral remunerada para ambos progenitores, las madres actúan como cuidadoras principales, incluso si sus ingresos son superiores a los de sus parejas. La prestación por cuidado de menor con enfermedad de larga duración refuerza esta división tradicional de los roles, dado que solamente se concede si ambos trabajan y únicamente uno la solicita. Estos hallazgos ponen de relieve que el permiso debiera diseñarse para ambos progenitores atendiendo al tiempo de enfermedad y recuperación del menor, asegurando una corresponsabilidad real que debilite la asociación de la mujer con el rol de cuidadora.

**PALABRAS CLAVE:**

*cáncer, cuidado del niño, roles de género, política social, corresponsabilidad, prestaciones familiares.*

---

**ABSTRACT**

*Traditional gender roles assign women the responsibility for family caregiving, especially in the case of sick individuals, whether adults or minors. However, in recent years, there has been a reconfiguration of paternal and maternal roles, with men becoming more involved in caring for their offspring. Nevertheless, there is little previous research in our country on what happens when a child has a long-term illness requiring prolonged care.*

*This paper presents the results of a qualitative research study conducted in Málaga. Twelve in-depth interviews were conducted: ten interviews with five heterosexual couples whose children have been diagnosed with cancer, as well as with a psychologist and a social worker who work with children with this disease.*

*The results show that due to the lack of paid leave for both parents, mothers tend to act as primary caregivers, even if their incomes are higher than those of their partners. The caregiving allowance for a child with a long-term illness reinforces this traditional division of roles, as it is only granted if both parents work and only one applies for it. These findings highlight that leave should be designed for both parents according to the child's illness and recovery time, ensuring real shared responsibility that weakens the association of women with the caregiver role.*

**KEYNOTES:**

*cancer, childcare, gender roles, social policy, shared responsibility, family benefits.*

## 1. Introducción y estado de la cuestión

“A lo largo de la historia, el cuidado fue considerado una actividad predominantemente femenina al atribuir este hecho a un rasgo propio de las mujeres, su capacidad de procreación” (Faur, 2014:14). La división sexual en la responsabilidad del cuidado se extendió mucho más allá de los de signos biológicos, tornándose como uno de los problemas de la construcción social del género. Sustentado en el amor y en el mito del “instinto maternal”, el cuidado de los niños quedó amparado por el trabajo cotidiano y silencioso de las madres, constituyéndose en el imaginario colectivo como un rasgo característico de la figura del “ama de casa” (Faur, 2014:15). Las sociedades industriales desarrollaron, además, una clara división de las actividades productivas y reproductivas, otorgando mayor valor a las primeras y considerando las segundas terreno exclusivo de las mujeres (Fusulier & Nicole-Drancourt, 2019).

España, al igual que los países mediterráneos, ha experimentado en las últimas décadas una masiva incorporación de la mujer al mercado laboral. Sin embargo, el cambio es mucho más lento en lo que se refiere a un reparto equilibrado de las tareas domésticas y los cuidados de menores, pese a que las actitudes igualitarias sean las predominantes en la población (García Faroldi, 2023). El cuidado no solamente de menores, sino de otras personas dependientes, sigue siendo una tarea fundamentalmente femenina, con repercusiones en la salud de las mujeres (Durán, 1999, García-Calvente et al., 2004).

En las últimas décadas, las políticas familiares en el entorno europeo han tendido a aumentar la implicación en los cuidados de los padres a través de la ampliación del permiso de paternidad y de la reserva de varias semanas de dicho permiso para los hombres, no transferible a las madres (Koslowski et al., 2019), política también implementada en España hasta lograr recientemente la equiparación de permisos de maternidad y paternidad (Romero Balsas et al., 2013, Romero-Balsas, 2022). No obstante, la prolongada identificación en el tiempo de la paternidad con el empleo significa que en el imaginario colectivo los padres siguen siendo posicionados como proveedores económicos, mientras que la prestación y organización de cuidados se supone que es principalmente una responsabilidad materna (García-de-Diego & García-Faroldi, 2022, Ranson, 2012).

Para las mujeres, la expectativa de que serán las principales cuidadoras de menores tiene un impacto tanto en su carrera profesional como en su salud. Los datos estadísticos muestran que las mujeres buscan horarios más concentrados, reducen su tiempo de trabajo y solicitan excedencias para el cuidado de familiares, lo que tiene una repercusión negativa en sus ingresos y en sus posibilidades de promoción (Fernández Lozano, 2018). En cuanto al impacto sobre la salud, Pujal et al. (2020) muestran cómo las expectativas de los roles de género conducen a dificultades en el trabajo como sobrecarga de roles, ansiedad o trastornos psicosomáticos. La feminidad normativa conlleva, implícita y explícitamente, prácticas de cuidado del otro. El malestar en las mujeres caracterizado por la subordinación, pasividad e internalización del sufrimiento surge de una interacción social regulada que lleva a postergar las propias necesidades y a centrarse en las de otras personas, lo que implica mayor impacto en su salud mental (Pujal et al., 2020).

En la literatura académica, se han ofrecido dos tipos de explicaciones principales sobre por qué sigue existiendo una división sexual del trabajo entre hombres y mujeres: las que se basan en los recursos disponibles y las que lo achacan a la socialización de género (Domínguez-Folgeras, 2015). El primer tipo de explicaciones tiene un marcado carácter económico (Becker, 1981), siendo el argumento principal que las parejas distribuyen de manera racional el trabajo remunerado y no remunerado de la manera más beneficiosa para el hogar: quienes tienen mayor capital humano o mayor capacidad de lograr ingresos se especializarán en este ámbito, mientras que sus cónyuges se dedicarán en mayor medida a la

---

Para las mujeres, la expectativa de que serán las principales cuidadoras de menores tiene un impacto tanto en su carrera profesional como en su salud. Los datos estadísticos muestran que las mujeres buscan horarios más concentrados y solicitan excedencias para el cuidado de familiares, lo que tiene una repercusión negativa en sus ingresos y en sus posibilidades de promoción (Fernández Lozano, 2018)

esfera no reproductiva. Muy relacionado con este enfoque se encuentra el que explica que las tareas se asignan racionalmente según la disponibilidad de tiempo de cada miembro, según sus compromisos y limitaciones (Flaquer et al., 2019).

Frente a estos argumentos de carácter económico, la perspectiva basada en la socialización de género considera que son las normas sociales las que asignan diferentes roles a hombres y mujeres, normas que se aprenden durante la infancia y tienen una influencia duradera. Dentro de este enfoque, la teoría constructivista conocida como “doing gender” (West y Zimmerman, 1987) defiende que la identidad de género se construye continuamente en las situaciones sociales, los hombres y las mujeres “hacen género” mediante repetidas interacciones cotidianas, de modo que las acciones empiezan a parecer naturalmente masculinas o femeninas, y que, si el comportamiento se lleva a cabo “apropiadamente”, a su vez también es confirmado por los demás. Las mujeres reafirman su identidad femenina dedicándose a las tareas domésticas y de cuidados, ya que socialmente se cree que son mejores que los hombres en estos ámbitos. Esta teoría sugiere que el género es una característica de las situaciones sociales, en las que la maternidad y el cuidado están implicados aún hoy en las ideas sobre la feminidad, comprobándose que es frecuente que la llegada de un hijo refuerce repartos especializados por género (Domínguez, 2015). No obstante, las formas en que se “hace” el género puede renegociarse hacia nuevas formas de interpretar masculinidades y feminidades, permitiendo que surjan nuevos ideales y prácticas de género en la crianza de los hijos (Connell, 1995). Uno de los ejemplos más destacados de esta renegociación ha sido la aparición del llamado “padre cuidador” o “involucrado” (Hanlon, 2012, McGill, 2014).

Si el cuidado de los menores es ya, de por sí, una tarea que consume mucho tiempo y energía, la crianza de un niño con cáncer genera numerosas demandas de cuidados adicionales que pueden aumentar las dificultades para compaginar las responsabilidades laborales y familiares (Hjelmstedt et al., 2021b). Para el tipo más común de cáncer infantil, la leucemia linfoblástica aguda, el tratamiento suele durar dos años y medio (Peris-Bonet, 2008), pero los supervivientes suelen estar sujetos a una serie de efectos de salud que se producen finalizado el tratamiento (Oeffinger et al., 2006).

Las consecuencias de un diagnóstico de este tipo son múltiples para las familias, como evidencian numerosos estudios: los padres de niños con cáncer experimentan ansiedad, depresión y estrés post-traumático (Hjelmstedt et al., 2021b); asimismo, las reducciones en el empleo, absentismo laboral y los largos periodos de hospitalización suponen parte de la pérdida de apoyo psicosocial (Hjelmstedt et al., 2021a, Kish et al., 2018); estas circunstancias, unidas a los tratamientos de cáncer infantil, dan como resultado una pérdida de ingresos (Roser et al., 2019).

Las madres ven afectado su estado laboral en mayor medida que los padres hasta varios años después del diagnóstico, teniendo dificultades para volver a trabajar a tiempo completo, en parte debido a su mala salud mental (Hjelmstedt et al., 2021b). La mayor parte de la responsabilidad y el cuidado de las madres durante el tratamiento hace que sufran más estrés emocional, lo que se traduce en una menor capacidad de trabajo. Esta ausencia de trabajo supondrá una pensión de jubilación más baja y el estancamiento de su carrera profesional (Hjelmstedt et al., 2021b).

Alrededor de 1.100 niños enferman cada año en España de cáncer (Registro Nacional de Tumores Infantiles de España, 2016). La comunidad autónoma que más casos de cáncer infantil presenta es Andalucía, con unos 200 niños (Registro Nacional de Tumores Infantiles de España, 2016). Este estudio está centrado en el Hospital Materno-Infantil de Málaga, ya que junto a Sevilla es el hospital de referencia de la comunidad andaluza.

---

Si el cuidado de los menores es ya, de por sí, una tarea que consume mucho tiempo y energía, la crianza de un niño con cáncer genera numerosas demandas de cuidados adicionales que pueden aumentar las dificultades para compaginar las responsabilidades laborales y familiares (Hjelmstedt et al., 2021b)

En España, los progenitores cuyos menores sean diagnosticados de una enfermedad grave, pueden solicitar la prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave (CUME). Esta prestación está disponible para las personas empleadas en el sector privado, ya sea por cuenta propia o ajena (los funcionarios públicos se rigen por la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público). Para poder acogerse deben acreditar un periodo de cotización (que depende de la edad) y reducir su jornada de trabajo un mínimo del 50% y un máximo del 99,99%. En el caso de existir dos progenitores, como requisito ambos deben estar trabajando, pero solo uno de ellos puede solicitar el CUME, mientras que en las familias monoparentales tendrá que cumplir este requisito la persona progenitora, guardadora o acogedora. Si la persona trabaja a tiempo parcial, solamente tendrá derecho al subsidio cuando la duración efectiva de la jornada sea superior al 25% de una jornada a tiempo completo comparable, pudiéndose sumar varios contratos a tiempo parcial para hacer dicho cálculo.

Este subsidio permite a uno de los tutores reducir su jornada laboral percibiendo el 100% de su base reguladora, por tanto, cada persona recibirá un importe diferente en función de su base reguladora y del porcentaje de reducción de jornada solicitada. La prestación se mantendrá mientras exista la necesidad de cuidado de su hijo o hija diagnosticada de alguna de las patologías recogidas en el listado de la Seguridad Social, el cual recoge ciento trece circunstancias, patologías, condiciones y enfermedades.

Dado que un diagnóstico de cáncer infantil implica, por un lado, unos cuidados intensivos y, por otro, unos costes financieros, cabe preguntarse cuál de los dos argumentos explicados anteriormente, el relacionado con los roles de género o el económico, será más importante a la hora de decidir qué progenitor será el cuidador principal. Investigaciones previas sobre familias con hijos diagnosticados con cáncer u otras enfermedades graves han centrado su atención en diferentes aspectos: en la relación entre el apoyo social recibido y ofrecido (tipos y fuentes) y las diferentes disrupciones que se producen en la vida familiar (Melguizo et al., 2021), cómo el impacto económico de tener un hijo enfermo influye en la ansiedad y la depresión (Santos et al., 2016) o en las oportunidades laborales de las madres (Kish et al., 2020), cómo afecta esta enfermedad a la solicitud de permisos parentales (Hjelmstedt et al., 2021b) y cuáles son los factores que influyen a la hora de conciliar las responsabilidades de cuidado y laborales (Hjelmstedt et al., 2021a). Muchas de ellas, además, centran únicamente la atención en madres o, de manera más infrecuente, solamente en padres (Sellmaier, 2019).

A diferencia de estos estudios, y teniendo en cuenta que no existe un registro que diferencie por género qué progenitor solicita la CUME, esta investigación tiene como primer objetivo analizar cuál de los dos progenitores solicita la prestación por cuidado de menor con enfermedad grave y cuáles son los argumentos para ello, comparando los discursos de padres y madres. Si bien se trata de un estudio cualitativo con un pequeño número de casos, por lo que no se pueden contrastar hipótesis mediante pruebas de significación estadística, se parte de la hipótesis de que el contexto normativo, que sigue todavía hoy otorgando el papel de cuidadora principal a la madre, tendrá mayor peso que los argumentos de carácter económico para decidir quién solicita la prestación y reduce su jornada para cuidar del menor con cáncer. Se contrastarán los argumentos que los entrevistados emplean para comprobar si estos se alinean con los de la teoría económica o la de los roles de género. Un segundo objetivo es estudiar las consecuencias psicológicas, laborales y económicas que afrontan estas familias y, especialmente, las madres.

---

Esta investigación tiene como primer objetivo analizar cuál de los dos progenitores solicita la prestación por cuidado de menor con enfermedad grave y cuáles son los argumentos para ello, comparando los discursos de padres y madres

## 2. Material y métodos

Para cumplir los objetivos mencionados, se ha empleado una metodología cualitativa, que utiliza como herramienta el discurso para comprender la vida social por medio de significados, desde una visión holística, tratando de comprender el conjunto de cualidades que al relacionarse producen un fenómeno determinado (Berajano, 2016). Se ha elegido este método debido a que a través de él se genera un gran número de interpretaciones que nos permiten investigar y comprender aspectos sociales del comportamiento humano, concretamente del fenómeno que este estudio pretende esclarecer (Bautista, 2022).

La metodología cualitativa se ha llevado a cabo analizando doce entrevistas en profundidad, el conjunto de estas entrevistas nos permite poder hablar con conocimiento sobre este fenómeno. Para analizar las entrevistas se ha aplicado la técnica lógico-semántica (Mucchielli, 1974), que recurre a la lógica para resumir, definir categorías y verificar la validez de los argumentos y de las conclusiones. A través de esta técnica se ha clasificado la información para obtener conclusiones, estudiando las relaciones entre los temas tratados.

Diez de estas entrevistas se han realizado a cinco parejas heterosexuales, cuyos hijos han sido diagnosticados con una enfermedad oncológica. Las entrevistas se han realizado de forma individual para que las respuestas de un cónyuge no influyeran en la del otro. Las edades de los entrevistados han comprendido desde los 38 a los 51, siendo la edad media de los entrevistados de 43. Por su parte, los hijos de los padres entrevistados comprendían edades entre los seis meses y los nueve años en el momento en que se les diagnosticó la enfermedad. Asimismo, las dos entrevistas restantes se han realizado a una psicóloga y a una trabajadora social que trabajan para ofrecer un apoyo integral a las familias cuyos hijos padecen cáncer. Con el fin de no influir las respuestas se ha entrevistado a dichas profesionales en momentos diferentes. (Anexo 1).

Antes de comenzar la entrevista se explicaba la finalidad de esta y se obtenía el consentimiento informado. Asimismo, se solicitaba permiso para grabar la entrevista y poder transcribirla posteriormente. Todos los entrevistados dieron su consentimiento para iniciar la grabación. Los nombres que aparecen en las entrevistas fueron sustituidos por seudónimos para garantizar la confidencialidad. Los fragmentos con citas textuales que se presentan en el análisis de resultados empiezan con una “M” en caso de que la expresión provenga de una mujer, mientras que emplean la letra “H” para indicar que la fuente es de un hombre. Estas letras se acompañan de un guion, de la inicial del nombre ficticio y una cifra que indica la edad de la persona entrevistada.

Para llevar a cabo las entrevistas se han realizado dos guiones semiestructurados, uno para los progenitores que constaba de 27 preguntas, y un guion para las profesionales que constaba de 16 preguntas. El trabajo de campo tuvo lugar en el periodo comprendido entre enero y junio de 2023, llevándose a cabo en un despacho habilitado dentro del Hospital Materno-Infantil de Málaga. Las entrevistas que se han realizado a los participantes de este estudio han oscilado entre media hora y una hora y diez minutos.

---

Para llevar a cabo las entrevistas se han realizado dos guiones semiestructurados, uno para los progenitores que constaba de 27 preguntas, y un guion para las profesionales que constaba de 16 preguntas. El trabajo de campo tuvo lugar en el periodo comprendido entre enero y junio de 2023

## 3. Análisis de resultados

### 3.1. La influencia de los roles de género en la decisión de solicitar la prestación

Un cáncer infantil es una realidad compleja y poco común con una incidencia de 155,5 casos anuales por millón de niños de 0-14 años (Fundación Neuroblastoma, 2016), que obliga a reorganizar al conjunto de la familia. Lo primero que se plantea es la cuestión laboral, ya que inmediatamente el menor es hospitalizado para empezar el tratamiento. Al tratarse de una situación completamente nueva, la mayoría de las familias desconocen la prestación por hijo enfermo de cáncer. Como reflejan las entrevistas, en varias ocasiones, debido a la desinformación, un miembro de la pareja, generalmente la madre, y en algunas ocasiones ambos progenitores recurren a elementos subalternos, como la baja por depresión para poder cuidar del menor, matizando que con dicha baja se percibe un salario menor al que venían recibiendo.

M-P42. A mí en un primer momento me la dieron por depresión, seguí cobrando, pero te quitan un porcentaje y luego al saberlo me acogí a la otra, porque el requisito para poder coger esa baja que te ofrece la Seguridad Social es que los dos progenitores estén trabajando.

Las entrevistas realizadas muestran que, cuando ambos progenitores trabajan, son las madres las que se suelen acoger a la prestación por hijo enfermo de cáncer, reduciendo su jornada laboral en un 99%, dado que los primeros meses de enfermedad el menor permanece la mayor parte del tiempo hospitalizado. Tras conocer la disponibilidad de la prestación, todas las madres entrevistadas optaron por solicitar una excedencia del 99%, a excepción de una madre que, al ser propietaria de una empresa, solicitó una del 75%.

M-A43. Él seguía teniendo su trabajo, yo me había cogido el setenta y cinco por ciento, o sea, podía trabajar dos horas y medias y ese setenta y cinco me lo cubría la ayuda ésta.

M-A45. Al principio, a mí no se me pasaba por la cabeza ni volver a trabajar y más en el primer ingreso que duró un mes, ese mes nosotros vivíamos en el hospital. La enfermedad que tenía en su tipo el tratamiento era dos años, entonces yo esos dos años los pasé en el hospital, es verdad que tenía la baja que me ofrecía la Seguridad Social. Cuando José ya estaba mejor, ya solo iba a revisiones y había pasado la fase intensiva de quimioterapia... yo más tarde me incorporé a media jornada, entonces bueno pues teníamos esa opción y nos íbamos apañando.

En el transcurso de las entrevistas, se preguntó sobre la influencia del nivel de ingresos o el tipo de trabajo para decidir qué miembro de la pareja dejaba su empleo para cuidar del menor y beneficiarse de la prestación por hijo con cáncer. El análisis reveló que ambos progenitores intentan participar en el cuidado del menor, pero en la mayoría de los casos son las madres las que se acogen a la prestación independientemente de las características del empleo o de los ingresos que supone.

M-A43. Yo era la que tenía el sueldo más grande (ríe) y la que me quede con la niña porque bueno nosotros en ese momento no teníamos problemas económicos ningunos ("sic") entonces... um.... Él seguía teniendo su trabajo y yo me había cogido el setenta y cinco por ciento (...) en esa situación realmente da igual, no lo piensas.

M-F48. (El que) estaba en paro era él, pero... es que da igual. A ver queda muy petulante, da igual porque teníamos un colchón que nos permitía hacerlo (...) me pedí la baja por depresión para poder quedarme con mi hija.

---

En el transcurso de las entrevistas, se preguntó sobre la influencia del nivel de ingresos o el tipo de trabajo para decidir qué miembro de la pareja dejaba su empleo para cuidar del menor y beneficiarse de la prestación por hijo con cáncer. El análisis reveló que ambos progenitores intentan participar en el cuidado del menor, pero en la mayoría de los casos son las madres las que se acogen a la prestación independientemente de las características del empleo o del cambio en los ingresos que supone

Los progenitores afirmaban que no era necesario debatir quién sería el cuidador principal, ya que eran las madres las que tomaban la decisión, expresando su necesidad de cuidar del menor, posición que entendían los padres, incluso aunque la sustentadora económica principal en la familia fuera la mujer.

H-A45. Ahí no había discusión, yo le dije “me acojo yo a la baja ésta y tú te vas y trabajas” y me dijo “no, no, con el niño me quedo yo” y ya dije yo “pues ya está, ya me quedo yo un poquillo más libre trabajando” dijo que se quedaba ella y es ella, ahí no había ni ingreso... (ríe).

H-G42. En el tema laboral en la casa mi mujer ha sido siempre la que ha llevado el dinero, nosotros hemos sido siempre una familia un poco al revés. Yo era, no como la ama de casa, porque yo siempre he trabajado, pero si es verdad que yo me he quedado más con las niñas (...) cuando llegó la enfermedad nos podíamos haber organizado de otra forma, lo que pasa, no quiero que suene machista, es como instinto maternal, que eso no lo tenemos los hombres. Yo estoy con mi niña, pero eso que les surge... es que mi mujer no me ha dejado a mí estar con la niña porque ella como que lo necesitaba y la niña necesitaba a su madre, se acabó y yo lo entendí así, tampoco es que tuviéramos más opción, era uno de los dos.

A lo largo del análisis se aprecia que todos los hombres entrevistados perciben a las mujeres diferentes en la cuestión de los cuidados, argumentando que ellas se implican más porque su instinto es el que las impulsa a actuar de esa manera. Algunas mujeres por su parte también enfatizaron que existe un instinto diferente entre madres y padres en este aspecto. La presencia de una enfermedad y las expectativas sociales sobre el rol de las madres respecto al cuidado las impulsa a asumir predominantemente la responsabilidad como cuidadoras principales, lo cual refuerza la percepción de que las mujeres son naturalmente más aptas para el cuidado, pese a que se trata de una construcción social y no de una razón puramente biológica. Estos argumentos se respaldan frecuentemente con la noción del instinto maternal, lo que perpetúa los roles de género tradicionales en el ámbito de los cuidados. Por lo que, en el ideario colectivo, se sigue concibiendo en palabras de Larragaña et al. (2019) una “naturalización” del rol de cuidadora”.

H-D42. Tengo que admitir que las madres... siempre son las madres (...) aunque seamos igual para la hora de cuidar y tal, creo que las madres tienen unos puntitos por encima de los hombres, sinceramente.

H-G42. Ella se ha preocupado un poco más de eso, y ya te digo entre que se ha preocupado y que también... como yo (...) tome la iniciativa y me ponga... como que se pone nerviosa porque no lo controla.

M-A43. Yo me he dado cuenta de que yo llego por la noche y yo no sé si eso lo hacen los padres, pero el instinto yo creo que es diferente (...) yo veo otros padres que se sientan, se toman su cerveza y demás, y yo llegaba, las metía en la bañera, le cortaba sus uñitas, preparaba las cosas de la guardede... eso en otras familias yo no lo veía, o sea, cuando llega el padre no se preocupa de esas cosas “ains que vengo de trabajar todo el día, dejarme descansar” ¿qué me estás contando? Tú te crees que la gente en la casa descansa (ríe) Entonces ese instinto, un padre no es que sea malo... es que no lo tiene, no sé por qué, no puedo explicarlo, no sé si es genética, si es generacional... no sé el por qué, pero no lo tienen.

Dado que la madre suele asumir la responsabilidad de los cuidados como algo inherente a ella desde los primeros meses de vida del hijo o hija, este rol cuidador hace entender que, al enfermar un menor, suele reclamar antes la atención de su madre que la de su padre.

---

A lo largo del análisis se aprecia que todos los hombres entrevistados perciben a las mujeres como diferentes en la cuestión de los cuidados, argumentando que ellas se implican más porque su instinto es el que las impulsa a actuar de esa manera

H-D42. Yo es que no era muy niñoero, ahora pues todas las del mundo, pero antes... no, por eso al principio me costó. Vamos, de llegar el momento de decir vamos a jugar al pádel, y decir “¿lo ponemos a las siete?” Y yo decir “no, lo ponemos mejor a las nueve” y ¿sabes para lo que era? Para llegar de la oficina, cambiarme y cuando llegara del pádel ya estaban los niños acostados o acostándose.

H-G42. ¿Por qué fue ella? Digamos que la niña la reclamaba a ella, ella quería estar con su madre, además que se le veía. Yo he estado siempre encima de ella, pero ella se veía mal y ella quería a su madre.

Por su parte, al preguntar qué miembro de la pareja es el que suele responsabilizarse de tratar los aspectos médicos para llevar un seguimiento de la enfermedad, se observó que la organización de dicha actividad recae más sobre la madre, ya que son las cuidadoras principales y, por ende, las que permanecen más tiempo en el hospital.

M-H40. Sigue siendo vos, la mamá la que lo lleva encima el extra de ir a los controles de transfusiones, los médicos... Camilo trabajaba y... rechazaba la enfermedad, así que olvídate, la que hacía todo era yo y... bueno no me he enojado con él. Él iba a trabajar y como que no quería saber más nada, si me llevaba a las consultas y nos acompañaba, pero todo lo demás de cuidados y todo yo sola.

Asimismo, cuando se indagó en conocer qué miembro de la pareja suele asumir la responsabilidad de los trámites administrativos de la enfermedad, se observa que se suele atribuir esta tarea a las mujeres.

M-H40. Yo, yo soy todo papeleo y todo hablar con los doctores, nos organizamos así ...me encargo del papeleo.

H-G42. A ella le gusta controlarlo todo, en tema de eso le gusta controlarlo todo, y cuando hace falta algo me dice “nene, llama o pregunta a no sé quién, habla con esta, habla con el otro, pero ella es quien lo organiza todo y la que lleva la agenda”.

H-D42. Normalmente, los dos, para los médicos los dos, pero para el papeleo y tema burocrático es ella, el tema ese del papeleo lo lleva ella casi todo (...) yo si tengo que hacer algo es entregar un papel donde ella me diga.

Las madres son las que organizan los cuidados y las diferentes actividades cotidianas dentro y fuera del hospital, supervisando que se realicen las tareas del hogar cuando ellas no están. Además, las madres entrevistadas reflejan que cuando los hombres se quedan en el hospital con el menor, ellas controlan que se realicen adecuadamente los cuidados.

M-F48. Enrique estaba al cargo de la casa un poco y fundamentalmente en el hospital, a cargo de la casa yo le digo de pinche, o sea, yo le decía que no se caduque la leche de la nevera, cambia las sábanas, el niño tiene que comprar no sé qué no sé cuánto.

M-P42. Yo siempre le he dicho (ríe) a Abel lo que tiene que hacer, esa he sido yo, la controladora, me creo que si no lo hago yo no se hace (...) me quedo tranquila diciéndolo y luego llamándolo claro, a ver si lo ha hecho (ríe). Por ejemplo, me he ido un fin de semana que él no tenía que trabajar, el sábado por la mañana él se ha venido al hospital y yo me he ido con mi hija a pasar el día con ella entonces pues sí que le he dicho “Abel, hay que duchar a José, hay que cambiarlo de ropa...”.

Si bien es cierto que la madre pasa la mayor parte del tiempo ocupándose de los cuidados y el padre es el que sigue actuando como proveedor económico, ambos miembros intentan permanecer con el menor el máximo de tiempo posible, aunque sobre la madre sigue recayendo la responsabilidad de los cuidados y otras tareas cotidianas que acompañan a la enfermedad. Así lo confirman la trabajadora social y la psicóloga entrevistadas, ambas con amplia experiencia en estos casos.

TS- E. Está un poco compensado, pero cuando hay solo uno, en la mayoría son madres, pero hay mucha madre y padre, es verdad que como comentábamos antes, muchas veces la madre está más encima y lleva más responsabilidades.

Psicól – L. Entonces creo que hay madres que bueno, tienden a sobreexigirse y a pensar que ellas pueden con todo, que son las que mejor lo hacen y aparte, que su discurso con ellas misma es no, es que yo lo hago mejor, les cuesta delegar.

El conjunto de las respuestas indica que las mujeres fueron las principales beneficiarias de la prestación de la CUME y, por lo tanto, asumieron el rol de cuidadoras principales. En la toma de decisiones, la teoría de género prevaleció sobre los factores económicos. Los roles de género internalizados continúan influyendo de manera inconsciente tanto en hombres como en mujeres cuando se enfrentan a decisiones como el cuidado de un niño con cáncer. Por lo tanto, a pesar de tener ingresos más altos, muchas mujeres sienten la responsabilidad de ser las cuidadoras principales. Por otro lado, los hombres no experimentan esa misma presión para asumir el rol de cuidador, pero sí sienten la presión de seguir trabajando y ser el principal sustento económico. En palabras de Domínguez (2015), la maternidad y el cuidado están implicados aún hoy en las ideas sobre la feminidad, comprobándose que es frecuente que la llegada de un hijo refuerce repartos especializados por género. En consecuencia, los datos respaldan la teoría de género que sostiene que las mujeres tienden a asumir los roles predominantes como cuidadoras debido a constructos sociales (Connel et al., 2018), en contraposición a factores puramente económicos.

### 3.2. Consecuencias psicológicas, laborales y económicas

La organización de los cuidados del menor deriva en una excesiva carga emocional y, consecuentemente, en estrés psicológico para las cuidadoras que pasan la mayor parte del tiempo solas ya que sus parejas deben continuar trabajando. Además, en muchos casos, el hospital está ubicado a kilómetros de su hogar, impidiéndoles regresar con regularidad para descansar.

M-P42. Cuando pasas dos años metida en un hospital y empiezas a trabajar (...) ya te arreglas, vas al trabajo, hablas con unos, con otros... aunque sea... que te digo yo... chorradas, pero ya sales de ese círculo que es el hospital, porque cuando tú estás ahí no hablas de otra cosa, solo ves a niños en la misma o peor situación que el tuyo, pasan los días y es que no te preocupas pues en comprarte una chaqueta mona o maquillarte. Yo ni siquiera dormía bien, me levantaba, me ponía mi chándal y estaba pendiente las 24 horas de que mi hijo estuviera bien.

Ante la carga mental mencionada las mujeres son más proclives a solicitar ayuda psicológica, a diferencia de los hombres. Todas las madres entrevistadas han ido a terapia, sin embargo, los padres lo han hecho pocas veces, una vez o ninguna, y en algunas ocasiones la asistencia se debe a que le han insistido sus parejas.

H-D42. Yo si me tengo que abrir me abro, pero... yo no me veo en una reunión de papás (...) de hecho, también por lo que veo en la planta... los hombres hablamos más con los hombres y las mujeres hablan más entre ellas, van a grupos...

H-G42. Yo no, bueno sí Aurora sí, Aurora si estuvo aquí en terapia viendo a una mujer, pero porque Aurora es que iba a una depresión, iba a una depresión por el tema del trabajo, ha vendido la empresa (...) yo en principio, me lo he comido y ya está, no sé. Pero ahora mismo, ahí vamos hacia delante.

Psicól-L. Los hombres tienen una forma de relacionarse pues diferente a las que tenemos las mujeres (...) las mujeres si solemos buscar más redes de apoyo en otras mujeres o en grupos y los hombres creo que son más individuales, en grupos pequeños, en el sentido de, conecto con un papa de otro niño y poco más (...) las madres yo creo que lo ven también como una forma de socializar dentro de esto y los padres pues no tanto, o no tienen esa necesidad.

Con respecto al impacto económico de la enfermedad, se destaca que de forma general los ingresos suelen disminuir, todas las parejas coinciden en que sus efectos se hacen más evidentes tras concluir el tratamiento del cáncer. Esto se debe a que tras la enfermedad pueden persistir secuelas que generan discapacidades motoras puntuales o a largo plazo que requieren financiación para terapias, las cuales, en muchas ocasiones, no son cubiertas en la medida que lo necesitan por la sanidad pública.

Además, cabe mencionar que estas secuelas posteriores provocan que generalmente la madre tenga que dejar de trabajar o reducir su jornada porque su hijo sigue necesitando cuidado permanente, pero al haber cesado la enfermedad se extingue el derecho a la prestación por hijo enfermo de cáncer. En estas circunstancias, algunas familias se ven obligadas a pedir ayuda económica a familiares o al tercer sector.

Psicól-L. Todo lo que tiene que ver con terapias posteriores va a cargo de la familia (...) luego a nivel económico las familias tienen que hacer frente a todo.

M-A43. Durante la enfermedad la paga por hijo enfermo de cáncer nos ha ayudado un montón, y creo que no debería de ir enfocado al tiempo, sino a la recuperación y autonomía del paciente (...) aunque salgan del cáncer, ahora empieza otra traba... y al final uno de los dos tiene que dejar de trabajar porque mi hija se ha quedado con una dependencia.

H-G42. Ha sido un gasto de dinero brutal, hemos tenido apoyo de mis padres y suegros (...) ha habido meses que han sido mil y pico euros al mes de terapias (...) el empleo muchas veces tienes que dejarlo (...) una oncóloga nos lo dijo "en el caso vuestro, los niños que se recuperan son sobre todo por el poder adquisitivo de la familia, es una pena, pero es así".

M-H40. Siempre buscando trabajos con turnos inversos, y como él era el que estaba fijo, siempre era yo la que cuando entraba a un trabajo nuevo intentaba acoplarme, para que empezara a trabajar en horario distinto a él, y así ha sido. Tampoco buscaba que me hicieran fija en ningún lado, yo con estar en un trabajo en el que el día que me dijieran el trasplante yo no me sintiera atada ni mal por nada, entonces tampoco buscaba en mi cabeza tener un trabajo fijo, sin embargo, mi marido totalmente diferente, cuidaba mucho ese tema.

Finalmente, se evidencia que el estrés ocasionado por la pérdida económica unido con la carga emocional derivada de la enfermedad y la presión asociada a la organización de los cuidados y responsabilidades cotidianas genera problemas de salud mental que experimentan en mayor medida las mujeres, extremo que corrobora la psicóloga durante la entrevista.

---

Finalmente, se evidencia que el estrés ocasionado por la pérdida económica unido con la carga emocional derivada de la enfermedad y la presión asociada a la organización de los cuidados y responsabilidades cotidianas genera problemas de salud mental que experimentan en mayor medida las mujeres, extremo que corrobora la psicóloga durante la entrevista

Psicó-L. El hecho de... ¿cómo vamos a llegar a final de mes? O ¿Cómo vamos a pagar las terapias? Si las necesidades básicas no están cubiertas, ¿cómo vas a quitarle o ayudarle emocionalmente? Entonces claro, la preocupación y el estrés que conlleva lo económico es bastante grande para las familias y sobre todo para las madres que son la que lo viven más de cerca.

#### 4. Discusión y conclusiones

Esta investigación se ha planteado dos objetivos: analizar cuál de los dos progenitores solicita la prestación por cuidado de menor con enfermedad grave y cuáles son los argumentos para ello, así como estudiar las consecuencias psicológicas, laborales y económicas que afrontan estas familias y, especialmente, las madres.

En cuanto al primer objetivo, las entrevistas muestran que son las madres las que ejercen el rol de cuidadora principal, no supuso un conflicto para la pareja tomar la decisión, incluso en algún caso ni siquiera se planteaba la discusión porque quedaba asumido que era ella la que ejercería el rol de cuidadora. Los argumentos económicos no son los más relevantes en esta decisión, pese a que en algunos casos ellas sean las principales proveedoras económicas y tenga más sentido, desde una perspectiva meramente economicista, que sigan trabajando. Se confirma así nuestra hipótesis de partida. Es frecuente que se explique esta decisión acudiendo a argumentos de carácter biológico y mencionando el “instinto maternal”, lo que recuerda a la reflexión de Durán (2015), quien señala que la responsabilidad de los cuidados se presenta como un papel natural o moral, no como algo político, produciéndose así una “naturalización” del rol de cuidadora (Larrañaga et al., 2019). El hecho de que esta práctica sea reiterativa en las mujeres evidencia que la mujer tiende a asumir el rol de cuidadora como parte de su género, considerando que es su responsabilidad y culpándose cuando no cumple con la misma.

La importancia de los roles de género en el cuidado de menores es un factor que también destacan en su estudio Hjelmstedt et al. (2021a), pese a que este país ha sido pionero en las políticas familiares igualitarias y se ha apostado por el modelo de doble proveedor y doble cuidador. Sus datos cualitativos, obtenidos mediante grupos de discusión con padres y madres, muestran que existen expectativas sociales, compartidas incluso desde las instituciones sanitarias, de que sean ellas las que cuiden. Estas expectativas se reflejan posteriormente en la elección de las generosas bajas parentales remuneradas por cuidado del menor enfermo, las cuales suelen ser significativamente más prolongadas para las madres respecto los padres, con el consiguiente impacto en sus trayectorias profesionales (Hjelmstedt et al., 2021b).

Además de los cuidados, en su mayoría las madres se hacen responsables de la organización del hogar, las tareas administrativas, o supervisar los cuidados que realiza el cónyuge, este exceso de responsabilidad normalizada, la cual no suele ser objeto de cuestionamiento por parte de las mujeres, conlleva una sobrecarga mental. Como muestran Amigot et al. (2020), los roles de género propician más ansiedad y sobrecarga mental a las mujeres.

Con respecto al segundo objetivo de la investigación, las consecuencias psicológicas, laborales y económicas de esta enfermedad crónica son múltiples. En lo que se refiere a las consecuencias psicológicas, las entrevistas han mostrado que acuden mucho más a los grupos de apoyo y a la atención especializada en comparación con los padres. Esta situación puede entenderse debido a que, como se ha señalado previamente, las mujeres asumen una mayor carga mental durante la enfermedad. No obs-

---

Como señala Selmaier (2019) en su estudio de padres con hijos con necesidades especiales de atención médica, los hombres encuentran en su lugar de trabajo que las expectativas hacia ellos no han cambiado y deben tener una dedicación absoluta al mismo, lo que entra en conflicto con el rol de cuidador que se demanda cada vez en mayor medida por parte de las madres y de la sociedad

tante, ello no significa que los padres no sufran estrés o ansiedad sino, más bien, que la socialización que han recibido no les permite expresar sus emociones en la misma medida y, si lo hacen, pueden ser sancionados por ello (Hjelmstedt et al., 2021a). Con respecto a las consecuencias laborales y económicas, el impacto laboral es mayor en las madres, que asumen el rol de cuidadora principal. Como señala Selmaier (2019) en su estudio de padres con hijos con necesidades especiales de atención médica, los hombres encuentran en su lugar de trabajo que las expectativas hacia ellos no han cambiado y deben tener una dedicación absoluta al mismo, lo que entra en conflicto con el rol de cuidador que se demanda cada vez en mayor medida por parte de las madres y de la sociedad.

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, se ha entrevistado únicamente a parejas heterosexuales y no se ha estudiado otro tipo de familias, como pueden ser las monoparentales, extensas, parejas homosexuales o familias de padres separados. Dada la falta de recursos materiales, se ha llevado a entrevistar un número pequeño de personas; en segundo lugar, se decidió centrar la atención en las parejas heterosexuales porque numéricamente representan un alto porcentaje del total. Asimismo, debido a la carencia de investigaciones previas sobre las razones por las cuales, en parejas heterosexuales son las mujeres las principales cuidadoras ante un cáncer infantil, así como los motivos que influyen en ello, se ha decidido enfocar el estudio en este grupo específico. Esto implica que queda abierta la línea de investigación para estudiar este fenómeno en el resto de las familias. Otra limitación radica en que, debido al pequeño número de casos, las parejas estudiadas eran muy homogéneas a nivel socioeconómico. Estudios previos (Hjelmstedt et al., 2021a) muestran la importancia de la situación financiera y laboral de la pareja anterior al diagnóstico de la enfermedad y de la actitud de la empresa una vez se conoce la misma para explicar cómo se concilian responsabilidades laborales y de cuidado.

Por último, a la vista de los resultados, se pueden extraer algunas implicaciones políticas. Sería conveniente promover una distribución más equitativa de la CUME entre madres y padres, para que de esta forma los progenitores no tengan que elegir quién de los dos deja de trabajar, sino que la prestación pueda ser solicitada por ambos. Podemos suponer que así se podría facilitar la corresponsabilidad, de la misma forma que la reciente ampliación del permiso de paternidad hasta llegar a la equiparación con el de maternidad han ayudado a la mayor implicación de los hombres en los cuidados (Romero-Balsas, 2022). No podemos asegurar que la prestación por sí sola revierta completamente la situación, pero su ausencia haría mucho más difícil lograr ese cambio, ya que la estructura social fomenta un rol especializado de cuidador, que tradicionalmente ha sido de la mujer. La prestación debería diseñarse también para dar cabida a todo tipo de situaciones familiares, dado que en la actualidad está pensada para parejas de doble ingreso, aumentando las desigualdades económicas entre estas parejas, normalmente con más recursos económicos para afrontar la enfermedad, y el resto. Se debería además complementar esta baja conjunta con una prestación económica que tenga en cuenta las secuelas que puedan quedar tras la enfermedad y permita al menor una rehabilitación digna y adecuada a sus necesidades. Como advierten Scambor et al. (2014), solo mediante políticas que aseguren la corresponsabilidad se puede debilitar la división sexual en los cuidados, basada en los roles de género que se perpetúan más allá de las diferencias esenciales de la biología.

---

Se debería además complementar esta baja conjunta con una prestación económica que tenga en cuenta las secuelas que puedan quedar tras la enfermedad y permita al menor una rehabilitación digna y adecuada a sus necesidades

	<b>Nombres anonimizados y edad</b>	<b>Nombre anonimizado del hijo y edad actual</b>	<b>Edad con la que le diagnosticaron la enfermedad oncológica</b>
Pareja 1	Abel, 45 años	José, 8 años	4 años
	Paula, 42 años		
Pareja 2	Daniel, 42 años	Darío, 9 años	8 años
	Andrea, 38 años		
Pareja 3	German, 42 años	Estrella, 11 años	9 años
	Aurora, 43 años		
Pareja 4	Camilo, 42 años	Silvia, 13 años	6 meses
	Helena, 40 años		
Pareja 5	Enrique, 51 años	Miriam, 7 años	2 años
	Fátima, 48 años		
Profesionales	Trabajadora Social, Eva		
	Psicóloga, Lara		
	Psicóloga, Lara		

*Anexo 1. Nombres ficticios de los progenitores, menores diagnosticados de la enfermedad ocológica, y profesionales sociosanitarias, incluyendo las edades de los menores en el momento del diagnóstico.*

## BIBLIOGRAFÍA

- Bautista, N. P. (2022). *Proceso de la investigación cualitativa: epistemología, metodología y aplicaciones*. Editorial El Manual Moderno.
- Becker, G. 1981. *A Treatise on the Family*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bejarano, M. A. G. (2016). La investigación cualitativa. *INNOVA Research Journal*, 1(2), 1-9.
- Bergmann, N., Scambor, E., & Wojnicka, K. (2014). Framing the involvement of men in gender equality in europe: between institutionalised and non-institutionalised politics. *Masculinidades y cambio social*, 3(1), 62-82.
- Connel, R., & Pearse, R. (2018). *Género: desde una perspectiva global*. Universitat de València.

Connell, R. W. (1987). *Gender and Power: Society, the Person and Sexual Politics*. Stanford: Stanford University Press, 253-258.

Daly, M. (2023). Theorizing the Relationship between Family, Gender, and the Welfare State. *The Oxford Handbook of Family Policy Over the Life Course*, 143.

Dominguez-Folgueras, M. (2015). Parentalidad y división del trabajo doméstico en España, 2002-2010. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 149, 45-64.

Durán, M.A. (1999). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao:Fundación BBV.

Durán, M.A. (2015). La otra economía española, en C. Torres Albero (Ed). *España 2015. Situación social*. Madrid: CIS, pp. 472-493.

Esping-Andersen, G. (2009). *The Incomplete Revolution: Adapting to Women's New Roles*. Cambridge: Polity Press.

Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el Siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Fernández-Lozano, I. 2018. Finding time for children. Fatherhood, Jobs and Available Time in Spain, 2003-2010. *Revista Internacional de Sociología*, 76 (3), e104.

Flaquer, L., Navarro-Varas, L., Antón-Alonso, F., Ruiz-Forès, N., & Cónsola, A. (2019). La implicación paterna en el cuidado de los hijos en España antes y durante la recesión económica. *Revista Española de Sociología*, 28 (2), 249-268.

Fusulier, B., & Nicole-Drancourt, C. (2019). Towards a multi-active society: daring to imagine a new work-life regime, in Moss, Peter, Duvander, Ann-Zofie, & Koslowski, Alison. (Eds.) *Parental leave and beyond: Recent development, current issues, and future directions*. Policy Press.

García-Calvente, M.M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18 (supl. 2), 83-92.

García-De Diego, J.M., & García-Faroldi, L. 2022. Sexual Division in Parenting: A Normative Context That Hinders Co-Responsibility. *Journal of Family Issues*. 43 (11), 2888-2909.

García Faroldi, L. (2023). *Haciendo malabares. Conciliación y corresponsabilidad de las parejas trabajadoras españolas*. Valencia: Tirant Lo Blanch

Hanlon, N (2012). *Masculinities, Care and Equality: Identity and Nurture in Men's Lives*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.

Hjelmstedt, S.K., Forider, U.M., Lindahl Norgerg, A.M., & Hovén, M. (2021a) A Balancing Act: Working and Caring for a Child with Cancer. *Journal of Child and Family Studies*,30:1881-1894.

Hjelmstedt, S.K, Montgomery, S., Nybergh, L., Hed Myrberg, I., Lindahl Norberg, A., & Hovén, E. (2021b). Division of childcare leave among parents of children with a serious illness. *Journal of Family Issues*, 42(6), 1308-1332.

Katz-Wise, S.L., Preiss, H.A., & Hyde, J.S. (2010). Gender role attitudes and behaviors across the transition to parenthood. *Developmental Psychology*, 46(1), 18-28.

Kish, A.M., Haslam, D.M., & Newcombe, P. A. (2019). Child Chronic Illness and Parent Work-Family Conflict: Investigating the Experiences of Working Parents. *Journal of Child and Family Studies*, 29:1312-1325.

Koslowski, A., Duvander, A.-Z., & Moss, P. (2019). Parental leave and beyond: Recent international developments, current issues and future directions. In P. Moss, A.-Z. Duvander, & A. Koslowski (Eds.), *Parental Leave and Beyond*:

*Recent International Developments, Current Issues and Future Directions* (pp. 353–370). Policy Press.

McGill, B.S. (2014). Navigating New Norms of Involved Fatherhood: Employment, Fathering Attitudes, and Father Involvement. *Journal of Family Issues*, 35 (8), 1089-1106.

Melguizo-Garín, A., Hombrados-Mendieta, I., Martos- Méndez, M.J., & Ruiz-Rodríguez, I. (2021). Social Support Received and Provided in the Adjustment of Parents of Children With Cancer. *Integrative Cancer Therapies*, Volume 20: 1–11.

Melguizo-Garín, A., & Ruiz-Rodríguez, I. (2021). El papel de las mujeres como cuidadoras principales en el cáncer infantil.

Perís-Bonet, R. (2008). Incidencia y supervivencia del cáncer infantil. *Rev Esp Pediatr*, 64, 342-56.

Pujal i Llombart, M., Calatayud, M., & Amigot, P. (2020). Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V. *Revista Internacional De Sociología*, 78(2), e155.

Raley, S., Bianchi, S. M., & Wang, W. (2012). When do fathers care? Mothers' economic contribution and fathers' involvement in child care. *American journal of sociology*, 117(5), 1422-59.

Ranson, G. (2012). Men, paid employment and family responsibilities: Conceptualizing the 'working father'. *Gender, Work & Organization*, 19 (6), 741-761.

*Registro Nacional de Tumores infantiles*. (2016). Obtenido de: <https://www.uv.es/rnti/pdfs/B1.05-Texto.pdf>

Romero-Balsas, P., Muntanyola-Saura, D., & Rogero-García, J. (2013). Decision-Making Factors within Paternity and Parental Leaves: Why Spanish Fathers Take Time Off from Work Gender. *Work and Organization*, 20 (6), 678-691.

Romero-Balsas, P. (2022). Incremento en la duración del permiso exclusivo para padres y sus consecuencias en el cuidado infantil desde la perspectiva de las madres. *Revista Española de Sociología*, 31(1), a85.

Santos, S., Crespo, C., & Navarro, M.C. (2016). Family Rituals, Financial Burden, and Mothers' Adjustment in Pediatric Cancer. *Journal of Family Psychology*, Vol. 30, No. 8, 1008–1013.

Sanz Vergel, A. I. (2011). Conciliación y salud laboral: ¿una relación posible?: Actualidad en el estudio del conflicto trabajo-familia y la recuperación del estrés. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57, 115-126.

Seguridad Social. (2023). Obtenido de: <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/Pres-tacionesPensionesTrabajadores/1941/1942#142997>

Sienra, D.J.S., & Oliva, M.A. (2017) La responsabilidad familiar corporativa frente al problema de la conciliación familia-trabajo. Tensiones entre el derecho al cuidado y la inversión en capital humano en la Argentina. *Cuadernos de Economía Crítica*, 4(7), 71-95.

Sellmaier, C. (2019). Integrating Work and Family Responsibilities: Experiences of Fathers of Children with Special Health Care Needs. *Journal of Child and Family Studies*, 28:3022–3036.

Urrutia, V. G., & Figueroa, A. J. (2015). Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género. *Polis, Revista Latinoamericana*, 14(40), 1-15.

Wainerman, C. (2007). Conyugalidad y paternidad ¿Una revolución estancada? MA Gutiérrez, *Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades. Desafíos para la investigación política*, 179-222.

Wainerman, C. (2007). Familia, trabajo y relaciones de género. In *Entre familia y trabajo: relaciones, conflictos y políticas de género en Europa y América Latina* (pp. 147-176). Homo Spiens.

West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender & society*, 1(2), 125-151.