

VIII Jornadas de Jóvenes Investigadores
Instituto de Investigaciones Gino Germani
Universidad de Buenos Aires
4, 5 y 6 de Noviembre de 2015

Tatiana Maltz

FSOC - UBA

Licenciada en Sociología.

tatimaltz@hotmail.com

Eje 7. Cuerpo, política y subjetividades.

El trabajo de cuidar y cuidarse: mujeres cuidadoras en el Área Metropolitana de Buenos Aires en 2013¹

Palabras clave: cuidados – trabajo reproductivo – género – salud

Resumen

En este trabajo proponemos un acercamiento a la problemática social del cuidado y la reflexión en torno a los modos en que las sociedades contemporáneas organizan y proveen cuidados a personas dependientes. Planteo que emerge ante diversos cambios sociodemográficos de las últimas décadas en Latinoamérica: aumento de la esperanza de vida, reducción del tamaño de las familias y mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo (Delicado Useros, 2006; Pautassi, 2007; Findling et al., 2012; López, 2012). Nos enfocamos en el rol de las cuidadoras principales e informales (aquellas con mayor responsabilidad en las tareas de cuidado y que no perciben remuneración por esas tareas) y nos preguntamos: ¿qué sucede con los cuidados hacia sí mismas?, ¿cómo cuidan su salud las mujeres que cuidan? Nuestro objetivo general es explorar las opiniones de mujeres adultas residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) en 2013 sobre los cuidados que proveen a los integrantes adultos dependientes de sus familias y sobre sus prácticas de autocuidado de la salud. Para esto, realizamos 16 entrevistas semiestructuradas a mujeres de

¹ Este trabajo fue realizado en el marco del Seminario “Población y sociedad. Mujeres, cuidados, salud y familias” dictado por la profesora Elsa López en la carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

35 años y más, pertenecientes a estratos socio-económicos medios, que cuidan/cuidaron por problemas de salud a algún integrante adulto de su familia.

1 Introducción

Los países latinoamericanos atraviesan desde hace ya varias décadas cambios sociodemográficos que inciden en la organización de la familia. Factores como el aumento de la esperanza de vida, el descenso de la fecundidad, la mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo y la reducción del tamaño de las familias hacen que sea necesario repensar los modos en que se organiza y provee cuidados a personas dependientes (Findling et al., 2012). A modo de ejemplo, consideremos por un lado que al reducirse el tamaño de las familias, los cuidados recaen (o se reparten) sobre un menor número de personas; por otro lado, el ingreso de las mujeres al mercado laboral implica dificultades al momento de compatibilizar esta actividad con su rol de cuidadoras principales (Delicado Useros, 2006).

Los cambios enunciados junto con el incremento de la demanda de atención ejercen presión sobre el tradicional sistema de autoayuda y cooperación intergeneracional familiar. Este sistema se ve presionado además porque la incorporación de las mujeres a la esfera laboral, política y social no ha significado una transformación del rol tradicional del varón en la familia. Al interior del hogar se ha dado una escasa (o nula) redistribución de las tareas entre varones y mujeres (Delicado Useros, 2006).

En este sentido el espacio privado sigue siendo propio de la mujer, lo que genera en ellas una doble jornada o doble carga (trabajo remunerado y trabajo de cuidado) (CEPAL, 2012; Julve Negro, 2006). Esta situación es denunciada por el feminismo de la década de 1970 al cuestionar el papel tradicional de la mujer mediante la distinción entre trabajo productivo y trabajo reproductivo. El objetivo es mostrar la invisibilidad del trabajo de las mujeres, concentradas en la esfera doméstica y no remunerada. Se trata de un trabajo vital no sólo para el mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo sino también para la reproducción del propio sistema económico.

La economía del cuidado pretende desnaturalizar esta actividad que implica a la gran mayoría de la población femenina (Aguirre, 2008; Benería, 2006; Carrasquer et al., 1998). Según De Barbieri (1993), la subordinación de la mujer es una cuestión de poder, pero no de un poder ubicado en el aparato estatal y burocrático. Se trata más bien de un poder que se esconde detrás de un velo de sentimientos nobles de afecto, ternura y amor que hacen natural

el ideal femenino de la madre-esposa ama de casa. Al decir de Pautassi (2007b) existe una explícita discriminación por género reflejada en una estructura de poder asimétrica que asigna valores, capacidades y potencialidades diferenciales a cada uno de los sexos, generando de esta forma asimetrías en los derechos, en el acceso a recursos, al poder y en los comportamientos sociales y económicos.

Comprendemos el cuidado de otros, siguiendo a Pautassi (2007a, 2007b), como una problemática social. Debemos pensarla como un problema de ejercicio de derechos (cuando existe legislación) o de disminución de desigualdades (en caso de no existir). Es necesario comprender al cuidado en un sentido amplio para lo cual profundizamos en el concepto de economía del cuidado. Se entiende por tal el conjunto de actividades, bienes y servicios necesarios para la reproducción social y cotidiana de mujeres y varones. Los receptores de tales servicios son las personas dependientes.

El concepto de dependencia puede vincularse rápidamente con la pérdida de autonomía. En efecto, se considera que una persona es dependiente cuando requiere de la asistencia de un tercero para realizar los actos elementales de la vida cotidiana. Pero no debemos quedarnos con el concepto asistencialista simplemente, ya que la tarea del cuidado es aún mucho más compleja al incluir la idea de vínculo, de relación, de atención (Julve Negro, 2006). Con respecto a los prestadores, la bibliografía coincide en demarcar cuatro actores: el Estado, el mercado, la sociedad civil (o tercer sector) y las familias. Cabe destacar que ante una marcada ausencia de una política pública de cuidado, este recae inevitablemente sobre la responsabilidad de los hogares. A su vez, este término dista de ser inocente ya que encubre lo que sucede en la práctica: la feminización de las tareas de cuidado (Aguirre, 2008; Julve Negro, 2006; Pautassi, 2007a).

El cuidado en sí implica un conjunto diverso de actividades como las tareas domésticas (limpiar, hacer la comida, lavar y planchar la ropa); las actividades cotidianas y/o administrativas (salir a la calle, acompañar al médico, realizar los pagos, realizar gestiones ante instituciones) y cuidados personales-sanitarios (higienización de la persona dependiente, administración de medicamentos, ayuda para realizar movimientos básicos) (Aguirre, 2008; Julve Negro, 2006). La intensidad de la ayuda prestada es diaria y constante. Carrasquer et al. (1998) introducen una clasificación de las tareas que excede sus características en sí mismas y se desplaza hacia la cotidianidad/acontecimiento, por un lado, y la rigidez/flexibilidad por el otro. De este modo, los autores dan cuenta de las limitaciones que las tareas de cuidado

suponen a las mujeres que las realizan para llevar a cabo otras actividades, ya sean de tipo productivo o de ocio.

Esta descripción resulta insuficiente para dimensionar la complejidad del cuidado de otros. Como explicitan Borgeaud Garciandía (2011) y Martín Palomo (s/f) la suma de las actividades no define la totalidad de la tarea del cuidado. Cuidar es estar atento al otro, preocuparse, tener la capacidad de anticiparse a lo que puede funcionar mal. Es interesante en este sentido el concepto de doble presencia, el cual se refiere a la doble carga e intensidad de trabajo vivida sincrónicamente en un mismo espacio y tiempo. Pero sigue sin ser suficiente pues deben tenerse en cuenta también las emociones, sentimientos y pensamientos del otro que se cuida: *“las tareas se insertan en un medio, un contexto, tejido de relación y de afectos, de historias y tensiones, cansancios, aprensiones y esperas”* (Borgeaud Garciandía, 2011: 20). López et al. refuerzan esta idea: *“el apoyo emocional es una parte importante de la tarea del cuidado, que se acentúa cuando existe mayor dependencia debida a discapacidades físicas, el avance de la edad y ciertos rasgos del carácter”* (2012: 144).

Ante esta diversidad y complejidad de las tareas de cuidado, Martín Palomo (s/f) habla de un déficit crónico de reconocimiento ordinario de este trabajo. Borgeaud Garciandía coincide con este diagnóstico: el exceso de tareas genera no sólo dificultad en su definición como un trabajo sino que además termina por invisibilizarlo como tal. La autora explicita este proceso al hacer énfasis en la anticipación como una de las partes más relevantes de la tarea del cuidado: *“anticipar la caída, el frío, la sed, etc. La anticipación es invisible pero de la caída será responsable la cuidadora”* (Borgeaud Garciandía, 2011: 21). Lo invisible demuestra un trabajo bien realizado pero, a su vez, representa un gran obstáculo al reconocimiento del mismo.

Hemos descrito el cuidado de otros. Tratamos ahora el cuidado de sí o los autocuidados que se proveen a sí mismas las personas que cuidan. Nuestro interés está fijado en el rol de las cuidadoras principales: aquellas sobre la que recae la mayor responsabilidad de las tareas de cuidado (Findling et al., 2012; López, 2012). Debemos aclarar que el concepto de salud al cual nos acercamos no se refiere simplemente al estado biofísico sino a la salud como un estado integral que abarca aspectos psicológicos y sociales.

Al tratarse de una tarea ininterrumpida, el cuidado de la salud de familiares es parte de la vida cotidiana de las mujeres cuidadoras. Es por ello que puede incidir de forma negativa afectando el uso del tiempo, las relaciones familiares y sociales (López et al., 2012; Julve Negro, 2006).

Puede hablarse de un sacrificio del proyecto personal de las mujeres cuidadoras, ante la pérdida de libertad y de privacidad. El cuidado de un familiar puede suponer la reconfiguración del proyecto de vida de la cuidadora y generar de este modo conflictos no sólo con sus deseos personales sino también con las responsabilidades que ya ha asumido como madre y/o esposa (López et al., 2012). En este sentido, la ayuda por parte del entorno familiar que reciben las mujeres (si es que la reciben) puede aminorar los efectos negativos de tales responsabilidades: *“si el grupo familiar no asume su responsabilidad en el cuidado y relega toda la carga en la cuidadora, ésta vive sus obligaciones con mayor malestar, soledad y desamparo y, las relaciones familiares se degradan”* (Julve Negro, 2006: 15).

En un nivel más concreto, la dedicación a las tareas de cuidado tiene consecuencias en la salud física y psíquica de las cuidadoras dado que experimentan una situación constante de estrés, cansancio generalizado, frustración, impotencia, desgaste físico, entre otros. La bibliografía da cuenta de cambios en el estado de salud de las mujeres cuidadoras a partir del incremento en la utilización de los servicios sanitarios, la mayor utilización de medicamentos (para diversos síntomas físicos y psíquicos como colesterol, tensión arterial, hipertiroidismo, depresión, angustia) y los cambios en los hábitos alimenticios (dietas sanas, bajas en grasas y/o sodio, etc.) (Delicado Useros, 2006; Julve Negro, 2006; López et al., 2012).

Vale la aclaración de Julve Negro (2006) que destaca la aparición de elementos positivos (y no sólo negativos) en la tarea del cuidado de otros: la satisfacción personal de brindar ayuda a un familiar; el agradecimiento y afecto de la persona cuidada; la tranquilidad que proporciona cumplir con el mandato social. Coincidimos con la autora en que la experiencia del cuidado implica un sentimiento de ambivalencia emocional que oscila entre el deseo de cuidar al familiar y el deseo de no alterar por completo el rumbo de vida propio.

2 Objetivos y aspectos metodológicos

Algunas de las preguntas de investigación que guían este trabajo son: ¿Cómo se organiza la provisión de cuidados por parte de las mujeres de estratos socioeconómicos medios hacia sus familiares dependientes? ¿Qué modalidades tiene ese trabajo de cuidado? ¿Cómo se da la distribución de responsabilidades? ¿Cuál es la percepción de las mujeres respecto al rol que ellas deben cumplir como cuidadoras? ¿Qué sucede con los cuidados hacia sí mismas? ¿Cómo cuidan su salud las mujeres que cuidan? ¿Cómo perciben su estado de salud?

El objetivo general de este trabajo es explorar las opiniones de mujeres adultas residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) sobre los cuidados que proveen a los integrantes adultos dependientes de sus familias y sobre sus prácticas de autocuidado de la salud en 2013. Los objetivos específicos son dos. En primer lugar, describir las tareas de cuidado que proporcionan las mujeres entrevistadas a los adultos dependientes de sus familias. En segundo lugar, indagar sobre el estado de salud de las entrevistadas y sus prácticas de autocuidado.

En función de los objetivos planteados, elegimos una estrategia metodológica cualitativa. Esta estrategia resultó apropiada en tanto nos propusimos investigar las perspectivas de los actores sociales en un proceso específico (como es el cuidado de otros) e indagar sobre la construcción social de significados asociados a dicha experiencia (Sautu et al., 2005).

Priorizamos trabajar con fuentes primarias de información para lo cual definimos la población objetivo, el tipo de muestreo y la herramienta de recolección de datos de la siguiente manera:

La población objetivo fueron mujeres de 35 años y más, pertenecientes a estratos socio-económicos medios, residentes en el AMBA, que hubieran cuidado en el período de julio de 2011 a julio de 2013 durante un tiempo sostenido por problemas de salud a algún integrante adulto (25 años o más) de su familia.

Especificamos a continuación algunas características de la población objetivo. La experiencia del cuidado debía ser reciente en la vida de las mujeres para que los recuerdos estuvieran frescos y así facilitar el proceso de recolección de datos. Por tiempo sostenido nos referimos a un lapso de aproximadamente seis meses. El perfil demarcado hace referencia a cuidadoras informales, es decir aquellas que no perciben una remuneración en dinero por esa actividad. Además, nos interesaba acceder a las cuidadoras principales: aquellas en que recaen las principales tareas de cuidado y la toma de decisiones vinculada a dicha tarea (Findling et al., 2012). El adulto dependiente no debía estar institucionalizado (ya sea en hospitales, geriátricos o residencias de algún tipo). Al momento de determinar el estrato socio-económico medio el eje estuvo colocado en tres variables: nivel educativo alcanzado por la cuidadora (secundario completo o más); tipo de trabajo remunerado de la cuidadora o de su cónyuge (trabajo calificado); barrio de residencia.

Dado que el objetivo general propone la generación de conocimiento sobre la experiencia de cuidado en salud y no la generalización de información, seleccionamos la

muestra de manera intencional teniendo en cuenta las características de la población objetivo recién detalladas.

La herramienta de recolección de datos elegida fue la entrevista semiestructurada individual. De manera previa a la salida al campo elaboramos una guía de preguntas que abarcara las diversas dimensiones del estudio: composición de las familias y características sociodemográficas; prácticas de autocuidado; prácticas de cuidados de salud a familiares. De este modo la entrevista resultó un acto interactivo, una relación de escucha activa y metódica (Bourdieu, 1999), donde indagamos sobre temas ya seleccionados pero dando lugar al surgimiento de conceptos emergentes. En total realizamos 16 entrevistas, cantidad suficiente a los fines de alcanzar la saturación teórica.

El trabajo de campo se realizó durante el mes de septiembre de 2013. Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de las entrevistadas y desgrabadas en su totalidad. Para el análisis, trabajamos en el armado de una planilla de reducción de datos, codificada de manera manual, donde incluimos las distintas dimensiones de la investigación para captar diferencias y similitudes entre cada uno de los casos.

Describimos a continuación las características sociodemográficas de las cuidadoras. Las mujeres entrevistadas tienen una edad promedio que supera los 56 años, tienen un nivel educativo elevado (la mayoría completó estudios terciarios o universitarios), la mayoría se desempeña en alguna actividad laboral y todas cuentan con cobertura de obra social o medicina pre-paga. En cuanto a su situación conyugal la situación es más heterogénea: seis están unidas, seis están separadas, tres son solteras y una es viuda.

Podemos distinguir tres entrevistadas que se apartan del perfil promedio pues superan ampliamente el promedio de edad. Mariel con 67 años pertenece al grupo de la llamada tercera edad mientras que María Ester y María Cristina son personas de edad avanzada (superan los 75 años). Estas tres mujeres, cuidan o cuidaron de sus cónyuges.

En todos los casos las entrevistadas cuidan a familiares directos: diez cuidan a su madre o padre, tres cuidan a sus parejas, dos a sus hijas y una a su hermana. La mayoría de las personas cuidadas son jubilados/pensionados, tienen 74 años en promedio y cuentan con cobertura de obra social o medicina pre-paga. Este perfil responde a personas dependientes por cuestiones asociadas al envejecimiento. Las excepciones son los casos de Patricia, quien cuida de su hija de 30 años con un diagnóstico de debilidad mental; Adriana, que cuida de su hija de 25 años a raíz de un accidente vial y las complicaciones que luego trajo; y Andrea, que cuida de su hermana de 49 años por problemas de discapacidad mental.

3 Análisis

En esta sección nos proponemos analizar dos grandes aspectos. Por un lado, el cuidado de otros que realizan las entrevistadas. Por otro, el cuidado que se brindan a sí mismas y la percepción que tienen sobre su estado de salud.

3.1 El cuidado de otros

Al momento de interiorizarnos en el cuidado de salud que proveen las entrevistadas a sus familiares dependientes consideramos los siguientes factores: las frecuencias y características del cuidado; las actividades más y menos satisfactorias del cuidado y la relación que deviene entre la cuidadora y la persona cuidada.

3.1.1 Las tareas del cuidado

Las mujeres entrevistadas coinciden en identificar un amplio conjunto de tareas, llevadas a cabo de manera diaria y constante, que comprende: lo doméstico y cotidiano como lavar la ropa y cocinar; cuidados personales como ayudar en la higienización; cuidados de salud como administrar medicamentos, controlar las enfermedades y tratar con médicos; tareas administrativas como ir al banco, cobrar pensiones y pagar impuestos.

La manera en que sintetizan algunas entrevistadas estas tareas es bajo la forma del acompañar, del estar presentes. Susana cuenta: “Más bien, acompaño. Porque (...) mi mamá es una persona de 92 años, pero se encuentra muy bien de salud”. Para Mercedes, que también cuida de su madre, ocurre algo similar: “Acompañar, tomar decisiones que hacen a su bienestar y vigilarla un poco para evitarle situaciones”. Silvia dice de su padre: “se autoabastece, lo que necesita es romperme las pelotas [se ríe] que yo esté”.

Otras cuidadoras hablan de estar alertas y supervisar. María Micaela cuenta que su madre “no tiene movilidad, se traslada a través de una silla de ruedas, tiene atrofia de piernas, de brazos, entonces bueno hasta hay que darle de comer y atenderla en todo”. Cristina relata el rechazo de su madre a despertarla o llamarla para pedir ayuda, lo que termina por generar un mayor grado de alerta: “le compramos un timbre, se lo pusimos al lado para que cuando necesite algo nos avise, pero no, entonces yo dormitaba”. La supervisión o guía se vuelve el concepto clave para Patricia y Andrea ya que cuidan de personas con discapacidades

mentales. Patricia entiende así el cuidado que provee a su hija: “para no ponerse en riesgo ella ni poner en riesgo a los demás, porque si bien tiene mucha autonomía (...) necesita para todo eso [higienizarse, hacer compras] una guía y una supervisión”.

Podemos observar que el rol de cuidadora supone una multiplicidad de actividades que incluye también el apoyo emocional y social (escuchar, compartir momentos). Geraldine expresa esa multifuncionalidad: “Mi papá ya pensaba que se iba a morir (...) entonces, en casa hacía de psicóloga [risas]”. Mariel resume la cuestión afectiva del siguiente modo:

“Lo emocional para mí es casi un 50 por ciento de una recuperación porque en lo emocional, para mí es desde lo emocional que se adquieren muchas enfermedades, entonces... la contención, el amor, el afecto, el sentirse querido, acompañado por alguien que te quiere y que da la vida por vos...”
(Mariel, 67 años, cónyuge sufrió ACV).

La cotidianeidad de las tareas no implica que se trate de un trabajo mecánico. Al momento de preparar las comidas se ponen en juego factores como dietas prescritas por los médicos, gustos y preferencias de los familiares, etc. Geraldine, que cuida de su padre con una dieta rigurosa, comenta “[hay] que ir inventando cosas que sean ricas, que sean nutritivas”. Preparar la comida requiere creatividad y también empatía, nos comenta Geraldine: “no podíamos hacer un re asado (...) mientras que él comía arroz hervido sin sal. Entonces, lo que hicimos fue tener un apoyo moral, de que nosotros también estábamos acompañando”. Para María Micaela preparar la comida puede resultar frustrante ya que su madre se comporta de manera crítica: “para la gente que ha sido independiente y ha sabido cocinar bien y mantener su casa, todo lo que otra persona fuera de la casa haga, está mal”.

Una dimensión de gran relevancia para entender a las cuidadoras es la red de apoyos y ayudas remuneradas sobre la que sostienen sus tareas cotidianas. La mayoría de las mujeres cuenta con sus hijos e hijas para delegar ciertas tareas recreativas o domésticas. Andrea cuenta con la ayuda en lo que se refiere a la preparación de comida, siempre y cuando deje las indicaciones pertinentes. Mercedes dice sentirse ayudada por sus hijas en el aspecto emocional, dado que viven en otra ciudad.

En algunos casos se cuenta con ayuda remunerada del sector informal. María Micaela por ejemplo cuenta que “junto con la señora de día, y de noche va otra señora, el finde va otra señora, (...) igualmente yo voy todos los días y estoy en el control y soy veedora de toda la

situación”. Podríamos hablar de una situación de preocupación permanente (López et al, 2012).

Pero no todas cuentan con esa red de apoyos y se encuentran solas llevando a cabo estas responsabilidades. El relato de Patricia muestra una faceta del cuidado en completa soledad ante la dificultad que tienen algunos miembros de su familia para aceptar la discapacidad mental que padece de su hija:

“La postura del papá siempre fue negar la patología de Natalia.... No la ve entonces, no la ve, no la quiere ver, ni el papá ni la abuela ni nadie, no la quiere ver, entonces eh bueno, con ese motivo nadie llama, nadie sabe si estamos vivos, si necesitamos algo, nada, y yo bueno al principio sufría mucho, después uno se acostumbra... y sigue” (Patricia, 57 años, hija con discapacidad mental).

Para aquellas mujeres que sí cuentan con una red de apoyos familiares e informales, esta de todos modos no implica una corresponsabilidad al interior de la familia, una redistribución de las tareas del cuidado y un alivio para las cuidadoras.

3.1.2 Lo bueno, lo malo y lo feo

Las tareas que resultan más molestas para las cuidadoras son las vinculadas al aseo íntimo del familiar, la limpieza del hogar post operaciones delicadas, los trámites y actividades relacionadas con los servicios de salud (sacar turnos, ir al médico) y, en algunos casos, preparar la comida (por falta de tiempo, por discusiones innecesarias sobre qué y cómo preparar).

Un párrafo aparte merece la cuestión del comportamiento de la persona cuidada ya que esto incide directamente en el ánimo de la cuidadora. Susana habla del carácter complicado y la facilidad de enojo que tiene su madre. Para varias entrevistadas existe una sensación de demanda constante ya que todo resulta insuficiente: “la sensación es que nada alcanza” (María Inés); “es inevitable la agresión y eh, el mal contestarte y el que nada le venga bien” (Mariana); “No es la tarea en sí, sino lo demandante que se pone, es como que (...) Es permanente” (Alejandra). Para otras lo angustiante es el deterioro mental de sus madres y los cambios que eso genera en sus personalidades. María Micaela cuenta: “Lo que puntualmente

me pesa mucho, es esto que tal vez por su demencia senil, se ponga siempre en llanto y que es algo que trato de manejarlo pero es algo que me duele”. Para Mercedes, el deterioro de su madre genera agresiones verbales: “Hay una especie de descalificación (...) hay desconfianza y hay rechazo y hay queja y hay crítica”. Uno de los testimonios más negativos es el de Silvia quien describe a su padre como egoísta y vive la experiencia de cuidarlo con mucho pesar: “No me gusta atender una casa, no me gusta hacer mandados, no me gusta cocinar, o sea me gusta cocinar pero no por obligación”.

Las cuidadoras rescatan de todos modos aspectos positivos de sus tareas de cuidado. Geraldine declara: “Todo un drama eh (...) pero lo asumo con todo gusto. ¡Es la familia!”. Andrea relata el gusto por salir a caminar y hacer las compras con su hermana y afirma: “Me puedo ocupar de ella y lo hago con amor porque realmente la adoro”. Cristina lo toma como “una obligación moral” que no pone en duda.

En el balance de los testimonios podemos apreciar que todas las entrevistadas (lo admitan o no) se ven en la necesidad de reconfigurar sus proyectos de vida ya sea en el corto o mediano plazo. Patricia explica: “estoy cansada, porque no te olvides que yo para cumplir y organizar todo esto en función de Nati, yo relego bastante mi vida”. En el testimonio de Geraldine es clara la necesidad de omitirse a ella misma: “No puedo pensar en mí, tengo que pensar en función de él y pensar que no le falte”. Mariel también relata una dedicación plena al cuidado de su cónyuge: “a los 3 o 4 meses de estar exclusivamente al servicio si querés de él, dije bueno no, tengo que verme yo un poquito porque no puede ser (...). Entonces me fui al médico, me hice análisis”.

Las cuidadoras dejan de lado el tiempo de ocio (lo que conlleva problemas con las parejas), se las rebuscan para poder continuar con sus estudios (duermen menos, estudian en casas de amigas), afrontan gastos nuevos e imprevistos (impedimento para gastar en ellas mismas), desatienden a sus hijos/as y esposos. Mariana lo sintetiza así:

“Y en algún momento tenés que resignar las cosas. Yo por ejemplo he resignado 5 exámenes de mi carrera. He resignado tiempo libre mío para trabajar, o tiempo de mi pareja o de amigas por la causa. Entonces es como que, para todo eso tenés que tener una predisposición, y tomártelo con la mejor cara posible... Es complicado... Te cambia” (Mariana, 36 años, cuida de padre y madre junto con su hermana).

Es muy interesante destacar la conclusión a la que llega Cristina mientras toma conciencia de todas las responsabilidades que recaen sobre ella en el ambiente familiar:

“Lo que pasa que acá yo hago todo (...) entonces cuando vos te corres se nota, se nota. Nadie sabe nada, es como que se sienten perdidos. Sí esto en algo sirvió es para empezar a ver que cada uno podría cumplir un rol en la casa y no todo pasar por uno. Es un error mío” (Cristina, 47 años, cuida de su madre).

La relación entre las entrevistadas y las personas cuidadas se ve afectada en función del grado de dependencia y en función del vínculo de parentesco. Para Mariel y María Cristina cuidar de sus cónyuges es continuar construyendo el vínculo de compañerismo que los unía desde antes. Para Patricia y Adriana el vínculo de amor con sus hijas no se ve alterado. Los demás testimonios dan cuenta de tensiones y peleas, producto lógico de la situación de dependencia física y afectiva.

3.2 Las prácticas y percepciones de autocuidado

Para acercarse al modo en que las cuidadoras cuidan de sí mismas, el foco está colocado en: la percepción del estado de salud físico y psíquico; las principales dolencias, la aparición de malestares a partir del cuidado de otra persona; las últimas consultas al médico, la frecuencia y los motivos; la realización de prácticas preventivas como actividades vinculadas al mantenimiento del bienestar corporal y mental.

3.2.1 ¿Cómo se sienten las cuidadoras?

Las entrevistadas definen su estado físico y mental en términos de muy bueno y bueno. Esto se debe a que comparan su salud con la de aquellos que cuidan. Mariel dice sobre el cuidado de su cónyuge: “me está pasando factura ¿entendés? Es lógico. Yo no me quejo de lo que estoy teniendo porque es mínimo. El esfuerzo que hice es grande”. Algunas de las enfermedades o malestares pre-existentes al cuidado nombradas son hipertiroidismo, descalcificación en los huesos, gastritis, contracturas, hipertensión.

Vimos en la sección anterior que la dedicación a las tareas de cuidado requiere postergar proyectos individuales de las mujeres que cuidan. Pero no sólo se postergan

proyectos laborales y académicos sino que también se posterga el autocuidado y la propia salud. La obligación de cuidar al otro es tan fuerte que muchas niegan sentir efectos negativos o los naturalizan. María Cristina es clara con esto: “me pongo más fuerte (...) más potente, porque la lucho, si puede ser que después quede cansada, pero me aboco a cuidar al enfermo”.

En general, experimentan una sensación generalizada de cansancio y desgaste físico. Andrea nos explica: “no es que me enferme, es como que me siento más cansada”. Es común que aparezcan trastornos del sueño: algunas duermen pocas horas, otras tienen problemas para conciliar el sueño. Geraldine lo considera como una estrategia racional: “Si yo uso 8 horas de mi vida, las 8 horas puntuales para poder dormir, no llego con las cosas ni las materias que tengo que cumplir”. En todos los casos refieren problemas emocionales en distintos grados como estrés, angustia y depresión.

Son pocas las entrevistadas que piensan y expresan que su salud se ha deteriorado a consecuencia de los cuidados hacia otra persona. Por ejemplo, Alejandra cuenta que “con el tema este se me disparó la presión ¿viste? Que yo siempre fui de presión baja y ahora estoy tomando media pastilla para la presión”. Geraldine toma conciencia de esto mientras habla de sus alergias: “ahora que pienso, se me acentuó desde que (...) mi papá vino, porque elevó también un poco mi stress, porque es una responsabilidad”. El relato de Adriana nos muestra la combinación de desgaste físico, emocional y económico que implica el cuidado:

“Somatizando un montón. El estrés provocó la rotura de estas venas y lo que seguramente hubiera venido bien ahí era recuperar un espacio de terapia, pero lo que prioricé fue curarme las venas, tratar de recuperar la sangre que había perdido y todas esas cuestiones me hicieron repensar si necesitaba volver a terapia y lo que prioricé en ese momento ya te digo, también por una cuestión de dinero, es no invertir en ese lugar, invertir en la rehabilitación de Lucía” (Adriana, 53 años, su hija sufrió un accidente vial).

Lo que emerge con mayor fuerza en todos los relatos es la sobrecarga subjetiva como consecuencia emocional de cuidar a otros (López et al., 2012).

3.2.2 Las que cuidan, ¿se cuidan?

Las entrevistadas viven una cotidianeidad sobrecargada de tareas relacionadas con el cuidado de la salud de su familia. Este exceso repercute de manera negativa en la atención que prestan a su propia salud.

De todos modos, encontramos en varios testimonios la necesidad de cuidarse ante el nuevo rol que deben ocupar y también como una especie de toma de conciencia sobre las prácticas cotidianas. Mariel explica que cuidar: “me movió el piso y estoy abriendo los ojos. Yo hacia 4 o 5 años que no iba a ver a un médico”. En este mismo sentido, Geraldine cuenta:

“Yo creo que todo este cuidar al otro me ayudó mucho a cuidarme a mí misma. Porque si bien uno cuando no tiene mucha idea de lo que es cuidar al otro, no conoce muchas cosas que por ahí le hacen mal... Yo misma aprendí un montón. Bajé el nivel de sal porque tengo ganas de vivir mucho tiempo más, y entonces dije ‘Bueno, no quiero que me pase lo de a mi papa (...) me voy a cuidar un poco más’” (Geraldine, 40 años, cuida de su padre).

Las cuidadoras dicen respetar y cumplir con los chequeos clínicos y ginecológicos cada uno o dos años. Todas valoran la actividad física como uno de los factores que contribuye a mantener el bienestar personal. La actividad más nombrada es la caminata diaria con una duración de 15 a 30 minutos y siempre como modo de aprovechar desplazamientos necesarios (del trabajo a la casa, de la casa al hogar de la persona cuidada, etc.).

La mayoría de las entrevistadas realiza algún tipo de dieta e intenta ser consciente de su alimentación. Desde consumir comidas reducidas en sal, descremadas, sin grasas, evitar cafeína y harinas, optar por el vegetarianismo.

Como asistencia psicológica y de salud en términos más integrales, varias recurren a terapia tradicional y otras tantas recurren a métodos alternativos como la homeopatía, la meditación, los grupos de respiración y el yoga. Patricia relata:

“Tengo conciencia de que primero tengo que estar bien yo para poder estar bien con los demás, así que, si he tenido que buscar ayuda, muchas veces hice terapia” (Patricia, 57 años, cuida de su hija con discapacidad mental).

Las actividades recreativas no son una prioridad para ninguna de las entrevistadas. El poco tiempo que queda (si es que queda) suele ser dedicado a estar en la casa, con la familia o aprovechar para caminar. De las entrevistadas que sí dicen tener actividades de ocio encontramos a Mariana y Alejandra quienes dedican tiempo a sus amistades (“un cafecito con mis amigas”; “un sábado a la noche voy a un bar, o a la casa de una amiga”). Mercedes cuenta: “A veces pinto, a veces tejo, a veces miro tele, a veces voy al cine, voy al teatro, a ver un espectáculo de danzas”. Actividades que puede realizar desde su casa si el tiempo apremia y actividades que puede realizar en compañía si el cuidado de su madre no lo impide. Cristina relata que el proceso de cuidar a su madre le hace entender que debe y necesita destinar tiempo para a ella misma:

Ahora es como que estoy aprendiendo (...) me voy a comprar ropa y ahora me voy a caminar. Me tomo el tiempo para ir a la peluquería. (...) Me gusta, lo que pasa que empiezan los reclamos otra vez me entendés... pero me parece que es un reclamo distinto acá no entra el celo en el medio. Antes era más ¿Por qué allá y no acá? Acá es una cosa por mí, entonces yo digo- Bueno ustedes van al Gimnasio yo me voy a caminar- Es como una cosa por otra. (Cristina, 47 años, cuida de su madre).

El testimonio de Cristina muestra lo difícil que resulta para las cuidadoras reservar un momento del día o de la semana para hacer alguna actividad de recreación o cuidado sólo enfocado en ellas. No sólo por el escaso tiempo de que disponen sino también por las continuas demandas tanto del familiar cuidado como del resto de la familia. Deben negociar sus tiempos pero pareciera que nadie quiere sentarse a la mesa para hacerse corresponsable de las tareas de cuidado de otros.

4 Comentarios finales

Los relatos de las entrevistadas dejan al descubierto la magnitud del trabajo de cuidado. Se trata de una multiplicidad de actividades cotidianas y constantes que incluyen tareas de cuidado personal-íntimo, ayuda administrativa, apoyo emocional y social.

Vemos que las redes de apoyos familiares y las ayudas remuneradas colaboran en disminuir la carga de tareas cotidianas que afrontan las cuidadoras. Sin embargo, esta

colaboración no se traduce en la redistribución total de las tareas del cuidado. De esta manera la responsabilidad principal continúa recayendo sobre las mujeres como una situación de preocupación permanente.

Las cuidadoras afrontan una sobrecarga que canalizan disminuyendo la atención sobre sí mismas. Todas resignan o disminuyen el ritmo de sus actividades, ya sean profesionales, académicas, de ocio o de cuidado. Esta situación también desgasta los vínculos y relaciones de las cuidadoras: menos tiempo para pasar con las parejas, menos dedicación a los hijos/as.

A pesar de la sobrecarga, casi todas cumplen con regularidad los chequeos rutinarios de salud, son conscientes de llevar adelante una alimentación saludable, practican un mínimo de actividad física y están atentas a su salud mental. Son prácticas incorporadas a sus vidas, asociadas tal vez a su alto nivel educativo, que logran mantener por la prioridad que les asignan.

A raíz de las cuestiones abordadas, podemos pasar a un plano valorativo de la agenda política social a futuro. Coincidimos con las propuestas que arroja la literatura revisada: se debe reforzar la educación formal e informal para concientizar y fortalecer el desarrollo de las actividades de cuidado. En este camino se debe desnaturalizar a la mujer como sujeto que de manera innata es capaz de desarrollar las tareas de cuidado, al entenderlo como una capacidad común y necesaria en todos los individuos (Delicado Useros, 2006; Julve Negro, 2006; López et al., 2012; Martín Palomo, s/f).

En primer lugar, proponemos la corresponsabilidad entre hombres y mujeres como solución en el plano de la vida cotidiana. Es necesario generar un cambio cultural que habilite una reorganización de los roles en las familias. En segundo lugar, proponemos la socialización de los cuidados impulsada desde el ámbito político. Esto puede generarse, por un lado, a través de una infraestructura del cuidado provista por el Estado y la sociedad civil. Por otro, a través de una reorganización del mercado laboral que permita mantener trabajos flexibles en lo que respecta a horarios, lugares y dinámicas organizativas. Las propuestas apuntan a armonizar tres aspectos del cuidado: el cuidado como un derecho social para las personas dependientes; el cuidado como un trabajo para quien lo realiza y el cuidado como una tarea sin distinción de género (Julve Negro, 2006).

5 Bibliografía

- Aguirre, R. (2008) “Las familias y el sistema de salud desde la perspectiva de género” en C. Fassler (coord.) *Políticas de salud y cuidados. Una mirada desde el género*. Montevideo, Trilce: 49-83. Disponible en: http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/664_pdf.pdf, fecha de acceso: 14 de abril 2015.
- Benería, L. (2006) “Trabajo productivo/ reproductivo, pobreza y políticas de conciliación”, *Nómadas*, núm. 24: 8-21.
- Borgeaud Garciandía, N. (2011) “La cuidadora domiciliaria de ancianos: de la poca visibilidad de su desempeño laboral”. Ponencia presentada en el 10º Congreso de la Asociación Argentina de Especialistas de Estudios de Trabajo, ASET. Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (1999) “Comprender”, en P. Bourdieu, *La miseria del mundo*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica: 527-543.
- Carrasquer, P.; T. Torns; E. Tejero y A. Romero. (1998) “El trabajo reproductivo”, *Papers* N° 55, Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona: 95-114. Disponible en: <http://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862n55/02102862n55p95.pdf>, fecha de acceso: 14 de abril 2015.
- CEPAL (2012) Informe anual del Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe. “Los bonos en la mira. Aporte y carga para las mujeres”. Disponible en http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/49307/2012-1042_oig-issn_web.pdf, fecha de acceso: 14 de abril 2015.
- De Barbieri, T. (1993) “Sobre la categoría género. Una introducción teórico- metodológica”, *Debates en Sociología* 18, Pontificia Universidad Católica del Perú: 2-19.
- Delicado Useros, M.V. (2006) “Características sociodemográficas y motivación de las cuidadoras de personas dependientes. ¿Perfiles en transición?”, *Praxis Sociológica* 10: 200-234.
- Findling, L.; Ponce, M; Lehner, M.P; y Venturiello, M. P. (2012) “Las redes del cuidado: lógicas e itinerarios de las mujeres que cuidan a familiares en la Ciudad de Buenos Aires” en R. Pinheiro; R. Pinheiro, J. Lofego e A. Gomes da Silva Junior (org.) *Integralidade sem fronteiras - itinerários de justiça, formativos e de gestão em saúde*. Rio de Janeiro, Editora CEPESC/ABRASCO: 111-125.
- Hochschild, A. (2008) “La geografía emocional y el plan de vuelo del capitalismo”, en Hochschild, A. *La mercantilización de la vida íntima*. Madrid, Katz: 285 – 306.

Julve Negro, M. (2006) “Dependencia y cuidado: implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora”, *Revista Acciones e Investigaciones Sociales* n° 22. Zaragoza.

López, E; Findling, L; Ponce, M; Lehner, M.P.; Venturiello, M.P; Mario, S. y Champalbert, L. (2012) “Cómo cuidan su salud las mujeres que cuidan” en A.L. Kornblit, A. C. Camarotti y G. Wald (comp.) *Salud, sociedad y derechos: investigaciones y debates interdisciplinarios*. Editorial Teseo: 137-157.

Martín Palomo, M. T. (s.f) “El care, un debate abierto: de las políticas del tiempo al social care”.

Disponible

en:

<http://www.upo.es/congresos/export/sites/congresos/economiafeminista/documentos/Area2/>

[Maria_Teresa_Martin_Palomo.pdf](#), fecha de acceso: 14 de abril 2015.

Pautassi, L. (2007a) *¡Cuánto trabajo mujer! El género y las relaciones laborales*. Buenos Aires, Capital intelectual: 11-20 y 41-50.

----- (2007b) *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*.

Santiago de Chile, CEPAL, Serie Mujer y desarrollo N° 87: 9-14. Disponible en:

http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5809/S0700816_es.pdf?sequence=1,

fecha de acceso: 14 de abril 2015.

Rodríguez Enríquez, C. (2005) “Economía del cuidado y Política Económica. Una aproximación a sus interrelaciones”. Documento presentado en la Trigésima Octava Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Mar del Plata, 7 y 8 de septiembre de 2005. CEPAL.

Sautu, R.; Boniolo, P.; Dalle, P.; Elbert, R. (2005) *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires. CLACSO.