

# Los cuidados familiares

Inmaculada Úbeda Bonet y Montserrat Roca Roger

Profesoras titulares del Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

## LA FAMILIA COMO SISTEMA INFORMAL DE CUIDADOS Y SU RELACIÓN CON EL CUIDADO FORMAL

La inmensa mayoría de personas dependientes son cuidadas por su familia. Este cuidado suele denominarse “cuidado informal”<sup>\*</sup> o familiar, que es el prestado por parientes, amigos o vecinos en el ámbito doméstico. El apoyo informal se define como “el cuidado y atención que se dispensan de manera altruista y gratuita a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención”<sup>1,2</sup>.

Este conjunto difuso de redes (familia, amigos, etc.) suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en las relaciones y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración.

El cuidado familiar nace del hecho de que el espacio familiar es el contexto principal donde la enfermedad se presenta y se resuelve. Es en la familia donde se inician los procesos de enfermedad y los itinerarios que seguirán los enfermos y sus familiares: el/los diagnósticos, las demandas profesionales y a diversos proveedores (medicina tradicional, alternativa, etc.), administración de medicamentos, etc.<sup>3,4</sup>. Según Durán<sup>5</sup>, los cuidados familiares se centran en prestar servicios de infraestructura básica de ayuda a la salud (alimentación, higiene, relaciones sociales), servicios relacionados directamente con la

enfermedad y la discapacidad (compañía, transporte, aplicación de tratamientos) y gestión con los servicios sanitarios (trámites, compra de medicamentos).

Algunos estudios refieren que actualmente las personas mayores que necesitan cuidados que viven acompañadas, lo hacen de sus hijos. El 85% de personas con alguna discapacidad viven con su familia<sup>6</sup>.

Según el IMSERSO<sup>7</sup>, el 20,75% de los adultos españoles daban asistencia a una persona mayor conviviente. El 28% de las personas españolas de más de 18 años cuidan a una persona anciana en su casa, y esta ayuda es proporcionada por una mujer. También se menciona en dicho informe que el 60% de personas ancianas y el 75% de personas con discapacidad necesitan atención en su domicilio.

Del total de cuidados que reciben las personas mayores, del 80 al 88% los reciben exclusivamente de la familia, mientras que los servicios formales proveen el resto. En el caso de las personas con otros tipos de dependencia, las cifras van desde el 50% en el caso de las deficiencias psíquicas o el 70% en la discapacidad física, hasta el 83% en el caso de los enfermos no graves<sup>8-10</sup>.

Según Bazo y Domínguez<sup>11</sup>, una de cada 10 amas de casa tiene una persona dependiente entre sus parientes próximos, y únicamente el 10% de éstas reciben atención institucionalizada. Por otra parte, Cacabelos<sup>12</sup> afirma que la mayor parte de las personas con demencia viven en casa, y su familia es la responsable directa de sus cuidados en el 80% de los casos. En el caso de personas con enfermedad neurodegenerativa, en el 86,1% de los hogares los cuidados de salud son prestados sólo por la red del sistema informal/familiar<sup>13</sup>. Los estudios sobre personas con algún grado de

dependencia muestran que son los miembros de la familia más cercana (cónyuges, hijos) quienes con mayor frecuencia prestan su apoyo y proveen cuidados a largo plazo<sup>14,15</sup>.

Hay acuerdo unánime respecto a la importancia y la magnitud del cuidado informal/familiar, ya que éste completa o sustituye la ausencia o deficiencia de provisión de los servicios formales. Durán<sup>16</sup> afirma que la mayor parte de los cuidados de salud tienen lugar en los extremos del ciclo de vida (niños y ancianos) y fundamentalmente en el ámbito doméstico. En muchas ocasiones las personas con discapacidad no llegan a abandonar nunca dicho ámbito, y las personas laboralmente activas, cuando contraen enfermedades, padecen accidentes o simplemente envejecen, son cuidadas en gran medida en su hogar.

En el cuidado familiar existen cargas diferenciadas entre varones y mujeres, a pesar de que los hombres se van incorporando muy lentamente<sup>17</sup>. Las mujeres inmigrantes, presentes cada día más como cuidadoras retribuidas, se configuran como un nuevo elemento de desigualdad, ya que su trabajo se desarrolla en un mercado oculto precario y aumenta la tendencia de la feminización de la pobreza<sup>18</sup>.

García-Calvente<sup>19</sup> señala que la atención informal/familiar proporcionada por la mujer plantea dos cuestiones relacionadas con la equidad. En primer lugar, una desigualdad de género, debido a la distribución desigual de costes del cuidado entre hombres y mujeres, al ser la mujer la que mayoritariamente se hace cargo del cuidado. En segundo lugar, la desigual capacidad de acceder a los recursos de ayuda para cuidar (procedentes básicamente del mercado inmigrante) está en relación con el nivel económico del

<sup>\*</sup>Aunque en la bibliografía aparece con frecuencia el término cuidado informal, éste es cuestionado por algunos autores debido a las connotaciones negativas que pueden asociarse a la palabra informal (descuidado, poco fiable).

# *y las políticas públicas*

cuidador y, por lo tanto, esto plantea una desigualdad de clase social.

El cuidado informal se encontraría en la parte no visible de un iceberg, lo cual se puede interpretar como la parte más importante y sólida en la prestación de cuidados. Los servicios formales (hospitales, centros de atención primaria, servicios sociosanitarios, atención profesionalizada, etc.) participan de forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas dependientes que viven en la comunidad y constituyen sólo la punta de este iceberg del sistema de atención a la salud.

El sistema formal participa en la prestación de atención en la medida que el sistema informal es incapaz de responder a las demandas de cuidados de la persona dependiente. Según Menéndez<sup>4</sup>, el sistema formal no considera a la familia como un sistema complementario a su oferta, sino que sólo la contempla como un recurso que llega donde no lo hace el sistema formal y que realiza las tareas que los profesionales proponen.

La capacidad de prestar cuidados del sistema informal es aprovechada para reducir costes al sistema sanitario y social. Este hecho se traduce en un aumento del gasto familiar y en una disminución de los ingresos familiares, como consecuencia de que, generalmente, algún otro familiar tiene que dejar de trabajar fuera del hogar. Por otra parte, en ocasiones los cuidadores familiares se ven obligados a solicitar la baja laboral para poder cuidar. Este hecho repercute en la economía familiar, pero también incide en la economía general del país.

Entre el 50 y el 90% del gasto derivado del cuidado de una persona dependiente es costado por la familia y por la persona discapacitada. Esta

dedicación puede llegar a ser total en el caso de las personas con demencia. También se ha calculado que la desaparición de la ayuda informal a la persona dependiente aumentaría en un 34% las solicitudes de ingreso en residencias de larga duración<sup>20</sup>. El apoyo informal constituye el principal predictor del mantenimiento de la persona mayor en su comunidad, demorando o evitando el ingreso en instituciones<sup>21</sup>.

En resumen, y tal como señala Bover<sup>22</sup>, se puede afirmar que la familia se está convirtiendo en un sistema informal de cuidados cada día más frágil debido, por una parte, a una mayor presencia de personas dependientes –y, por tanto, una mayor demanda de cuidados–, y por otra por los cambios sociodemográficos de las familias, que conllevan una menor disponibilidad de cuidadores familiares. Todo ello parece conducir, a corto y a medio plazo, a una crisis del sistema de provisión de cuidados ante la dificultad de mantener el nivel de atención informal y la dificultad de que ésta sea asumida por el sistema formal, lo que puede comprometer el mantenimiento del nivel de salud actual de nuestra población.

En cuanto al futuro de los cuidados a personas que lo requieren, especialmente en el domicilio, es importante tener en cuenta la relación existente entre necesidades de cuidados de la población y la oferta de servicios por parte del sistema formal y del sistema informal.

## **CUIDADO INFORMAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

En los países occidentales se ha redescubierto la familia como alternativa menos costosa y más eficaz para atender a quien necesita cuidados. Parece que los

poderes públicos quieren devolver a las familias las tareas que la propia sociedad delegó en las instituciones. Las políticas públicas manifiestan no poder resolver todos los problemas, y no parece que exista una política familiar eficaz. Nos encontramos ante un problema frente al cual la respuesta de las instituciones es, como dice Canals<sup>23</sup>, “se acabó lo que se daba” y “sálvese quien pueda”.

Las políticas sociosanitarias de atención a las personas dependientes se han elaborado hasta hace poco tiempo teniendo en cuenta que el cuidado de la persona dependiente es una obligación familiar. Así, el Libro Blanco de la Dependencia<sup>24</sup> señala que los modelos de protección sanitaria y social continúan marcados por connotaciones ideológicas sustentadas en modelos familiares, sin tener en cuenta el profundo cambio social de las familias, y sigue vigente el modelo basado en la concepción social asentada en la división sexual (varón sustentador, mujer encargada de las tareas reproductivas y asistenciales).

Los países mediterráneos constituyen un ejemplo de modelo de bienestar “familista”, según el cual las políticas públicas dan por supuesto que las familias deben asumir la provisión de cuidados a sus miembros, dedicando pocas prestaciones a las familias, con la salvedad de las situaciones de desamparo económico y social<sup>25</sup>. Se produce una gran paradoja desde los sistemas públicos de protección sanitaria y social, puesto que es justamente en los países en los que hay más apoyo informal en los que existen menos prestaciones públicas de apoyo a la familia. Dentro de la Unión Europea, España, donde la familia es la máxima proveedora de atención y cuidados a todos sus miembros que los precisan, se encuentra en los últimos

lugares en gasto sociosanitario de apoyo familiar, en porcentaje del producto interior bruto (PIB) respectivo<sup>24</sup>.

España pone a la familia en el centro de la sociedad pero da una escasa respuesta en el desarrollo de políticas públicas para darle soporte: el gasto público pro-familia en España es del 0,5% del PIB, sólo una quinta parte del promedio de la Unión Europea, que era del 2,5% en el año 2000<sup>26</sup>. Dinamarca es uno de los países con mejor sistema de atención comunitaria, ya que cubre las dos terceras partes de la población. Este sistema de provisión de servicios hace posible que los ancianos y sus familias sean mutuamente independientes, en el sentido de que la ayuda para las actividades de la vida diaria (cuidados personales, compra, higiene, etc.) se obtiene mediante los servicios públicos con una extensa cobertura de atención domiciliaria y de enfermeras comunitarias<sup>27</sup>.

En España, según las encuestas realizadas por el IMSERSO en 2004<sup>24</sup>, sólo el 13% de las familias que prestaban cuidados recibían ayuda profesional para atender a la persona de quien se ocupaban. En concreto, los servicios sociales sólo dan soporte al 6,5% de las familias que cuidan a personas mayores<sup>28</sup>; de ello se desprende que en la actualidad la oferta de servicios a las personas dependientes y a sus familias sea claramente insuficiente<sup>29</sup>.

En Europa se observan diversas tendencias en cuanto a la distribución de las responsabilidades de cuidar entre los servicios formales e informales. Estas tendencias van desde considerar a la familia como el único proveedor de cuidados, pasando por completar y apoyar este cuidado familiar por parte del sistema formal, hasta proveer a las personas necesitadas los cuidados que precisan exclusivamente desde el sistema formal<sup>30,31</sup>.

En los países del norte, la atención a las personas dependientes se gestiona, por parte de la Administración, desde un único sistema, de forma que la persona dependiente que requiere servicios de atención es valorada por un único servicio que gestiona tanto los servicios sociales como los sanitarios que requiere.

En cuanto a las preferencias manifestadas por las familias respecto al tipo de ayuda formal que les gustaría recibir para colaborar en los cuidados, se

cita la atención domiciliaria, los centros de día y otros servicios de apoyo; la preferencia por los apoyos económicos sólo la manifiestan el 32% de las familias. En cuanto al reparto de la provisión de cuidados entre la Administración y las familias, en la encuesta realizada por el IMSERSO antes citada, la familia desea de forma mayoritaria que exista un reparto equilibrado en la provisión de estos cuidados (no desean asumir la exclusividad de los cuidados, pero tampoco aspiran a desentenderse de las personas necesitadas de cuidados)<sup>24</sup>.

Según algunos autores<sup>28,32</sup> el cuidado de las personas dependientes debería ser compartido, ofreciendo así expectativas más esperanzadoras para el futuro inmediato, tanto con la incorporación de los varones en esta responsabilidad como con la participación de movimientos ciudadanos (voluntarios, asociaciones, etc.) y también incorporando a la Administración.

También Flaquer y Oliver<sup>33</sup> señalan que las políticas familiares son una inversión en capital humano, ya que si las familias disponen del soporte adecuado, pueden cumplir mucho más eficazmente con su función social.

Menéndez<sup>34</sup> afirma que cualquier modelo sanitario necesita del individuo y de la familia para poder funcionar, no solamente porque es en este ámbito donde se generan las decisiones referentes a la salud, sino porque es donde se realizan las prácticas de los cuidados.

La responsabilidad del cuidado a las personas dependientes supone un reto para los servicios públicos y requiere ser contemplada dentro de las políticas públicas de los sistemas sanitarios y de bienestar, ya que, hoy por hoy, existen muchos interrogantes acerca de quién cuidará en un futuro no muy lejano a las personas dependientes.

Los factores socioeconómicos y las políticas sanitarias de contención del gasto, unido a los cambios sociodemográficos que han experimentado las familias, son algunos de los factores que contribuyen a la crisis a corto y medio plazo del sistema informal de cuidados. Pero a la vez, un colapso en el sistema informal de provisión de cuidados colapsaría también el actual sistema formal de atención y podría poner en riesgo el nivel de salud y

calidad de vida de las personas necesitadas de atención y de sus familias.

El desarrollo de una oferta adecuada de cuidados profesionales es absolutamente necesario. La ayuda profesional ha demostrado ser eficaz en muchas ocasiones para mitigar las consecuencias de la dependencia y para proporcionar una mejor calidad de vida a las personas dependientes y a sus familias cuidadoras. Se han descrito diversos tipos de intervenciones de apoyo a los cuidadores de enfermos, esencialmente enfermos con demencia, con el fin de mejorar los cuidados al enfermo y la salud del cuidador. La mayoría de las intervenciones realizadas son de carácter educativo, mejora en las estrategias de comunicación, y solución de problemas, sobre consejo individual y grupal, apoyo por vía telefónica, modificaciones en el hogar, etc. Existen estudios que demuestran la eficacia de estas intervenciones, especialmente en la disminución de la prevalencia de la ansiedad y/o depresión del cuidador, en la reducción de la sobrecarga del cuidador y en el retraso de la institucionalización del enfermo<sup>35-40</sup>.

Es importante señalar, en el contexto de este trabajo, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia<sup>41</sup>, que crea un nuevo derecho de las personas que no pueden valerse por sí mismas a recibir la atención necesaria por parte de los poderes públicos.

Esta ley, de carácter universal, garantiza su financiación por los presupuestos generales del Estado y por los de las comunidades autónomas, y también contempla que puedan participar las administraciones locales. Los beneficiarios de la ley deben contribuir a la financiación de los servicios utilizados teniendo en cuenta su capacidad económica individual (a diferencia de lo que sucedía hasta ahora, donde se contabilizaban los ingresos y rentas de la unidad familiar).


Las personas que sean declaradas dependientes podrán recibir (art. 14):

- Una serie de servicios, prestados a través de la oferta pública de la red de servicios sociales de las comunidades autónomas, mediante centros y servicios públicos o privados concertados.

- Una prestación económica de carácter periódico. Deberá estar vinculada a la adquisición de un servicio que se determine adecuado para las necesidades de la persona beneficiaria.

- Con carácter excepcional, una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, como pueden ser los familiares de la persona dependiente.

La prestación de la atención domiciliar por parte de los servicios sanitarios constituye otra oferta de servicios que, por lo que parece, está en el ánimo de la Administración potenciar su desarrollo. La atención a las personas dependientes y a sus familias es compartida, pues, entre los servicios sociales y los servicios de salud, entre los cuales existe poca coordinación. Las personas que requieren servicios de ayuda deben acudir, en muchas ocasiones, a estos dos servicios con el fin de obtener las prestaciones que necesitan. La figura del "gestor de caso"<sup>42</sup> puede ser un elemento fundamental a la hora de coordinar los recursos sociosanitarios necesarios para cada caso.

Sería poco realista pensar que los cuidados deben ser una responsabilidad del sistema informal exclusivamente, así como del sistema formal. Uno y otro se necesitan, y hay que encontrar fórmulas de cooperación e interrelación. También Feliu<sup>43</sup> señala que se debe pensar en términos de responsabilidad colectiva y no de responsabilidad familiar, valorar el trabajo de cuidados y potenciar el compartirlo entre el sistema formal y el sistema informal. 

## Bibliografía

- Rodríguez Rodríguez P. El apoyo informal en la provisión de cuidados a las personas con dependencia. Una visión desde el análisis de género. En: Ley de dependencia y educación infantil como medidas de conciliación de la vida laboral y familiar. Forum de Política Feminista. Madrid, 2004.
- Wright K. The economics of informal care of the elderly. Centre for Health Economics. Cork: University of York; 1983.
- Litman TJ. The family as a basic unit in health and medical care: a social behavioral overview. Soc Sci Med. 1974;18:495-519.
- Menéndez EL. Familia, participación social y proceso salud/enfermedad. Acotaciones desde la antropología médica. En: Mercado FJ, et al, editor. Familia, salud y sociedad. Experiencia de investigación en México. México: CIESCAS; 1993.
- Durán MA. Las demandas sanitarias de las familias. Gaceta Sanitaria. 2004;18:195-200.
- CC.OO. Estudio publicado en El País, 11 de agosto de 2005.
- IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2002. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>.
- Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Bilbao: Fundación BBV; 1999.
- IMSERSO. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid: IMSERSO; 1995.
- García-Calvente MM, Mateo I, Gutiérrez P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.
- Bazo MT, Domínguez-Alcón C. Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. Rev Esp Investig Social 1996;73:43-56.
- Cacabelos R, Coamaño J, Álvarez X, Fernández IL, Freno A. Enfermedad de Alzheimer. Bases moleculares, criterios diagnósticos y novedades terapéuticas. Jano. 1994;67(1105)39-64.
- Mateo Rodríguez I, Millán Carrasco A, García-Calvente MM, Gutiérrez Canadía P, Gonzalo Giménez E, López Fernández LA. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. Aten Primaria. 2000;26:25-34.
- Arber S, Ginn J. The meaning of informal care: Gender and the contribution of elderly people. Ageing and Society. 1990;10:429-54.
- Lieberman MA, Kramer JH. Factors affecting decisions to institutionalize demented elderly. Gerontol. 1991;3:371-4.
- Durán MA. La mediación invisible: de las utopías sociales a los programas políticos en materia de salud. En: De Miguel J, et al, editors. El futuro de la salud. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales; 1988.
- Arber S, Ginn J. Gender differences in informal caring. Health and Social Care in the Community. 1995;3:9-18.
- Martínez Riera JR. Cuidados informales en España. Problema de desigualdad. Rev Adm Sanit. 2003;1.
- García-Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gaceta Sanitaria. 2004;18:132-9.
- Hébert R, et al. Ayuda a los cuidadores de personas afectadas de demencia que viven en el domicilio. Año Gerontológico. 1999;13:217-34.
- Pancrazi-Boyer PM, Arnaud-Castiglioni R. Ayuda a los familiares en psicogeriatría. Año Gerontológico. 1996;10:389-98.
- Bover Bover A. Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y a la generación. Tesis doctoral. TDX-0204105-093133. 2004.
- Canals J. Relaciones familiares y soporte social en la crisis del desempleo. Revista de Servicios Sociales y Política Social. 1993;31:45-61.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
- Espring-Andersen G, Duncan G, Hemerick A, Milles J. Why we need a new Welfare State. Oxford: Oxford University Press; 2002.
- Navarro V, Quiroga A. Políticas de Estado de Bienestar para la equidad. Gaceta Sanitaria. 2004;18:147-57.
- Walker A. Actitud de los europeos frente a la vejez. Rev Gerontol. 1994;3:58-63.
- Rodríguez Rodríguez P. Cuidados en la vejez. La necesaria convergencia entre los recursos formales y el apoyo informal. En: Jornadas por una vejez activa. Madrid: Fundación Caja Madrid; 1995.
- Rodríguez Castedo A. Políticas sociales y prestación de servicios a las personas dependientes y a sus familias. Rev Adm Sanit. 2005;3:253-64.
- Silverstein M, Parrot TM. Attitudes toward government policies that assist informal caregivers. The link between personal troubles and public issues. Research on Aging. 2001;23:349-74.
- Flaquer L. Articulación entre la familia y el estado de bienestar en los países de la Europa del Sur. Barcelona: UAB Papers; 2004.
- OCDE. Caring for frail elderly people. Policies in evolution. Paris: OCDE; 1996.
- Flaquer L, Oliver C. Las políticas de apoyo a las familias. En: Gómez-Granel C, García M, Ripoll-Millet A, Panchon A, editores. Infancia y familias. Realidades y tendencias. Barcelona: Colección Observatorio de la Infancia y las Familias, Arie; 2004.
- Menéndez E. Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud: Cuadernos de la Casa Chata. México: CIESCAS; 1984.
- Hepburn KW, Tornatore J, Center B, Ostwald SW. Dementia family caregiver training: affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. J Am Geriatr Soc. 2001;49:450-7.
- Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. J Am Geriatr Soc. 2003;51:657-64.
- Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Oldenikert MG. Effects of community occupational therapy on quality of life, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007;62:1002-9.
- López J, Crespo M, Zarit SH. Assessment of the efficacy of a stress management program for informal caregivers of dependent older adults. Gerontologist. 2007;47:205-14.
- Mittelman MS, Roth DL, Clay OJ, Haley WE. Preserving health of Alzheimer caregivers: impact of a spouse caregiver intervention. Am J Geriatr Psychiatry. 2007;15:780-9.
- Chee YK, Gitlin LN, Dennis MP, Hauck WW. Predictors of adherence to a skill-building intervention in dementia caregivers. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007;62:673-8.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm 299.
- Fernández Rodríguez V, Moreno Verdugo A, Perejón Fernández I, Guerra Martín MD. Enfermeras hospitalarias de enlace (gestoras de casos). Enfermería Global 2007; 10. Disponible en: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/202/246>.
- Feliu T. Relaciones intergeneracionales: la cura informal. Revista de Treball Social. 1993;131:42-54.

**Correspondencia:** Inmaculada Úbeda Bonet

Escola d'infermeria de la Universitat de Barcelona.  
Pavelló de Govern, 3a planta.

Feixa Llarga s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat.  
Barcelona. España

**Correo electrónico:** iubeda@ub.edu