

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Tesis Licenciatura en Sociología

Ancianos bajo custodia.
El cuidado doméstico de gerontes: ¿oficio de mujeres?

Natalia Stec
Tutor: Antonio Pérez García

2002

INDICE

1- <u>Introducción</u>	2
2- <u>Justificación</u>	4
3- <u>Presentación de los objetivos</u>	
3.1 Objetivo general y específicos	6
4- <u>Acercamiento conceptual al problema en estudio</u>	
4.1 Cuidados y cuidadores	7
4.2 Cuidadores familiares, género y familia	8
4.3 Implicación del rol marcada por género	12
5- <u>Metodología</u>	
5.1 Enfoque metodológico elegido	14
5.2 Técnica de investigación	15
5.3 Consideraciones a tener en cuenta: utilización de categorías “goffmanianas”	16
5.4 Definición de universo y muestra	17
5.5 Aplicación de la entrevista y selección de los informantes	20
5.5 Pauta de entrevista	21
5.6 Plan de análisis	21
6- <u>Análisis</u>	
6.1- Justificación del rol	22
6.1.1- El deber sentido hacia el receptor de cuidados	23
6.2- Requisitos de una buena cuidadora	24
6.2.1- Cuando se pierden los requisitos	26
7- Cuidados: tareas a desempeñar	28
7.1- Definición de tareas y la construcción de la imagen del objeto de cuidado	30
8- Ayudas familiares: un pedido	33
8.1- Las ayudas familiares cuestión de género	35
8.2- La ausencia de ayudas familiares	37
9- La búsqueda de un tiempo propio	39
9.1- Hacer lo que deben hacer vs. hacer lo que quieren hacer	41
10- Un conflicto: las residencias de ancianos como alternativa	44
10.1- La muerte del familiar como liberación del rol	45
11- <u>Conclusiones</u>	47
12- <u>Bibliografía utilizada</u>	51
13- <u>Anexo: entrevistas</u>	54

1-INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la vejez como fenómeno social está atrayendo cada vez más la atención y la preocupación de investigadores y ciudadanos en general. Se ha configurado en muy poco tiempo, de experiencia minoritaria que fue, en expectativa de vida para grandes mayorías.

La vejez ha dejado de ser atributo de pequeños contingentes demográficos, y lo es de grandes grupos poblacionales capaces de atraer la atención colectiva, así como de demandar una atención económica, social y psíquicamente onerosa. Como consecuencia de ello, la nueva vejez promueve y demanda cambios que conciernen a la resignificación de un sinnúmero de aspectos de la estructura social.

Uno de los muchos temas que plantea el crecimiento de esta población¹ es el aumento de las necesidades de cuidado, ya que a medida que se avanza en edad, aumenta la propensión a experimentar un declive biológico, así como a padecer enfermedades crónicas y degenerativas. Si bien se aprecia a partir de un estudio realizado por CEPAL (2001), que la población mayor de 65 años en Montevideo² presenta un alto grado de independencia funcional, se destaca que ésta se reduce con el avance de la edad. La proporción de personas sin deterioro funcional es relativamente alta entre los 65 y 79 años³, pero merma rápidamente a partir de los 80 años, lo que los lleva a necesitar de un tercero para seguir teniendo un normal desempeño en su vida cotidiana.

La disponibilidad de alternativas de cuidado que se presentan actualmente para esta población se centra en la órbita privada: residencias para ancianos⁴ (de diferentes niveles de atención), cuidadores remunerados, o no remunerados. El sector público, en cambio, presenta un déficit de políticas sociales focalizadas en la atención y los cuidados de adultos mayores. (Aguirre y Fassler, 1997 : 49)

La gran mayoría de servicios y cuidados que recibe esta población, responde al trabajo de cuidadores no remunerados: personas que pertenecen a las redes sociales primarias donde están insertos los mayores, vecinos o amigos, mayoritariamente familiares.(CEPAL 2001)

La familia ha sido tradicionalmente la unidad social primaria encargada de dar apoyo y cuidado a los adultos mayores, *y para sorpresa de muchos lo sigue siendo.*

¹ Uruguay no escapa a esta realidad; según el último censo de población nacional (INE, 1996), el 13% (404843 hab.) del total de la población del país tiene 65 o más años de edad, denotando un aumento al censo de 1985, en el que ésta población representaba un 11,2 % del total.

² En Montevideo residen 193151 individuos de 65 años y más.

³ 150416 corresponden a personas entre los 65 y 79 años, y 43035 al grupo de 80 y más años.

⁴ Se puede observar, que en el periodo intercensal 1985-1996, las residencias para ancianos, muestran un aumento para el total del país de un 186%, siendo en 1996: 621 residencias que albergan a 10061 ancianos. Montevideo albergaba 339 residencias ocupadas por 5265 individuos.

Es en ella donde se han depositado las expectativas de cuidado y atención de los adultos mayores. Y es actualmente la que asimila esta “irregularidad estructural”, que son los adultos mayores en nuestra sociedad, sobre la base de un vínculo afectivo socialmente considerado normal, o por formas de coerción social derivadas de modelos culturales e intereses económicos, por lo general expresados como “obligación filial”. La “disponibilidad” de la familia para proveer atención y cuidados puede ser una de las explicaciones de los bajos niveles de institucionalización de esta población, tanto para el caso concreto de Montevideo como para el resto del país.⁵

Nuestro patrón cultural es aquel en que la familia cuida a sus integrantes mayores cuando este lo necesita, no importando los costos de los cuidadores, ni la calidad de servicios que se brinda hacia los mayores. Cada familia que tenga adultos mayores a su cargo, decidirá de forma privada qué hacer con ellos y cómo, sin ningún tipo de participación o ayuda del ámbito público estatal, dado que las políticas sociales tradicionales se han limitado, y no han encarado el abastecimiento de las nuevas necesidades de esta población, así como de las familias que los asisten. Es decir, el Estado delega en éstas la responsabilidad de cuidado y asistencia hacia la población de adultos mayores, sin ningún tipo de apoyo o participación de la esfera pública.

Pero como señala la socióloga Teresa Bazo (1992), hablar de familia cuidadora supone hablar de la mujer cuidadora, dado que existen diferencias significativas de género respecto a la probabilidad de adoptar un rol de cuidador familiar: predominan las mujeres entre quienes asisten a miembros ancianos de la familia.

Los datos recogidos en diversos estudios⁶ indican que aproximadamente tres cuartas partes de todos los cuidadores familiares de mayores son mujeres.

Lo que demuestra, que una responsabilidad que aparece a simple vista como *familiar*, es depositada predominantemente en mujeres, y asumida habitualmente por éstas.⁷

⁵ Según números oficiales (Censo de Población-1996), las personas de más de 65 años que viven en “casas de salud” son: 2,5 % para todo el país, y un 2,8 % para Montevideo.

⁶-Stone y cols. (1987) “Caragivers of the frail elderly: A national profile”, EE.UU. y (1994) “Canadian Study of Health and Ageing: Patters of caring for people with dementia in Canada”, Canadian Journal of Aging.
-CIS e INSERSO (“Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad Familiar, 1993), destaca que las mujeres de la familia son las “protagonistas” de la ayuda y de los cuidados principales a los mayores dependientes. En primer lugar se destaca la hijas, siguiéndole otras mujeres de la familia.

⁷ Para el caso concreto de Montevideo, la encuesta realizada por CEPAL (2001) destaca que el 68% de los encuestados que se manifestaron como cuidadores voluntarios de personas dependientes mayores son mujeres.

2-Justificación:

La “generificación” del cuidado informal de las personas mayores se inscribe como un aspecto propio del debate sobre el trabajo doméstico de las mujeres. Clasificando las tareas del hogar y las de cuidado dentro del trabajo reproductivo y en consecuencia como un aspecto de la división sexual del trabajo.

En cuanto trabajo que es, se considera una mezcla de un pesado trabajo físico con un complejo trabajo emocional, en la misma línea de los otros cuidados propios del ámbito doméstico y necesarios para la supervivencia de la persona cuidada: niños pequeños, y personas mayores. Pero si bien estos se asemejan entre sí, a partir de las características comunes que comparten⁸, los cuidados a los mayores poseen una particularidad para quien asume el rol. A lo que nos referimos es que la duración prevista de la implicación del rol de las cuidadoras se desconoce; se sabe cuando se comienza a desempeñar el rol pero no cuando se termina de cumplir, y con el correspondiente crecimiento de la expectativa de vida que presenta la población, esta incertidumbre aumenta. Con el agravante de que, mientras que el cuidado del niño se asocia naturalmente con la vida, el de los ancianos remite inevitablemente a la muerte.

Las responsabilidades de la persona encargada de los cuidados pueden aumentar o disminuir en relación a la salud del adulto mayor. Por lo que el rol de cuidadora puede ser episódico o estar caracterizado por acontecimientos críticos que se resuelven de forma permanente o durante un tiempo, tras el cual es probable que vuelven a aparecer. Este punto marca una diferencia clara con los cuidados hacia niños, dado que los episodios de enfermedad en los niños, en la gran mayoría de los casos, son con frecuencia de curso regular, de manera que aunque no pueda preverse el comienzo de la enfermedad, su ‘curso y secuelas’ suelen ser cuestión de días o de semanas, pero no de meses.

Esta situación lleva a que se necesite de una disponibilidad de tiempo mayor a la de los otros cuidados; además de restringir el tiempo dedicado al resto de los ámbitos de su vida en función del familiar mayor. Se sostiene que es una sobrecarga mayor para las tareas domésticas que se desempeñan, con el consiguiente desgaste físico y psíquico.

Así también como los costos laborales y personales que pueden estar conllevando para la persona que se encarga de los cuidados de un familiar mayor.

Del trabajo no remunerado de estas mujeres se beneficia el propio mayor, la familia y el propio Estado. Por lo que se requiere de políticas sociales que atiendan simultáneamente a la satisfacción de

⁸ Brindar cuidados, atención a una persona que, coyuntural o permanentemente, no puede gestionar por sí mismo su bienestar.

las necesidades de cuidado, y al fomento de la equidad entre hombres y mujeres en las tareas de cuidado hacia la población mayor que lo demanden.

Pero se cree que previamente se necesita de información sobre esta realidad invisible e invisibilizada para muchos, de cómo se adaptan las mujeres a estas prescripciones de género, como lo viven, que imagen tiene del servicio que brindan, y de sí mismas, y cuanto cuestionan o no lo funcionales que son para sus familias, como para el resto de la sociedad.

Hasta el presente ha sido nulo o muy escaso el conocimiento que se posee en el ámbito nacional, sobre las características de la situación de las cuidadoras a familiares mayores, y lo que resulta aún más relevante, la incidencia que la prestación de atención y cuidados tiene sobre la propia vida de ellas. Se cree que contar con información al respecto posibilita abrir un camino para la reflexión y el debate sobre este problema social, además de contribuir a la teoría existente sobre género, en especial a explorar en las particularidades de un trabajo que es y seguirá siendo asunto de mujeres, si no se toman medidas públicas que ofrezcan alternativas de cambio al respecto. Tales políticas tendrían que contribuir a desarrollar una nueva perspectiva de la necesidad de cuidados y responsabilidades familiares, así como del valor constitutivo de estas tareas y de una urgente definición de las alternativas de cuidados que se le da a la población mayor en nuestro país.

En consideración a lo antedicho, la presente investigación pretendió avanzar en los aspectos sustantivos del problema, sin pretensión alguna de agotar el tema. Por el contrario, aspiró a despertar una reflexión que abra líneas de investigación sobre éstos y otros aspectos relacionados con la problemática en estudio.

El problema de investigación planteado queda expresado en tres preguntas:

¿Cómo viven su tarea las personas encargadas de cuidar a ancianos?

¿Cómo se representan, quienes asumen estas tareas, su identidad y la de las personas a su cuidado?

¿Qué roles asignan las cuidadoras entrevistadas a los demás integrantes de la familia, y cómo perciben su desempeño?

3-Objetivos:

Como objetivo principal se planteó: describir como viven, las mujeres encargadas de los cuidados de los familiares mayores ésta tarea, cómo construyen su identidad y la del objeto de cuidado, así como conocer cuáles son los roles que cumplen y deben cumplir el resto de los integrantes de la familia, en el momento de ocuparse de los cuidados de un mayor dependiente.

Los objetivos específicos fueron:

1. Describir la representación que realizan las mujeres cuidadoras de las tareas a desempeñar como cuidadora.
2. Conocer cuáles son las características, que según las cuidadoras, debe de tener una persona que se ocupa de los cuidados de un mayor dependiente.
3. Identificar los motivos por los cuales asumen el rol de cuidadoras.
4. Conocer la relación que se establece entre cuidadora y su objeto de cuidado.
5. Identificar cómo se condicionan recíprocamente las actividades de cuidado y el resto de la vida de las cuidadoras, incluyendo las posibilidades de ajuste y tensión.
6. Identificar el rol que cumplen y se supone deberían cumplir del resto de los integrantes de la familia, según las cuidadoras.

4-Un acercamiento conceptual al problema en estudio:

Luego de una aproximación inicial al objeto problema de nuestro estudio, es necesario exponer cuáles son los supuestos teóricos sobre los cuales descansa la exploración del problema propuesto.

El primer paso consiste en especificar el significado que aquí se atribuirá a los términos “acción de cuidar” o “proveer de asistencia a los adultos mayores”, así como definir qué se entenderá por “cuidador familiar no remunerado”. Luego se examinará la relación entre género y cuidados familiares en relación al rol de asistente, y la distribución de tareas dentro de la familia, que aparecen como modelos de implicación en el rol, marcados por el género.

4.1-Cuidados y cuidadores:

El momento de definir la acción de cuidar a los adultos mayores, presenta ante nosotros la necesidad de marcar diferencias con otros tipos de asistencias familiares que no incluiremos dentro de la categoría de cuidados familiares, y por ende de cuidadores.

Cabe señalar como distinción la existente entre “cuidado” y “ayuda familiar”, dado que se cree que existen diferencias cualitativas entre apoyo y cuidados que respectivamente brindan cuidadores y “ayudas familiares”, así como cuantitativas, especialmente por el tipo de cuidado que proporcionan, por el volumen, intensidad y duración de la misma; por la relación con la persona que se cuida, y por las características de ésta. (Arber y Ginn, 1996 : 184)

Se admite que la trayectoria de cuidados hacia los familiares mayores es heterogénea, y ésta puede variar, implicando en algunos casos niveles de provisión de cuidados más o menos intensos que involucren arreglos familiares, con las correspondientes ayudas al “cuidador principal”. Pero estas ayudas episódicas no dejan de ser “refuerzos” de cuidados restringidos, que no involucran cotidianidad, como si lo es en el caso de aquel familiar que se encarga de la provisión diaria de cuidados. (Op, cit.) Por lo que se conceptúa al cuidador familiar como la persona que tiene a cargo la provisión cotidiana de asistencia a los familiares mayores, situación que implica un grado de involucramiento en el desempeño del rol diferente al de las “ayudas familiares”.

La definición de cuidados que se utiliza, no sólo hace hincapié en los aspectos del cuidador relacionados con la acción de proporcionar cuidados físicos y tareas específicas (los llamados cuidados personales e instrumentales), sino que también se incluyen en la definición elementos más difusos y sutiles, pero potencialmente relevantes, que tienen que ver con los sentimientos, emociones y relaciones (cuidados afectivos).

Las dimensiones incluidas en la definición de cuidados asistenciales adoptada implica su carácter vincular, y permite apropiarse de la caracterización de tal vínculo que propone Arlie Russell Hochschild (1990): “vínculo emocional –generalmente mutuo- entre el que brinda cuidados y el que los recibe; un vínculo por el cual el que brinda el cuidado se siente responsable del bienestar del otro y hace un esfuerzo mental, emocional y físico para poder cumplir con esa responsabilidad. Por lo tanto cuidar a una persona es hacerse cargo de ella.”

La autora señala, que el cuidado requiere un trabajo tan personalizado, tan vinculado a los sentimientos que raramente se le ve como un trabajo. Es mucho más que el desempeño de tareas específicas, es sobre todo un trabajo emocional.⁹

Hacerse cargo de satisfacer las necesidades de otra persona, en este caso de personas mayores, no sólo se centra en cumplir las demandas explícitas del sujeto, sino tener la capacidad de detectar las necesidades no formuladas, anticipándose a los requerimientos para evitar o disminuir el malestar y aumentar el confort de la persona necesitada, acarreado indudablemente un desgaste físico y emocional de parte del cuidador. “El cuidado es el resultado de muchos actos pequeños y sutiles, conscientes o inconscientes que no se pueden considerar que sean completamente naturales o sin esfuerzo. Así nosotras ponemos mucho más que naturaleza, en el cuidado, ponemos sentimientos, acciones, conocimiento y tiempo.” (Hochschild, 1990)

4.2-Cuidados familiares, género y familia:

Dentro de cada unidad familiar son especialmente las mujeres quienes asumen por adscripción social el papel de cuidadoras, y esta función es tan importante en términos de esfuerzo requerido (tiempo de dedicación y disponibilidad), así como del poder social que genera indirectamente, que contribuye a condicionar las posibilidades de cambio en la posición social de la mujer en nuestra sociedad. “Las mujeres continúan teniendo la responsabilidad y el peso de la ejecución de las tareas para el bienestar de los miembros de la familia.”(Fassler, 2000 : 98)

En el área de la distribución de las tareas, mantiene su posición de “defensora del bien común” del ámbito doméstico, frente a los embates de los demás miembros de la unidad. Siendo cuidadora no sólo se protege al objeto de cuidado sino también al resto de la familia, dado que el espacio doméstico no se estrecha en los límites del hogar, es más una actitud encaminada al mantenimiento y cuidado del otro. Con respecto a este tema Murillo (1996) destaca que “la naturaleza de la domesticidad trasciende

⁹ Qureshi y Twigg (1986), sostienen que los cuidados son un concepto mixto, que gira en torno a unas tareas de naturaleza asistencial, que implican relaciones tanto sociales como familiares. También constatan la existencia de una diversidad de cuestiones afectivo-emocionales complejas referentes a la naturaleza de la interacción entre el cuidador y la persona a su cargo y los sentimientos que generan las interacciones de esta clase.

la noción de hogar. No es preciso estar casada o con hijos para incluirse en las virtudes domésticas. Es más un comportamiento, una disposición a prestar atención y dar respuesta a las necesidades del otro. Basta con asumir los mandatos de género para hacerse cargo, por encima del propio interés, de lo que puedan necesitar o desear los demás.”

Esta situación responde a la división sexual del trabajo y su correspondiente ideología¹⁰ que prevalece aún en el ámbito de la familia, con especial intensidad, pero también en el resto de la sociedad. De acuerdo con esta configuración simbólico-normativa, se atribuye espacios, y se estipula derechos y obligaciones diferentes a hombres y a mujeres. “Las mujeres tienden a hacerse cargo del conjunto de responsabilidades asociadas con los hijos y el hogar y la medida en la que participan en otros tipos de trabajo varía; los hombres se ocupan universalmente de tareas extradomésticas y la medida de su participación en el trabajo doméstico y de crianza de los hijos varía.” (Saltzman, 1989 : 39)

Con respecto a la resolución de los cuidados de la unidad familiar, la división sexual de trabajo muestra creencias y prácticas diferenciales en los roles de participación que deben de asumir hombres y mujeres. Se le adjudica a las mujeres la preservación de la salud y los cuidados de los enfermos por su desenvolvimiento intradoméstico y por sus cualidades “naturales” de paciencia, entrega y soporte del sufrimiento¹¹.(Scott, 1990) Con lo que se transforma en la encargada de cuidar de otros por sus “características naturales”; como una condición inherente a su ser femenino, casi al extremo de llegar a una determinación biológica. Esta naturalización¹² de la capacidad de cuidar de las mujeres, su homologación a un hecho instintivo, niega e invisibiliza el esfuerzo y el tiempo invertido en las tareas de cuidado y, sobretodo encubre el desgaste físico y emocional que estas tareas generan en las mujeres. (Fassler, 2000) A la vez que lleva a percibir como “normal y natural” que sean las hijas, nueras u otras mujeres que integran la familia las que asuman el rol de cuidadoras, cuando los familiares mayores pierden sus capacidades de mantenimiento cotidiano, ya que las expectativas de sus parientes se han de depositar en ellas.

La capacidad “natural” de cuidar que se les asigna, está en la base de la falta de reconocimiento y de valoración, así como de remuneración, que tiene esta actividad. El resto de los miembros de la

¹⁰ “Las ideologías sexuales se definen como sistemas de creencias que explican cómo y por qué se diferencian los hombres y las mujeres; sobre esa base especifican derechos, responsabilidades, restricciones y recompensas diferentes (e inevitablemente desiguales) para cada sexo; y justifican reacciones negativas ante los inconformistas.” (Saltzman, 1989 : 44)

¹¹ En el imaginario colectivo las construcciones de género son ambivalentes y dicotómicas. Así se asocia a las mujeres con la debilidad, pero respecto de su rol en el proceso de salud-enfermedad, y sobre todo en las tareas de cuidado, se enfatiza su constancia y fortaleza. (Prece, 1996)

familia dan por supuesta esta capacidad así como la disponibilidad de las mujeres para cuidar. No hay un reconocimiento positivo de sus acciones, dado que son “deberes y obligaciones” que impone la división sexual del trabajo, pero si una fuerte censura cuando no se cumple con las expectativas de un *buen cuidado*, y peor aún cuando no se asume el rol.(Rose y Bruce, 1994) Asimismo el desconocimiento del trabajo de cuidado, refuerza la división tradicional dentro de la familia, dando por supuesto que quien debe cumplir las funciones de cuidado son las mujeres, amplificando las relaciones asimétricas de poder entre los géneros. “El brindar cuidados es una actividad altamente genérica y vice-versa, es por medio del cuidado que la identidad genérica es construida. La posición de las mujeres en la familia, sus oportunidades en el mercado laboral, su relacionamiento con parientes es definido en términos de su potencial de brindar cuidados y de la realización de su capacidad de cuidar. Cuidado y femeneidad son dos caras de la misma moneda, están mutuamente relacionadas.” (Batthyany, 2000 : 87)

Se prescribe a las mujeres no sólo “entregar su vida” a sus hijos, sino también el sacrificio personal en pos de los otros. No dejando lugar a que las mujeres reconozcan el interés por si mismas como personas, aceptando en exclusividad el rol que se le prescribe para garantizar la unidad familiar. (Schmucler,1986) Toda actividad pensada en singular, o para su propio beneficio, será un privilegio, cuando no una excepción, dado como señala Murillo (1996) “la vida doméstica no conoce límites y tira de la manga con frecuencia.”

La identidad femenina resultante es la de un sujeto altruista, una “heroína silenciosa” que no puede discriminarse del grupo familiar, con deseos o fines diferenciados, y más aún reconocer que estos deseos o fines pueden estar en contraposición con el grupo.

Pero cabe destacar, que la aceptación de la vigencia de la división sexual del trabajo con su correspondiente ideología, no descarta que seamos concientes de los cambios que afectan al mito de los géneros. La mujer ya no renuncia, ni se resigna a permanecer al margen de la vida pública, aunque el lugar que se le sigue asignando de manera prioritaria es la esfera doméstica privada.

Lo que ha cambiado no es tanto la lógica de la división sexual de los roles familiares, como el surgimiento de una mayor cooperación masculina en el seno del ámbito tradicional basado en la preponderancia femenina. “Prever las actividades de los hijos, planificar el tiempo, disponer de desplazamientos, pensar en las comidas, las compras, y los recados, toda esta `carga mental`, que la división de tareas en función del tiempo contempla, sigue recayendo principalmente en las mujeres. La dinámica igualitaria ha logrado descalificar la asociación del hombre con la autoridad en el seno de la

¹² Las ideologías sexuales se basan siempre en concepciones referentes a las diferencias entre los sexos biológicamente inherentes, “naturales”; o en concepciones religiosas.

familia. pero no ha conseguido llevar a su fin la asociación de la mujer con las responsabilidades domésticas.” (Lipovetsky, 1999 : 231)

Para Hochschild. (1990), nos encontramos frente a una “revolución de género limitante”. Revolución porque en dos décadas las mujeres han pasado de estar principalmente en su casa, a estar la mayor parte en su trabajo; y limitante, porque las mujeres han sufrido ese proceso en el marco de una cultura que no ha reestructurado los roles masculinos a fin de que puedan compartir las tareas domésticas con las mujeres, ni se ha modificado el ámbito laboral ni los servicios de apoyo para dar cuenta de las nuevas necesidades, como lo es el caso específico de los cuidados hacia los mayores.

El proceso de emancipación femenina que se viene sucediendo no implica la homogenización de los roles de uno y otro género, sino la persistencia del papel prioritario de la mujer en la esfera doméstica. combinando con las nuevas exigencias de la autonomía individual. Es decir, las nuevas prácticas no han superado a las viejas, sino que coexisten con ellas, y generalmente en tensión conflictiva de no poco tenor; la adquisición de nuevos espacios de inserción no ha liberado a las mujeres de casi ninguna de sus responsabilidades en sus espacios tradicionales. Siguen siendo hoy las encargadas de la organización del espacio doméstico, pero no en correspondencia en cuanto a lograr un protagonismo equivalente, en el espacio público.

El derrumbamiento del ideal de la mujer de su casa no impide de manera alguna que se siga produciendo entre hombres y mujeres, una articulación vida profesional/ vida familiar, donde para el hombre la vida profesional y doméstica están separadas. y en la mujer están unidos. “Para el sexo fuerte, el corte de la `vida en pareja` se da por supuesto: para el otro sexo, va acompañado de conflictos e interrogantes, de una búsqueda de conciliación que con frecuencia supone una fuerte culpabilidad e insatisfacción.” (Op, cit.: 234)

Aquellas mujeres que deban brindar cuidados a algún familiar mayor, tendrán que saber conciliar la obligación de “cuidadora” que se le impone por parte de su familia, con su vida personal y laboral. Situación que no esta exenta de costos.¹³

“La tarea doméstica intrafamiliar y las necesidades de cuidado de los miembros de la familia restringen y modelan la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo. Para cumplir con sus `deberes familiares` muchas mujeres desempeñan trabajos part time, o trabajos que puedan realizar en sus domicilios o cerca de ellos, aunque la retribución económica sea menor y/o desminuyan sus posibilidades de ascenso laboral.” (Fassler, 1997 : 50)

¹³ Durán (1986). señala que quienes optan por compatibilizar las responsabilidades de cuidado con el resto de su vida afrontan una doble y dura jornada, sufriendo muchas veces como consecuencia malestares físicos, psíquicos, e incluso tasas de morbilidad más altas que el resto de la población.

De la misma forma, la responsabilidad por el bienestar de la familia restringe la participación femenina en la actividad social, pero mucho más significativamente, en la actividad política y en la posibilidad de ocupar cargos de decisión

4.3-Implicación en el rol marcado por el género:

Investigaciones como la Matthews y Rosner (1988) indican que en comparación con las mujeres, los estilos de cuidados de los hombres consisten fundamentalmente en proporcionar una asistencia “de refuerzo”, restringida y esporádica. Cabe calificar su participación de puntual, en muy raras ocasiones de estructural; si contribuyen en el cuidado es más a título de ayuda que en calidad de responsable principal o permanente.

En los casos que la familia carezca de mujeres que cumplan el rol de cuidadoras, y de recursos o poder necesario para contratar servicios en el mercado de otras mujeres, para evitar el rol de cuidador, los hombres deben asumirlo por necesidad.

En la terminología de Finch (1989), los hombres que se encuentran en esta situación carecen de las “excusas legítimas” para evitar la prestación de asistencia; por lo tanto no pueden no asistir, mientras que en el caso de las mujeres, las expectativas relativas a que asistan a un progenitor o un familiar anciano son más normativas; en especial a las normas sexuales que hacen referencia a la conducta que se espera de las personas sobre la base del estatus que se les asigna, dada su biología sexual. (Saltzman, 1989 : 45)

Pero es menester destacar, que la tarea de cuidados, cuando resulta asumida por un hombre es valorada y catalogada de especial. El mero hecho de que un hombre cumpla una tarea asistencial es admirable para muchos, mientras que en el caso de una mujer, es visto como su cometido natural, y no sólo debe tratar de llevarlo a cabo, sino que tiene la obligación de hacerlo bien. “ La superioridad de género incrementa en el hombre la estima y la valoración de una tarea infravalorada cuando la hacen las mujeres.” (Arber y Ginn, 1996 :181)

No es visto como “natural” ni lo “normal” que un hombre asuma el rol de cuidador, las expectativas familiares y sociales no se depositan en él, por lo que cuando lo asume se lo sobrevalora. El ámbito donde se desarrollan los cuidados no es el suyo, sino que es privativo de las mujeres, por lo que tiene de doméstico.

Según Matthews y Campbell (1994), se observan también diferencias en la implicación del rol en los tipos de cuidados que se llevan a cabo por parte de hombres y mujeres, como así también en el grado de involucramiento. Si distinguimos entre la provisión instrumental de servicios y personal hacia las personas ancianas, se observa que las mujeres se ven más abocadas a la realización de tareas

personales como ayuda para bañarse, comer, asearse, vestirse, tomar medicamentos, mientras que los hombres que realizan algún tipo de ayuda hacia los ancianos de la familia se ven más abocados a la realización de tareas instrumentales, como transporte, compras, lavado de ropa, economía y prestación de servicios. Esta diferenciación en los tipos de tareas, reproduce la diferenciación de roles que desempeñan hombres y mujeres a partir de la división sexual del trabajo.

5-METODOLOGÍA:

5.1-Enfoque metodológico elegido:

El núcleo central de la presente investigación, fue lograr una aproximación a las realidades de los cuidadores familiares, conocer cómo viven su rol, cómo manifiestan sentirse, cómo construyen su imagen y la del objeto de cuidado. Por lo que se estimó necesario escuchar las propias palabras de los involucradas, su producción discursiva que diera cuenta de su situación. Y de este modo, poder introducirnos en el campo de las representaciones simbólicas que poseen sobre su experiencia; desentrañando los significados que atañen no sólo a la realidad de la cuidadora concreta sino al “universo simbólico del grupo social de referencia.” (Alvarez-Uría, 1997 : 255)

Se pretendió explorar a través de lo que ellas mismas manifiestan, la forma en que se definen, interpretan y afrontan la situación, intentando de esta forma acceder a la percepción que tienen de ellas mismas y del resto de los miembros de la familia con los que interactúan.

Adoptado este partido inicial, resultaba de elección una metodología de corte cualitativo. En efecto, lo que se busca no es mensurar frecuencias de ocurrencia de determinados acontecimientos, o intensidad de ciertos atributos, que autoricen a una cuantificación consistente. Lo que se procura explorar es la posibilidad de que ciertas estructuras de comportamiento, investidas de sentido en el interior de formaciones discursivas activas en la vida cotidiana de los actores objetos de investigación, puedan ser aprehendidas a través de operaciones de observación e interpretación rigurosa de conductas manifiestas y de verbalizaciones u otras formas de comunicación simbólica a ellas referidas. Si bien la distinción entre vías cuantitativas y cualitativas de investigación está ya en buena medida perimida, sigue siendo habitual calificar de “cualitativo” el enfoque que Jesús Ibáñez, con acierto, ha preferido llamar “estructural” (Ibáñez, 1986 :31-65; Delgado y Gutiérrez, 1994 : 53-173)

Optando por este camino, se pudo acceder a información en profundidad, que permitió descubrir a partir de las subjetividades de los cuidadores, detalladamente el contexto, los significados de los acontecimientos y escenas que experimentan.

“Las prácticas cualitativas constituyen una forma más o menos simulada y controlada, o ensayo tentativo de reproducir, o al menos evocar, las formas del intercambio simbólico de la praxis social real. Responden así a la lógica del sentido concreto, característica de la lógica situacional de la práctica social misma.” (Delgado y Gutiérrez, 1994 : 91)

5.2-Técnica de investigación:

Se utilizó la entrevista en profundidad. Con la elección de esta técnica, se intentó lograr un conocimiento profundo de las entrevistadas, descifrar lo que es relevante para ellas, el significado que presentan de ser cuidadoras, sus perspectivas y definiciones, así como el modo en que se perciben, clasifican y experimentan su mundo intersubjetivo.

“La entrevista abierta es un proceso de interacción específico y parcialmente controlado en el que el interlocutor “informante” construye arquetípicamente una imagen de su personalidad, escogiendo una serie de materiales biográficos y proyectivos de cara su representación social.” (Goffman, 1994)

Desde el punto de vista operativo, la entrevista en profundidad nos permitió contar con una técnica flexible y abierta; en la cual los objetivos de la investigación rigieron la formulación de las preguntas, su contenido, orden, y profundidad, a la vez que nos permitió una mayor libertad en el momento de adaptarnos a las diversas situaciones y características de los sujetos de estudio.

Además, a través de su aplicación se pretendió la recolección de un conjunto de saberes de la vida privada de los cuidadores familiares, la cual no excluye la construcción de sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia al que pertenecen. Más que nada, significó una forma de acercamiento, para lograr explorar en la cotidianeidad de estas mujeres como cuidadoras, a la vez que identificar aquellos lugares donde se juegan los significados y se encuentran los puntos en común de la población de cuidadores en estudio. Nuestra intención fue explorar los detalles de las experiencias de ellas, así como de los significados que estas les atribuyen a su rol, es decir se trató de extraer una traducción más o menos honesta del modo en que estas mujeres se autoperciben a sí mismas y a sus experiencias, así la forma en que se representan como cuidadoras.¹⁴

¹⁴ “La entrevista a nuestro modo de ver, es un acercamiento a la figura del individuo como actor que desempeña, dramatizándolo, un cierto modelo de rol social. Y este desempeño a la vez que dramatización de un código es una idealización, pues tiende a moldear un desempeño según la forma ideal del rol pertinente.” (Delgado y Gutiérrez, 1994 : 236)

5.3-Consideraciones a tener en cuenta: utilización de categorías “goffmanianas”

La información obtenida a partir de las entrevistas, es producto de un proceso de interacción específico, en el cual la entrevistada a partir de una definición de situación¹⁵ inicial, procura como actuante presentar y mantener una imagen de cuidadora en conformidad con las numerosas normas por las cuales se siente juzgada: ella y sus actos.

Las normas que dan línea a su actuación, se inscriben claramente dentro del marco¹⁶ de la división sexual del trabajo, a partir de donde se adjudica su responsabilidad en los cuidados de los adultos mayores, dentro de su contexto de trabajo doméstico.

A partir de este proceso de figuración ellas intentan marcar claramente lo que pretenden ser y lo que no, en la situación de entrevista. Manifestando esto en la forma de tratar su vida privada, las ayudas por parte de su familia, la imagen del servicio que prestan, los motivos por lo que lo hacen, así como el significado que tiene para ellas hacerse cargo de un familiar adulto mayor.

La forma de referirse a ellos, está pautada por la disciplina dramática¹⁷, donde manifiestan que “están entregadas” a la tarea de cuidadora que desarrollan. Pero cabe destacar que toda representación que se realiza conlleva implícita la amenaza. Amenaza de que se produzcan ciertos hechos que contradigan, desvirtúen o anulen la impresión que se desea producir mediante la actuación; son hechos que se entienden como disruptivos en su trabajo de figuración. Ante la aparición de estos hechos, las entrevistadas recurren a justificaciones, a una labor de reparación para subsanar los errores cometidos, y no arruinar así la proyección de sí que se intenta dar.

Existen momentos concretos, en los que estos hechos hacen su aparición en los discursos de las entrevistadas, y ante la duda de que se pueda estar transmitiendo “información destructiva” para su imagen, las cuidadoras se justifican, recurren a excusas piden disculpas, y solicitan no ser malentendidas por el auditorio, es decir por mí.

¹⁵ La entrevista es tratada en la presente investigación, como un tipo de situación específica, por lo que no debe darse por sentado que lo que las cuidadoras dicen y manifiestan en la entrevista, es lo que esa ellas mismas creen o dice en otras situaciones.

¹⁶ Se utiliza la categoría de marco de Goffman: “es un dispositivo cognitivo y práctico de atribución de sentidos que rige la interpretación de una situación y el compromiso en esta situación, ya sea que se trate de la relación con otro o con la acción en sí misma.” (Joseph, I., 1999 :63)

¹⁷ Esta es un factor decisivo para el mantenimiento de la actuación. Es decir, mientras el actuante está ostensiblemente entregado a la actividad que desarrolla y aparentemente inmerso en su actos en forma espontánea y no calculada, no obstante, debe disociarse desde el punto de vista afectivo de su representación de una manera que lo deje en libertad para enfrentar las contingencias dramáticas a medida que estas surjan. Debe mostrar que participa intelectualmente y emocionalmente en la actividad que presenta, pero debe de cuidar de no dejarse seducir por su propia demostración para que esto no destruya su participación en la tarea de presentar una actuación satisfactoria. “...y si no es posible evitar u ocultar una interrupción de la actuación, el actuante disciplinado estará listo para ofrecer una razón plausible que permita subestimar el hecho disruptivo, un comentario jocoso para restarle toda importancia o una humilde disculpa unida al reconocimiento de la falta para rehabilitar a los verdaderos responsables de la interrupción.” (Goffman, 1994 :231)

Estas justificaciones que se realizan, intentan contribuir a la labor de reparación, con el objeto de neutralizar un acto o un enunciado que se expresa, aislándolo de sus consecuencias, y restaurar así el equilibrio de su representación.¹⁸ Es decir, las justificaciones se presentan como un imperativo pragmático que impone limitar los daños que se acaban de provocar en la situación de entrevista.

Es probable que las entrevistadas piensen que todos sus dichos serán cuidadosamente considerados como un símbolo de su imagen como cuidadora, y que sus discursos estén modelados, principalmente, por las normas que la cuidadora supone que son “lo correcto”, a la vez que me atribuyan el lugar de juez “desde lo correcto”. Y en consecuencia se prepare cuidadosamente para la actuación, por lo que todo hecho que se presente como contradictorio intentará ser corregido.

Pero estos hechos que se expresan, transmiten información que se cree pertinente presentar y analizar, en especial por los temas que incluye y la forma en lo que son tratados. Estos se centran en: la dicotomía entre las situaciones vividas y los anhelos y deseos; la muerte como liberación del rol; la ausencia de las ayudas familiares.

5.4-DEFINICIÓN DEL UNIVERSO Y MUESTRA

Universo:

El universo en estudio fueron las mujeres cuidadoras de familiares mayores de 65 años que residen en Montevideo. Definiendo a éstas, como aquellas mujeres que estén realizando tareas de cuidados no remunerados de forma permanente a algún familiar (padres, suegros o tíos) que no pueda gestionar por sí mismo su bienestar; y que implique situaciones de co-residencia.¹⁹

Se caracterizó los cuidados que brinda esta población, no sólo por el desempeño cotidiano de tareas específicas (como puede serlo las actividades instrumentales cotidianas de transporte, compras, lavado de ropa, economía y prestación de servicios, o la provisión de asistencia personal en el bañarse, comer, vestirse o la toma de medicamentos), sino también que se definió a partir del involucramiento emocional que tenga el cuidador con esta situación, que lo lleve a autoperibirse como el encargado principal del bienestar del familiar que cuida. Intentando de esta forma marcar diferencia con las “ayudas familiares” que reciben los familiares mayores.

¹⁸ “La función social y moral de este tipo de ritual reparador consiste en tratar las esperanzas decepcionadas del público implicado y reducir la distancia entre un anuncio y su realización efectiva.” (Op. cit. : 104)

¹⁹ Cabe resaltar, que no se incluyó en el universo de estudio a aquellas mujeres que cuidan a sus parejas con problemas de salud, dado que se considera que las relaciones matrimoniales presentan características propias que demandan un estudio separado del presente. En especial por la intimidad que implica entre los cónyuges, y por los mandatos legales y sociales que expresan ser incondicionales a la pareja.

Muestra:

La estrategia de muestreo elegido fue el teórico, o por saturación. A través de la lógica de esta estrategia, nos centramos en recabar información en profundidad; es decir que cada caso seleccionado contara con información rica y abundante que contribuyera al desarrollo de comprensiones teóricas sobre la realidad de las cuidadoras.

Siguiendo los supuestos del muestreo teórico, nos centramos no tanto en la cantidad de entrevistadas que integraron la muestra, sino la composición que se logró de la muestra, y por ende el número adecuado de casos, dado que se consideró que un mayor número de entrevistas no suponía, llegado cierto momento del desarrollo del campo, mayor información (en el sentido de novedades, de conocimientos nuevos), sino que implicaba una mayor redundancia (repetición de las claves de los discursos ya obtenidos). (Delgado y Gutiérrez, 1994 : 77)

Luego de completar las entrevistas con varias cuidadoras, se diversificó el tipo de personas entrevistadas hasta descubrir toda la gama de perspectivas y situaciones de los cuidadores familiares, para lo que se trabajó con variables de control para lograr una muestra heterogénea. Se utilizaron como variables de control: 1-lugar de residencia; 2-estado civil de la cuidadora; 3-nivel socioeconómico, utilizando para esta última variable, el nivel de ingresos del núcleo familiar de la cuidadora, el último año de educación formal cursado por ella, y la categoría laboral.

En el momento que los datos recogidos en el trabajo de campo, comenzaron a ser repetitivos, no lográndose aprehensiones nuevas, se dio por saturado la muestra, por lo que se cortó con la realización de nuevas entrevistas.

La muestra se compuso por un total de 15 casos; mujeres comprendidas entre los 40 y 65 años. No se utilizó como variable de control el tipo de relación familiar que unía a la prestadora de cuidados con el receptor, ni el sexo del receptor.

Del total de la muestra, 13 casos comprendieron el cuidado de hijas a sus madres, uno de una nieta a su abuela, y uno de su hija a su padre. Se intentó buscar otros casos que incluyeran otro tipo de relación así como de sexo, pero no se lograron.

Entrevista	Edad cuidadora	Ocupación	Estado Civil	Barrio	Ult. Año de ed.	Socioeconómico
1	63 años	Ama de casa	Casada	Reducto	4to año secundaria	Medio
2	65 años	Ama de casa	Casada	Unión	5to año primaria	Bajo
3	52 años	Jubilada	Casada	La Teja	Secundaria completa	Medio
4	52 años	Recepcionista	Soltera	Cordón	5to de secundaria	Medio
5	63 años	Serv. Doméstico	Soltera	Pajas Blancas	3ero de primaria	Bajo
6	47 años	Terapeuta	Divorciada	Buceo	2do universidad	Alto
7	49 años	Escribana	Soltera	La Blanqueada	Universidad completa	Alto
8	54 años	Administrativa	Divorciada	Colón	5to de secundaria	Bajo
9	57 años	Ama de casa	Casada	Tres Cruces	5to de secundaria	Bajo
10	51 años	Aux.contable	Casada	Pocitos	4to de secundaria	Alto
11	48 años	Ama de casa	Casada	La teja	3er año de UTU	Alto
12	65 años	Ama de casa	Viuda	Reducto	3er año primaria	Bajo
13	40 años	Cuidar a su abuela	Soltera	Malvin	5to año secundaria	Medio
14	43 años	Partera	Divorciada	Malvin Norte	Universidad completa	Medio
15	53 años	Trabajo Informal	Divorciada	Prado	2do año universidad	Medio

5.5- Aplicación de la entrevista y selección de los informantes:

Sobre la base del problema en estudio y de los objetivos planteados, se elaboró una guía, o lineamiento, del tipo de lo que los investigadores anglosajones suelen llamar "check-list", para apoyar el desarrollo de la entrevista. Se trató de estimular la producción de un discurso principalmente enunciado por las entrevistadas a través de la utilización de preguntas disparadoras, utilizándose también las intervenciones propias del investigador en los momentos que se requirió; cada uno con un sentido y un proyecto de sentido determinado, relacionados a partir de lo que se ha llamado un contrato de comunicación y en función de un contexto social o situación.

La selección de las personas a entrevistar se realizó a partir de criterios de comprensión y de pertinencia con respecto a la población en estudio, es decir que fueron elegidos como integrantes de la muestra a partir del planteamiento conceptual de lo que se considera un cuidador, y no a través de criterios de representatividad estadística. Como plantea Dávila (1995), "los criterios de selección en los diseños cualitativos, son un problema de enfoque, es decir, cuanto más enfocada este la selección de los informantes más definida será la información que obtengamos."

Para acceder al contacto de mujeres cuidadoras, se utilizó la técnica bola de nieve.²⁰ Para lo que se utilizó: las redes personales del investigador, amigos, parientes y conocidos, así como también las propias entrevistadas que facilitaron nombres y teléfonos de otras mujeres en igual situación. Cabe destacar también, el contacto que se estableció con dos médicas geriatras, que previa conversación con cuidadoras familiares de sus pacientes, brindaron sus nombres y sus teléfonos para comunicarnos con ellas y establecer el momento adecuado de la entrevista.

La concreción del momento adecuado de la entrevista (día, hora y lugar físico), se presentó como dificultad para la gran mayoría de las entrevistadas. Se expresó por parte de ellas el deseo de no realizar el encuentro en sus propias casas, en horas que el familiar mayor se encontraba "despierto", dado que entendían probable que la entrevista se podía interrumpir con la aparición del familiar y sus correspondientes demandas, así como también el manifestar situaciones que involucraran al familiar mayor y que éste las escuchara. Por lo que se prefirió en algunos casos concretar el encuentro en espacios públicos o en los propios lugares de trabajo de las entrevistadas.

Las entrevistas fueron realizadas en los meses de noviembre, diciembre del 2001 y enero del 2002. Tuvieron una duración promedio de 45 a 60 minutos; utilizando para su registro la grabación.

²⁰ "En el inicio se pueden ubicar informantes potenciales a través de las mismas fuentes de las que se sirven los observadores participantes para lograr acceso a escenarios privados: la averiguación con amigos, parientes y contactos personales; el compromiso activo con la comunidad de personas que se quieren estudiar." (Taylor y Bodgan, 1986 : 109)

Cuatro entrevistas fueron canceladas por las propias entrevistadas a causa de crisis de salud del mayor, alegando que tenían que cuidar al mayor por lo que no contaban con tiempo suficiente para la entrevista.

5.6-Pauta de la entrevista:

El mínimo marco pautado de la entrevista, fue un guión temático previo, que recogió los objetivos de la investigación. Pero tal guión no se organizó ni estructuró secuencialmente. De lo que se trató fue que durante la entrevista se produjera información sobre todos los temas que nos interesaban, pero no se inquirió sobre cada uno de los temas en un orden prefijado, sino que a través del uso de preguntas disparadoras como estímulo verbal de apertura.

Guión temático:

- 1-cómo es el vínculo con el familiar que tiene a cargo.
- 2-qué lugar ocupa los cuidados que provee en su día.
- 3-como concilia las tareas de cuidador con el resto de su vida, ámbito laboral, personal, tiempo de ocio.
- 4-si el hecho de adoptar el rol fue una decisión de hecho por parte de la familia o por defecto.
- 5-si cree que el hecho de ser mujer le ha dado el deber moral y familiar de ser la cuidadora.
- 6-como fue la carrera del cuidador hasta que se hizo cargo de la persona.
- 7-valoración o no que siente por parte del resto de la familia.
- 8-las ayudas familiares, cómo las vive.
- 9-factores de conflicto dentro de la estructura familiar en relación a las tareas de cuidado.
- 10-cuál sería para la cuidadora la situación ideal para ella misma y para el familiar mayor.
- 11-Si ha pensado alguna vez en redefinir su situación, ya sea residencias, abandonar el rol, pedir ayuda a los familiares.

5.7-Plan de análisis:

El análisis estuvo signado por un enfoque eminentemente cualitativo, pues el interés fundamental estuvo en intentar *comprender* este *recorte de la realidad* que fue elegido, y que se plasma en el discurso de las cuidadoras, para lo cual se procuró incorporar la subjetividad de los individuos que participan en ella.

En particular, se aplicaron a los discursos las técnicas del “análisis de contenido”, para lo cual fue adoptado el enfoque de Bardin al afirmar que el propósito del “análisis de contenido” es la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción.

6-Análisis:

Trabajo de figuración

A continuación se expone la construcción de la imagen de sí que hacen las cuidadoras, es decir, el trabajo de figuración que realizan en el transcurso de las entrevistas. “...los ritos de interacción realizan las creencias, el objeto sagrado de ellas, la imagen, el valor social positivo de una persona tal como se manifiesta en un encuentro, no es la figura sino la figuración. La imagen dice Goffman, no se encuentra en el interior o en la superficie del individuo; la imagen se encuentra difusa en el curso de la acción. Cuidar de la imagen significa realizar exitosamente el trabajo de figuración y hacer que la línea de acción sea coherente. Por el contrario hacer un pobre papel significa encontrarse prisionero en una línea de acción incoherente, fracasar en su desempeño.” (Joseph, 1999 :53)

Este trabajo de figuración se expresa tanto en la actuación pública de la cuidadora, como en la manera como ella informa acerca de lo que hace y de las razones —legitimaciones— que manifiesta tener para ello. La interpretación de estos observables, permite descubrir las configuraciones ideológicas subyacentes, fuente de los valores y los modelos de conducta acreditados como correspondientes con la imagen de una “buena cuidadora”.

Se presentará, particularmente, el juego entre la acentuación de ciertos atributos utilizados como confirmativos de la imagen que se considera “adecuada”, y las maniobras de encubrimiento de aquellas actividades, hechos y motivos incompatibles con la versión de sí mismo que se quiere dar.

1-Justificación del rol: ¿por qué son ellas las encargadas de cuidar al familiar mayor?

En los relatos presentados por ellas, nos señalan el protagonismo indiscutible que tienen en las tareas de cuidados cotidianos hacia los ancianos dependientes; recurren a una diversidad de justificaciones para explicar el por qué de ser ellas y no otros los que se ocupen del cuidado del familiar mayor. Estas justificaciones se pueden diferenciar en dos “grupos” comunes para todas las entrevistadas. Uno marcado por el sentimiento de “deber” que manifiestan sentir hacia el receptor de los cuidados, y el otro representado por las características que se atribuyen ellas mismas, y que les estaría permitiendo asumir el rol de cuidadoras.

6.1.1- El deber sentido hacia el receptor de los cuidados

Este se construye básicamente de dos formas: recurriendo a experiencias pasadas o apelando al hecho de ser familiar de la persona que cuidan.

Quienes recurren a las experiencias pasadas, destacan que el actual receptor de cuidados supo ser prestador, ya sea de cuidados destinados hacia la cuidadora como a la familia directa de ésta. “Y como siento un agradecimiento grande hacia mi madre hago lo que sea por ella, no te pesa, no te pones a pensar que es una carga, para mi no es nada feo. Yo sé que hay situaciones bravas, pero mi madre gracias a Dios está bien, sólo lo de las rodillas, de la cabeza está bien, no tiene problema ninguno.” (Inés) “...nunca fuimos abandonados por ellos, siempre estuvieron ellos en todos los momentos que los necesitamos, fuimos educados así y a parte lo sentimos así. Es algo que te sale de adentro, y el sentimiento no te da como para hacer otra cosa, haces lo que debes hacer.” (Miriam) “...a los 3 años quedé yo sola con mamá, que mamá no sabía hacer nada, ahí empezó hacer pantalones del ejército...yo la vi luchar, yo cierro los ojos y la veo sentada en la máquina y a vos te parece que yo ahora la puedo abandonar porque ella esta enferma, es más fuerte que yo, no puedo.” (Lourdes) Esta actitud que tuvo el familiar mayor, es altamente valorada por las entrevistadas. Llevándolas hoy a una necesidad de retribuirles por lo hecho.

Se podría decir que se sienten en deuda por lo que los hoy desvalidos hicieron por ellas o por el resto de su familia, y cuidarlos en su vejez constituye una especie de retribución a ellos debida.

Quienes apelan al hecho de ser familiar, (tanto si es su madre, su padre, su abuela, o su hermana mayor), naturalizan el deber del cuidado, considerando lógico y normal encargarse del cuidado de éste. “Yo me siento que estoy haciendo algo completamente natural, creo que me corresponde...será que en mi familia siempre se dio, ya te digo mis primas se han encargado de sus madres y yo sabía que algún día me iba a tocar. No es una cosa que me haya caído de arriba, ni una situación sorpresiva, se dio.” (Carmen II) “Yo creo que las cosas son como son, tampoco lo tomo como un conformismo totalmente entregado pero chau...para mí era lo lógico ocuparme de ellos y no se me ocurrió otra cosa, porque creo que estoy haciendo lo lógico...yo creo que la situación es normal y mis padres también la consideran así.” (Lilián) “Es un deber moral, y siento que la tengo que cuidar porque es mi madre, no es una carga tampoco.” (Olga) Pero cabe destacar, que si bien estas entrevistadas hacen hincapié especialmente en el deber, como obligación emanada del lazo familiar, con independencia de la calidad que haya podido tener la relación que se haya establecido con el mayor dependiente, no pasan por alto lo que el familiar haya hecho por ellas y por sus familias. Al igual que las otras entrevistadas encuentran en las tareas de cuidado una forma de retribuirles por lo hecho en el pasado. “Siempre fue muy de ayudarme mucho, muy dispuesta. Cuando yo vivía en Bs.As que tenía a los gurises chicos, ella cada 2 o 3 meses ella iba y era de quedarse para que yo pudiera hacer otras cosas, y todo.” (Carmen II) “...tengo la posibilidad de devolverle el amor que ellos me dieron a mí, o la atención que me dieron cuando yo era chica, y tengo la posibilidad de devolvérselos.” (Lilián)

Desempeñando las tareas de cuidado, las entrevistadas cumplen con lo que ellas consideran un deber: un deber de retribuir al familiar mayor por lo hecho en el pasado, tanto por ellas como por el resto de su familia: es un deber de pago por lo hecho. No cuestionan el deber como tal. “no echan en cara nada”. “no se reprocha”. consideran que hay que cuidar de los mayores, incluso no cuestionan el hecho de estar presente en las tareas de cuidado. Consideran que están actuando dentro de lo correcto pues “hacen lo que deben hacer”. Y sentir que “están haciendo lo que tienen que hacer” les produce tranquilidad. “Yo me siento enormemente en paz por cuidarla.” (Lourdes) “...yo agradezco estar para cuidar a mamá, lo agradezco porque mejor que yo no la va a cuidar nadie, agradezco estar y estar al lado de ella.” (Ada) “...yo conmigo me siento bien, siento que estoy dando todo lo que puedo y por lo menos estoy haciendo el esfuerzo, y sé que cuando pase el tiempo y mi abuela ya no este, yo voy a saber que di todo lo que pude de mí.” (Ma.Soledad)

A partir de lo anteriormente expuesto, el deber —generado por experiencias pasadas o simplemente por el lazo familiar con la persona que cuidan— permite inscribirlo en el ámbito familiar, por lo que nos lleva a pensar que no es exclusivo de ellas. Involucra a otros integrantes de la familia, ya sea porque el familiar mayor también cuidó de ellos, o por el hecho concreto de ser familiar. Ahora bien, existen justificaciones para que ellas se consideren *las cuidadoras*, las únicas alcanzadas por el deber de retribuir los favores recibidos. Entienden que la persona que se encargue de proveer cuidados hacia una persona mayor, debe tener ciertas características para poder hacer un “buen trabajo”. Y ellas manifiestan tenerlas, *ante todo por ser mujeres*.

6.1.2- Requisitos de una buena cuidadora:

Un grupo de estas características, refiere a los conocimientos y saberes específicos referentes a las tareas de cuidados, a partir de los cuales un cuidador sabe lo que hacer y lo que no. Para las entrevistadas, estos fueron adquiridos a partir de las experiencias de cuidados pasados, ya sea con sus hijos, pareja u otros familiares. Ya “hicieron carrera” en los temas de cuidados, ya se han sacrificados en pro de otros, y se manifiestan preparadas para hacer lo que están haciendo. “Yo siempre cuidé a todos, incluso cuando mi hermano estuvo enfermo yo me quedé internada con él, siempre lo hice como costumbre...Cuando mi hermano estuvo mal era como que yo me desvivía por él, trataba de poner todo más de lo que yo podía.” (Gladis)

Incluso refuerzan su experiencia en la semejanza²¹ que ellas encuentran en algunos cuidados específicos de los mayores dependientes con los de los niños (hijos o nietos), que cuidaron, o que

²¹ Si bien por la atención y por la preocupación que depositan en el familiar mayor, se puede a veces comparar al cuidado de un niño pequeño, surgen diferencias. Ellas mismas las asumen y saben que el mayor que cuidan puede estar mejor o peor algunos días, pero saben que el final de los cuidados no se va a dar cuando este totalmente rehabilitado, sino que el final se va a dar con la muerte. “...es como un niño, es exactamente como un niño que para que coma vos lo estimulas con la diferencia terrible que el niño en una semana aprendió ochenta cosas nuevas, y esto es todo para atrás.” (Ana) “ Los viejos son como los bebés pero al revés, los bebés crecen mes a mes y ellos retroceden. “ (Raquel).

cuidan aún "...yo duermo con la oreja parada, es como cuando tenes bebés en la casa no ois ningún ruido pero el de ellos sí." (Raquel) "...son bastantes cosas porque necesita de todo, es como un niño chico se olvida de todo, vos le decís algo ahora y enseguida se olvida, y es todo la higiene, la comida...es todo, es como un niño porque no la podés dejar sola porque te da miedo que le pase algo." (Ma. Soledad) "...entiendo que a una edad vos tenes que hacerle todos los mimos que puedas, tenes que mimarlo, a los niños y a los viejos es cuando más hay que mimarlos, y cuando más hay que apoyarlos." (Ada)

Sin embargo, no niegan que sus conocimientos específicos adquiridos necesiten ser reafirmados y enriquecidos para poder brindar una mejor calidad de cuidado a los mayores. Razón por lo que consultan a médicos diversos, buscan información en libros y revistas, hablan con personas que experimentan o experimentaron la misma situación que ellas. "...la médica de la geriatra me indicó cómo hay que tratar a una persona adulta, y más que haya sido independiente." (Sonia) "...hay un sitio web donde yo pedí información sobre la demencia senil, el alzheimer, entonces todas las semanas me llega información nueva..." (Ada)

El otro grupo refiere a características "naturales" de su persona, las cuales le estarían brindando una capacidad de cuidar a los otros. Se señala la paciencia, la fortaleza, la constancia, la entrega, la comprensión, la responsabilidad, el no molestar²², el temple, la tolerancia, la afectuosidad.²³ Considerando a cada uno de ellos consustanciales a su identidad, y llevándolas a diferenciarse de los otros. Otros que no son para las entrevistadas un todo uniforme, dado que diferencian entre los hombres y las mujeres de la familia.

Los varones permanecen para las entrevistadas ajenos a toda posibilidad de ser encargados de las tareas de cuidados, dado que se los presenta como si estuvieran dotados de una incapacidad "natural"²⁴ en los temas de cuidados, ya sea por falta de "costumbre", de "educación" o por la "naturaleza misma de ser hombre". Se justifica la desidia masculina respecto a las tareas de cuidados a partir de características inmutables que encuentran en ellos. "Yo creo que las mujeres tenemos una predisposición mayor al cuidado de la vida que los hombres, más maternal, la cosa viene de la naturaleza...yo creo que va en la naturaleza femenina el cuidar. (Carmen II) "...creo que los hombres tienen miedo a ver el dolor y esa degradación física que sucede en los viejos, yo conozco casos de hombres que con sus propios hijos al verlos enfermos se van, hablan con el médico y todo lo demás pero la parte del día a día no están, yo creo que como que les da miedo, yo creo que debe de ser un tema cultural." (Ana) "...yo creo que las mujeres somos diferentes, tenemos como algo más natural en el tema de los cuidados. es más si miras al resto de los animales siempre es la hembra la que sabe más y domina mejor las situaciones en temas de enfermedades, los hombres como que se ponen más nerviosos y no saben bien para donde ir. Yo creo que la

²² Esta característica, en particular será analizada en el capítulo de las ayudas.

²³ Estas mujeres manifiestan tener interiorizado lo que debe hacer una mujer, y por lo menos en este trabajo de figuración que realizan, no van a atentar contra la definición social de género.

²⁴ El recurrir a la naturaleza para justificar la incapacidad de los hombres en las tareas de cuidados, es un poderoso referente simbólico, por su cualidad de inapelable. No permite lugar a discusión. "El mito de género nos hace ver la división tradicional entre hombres y mujeres como natural, universal y necesaria. Exagera la división entre hombres y mujeres para crear roles diferenciados: lo masculino y lo femenino como opuestos" (Muñoz, 1996 : 43)

naturaleza es sabia en ese aspecto, y si es algo que a través de los años se sigue manteniendo es porque funciona, nos ha dado ese don.” (Miriam)

Incluso se refuerza esta incapacidad en los hombres, en casos concretos que se conocen, en los que ellos han intentado ocuparse de sus familiares mayores y no han podido hacerlo, teniendo que venir una mujer a sustituirlos. “...acá en el barrio hay dos viejitos que se enfermó primero el hombre y después la mujer y se le produjo una tragedia familiar, porque vivía un hijo soltero con ellos y tuvo una reacción que en otro tiempo se diría bien femenina, se volvió histérico, gritaba contra todo, hasta que la hermana que no vivía con ellos, que no convive, organizo ella toda la asistencia.” (Ana)

Señalan que es más “natural” que se ocupe una mujer de los temas de cuidados. Considerando al resto de las mujeres de la familia como “potenciales cuidadoras”, dado que tiene el “don de la naturaleza”, “cuentan con la predisposición a cuidar de otros”, aunque no con características tan favorables como las de ellas para asumir el rol. Es decir, no consideran que se adapten, como lo hacen ellas, a las prescripciones de lo que entienden que tiene que ser una buena cuidadora. Por lo que las consideran que pueden ser “buenas ayudas familiares” en casos puntuales que ellas lo necesiten, pero no encargadas de los cuidados que ellas brindan. “...vos viste que a los enfermos hay que tratarlos con complacencia...y mi cuñada es muy nerviosa y la trata mal...Lo que pasa es que ella a veces está muy nerviosa y yo tengo miedo de que vaya para allá y que se ponga peor y para eso la tengo acá...” (Gladis) “Tiene una hermana que tiene dos años menos que ella, que es la que la cuida a veces pero no le tiene mucha paciencia, porque mi madre claro al ser diabética se tiene que cuidar con las comidas y no hace mucho caso, entonces mi tía se enoja mucho con ella...” (Rosaura) “...mi hermana es mucho más calentona que yo, mi hermana es más de calentarse, no le tiene paciencia, somos distintas. Yo hablo con ella y le explico...somos personas distintas, y ella como que levanta vuelo más rápido....a mi me resultó más fácil que mi hermana, yo creo que es sobre todo un tema de formas de ser...” (Lilián). Es bastante visible que esta creencia refuerza la autoestima de las cuidadoras, en una actividad que, por su escasa capacidad de gratificación externa para quien la desempeña, es particularmente erosiva para el aprecio de sí.

6.1.3-Cuando se pierden estos requisitos

Existen circunstancias especiales en que las entrevistadas sienten perder las características que se habían atribuido. Las presentan como situaciones concretas, en las que se expresan “desbordadas” por las personas que cuidan, y manifiestan hacer y decir cosas que no consideran apropiadas de un “buen cuidador”; razón por la que se autoperceben en esos momentos como “cuidadoras incompetentes”, porque reconocen que estos actos que presentan desacreditan la actividad que se proponen desarrollar. Pero ellas señalan hacer todo lo posible por no perder “la paciencia”, “la tolerancia”, la capacidad para seguir siendo una cuidadora, y recurren a todo lo que este a su alcance para volver a recuperar “sus características”.

“Rezar”, “tomar la medicación para los nervios”, hasta el extremo que una entrevistada preferiría “quedarse muda o que le cortaran la lengua” antes de seguir escuchando salir de su boca palabras que no son apropiadas para su rol. “...yo algunas veces he perdido la paciencia, y me da pena, me angustia...Y me siento horrible cuando me pongo mal y sentiría la necesidad de que alguien me cortara la lengua, de quedarme muda, porque vos no podés herir a una persona porque te cansé...Ahora lo estoy tomando con mas calma, te decís ahora ya no, ahora ya no, pero no te das cuenta cuando te vas metiendo vos misma en una situación así, cuando pasas el límite y agredís verbalmente.” (Ada) “...hay que tener temple que yo me lo hago porque me hago yo sola lavados de cerebro para poder subsistir, porque si no te digo que no podría. A mí me afecta todo muy mal, hay momentos que estoy bajoneada, entonces tomo un plidex y empiezo a levantarme yo misma...yo misma me digo vamos arriba que hay que seguir, tenemos que seguir...” (Lourdes) “Aunque a veces yo tengo un temperamento, soy calderita de lata, pero no le recrimino nada, porque yo pienso que yo lo acepté y si lo acepté lo tengo que sentir, a parte también me pongo a rezar y eso me ayuda.” (Raquel) “...yo trato de tomar los medicamentos porque también ella a veces se pone sensible, que le decís me tiraste eso me tiraste lo otro y empieza que estoy molestando y yo me digo Sonia callate la boca, y si porque es así...” (Sonia)

La pérdida circunstancial de los requisitos, es representada por las entrevistadas no como un derecho que se pueden permitir “cuando se sienten cansadas o desbordadas”, sino como un “delito” por hacer cosas que pueden afectar a la persona que cuidan, y a la vez por ser una expresión de pensar en ellas mismas antes que en la persona que cuidan²⁵. Esta actitud no es aceptada por ellas, razón por la que se autoreprimen.

²⁵ “Ocuparse de una misma contraviene radicalmente la definición social de género. Al sujeto mujer se le presenta como una faceta “antinatural”. por lo que tiene de excepcionalidad, de estigma: “ser egoísta” vacía toda tentativa de validez. En cambio ser desprendida, afectuosa para con los demás es consustancial a su identidad. De producirse la privacidad en la cotidianidad de las mujeres, será prejuizada como un rasgo de egoísmo, pensar en ella antes que en los otros traiciona de raíz la función secular de la domesticidad. Lo prohibido es subvertir un orden social que escritura las reglas del reparto: qué espera de mí el otro.” (Murillo, S., pág: XXVI.)

7-Cuidados: tareas a desempeñar

Si bien las tareas de cuidados varían según la salud de los mayores dependientes, se pueden diferenciar a partir de lo expresado, tres tipos de tareas, todas ellas focalizadas en lograr el bienestar de la persona que cuidan.

En primer lugar cabe destacar las tareas personales, las cuales incluyen los cuidados de higiene: bañarlo, cortarle las uñas, cambiarle pañales, vestirlo con ropa limpia, llevarlo y/o estar pendiente de sus necesidades biológicas: alimento: preparación de comida adecuada ya sea por su salud o su gusto, papilla en determinados casos, darle el alimento, cuidar de que coma, y que no se deshidrate: medicación: suministrársela a la hora correcta, verificar que las tome.

Son cuidados que consideran posible encomendar a otras personas, pero según las entrevistadas requieren de un control personal por parte de ellas para que “se haga bien”, razón por la que les resulta muchas veces imposible delegarlos. “...mi hija, que trabaja, le dejaba la comida se la calentaba pero yo venía de tarde y no había comido..” (Ana) “...si yo no dejo los remedios me hace llamar, es decir si hay alguna duda en los remedios la que tiene que decidir ahí soy yo.” (Miriam) “...yo sé que no estando yo ella come cualquier cosa...” (Rosaura)

Incluso en los casos donde el mayor dependiente puede hacer alguna de estas tareas solos, las cuidadoras supervisan de que las hagan bien. “Ella se baña sola, lo que trato es de ir al baño cada vez que ella va al baño porque es como que ella no se da cuenta pero cuando se higieniza ella no ve, no lo hace porque sea sucia, sino que hay que andar controlándola porque no ve” (Sonia)

En caso de delegar estas tareas, es más probable que sea en mujeres y no en varones. Esto se justifica en que el familiar, así como la cuidadora, consideran en algunos casos inaceptable que ciertos tipos de cuidados relacionados con la higiene lo realice un varón. Lo que expresa un fuerte sentimiento respecto a los límites entre los géneros, en especial con el cuidado personal íntimo.²⁶ “El único problema que tienen (*los hijos hombres*) es para bañarla que la bañan mis hermanas de allá porque ellos no.” (Carmen)

El límite en algunos casos se extiende y alcanza también las tareas que respectan a la alimentación. “...ahora le estoy dando sin sal y está perfecta...pero con mis hermanos no es así, yo no sé si le dan los medicamentos o creo que le dan con sal, y los medicamentos los tiene que tomar cada ocho horas, yo se los doy porque sino se olvida, pero creo que allá no se los estaban dando...Ella tiene que estar siempre controlada, no tiene que comer ni con grasas ni con sal.” (Carmen)

En segundo lugar, se destacan las tareas instrumentales. Por ello se entiende el transporte (llevarla a pasear, al médico), compras (insumos para los cuidados: medicamentos, pañales, entre otros), cobro de la jubilación o pensión. Estas las pueden desempeñar las cuidadoras u otro familiar, y ellas manifiestan no tener ningún inconveniente de que así sea, dado que las presentan como una colaboración hacia su tarea. Estas tareas no presentan límites de género, por lo que se destaca la

²⁶ El género como límite en las tareas de cuidados a desarrollar, se profundiza en el capítulo de las ayudas familiares.

presencia de los varones en ellas. "...mi padre es el que se encarga de los remedios el que la lleva al médico. viene los fines de semana. el fin de semana pasado la invitó el sábado para ir para allá..." Lo que las diferencia de las anteriores es que no presentan cotidianeidad, sino que son tareas que se realizan en casos puntuales en que se necesite y la cuidadora no pueda hacerlas.

Pero hacerse cargo de las tareas de cuidado de una persona mayor es para las entrevistadas algo más que brindar cuidados personales e instrumentales. Cuidar también es, para ellas, estar pendiente del otro, ver cómo está, qué necesita y muchas veces anticiparse a las demandas del mayor dependiente. Como así también cuidar para evitar episodios críticos de salud. Y esta tarea la manifiestan desempeñar exclusivamente ellas. Son las tareas afectivas. "...son detalles de una atención de cariño, porque vos le podés dar todas las sábanas limpias, las inyecciones, pero necesitan otras cosas que también son esenciales por la pérdida de memoria: podemos no ir al baño solos no ver pero por lo menos saber quien sos donde estas, que día es." (Ana)

El conocimiento que poseen de la persona que cuidan, es lo que les estaría permitiendo desarrollar esta tarea. Como expresa una entrevistada: "Entiendo todo lo que le pasa a mi madre" (Miriam) Y es a partir de este conocimiento, que ellas pueden saber lo que necesita el familiar mayor, cómo se siente, qué es bueno para ellos y qué no, sin necesidad de tener que escuchar sus demandas concretas, y decidir por ellos. Estas decisiones incluyen actividades tan variadas como la elección del médico al que tiene que ir, la regularidad de la higiene, los horarios de las comidas, lo que deben comer, hasta las tareas que puede hacer y las que no. "...le cambié ahora de médico, porque ya la he llevado a tantos médicos, yo busco la forma y como ésta doctora es geriatra también como una forma de encontrar consejos...Ella también se deprime mucho y cuando empieza a estar acostada mucho es porque no esta bien, ahora este último mes no tuvo ningún momento de depresión, yo la noto que está un poco mejor," (Rosaura) "...la televisión la dejo siempre prendida para ella, aunque no la mire y cierre los ojos, la acomodo bien para que mire. Y con eso se siente acompañada..." (Lourdes)

En el caso que el familiar proteste por lo decidido por la cuidadora, ellas manifiestan que su decisión es la correcta, y no dejan lugar a discusión, porque manifiestan saber qué es lo bueno para ellos "...después de noche si la acuesto, porque ahora ya se le fue la manía, pero antes si yo miraba una película hasta la una de la mañana ella peleaba y tenía que estar, hasta que un día yo le dije, no mamá nosotros estamos mirando una película, no puede estar una persona de 88 años levantada porque al otro día estas hecha un trapo, y me protestaba." (Olga)

Son ellas las que consideran qué tareas hacer, no la persona cuidada. Y esta situación no sólo se produce con aquellos mayores postrados o incapacitados, sino también con los más activos. A éstos se les busca actividades para que realicen. "... yo trato en la mayoría de las veces no limitarlo demasiado, que si él tiene ganas de limpiar la cocina que la limpie, es más a veces le pido ayuda...de repente le doy cualquier cosa para que haga, él necesita tener algo. Considero que le tengo que dar cosas para que el se sienta útil..." (Lilián) "...a mí me dijo una vez una doctora...me dijo un día, si tu mamá quiere hacer cosas usted déjela, porque tan malo como desamparar a los padres cuando

están viejos, es sobreprotegerlos, me dijo si usted la tiene entre algodones y no la deja hacer nada la hace sentirse una inútil, entonces yo ya te digo...ella se sienta en la cocina y la pongo a hacer las milanesas, hacer cosas hace.” (Laura)

Facilitarle actividades que contribuyan a ocupar el tiempo del mayor dependiente o buscarle alternativas para que esté mejor, implica por parte de la cuidadora no sólo una búsqueda, una organización y supervisión de la tarea elegida, sino también implica una responsabilidad más de cuidado que se asume, y un aumento de la dependencia del familiar mayor hacia ellas.

7.1-Definición de tareas y la construcción de la imagen del objeto de cuidado

Los cuidados a las personas mayores en el sentido apuntado, promueven y refuerzan la imagen de una persona intrínsecamente dependiente de los cuidados para poder vivir, presentada como mero receptor de cuidados²⁷, incapaz de desenvolverse por sí misma.

Esta dependencia “funcional” no se produce, para las entrevistadas, sólo a causa del declive biológico y de la mayor propensión a padecer enfermedades, sino también por cambios concretos en las actitudes de la persona que cuidan, que los lleva a aumentar la dependencia.

Son cambios percibidos como “propios de la vejez”, en los que el familiar deja de comportarse como un adulto, con control y disposición de su propia vida, y comienza a adquirir comportamientos similares a los de un niño: “irresponsable”, “poco confiable”, “egoísta” y “absorbente”. “Lo que estoy viendo ahora es que mamá esta cambiando de carácter, porque mamá antes no era de ser venenito viste, y ahora ya dice las cosas con un poquito de veneno, está más egoísta, cosas que antes nada que ver...” (Sonia) “Ella como toda persona anciana se esta volviendo muy absorbente, como los niños que siempre quieren que estés con ellos...con la edad todos se vuelven muy egoístas...Y ella es absorbente y egoísta, pero no de mala forma sino porque son los años” (Ada).

Esta situación, según las entrevistadas, las conduce a modificar significativamente la relación con el receptor de cuidados, tanto en la forma de tratarlo y de percibirlo, la forma de interpretar sus “nuevos” hábitos y costumbres, así como las respuestas que asumen hacia ellos.

Se deja de lado la identidad de adulto que haya tenido el familiar, ya que se entiende que en muchos aspectos de su vida lo ha dejado de ser, y se comienza a interpretar todo su ser a partir de una nueva, la de un “niño adulto” “...en este momento como que ella no actúa como mi madre sino como mi hija, no sé si me entiendes. Es sobre todo por el tema de la dependencia que tiene hacia mí, no puede hacer nada si yo no estoy.” (Rosaura) “...una persona que fue siempre muy activa, y a veces repetirle mamá sentante, mamá sentate, y es como un niño chico, y empieza dejame hacer esto dejame hacer lo otro...” (Ada)

Por lo que ellas se presentan no sólo como responsables de la ejecución de los cuidados, sino también responsables de la propia vida de la persona mayor, dado que consideran que ellos ya no lo pueden ser.

²⁷ Dejando de lado toda posibilidad de reciprocidad entre el receptor y el prestador de cuidados.

La autonomía para decidir deja de ser un derecho del familiar mayor, asumiéndolo la cuidadora, e intensificándose éste cuando existe un franco deterioro en las capacidades funcionales del familiar a su cargo (Ej. Enfermedades seniles, Alzheimer). Pero cabe destacar, que la merma de responsabilidad no sólo es producto de la incapacidad física de los mayores, sino que se presenta como una respuesta de la cuidadora para reducir al mínimo los riesgos que puede traer aparejado los comportamientos del familiar mayor. Y lo que no es menos, reducir también el trabajo que puede traer para ellas dejarlos hacer actividades en solitario y sin custodia. “...pero es mejor que no haga nada porque o si agarra el azucarero me lo vuelca y a veces como que es peor..Y mi madre tiene voluntad, a veces la dejo y a veces no, pero a veces la dejo, a veces ella no quiere tampoco, a veces tiene voluntad dice que va hacer las cosas pero cuando las va hacer tampoco ya no tiene ganas, y yo prefiero que no haga tampoco las cosas porque termina haciendo cada enchastre.” (Raquel)

Incluso se refuerza la prevención, a partir de los accidentes que tuvieron los familiares: salieron a caminar solos y se cayeron, se higienizaron solos y se quemaron, cocinaron y se olvidaron de la comida en el horno. “...hace un año y medio salió con la perra y cuando volvía se cayó y se abrió la cabeza...” (Lilián) “...pero viste que después de las caídas uno siempre se queda con el miedo que se vuelva a caer, y trato de no dejarla sola y que no haga cosas que puedan ser peligrosas para ella.” (Inés) “No atinó a cerrar la canilla ni a levantarse (*del bidet*) como tiene la artrosis no podía levantarse. Yo estaba acá pero no me dijo nada...y tenía en carne viva toda la cola, llamé al SUAT y el médico me dijo son quemaduras de 2do grado, y ya te digo 35 curaciones, y todo porque quería hacerlo sola.” (Laura) “Ahora se le dio por hacer una pizzas para el cumpleaños de la nieta que es mañana, y quiere hacerlas sola sin que yo la ayude, y es todo un tema porque se le pueden quemar como la otra vez que se olvidó, y ta después yo me tengo que poner a limpiar todo, porque ella limpia a su manera, te imaginarás.” (Sonia)

Situaciones que objetivamente le pueden pasar también a la propia cuidadora. Pero ellas los señalan como hechos confirmativos de la incapacidad de los mayores para hacer cosas solos. Por lo que prefieren por su propio bien y el de ellos, estar presentes cuando se realiza alguna actividad, o que no se realice: valorándose en muchas situaciones más la pasividad del mayor que su poder de iniciativa. “Mi madre es una persona muy independiente, es una persona de 78 años muy enérgica muy independiente, a veces eso es peor porque a veces sale y no dice desaparece del mapa y ta....papá a parte de tener 95 años, es mas de quedarse acá en casa, lo único que hace es salir con la perra...a parte tiene una hernia que le molesta para caminar, y por un lado mejor porque salía a caminar y se desaparecía del mapa...”(Lilián)

Lo que no excluye que existan actividades que las desempeñen solos (hacerse la cama u ordenarse el ropero, etc.), pero estas situaciones se presentan más como una muestra simbólica de que aún tienen control sobre su situación, que una manifestación de independencia real, dado que una vez terminada la actividad las entrevistadas señalan “supervisar” de que no se haya presentado ningún problema. “...se arregla sola en muchas cosas, se tiende la cama, se arregla su ropa, a su forma no, porque siempre tengo que ir yo para ver si el placard le quedo bien a ella y hay veces que la rezongo y dice si yo no veo, y le digo igual me lo pedis a mi.” (Sonia) “...pero papá se ocupa del gato lo lleva a la terraza, vuelve con él, el gato que se le escapa, esa es su tarea...” (Lilián)

La totalidad de la vida del familiar mayor, está controlada por la cuidadora o por un sustituto de esta. Incluso la organización de las actividades más triviales de su cotidianeidad escapan a su propia voluntad. Se decide por ellos la hora de levantarse, la hora de comer, de dormir. Siendo prácticamente nulos los lugares, que expresan las entrevistadas, donde la decisión del mayor pesa. Todo lo “revelante” en la vida del mayor pasa a ser decidido por las cuidadoras.

8-Ayudas familiares: un pedido

La relación que manifiestan tener las cuidadoras con las ayudas familiares, no se señala como un continuo a lo largo de los días, en donde los integrantes de la familia se turnan, para un intercambio recíproco de ayuda, o por una predisposición a brindar niveles modestos o intensos cuando ello sea necesario. Las ayudas que destacan recibir, sólo aparecen a partir de un pedido manifiesto y justificable (emergencia en la salud del mayor dependiente o por una circunstancia puntual de la cuidadora que lo permita), pero no por ofrecimiento. “...ir a buscar la medicación si le pido a mi tía va (*hermana del mayor dependiente*), pero sólo si le pido porque sino no se te ofrece...A parte a mi me cuesta pedir, me cuesta pedir mucho y creo que ella se tendría que dar cuenta que necesito que me ayude un poco. Si yo le pido viene. (Rosaura) “...a mis hermanos yo no les digo nada, de que tienen que llamarla, de que tienen que venir, lo tienen que saber solos...” (Sonia) “...sino les nace yo tampoco puedo andarles exigiendo algo que no sienten, vos tenes que sentir que tenes que ayudar a tu hermana...si no le sale a ellos de adentro es horrible andar pidiendo ayuda, es como pedir limosna.” (Ma. Soledad)

Este no ofrecimiento funciona como un obstáculo para las cuidadoras, en el momento de necesitar ayuda y pedirla. Pero cabe destacar que existen diferencias en la forma de posicionarse frente a este no ofrecimiento, según se trate de una entrevistada con trabajo remunerado a una que no.

Quienes cuentan con un trabajo remunerado, manifiestan pedir más ayuda a sus familiares que las mujeres que no cuentan con ello. Ellas entienden que el tener un trabajo remunerado, las legitima para pedirla. Reconocen la falta de tiempo para cumplir con las tareas de cuidados, e intentan “saltar el obstáculo” del no ofrecimiento de sus familiares pidiéndoles que se encarguen ellos mismos de las tareas de cuidados cuando ellas no están presentes. Pero la respuesta a sus pedidos son peleas y discusiones, posiblemente porque la familia no legitime su trabajo remunerado como excusa de igual forma que lo creen ellas. “Yo le he pedido alguna vez ayuda pero terminamos peleando, entonces prefiero como yo en el fondo lo quiero mucho y sé que en el fondo esta muy conflictuado, pero hemos tenido discusiones con él, yo ya no me quiero pelear” (Ada) “Con mi hermano tuvo un par de encontronazos, pero también es una situación muy especial, mi hermano tuvo un par de crisis estuvo viviendo en el exterior y el teóricamente viene...Pero tampoco trato de pedirle más porque se que no va a cambiar, ya lo di por inútil. (Ana) “...ella tiene 4 hermanas, son menores que ella y ninguna viene...Yo les pedí que me traigan por lo menos 3 manzanas y jamás en la vida me las trajeron, ni vienen a verla, ellas la llaman, porque ellas 2 por 3 las llama. (Lourdes)

En ninguno de los casos las discusiones conllevan a un aumento de las ayudas familiares en las tareas de cuidados, sólo conducen a un mínimo de colaboración, o una ayuda económica, para las “más favorecidas”, para contratar una cuidadora remunerada para las horas que ellas no están.

La actitud ante esta respuesta familiar, es la justificar y comprender la posición expresada: no se permiten manifestarse enojadas ni desilusionadas.

Esta situación puede ser interpretada, como una forma de no romper la “representación” que intentan mostrar; dado que el hecho de enojarse o hablar de una forma “incorrecta” contra su familia provocaría una imagen de cuidadora incompatible con la que se está intentando dar en la entrevista.

Dejan las quejas de lado, y se señalan dispuestas a no “volver a molestar” con sus pedidos; ellas se pueden arreglar solas.²⁷ Por lo que buscan “mejores formas” para conciliar sus horas de trabajo con las horas de cuidado para prescindir de las ayudas familiares, y evitar el conflicto que el pedido de ayuda genera. “... porque plantear esas cosas es y era para problema.” (Ana)

Administran su tiempo para lograr una mayor disponibilidad para los cuidados: cambios de horarios, ausentismo laboral para los días que el familiar no se siente bien de salud, licencias por enfermedad, hasta llegar a plantearse la posibilidad de dejar de trabajar para cuidar al mayor dependiente. “Yo saco de licencia muy poco días y después me voy guardando para poder tener para esos momentos que esta mal. Y acá tenemos licencia por enfermedad, el día que viene médico me quedo en casa y me dan el certificado.” (Lourdes) “En mi trabajo...solo el tema de las reuniones que tengo que manejarlas dentro de un horario, a parte yo estoy a cargo de la levantada, y estoy entrando más tarde, porque yo le preparo los remedios de todo el día, para así la mujer que se queda con ella se los da, con sobres para que le den la medicación, le preparo la leche, la levantó y así son todos los días.” (Miriam) “...yo tuve que cambiar el horario, porque ya no se podía quedar más con ella, porque la había rechazado...Entonces como no trabajo durante la semana tengo que trabajar los fines de semana porque otra opción no me queda.” (Ada) Y para las horas que no están, señalan dejar todo preparado para que el familiar sienta lo menos posible su ausencia.

La escasa o nula ayuda familiar, implica para estas mujeres una serie de costos, tanto laborales como personales, para poder conciliar ellas solas sus vidas con los cuidados; la no ayuda es un costo propio del rol de cuidadora, y ellas parecen saberlo, y lo asumen.

Quienes no cuentan con trabajos remunerados, prefieren optar por un camino diferente al del grupo anterior de entrevistadas. No se plantean la posibilidad de pedir ayuda fuera de lo permitido: prefieren no molestar, o molestar lo menos posible con sus demandas. Consideran que los cuidados son su responsabilidad por estar todo el día en su casa, y dan por supuesto que así sea, adscribiendo las tareas de cuidados como una tarea doméstica más a cumplir. Ellas señalan contar con la disponibilidad de tiempo, que les permite cuidar sin necesidad de molestar a los otros. Otros que tienen sus trabajos, sus propias vidas, y no consideran pertinente interrumpirlos con “quehaceres domésticos” que les corresponden a ellas hacerlos.

²⁷ Se podría decir, que el exigir o demandar ayuda no se presenta para ellas como un derecho de su rol, y ellas parecen saberlo. Incluso la exigencia de ayuda, puede llegar a poner en duda que sean ellas las personas idóneas para el rol que asumen; puede llegar a descalificarla como cuidadora competente. Pero no se proporciona en el discurso de las entrevistadas información concreta de lo dicho en las discusiones, por lo que no podemos afirmarlo, solo presumirlo.

“...mi hija se queda con ella, si yo le pido, pero yo le pido una vez, porque fijate que yo no la voy a andar molestándola, además es mi responsabilidad, no sé si me entiendes.” (Laura) “Tiene dos hijos, uno es taxista y el otro es periodista y son ocupados, y yo qué voy a ir a la casa y les voy a decir dejen de trabajar y vengan a ayudar, a parte tienen hijos y tienen que trabajar. (Gladis) “...la mayor tiene dos empleos (*la hija*), es maestra, después tiene clases de inglés, y llega acá a las 9 de la noche, así que si los fines de semana puede salir, yo no le voy a decir no salgas para que se quede con mi madre.” (Raquel)

A la vez manifiestan que el familiar mayor tampoco involucra tanto esfuerzo como para requerir de otra persona, describiendo su trabajo como “normal y natural”, sin nada de particular. Pero a través de sus relatos se observa que en la tarea invierten tanto esfuerzo físico como psíquico, así como un tiempo incuantificable de su día. “...bueno lo que pasa que mamá no necesita grandes cuidados que te voy a decir, ella lo que tiene es esa artrosis que es incapaz de caminar pero esta bien de la cabeza.” (Laura) “...yo sola puedo, porque ya te digo si fuera una persona postrada pero no precisa ayuda. No es que tenga que necesitar de alguien, yo la levanto, la lavo, la pongo en el bidet...pero ella camina bien y todo...por ahora yo la ayudo para entrar y salir del baño, le corto las uñas de los pies porque ella no puede. No me da mucho trabajo” (Olga)

Ellas se presentan velando por los derechos de los demás, (de tener una vida, un trabajo, ocio), y aquí no encuentran lugar para su derecho de exigir y reclamar ayuda. Se muestran entregadas a cumplir su tarea, donde no sólo tienen que cuidar del familiar sino también proteger al resto de los familiares “que tienen sus vidas”. “Siento que las estoy cargando, pero si yo puedo, no me gusta. Que disfruten ellas, de lo que no puedo disfrutar yo.” (Olga)

Los dos grupos de mujeres mantienen una constante: pensar en los demás antes que en ellas mismas. Ellas entienden, justifican y no molestan. Demuestran saber que no sólo tienen que ser cuidadoras, sino buenas cuidadoras, y para serlo tienen que evitar el pedido continuo de ayuda y desempeñar bien su papel ellas solas.

8.1-Las ayudas familiares: cuestión de género

Se ha señalado anteriormente, que las entrevistadas naturalizan y normalizan el que sean las mujeres las que se encarguen de los cuidados, presentando la capacidad de cuidar como si fuera constitutiva de la identidad de género femenina, y no de la masculina.²⁸

A los hombres de la familia, no se los percibe como sustitutos posibles para los cuidados, dado que no creen que ellos puedan relevarlas con igual eficacia que una mujer. Admiten el potencial de la mujer para las tareas de cuidados y las eligen: “...yo no quiero que él se quede, si se quedan las chiquilinas bárbaro y si no hay una señora que viene.” (Raquel) “prefiero que mi marido no ande haciendo las cosas, yo que sé, que la acueste no porque tiene que andar sacándole la ropa, eso lo hago yo, es la costumbre, el nunca lo hizo eso.” (Olga)

²⁸ Una vez más se volvió a presentar en las entrevistas la relación entre la naturaleza y la predisposición a ocuparse de otros. Construyéndose y legitimándose las creencias acerca de que las mujeres y los hombres presentan determinadas “sensibilidades”, “inclinaciones” y “vocaciones” personales y sociales diferentes por su naturaleza.

Por lo que la aparición de la figura masculina (ya sea esposo, hermano, hijo o cualquier hombre de la familia), se inscribe en la gran mayoría de los casos, cumpliendo funciones esporádicas y limitadas, tanto de tiempo como de responsabilidad. “...se queda él (*el esposo*), convino las horas, vemos, y él se queda unas horas, cuando voy al médico acá en 8 de octubre voy a las 2, cuando ella se acuesta y vengo 4 y 30 y queda en el cuarto y cierro la puerta para que ella crea que yo estoy acá, y él se queda con ella.” (Laura) “Mi marido, que no se ocupa mucho salvo que yo tenga que hacer un mandado de 10 minutos y se queda.” (Raquel) “...ellos (*los hermanos*) donaron sangre y todo para la operación, ellos la cuidan. Ellos igual no vienen nunca, vinieron cuando la operaron, pero en estos meses no vinieron.” (Carmen)

O en casos muy concretos de ayudas instrumentales; como lo manifiestan otras entrevistadas: “Me ha ayudado sí, por ejemplo una vez que a mamá le operaron una pierna y le pusieron un yeso, y con el peso de ella eso era horrible, y ahí sí me ayudaba porque yo no podía...él ya sabía como sé hacia, entonces, claro yo no podía, y ahí sí me ayudó, y también la iba a buscar al médico en el auto... mi esposo a la vuelta por poco la bajo en brazos...él fue le alquiló un andador para que caminara.” (Laura) “...mi hermano se hace cargo de ir unas horas a estar en casa con mamá o a sacarla a pasear, o a veces no puede ir y le tengo que pedir a la señora del portero que suba, que la cuide...Más que cuidarla él se tiene que encargar de que ella no se quede sola.” (Ada) “...la única vez que la llevó Carlos (*el hermano*) al médico fue ahora después de la última operación que tuvo, la llevó al oculista para que la viera y nada más...” (Sonia)

En los casos que se da una intervención más o menos continua por parte de algún hombre de la familia, la valoración que se hace es extremadamente alta, esta se agradece, no sólo por la ayuda concreta sino por la voluntad de hacer algo que es visto como fuera de sus obligaciones “...yo valoro mucho que mi hermano con mi madre no tiene ningún problema, si tiene que limpiar un culo bien cagado no tiene vergüenza...la colaboración de mi hermano es excelente pero sé que no es lo normal, y si el tiene que limpiar el culo de mi madre cagado te lo limpia.” (Miriam)

La participación masculina en el espacio de los cuidados se circunscribe en el más puro azar, dado como factible en ocasiones de clara necesidad, y debida a su marginalidad, es considerada siempre una “ayuda extraordinaria”, y en algunos otros los hombres se convierten en “esos ausentes”. “Mi esposo vuela, no hace nada, si le pido que la llevé a dar una vuelta en el auto raja, y con la madre fue peor.” (Carmen) “...ya te digo él no colabora, no es que no colabore, él no colabora en nada...pero mi marido es muy bueno, y después uno se tiene que adaptar a lo que le toca vivir y aguantar, yo sé que podría ayudarme un poco más pero bueno él siempre fue así, y te das cuenta que ya no es hora de cambiarlo. (Laura) “...mi marido no esta nunca en casa, trabaja mucho, no esta en todo el día, viste, entonces como que es una visita”. (Sonia)

Lo que sí presentan las entrevistadas, es una participación masculina, pero participación en término de opinión. Los hombres aparecen avalando las tareas de las mujeres como responsables de los cuidados: “Fue mi marido el que dijo de traerla.” (Raquel) “...mi marido siempre dice además los padres lo cuidaron a uno cuando era chico...él nunca demostró que le molestara, si nunca hemos tenido lío, él considera que es lo lógico, que es un deber mío, que es lo lógico que hay que hacer. (Laura)

Y en otras ocasiones fiscalizándolas o dando consejos. "...yo sabía que me criticaban (*los hermanos hombres*) pero no se metían." (Isabel) "... el otro día vino él (*el tío*) pero lo único que hace es dar consejos de lo que tenemos que hacer, nos dice que tenemos que hablar con mi abuela y ayudarla..." (Ma. Soledad)

8.2-La ausencia de ayudas familiares:

El cuidado hacia el mayor, si bien se inscribe por las entrevistadas en el ámbito familiar, es una tarea que se representa en otros momentos como privativa de la cuidadora y la persona cuidada, especialmente por la escasa ayuda familiar que existe.

Son ellas las que tienen que resolver los problemas cotidianos que se le presentan con relación a los cuidados, son las encargadas de solucionar todo lo que tenga que ver con el familiar mayor. Y sin bien lo manifiestan de ese modo, y justifican y comprenden las actitudes que no tiene la familia con respecto a las tareas de cuidado, expresan que no se les brinda otra posibilidad, por lo que optan retraerse y no pedir una mayor colaboración. Entre pedir y seguir cuidando al mayor solas, optan por esta última alternativa.

Enfatizan que su intención "no es exigir", "ni reprochar", pero existen momentos que no les es posible ocultar su inconformismo con la situación planteada, ya que ésta dista de ser la ideal para ellas, pero tal vez sí la ideal para el resto de su familia. "...como que la conciencia les quedó tranquila y está en su casa y como casi todos colaboran económicamente, pero mira de hecho yo no hago ningún reproche directamente a ellos porque sé que es muy duro ese choque...me ayudan económicamente se preocupan, pero la diaria, desde lo cotidiano que es muy agobiante, desde estimularla para que se sienta bien, de leerle el diario...pero es dura la relación cotidiana de estar con una persona que necesita una asistencia muy brava y que no te reporta ningún tipo de satisfacción, y nadie se da cuenta de eso." (Ana) "...mi viejo, a veces me pongo a pensar y en mi casa hay un montón de problemas económicos como todo el mundo y a veces digo ta pobre, pero a veces estoy con bronca y siento que él también se lava las manos...Ojo que no quede como que mi viejo no encara, encara, con los remedios que la lleva al médico, la lleva siempre él." (Ma. Soledad)

Justifican y entienden, pero "...hay cosas que yo no entiendo, cada uno con su conciencia." (Ada) Admiten que los otros familiares, podrían hacer más de lo que hacen, pero no como respuesta de un pedido que tengan que realizar ellas, sino que les surja una predisposición a ayudar "tan natural como les nace a ellas". Que ellos entiendan y comprendan, (como lo saben hacer ellas), la situación en la que se encuentran con el familiar mayor. "Ellos lo que no entienden es que a mi me costó mucho también." (Ana) "Demostrar que le interese no lo demuestra, no sé, obvio que le importa porque es la hermana pero ayudar o algo no sé si lo hablan, como que a veces no me importa mucho, que hagan su vida. Me da bronca también porque mi abuela es una persona que siempre se desvivió por toda la familia, y ahora cuando ella necesita no hay nadie" (Ma. Soledad) "Las entiendo por un lado y las odio por el otro, porque el pensar que tienen una sobrina que por lo menos una hora me gustaría ir a caminar, es importante y no vienen. Ellas llaman todos los días, pero que hacemos si la que precisa ayuda soy yo, y nadie te ayuda..." (Lourdes) "...si no lo entendieron es porque son burros o porque no les conviene entender." (Ada)

Pretenden una valoración, pero no una valoración en términos “yo entiendo por lo que estas pasando”, sino una valoración que implique que “yo entiendo lo que estas pasando porque yo lo estoy pasando”; que el cuidado se vuelva un asunto que involucre a más de uno, que sea un asunto familiar; que sea parte de la cotidianidad de los otros, como lo es en ellas. “...creo que están muy contento, pero creo que no valoran una mierda porque de última no sabe lo que es estar acá porque siempre que viene es una visita de médico. No creo que sea algo que lo hable con su esposa y con su hija de lo mal que la pasamos nosotras, como que veo que están re por fuera que vienen y preguntan cómo esta y cómo esta y bueno chau me voy y ta.” (Ma. Soledad) “Yo creo que no les importa, porque si valoraran lo que yo hago en un momento determinado te pueden decir ya que no trabajas de lunes a viernes tomate jueves y viernes y andate a un balneario con una amiga o amigo, y olvidate que existe mamá, pero no se les ocurre.” (Ada) “...las hermanas de mi madre me dicen: nosotras sabemos lo que estas haciendo, pero eso es un decir, el aspecto importante sería que vinieran y me dijeran mira Lourdes yo me voy a quedar toda la tarde acá, andate a la casa de tus amigas y pasa una tarde con tus amigas...” (Lourdes) Por lo que demandan un involucramiento en las tareas de cuidados, que no sólo refiera a casos puntuales de desempeño de tareas, sino que se relacionen con las afectivas. Que existe un continuo de ayuda, una presencia de ellos en lo cotidiano. “...que todos se pusieran las pilas para ayudarla, pero realmente no que lo hagan una vez y que no lo hagan más para taparte el ojo, la vengo a buscar y ya cumplí no así no, yo creo que entre todos...” (Ma. Soledad) “...no sé si es egoísmo, o no querer involucrarse demasiado cosa que después hagan cosas que tengan que seguir haciéndolo, no le pregunto por qué, yo soy media vasca y terca, recibo las sensaciones y ta. (Ada)

Quizás sea un intento de redefinir su situación inicial en la entrevista, pero no se modifica por ellas su línea de actuación: luego de presentar sus anhelos de otra situación, vuelven a asumir el rol de cuidadoras, y a velar por los otros, por el mayor y por el resto de su familia. No pretenden encontrar en sus familias un sustituto principal para las tareas de cuidado; no quieren desvincularse de las tareas de cuidado, quieren estar para cuidar al familiar. “Yo con tal que estén tranquilos y cómodos mi hermano y mi cuñada, con todo lo que pasaron con la pérdida de la chiquilina incluso mi hermano anda con problemas de colesterol por la pérdida de la chiquilina y la doctora le dijo que era todo nervios, y yo no le voy a andar haciendo lío por esto, yo puedo sola igual.” (Gladis)

9-La búsqueda de un tiempo propio:

Si bien el cuidado del familiar dependiente, manifiesta poca excedencia de tiempo, en especial por el desempeño de las tareas afectivas, se señala por parte de las entrevistadas un "operativo de búsqueda" para lograr un espacio de tiempo libre para sí; búsqueda que en muchas ocasiones implica un trabajo activo e intenso. Pero cabe destacar, que la representación que hacen de este tiempo, registra diferencias en el discurso de las entrevistadas, incluso pueden observarse dos concepciones diversas, aunque ambas engloban un matiz en común que es el de organizar tiempos y conciliar los espacios.

Un grupo de entrevistadas (constituido por las que no cuentan con trabajos remunerados), realiza la búsqueda dentro del espacio doméstico; señalan encontrar un tiempo libre, en los huecos que les queda luego haber hecho las tareas domésticas, donde se incluye las tareas específicas de cuidado. La disposición con la que cuentan es restringida.

Disfrutan el tiempo que les queda libre en su casa, dicen mirar televisión, leer o compartir actividades recreativas específicas con el familiar que cuidan o con algún otro miembro de la familia: rara vez la red afectiva se extiende a amigas o amigos propios. Se definen como "muy caseras", y señalan no necesitar salir para poder hacerse un espacio propio para realizar sus tareas personales "...y no me pesa estar en casa, siempre fui casera, yo salgo y estoy deseando volver, menos mal porque sino estaría de mal humor, pero no." (Olga) "Lo que sí me gusta mucho es leer, si es posible le pongo la TV a mamá o espero a que ella se acueste, y yo me siento a leer...yo me aísló, me siento ahí a leer y no oigo mas nada, soy capaz de aislarme no estando ahí. Y después ya te digo, no tengo gusto de que se dijera tendría que irme de casa." (Laura) "...yo nunca fui de mucho salir, me gusta estar en mi casa y entonces no noto que tenga una cosa que diga ay por ella no salgo, no porque soy yo así, siempre fui de poco salir, de alguna vez o muy de vez en cuando salgo, a algún cumpleaños o acompañar a mi esposo a algún lugar." (Inés)

Pero el querer realizar alguna actividad que no incluya al familiar, implica esperar el momento adecuado donde la persona que cuidan no las necesita, por ejemplo las horas de descanso²⁹. El inconveniente que se les presenta, es que muchas veces este tiempo que intentan conseguir puede ser interrumpido por la aparición de la persona que cuidan y sus correspondientes demandas, dado que no existe una distancia espacial que lo evite, ni una persona que las releve, por lo que "su tiempo" corre el riesgo de quedar en segundo plano en función de los requerimientos del familiar. "...me levanto, hago los mandados, vengo cocino, arreglo la casa, que lavo ropa, después sí tengo un tiempo para quedarme tranquila un poco, tomo unos mates dulces de mañana y escucho la Montecarlo, pero enseguida se levanta ella para ver lo que estoy haciendo y para que le ponga la pasta para lavarse los dientes, porque ella es muy higiénica." (Gladis)

Regularmente no tienen actividades propias fuera de la casa.

²⁹ Porque si está haciendo alguna tarea la cuidadora tiene que estar supervisando para que este todo "en orden".

Las que destacan son actividades que tienen como finalidad acompañar a un otro. (esposo, hijos, nietos), o actividades que tengan que ver con el mayor dependiente (ir al médico, cobro de la jubilación), pero no para su propio beneficio. "...a veces salgo por él, alguna comida en lo de los jubilados, acompañarlo, es lógico, pero si fuera por mi me quedo en casa. (Olga)

Esta posición que asumen, de preferir quedarse en sus casas antes que salir, se explica por ellas por el hecho de que no son capaces de dejar al familiar con alguien y pasarla bien. Manifiestan sentir temor, intranquilidad y culpa por lo que pueda pasar durante su ausencia, por lo que muchas prefieren llevar al mayor dependiente con ellas o renunciar a la salida por no poder vencer el sentimiento que les acarrea dejarlos. "...me llaman para ir para afuera alguna amiga y yo hago todo para que se quede manganita pero tampoco me quedo tranquila, no me voy tranquila tampoco, y más de una vez preferí llevármela porque no me quedo tranquila..." (Raquel) "Este año cumplió años la hija de mi sobrino, y yo estaba pronta para ir al cumpleaños acá cerca y justo iba a salir y me pidió que me quedara, y me dio pena y me quedé con ella." (Gladis) "...hay cosas que yo no podría hacer ahora tampoco, como un viaje largo o salir de mi casa seguido. No lo haría tampoco porque no estaría tranquila...no quiero hacer muchas cosas que después me hagan sentir culpable." (Laura)

No son capaces de salir y disfrutar; como una sensación que es indecente disfrutar de cosas que vayan más allá de su casa.

El otro grupo de entrevistadas (constituido por mujeres con trabajos remunerados), expresa intentar buscar fuera del ámbito doméstico su tiempo, e intentar conseguir un límite espacial para que no se les interrumpa. No las presentan como actividades regulares, sino esporádicas, "pequeños placeres" que los asumen como derechos. Pero el lograr este tiempo implica un acuerdo, o un pacto logrado con antelación, dado que tienen que encontrar un sustituto para sus funciones de cuidadoras; lo que muchas veces les impide programar una salida a corto plazo.

Como ya fue expuesto, los integrantes de la familia aparecen como sustitutos pero en casos muy concretos y justificables, pero no para una actividad de la cuidadora que se entienda en beneficio de está. Razón por la que muchas veces se tiene que recurrir a una persona externa de la familia, un sustituto remunerado, y asumir el correspondiente costo económico para poder tener un espacio propio. Pero aparte del costo económico, también se expresa una inversión de tiempo, pues tienen que encontrar "alguien de confianza" con características de buen cuidador, y también dejarle todo preparado al mayor para que no le falte nada en su ausencia. "El tema que tenes que hacer todo un operativo, ahora me fui unos días para afuera y tenes que dejar a alguien de confianza porque de última se queda en tu casa, dejar los medicamentos, la comida que puede comer pronta, y todo." (Rosaura) "...y yo para irme dos días para afuera tengo que organizar todo y dejar todo seguro, pequeñas cosas domésticas, pero las sumas y son una cosa impresionante." (Ana) "... yo igual me voy, primero hablo, me voy bien asesorada de que queda todo bien, hablo con mi viejo o alguien que venga y me voy." (Ma. Soledad)

Aunque no siempre se cuenta con la posibilidad de pagar para obtener su tiempo, por lo que algunas entrevistadas, en especial las de menores ingresos, su intención de contar con un tiempo libre fuera del ámbito doméstico, quedará en muchas ocasiones sólo en un deseo. “Sabes que me pasó, estuve a punto de sacar entradas para ir a ver a Eric Clapton, que me encanta, y como no tenía plata para la entrada y para pagarle a alguien, llamé a mi hermano para preguntarle que iba hacer ese día, y me dijo que no yo esa noche tengo que ir a ver a Clapton que ya saqué entradas, me ganó.” (Ada)

En caso de poder realizar el operativo (dejar todo preparado y contar con la posibilidad económica de contratar a un sustituto), la cuidadora podrá rescatar un tiempo propio del cómputo total del tiempo diario. De este modo, ella ha de organizar dos realidades tan opuestas y sólo si logra articularlas podrá extraer un tiempo para sí.

Pero obtenerla implica también vencer la culpa y la intranquilidad que les invade por dejar al familiar con otra persona; como el grupo anterior, estas entrevistadas viven sus actividades recreativas fuera de la casa como un abandono momentáneo del su rol de cuidadoras, y les cuesta evitar no sentirse culpables de ello.³⁰

Toda actividad por las entrevistadas en singular, o para su propio beneficio, será un privilegio, cuando no una excepción. De producirse, contará con una acotación de tiempo muy precisa, porque la disposición de un tiempo libre para ellas mismas, en sentido estricto, se reduce a los “huecos” que puedan conseguir luego de haber hecho un operativo de búsqueda.

9.1-Hacer lo que deben hacer vs. hacer lo que quieren hacer:

Surgen momentos en que las entrevistadas plantean un conflicto, que rápidamente resuelven en sus discursos. Se presenta como un conflicto de lealtades, lealtad con el familiar mayor vs. lealtad con sus expectativas y deseos de una vida independiente al rol de cuidadoras. Si bien las tareas de cuidados no se adaptan a las expectativas que manifiestan haber tenido para sus vidas, ellas tratan de resolver este conflicto, a la vez que intentan lograr que la impresión que vienen fomentando no se contradiga. Por lo que enfatizan que su elección es dar prioridad a las responsabilidades familiares, y dejar sus proyectos de vida postergados para cuando concluyan con el desempeño de sus funciones como cuidadoras. “...querer hacer cosas, sentir que uno todavía tiene fuerzas y ganas y no las puede hacer, y son cosas de la vida, me tocó cuidar a mi hermana y bueno tengo que apechugar.” (Gladis) “...pero a veces me gustaría estar sola, pero también pienso en todo lo que pasó ella y no la dejaría...”(Sonia) “...yo siento también no que no me pueda ir sino que no me quiero ir”. (Ma. Soledad) “...lo hago no por obligación, lo hago porque lo siento, porque soy la hija.” (Olga)

³⁰ “El conocimiento de los beneficios que procura lo privado, el pensar para sí misma, requiere un enorme esfuerzo al precipitar una progresiva deslealtad a los mandamientos de género, cuya construcción es inherente a la domesticidad.” (Murillo, 1996 : 147)

Pero señalan haber anhelado algo diferente que seguir cumpliendo con deberes y obligaciones familiares. presentado la duda de si lo que deben hacer es lo quieren o lo que hubieran deseado para sus vidas de mujeres adultas.

Expresan ya haber criado a sus hijos, trabajado en su casa y fuera de ella. se preocuparon y ocuparon de otros. Por lo que creyeron que los mandatos de género que les prescribe ser mujer cuidadora, llegarían a su fin en un momento más cercano: "...porque toda mi vida fue una lucha. cuando crié a las botijas. mi madre con las gurisas chicas cinco meses de úlceras en las piernas. y yo criando a las gurisas atendiendo el almacén de mi madre. y yo que sé uno se acostumbra a la lucha. y parece que una es un caballo de carrera y que de ahí no salís." (Olga) "...como que he vuelto, en un momento que ya había terminado con mis hijos. como que he vuelto a tener otro nene. es lo único que siento que me ata un poco. son responsabilidades que pensé que ya no iba a tener. pero yo te digo yo no he dejado de salir. los días que vamos al cine con mi marido volvemos tarde." (Carmen II)

Expresan haber llegado a un momento de sus vidas en el que pretendían poder contar con mayor libertad y menor cantidad de restricciones para poder hacer todo aquello que desearon: estudiar, mirar televisión, dormir tranquilas, salir, y no preocuparse por lo que pueda pasar en su ausencia; y no seguir estando pendiente de las demandas de los otros.

Las tareas de cuidados se presentan como una situación opuesta a lo que desearon; se sienten "presas" en su casa, "atadas" a las demandas del familiar y con poca libertad para decidir por ellas mismas; especialmente por la poca excedencia de tiempo que les deja las tareas de cuidado. "A veces eso me hace sentirme muy atada, pero pienso es así y bueno, no que lo haga de mal gusto o renegando, a veces pienso que estoy atada. pero me concientise..." (Olga) "...yo no puedo salir a ningún lado con libertad, como que no puedo, un montón de cosas que me gustaría hacer y que no puedo...es todo el día que paso corriendo, mi vida es el trabajo, mi casa y mi madre. a veces salgo...tampoco es como me gustaría que fuera, pero es algo que tengo que hacer (*el cuidar a su madre*). Me gustaría poderme ir sola a algún lugar, pero sola en el sentido de no pensar que está pasando en mi casa de no tener que pensar en nada..." (Rosaura)

La asunción del rol conlleva para ellas una privación de sí, que no sólo involucra sus expectativas de futuro sino también un cambio en sus vidas cotidianas, quedando los espacios diarios que entendían como propios ocupados por el mayor y por su cuidado. Su rutina diaria así como su vida se ve modificada en función del ser cuidadora. "Yo me he sentido muy mal, porque quieras o no yo tenía mi vida propia. ya de mayor empecé a estudiar, y de repente dejaron de existir mis tiempos...ahora no puedo llegar a mi casa a las 12 de la noche. aprontarme un mate y ponerme a estudiar, y sentir que es mi casa y hago lo que quiero... es una falta total de privacidad..." (Ana), "Aunque yo siento que dejo mi vida por mi madre, porque si fuera otra diría la dejo y saldría todos los días..." (Olga) "... "Vida mía no tengo, no tengo más..." (Lourdes) "...ahora hija ya se me acabó todo...Sabes lo que extrañé eso, enorme, enorme. En parte por no salir con ella, pero también por mí, lo extraño mucho. Porque estoy todo el día pendiente de ella, siempre hay algo que no me deja hacer lo que tengo ganas de hacer y a veces extraño mucho mi vida de antes." (Gladis)

Sin embargo, por lo anteriormente expuesto no debe deducirse que se presenta en ellas la alternativa de abandonar el rol, lo único que las puede llevar al fin de sus tareas son factores externos a ellas, pero no su propia voluntad. No obstante expresan sentirse “angustiadas”, “extenuadas”, “íntimamente horribles” por la situación que les toca vivir y por los costos que tiene.³¹ “Yo vivo angustiada...me quejo para adentro, la gran flauta, pero que voy a hacer. (Ada) “...yo estoy extenuada, de estar las 24 horas ahí, a veces siento que no puedo más, no del trabajo físico sino que cansa estar pendiente de todo yo.” (Miriam) “Es bravo muy bravo, pero no hecho en cara, no vayan a pensar porque no es el hecho horrible. Yo me siento íntimamente horrible...” (Lourdes) “...hay momentos que no aguanto más, que la voy a matar, no lo pongas a eso. Lo que pasa que cuando siento eso me siento una hija de la madre, y me digo no loca no puede ser así...” (Ma. Soledad) “Yo me siento muy agobiada, porque no puedo tomar ninguna decisión, no puedo hacer nada sin dejar todo previsto...” (Rosaura)

³¹ Se podría llegar a pensar, a partir de la información que surge de las entrevistas, que el cuidar de sus familiares mayores se les planteo como un “destino ineludible” mas que un camino posible a elegir, pues se señala que no fue una “responsabilidad que se pidió” o por la que se optó “sino que cayó” (Sonia) “...no sé si se hace la opción de no irse de la casa y quedarse cuidando a tus padres, lo que sé que la persona que no forma su propio hogar la quedó, y lo digo de la mejor manera...” (Ada)

10- Un conflicto: las residencias como alternativa

Las cuidadoras se presentan incondicionales hacia las tareas de cuidados y cualquier otra posibilidad en la que no estén ellas es vedada, dado que no lo consideran que este bien. Refuerzan esta posición, combinando la distancia y la detracción con los casos de familias que no se hacen cargo de sus familiares mayores, no pareciéndoles justo ni debido.³² Ejemplos de esto es la posición que asumen frente a las residencias de ancianos, considerándolas una “traición” o una “ingratitude” dado que no creen que los receptores de cuidados lo merecen, y ellas tampoco sienten que lo puedan hacer. “Tampoco son cosas que uno se plantea, viste porque yo no tendría el coraje de ponerla en un hogar. Ni pensarlo, ni pensarlo, además me parece injusto porque la gente utiliza a los padres...y el día que no les sirven para nada los ponen en un hogar.” (Laura) “No jamás...porque la voy a cuidar siempre, estas loca, a mí tampoco me gustaría eso para mí, y lo que no me gusta para mí no me gusta para otros, ni para mi madre ni para ninguno...Casa de salud la quería poner esa hermana que yo te digo que no dejaba que la viéramos, y yo le conteste casa de salud te vamos a poner a vos, atada encima, y me fui porque sino la agarraba de los pelos y la arrastraba...” (Carmen) “...sería algo feo, no creo que me sienta bien haciéndolo, porque a mí no me gustaría que lo hicieran conmigo que cuando no sirvas para más nada te metan ahí, capaz que no es así y soy yo la que estoy equivocada, sé que a veces no hay más remedio, pero creo que es muy difícil.” (Ma. Soledad)

Y como se observa en las citas expuestas, tampoco les gustaría que su familia en el momento que ellas necesiten cuidados asuman una actitud como los “otros”, la indebida. Manifiestan tener la expectativa de que las cuiden como hoy ellas lo están haciendo con los sus familiares mayores, y que cumplan con el deber. Es decir, a través de asumir el rol de cuidadora y la fachada³³ que este conlleva, ellas se proponen como “modelos” para las siguientes generaciones y esperan que estos las sigan. “...aunque no me tengan en la casa por lo menos que me cuiden, y por eso pienso que si me gusta eso para mí tengo que hacerlo yo por ella.” (Olga) “...quisiera que me siguieran viendo, que me quisieran y que me trasmitan vida...” (Ana)

Pero en determinados casos si conciben otras alternativas de cuidado, como lo son las residencias. Definiendo así los casos que consideran como “casos límites”: el que la propia cuidadora presente una enfermedad que la incapacite para seguir desarrollando las tareas de cuidados: “...al menos que yo me vuelva medio loca...” (Ada) “...que esté muy a la miseria para cuidarla.” (Inés)

O que el familiar mayor tenga una enfermedad mental (demencia senil, Alzheimer³⁴, etc.) “que lo haga hacer cosas que pongan en peligro su propia vida o la de otros” (Lilián)

³²Plantean una división, entre ellas que actúan de una forma correcta (endogrupo) y los otros que no (exogrupo). Según Goffman, esta detracción que se hace de otros casos, tiene como finalidad demostrar consideración mutua con lo que hace uno.

³³ La fachada para Goffman refiere a la parte de la actuación del individuo que funciona regularmente de un modo general y prefijado, a fin de definir la situación con respecto a aquellos que observan dicha actuación. Es por lo tanto, la dotación expresiva de tipo corriente empleada intencional o inconscientemente por el individuo durante la actuación. (1994 : 34)

³⁴ Las entrevistadas no realizan la distinción entre Alzheimer y demencia senil, en su discurso es lo mismo. Pero lo relevante que destacan, es que el familiar dependiente con una enfermedad de ese tipo no sabe dónde está, ni quién lo está cuidando.

“...yo tengo una conocida, que la madre se le escapaba a la calle desnuda, estaba enloqueciendo a la mujer, pero era un caso distinto. no, pero ya la puso en una casa de salud.” (Olga) “Yo te digo yo la pondría a mi madre sólo si yo estoy muy a la miseria para no poderla cuidar..” (Inés) “Yo sé que a veces no tenes más remedio, ponele en casos de una demencia senil casos donde se pondría más en juego la tranquilidad de mis hijas, tampoco podés arrastrar a que las dos niñas pasen cosas que no tienen porque pasar.” (Rosaura)

Incluso dos entrevistadas que tuvieron a sus familiares por un período corto (un mes) en una residencia para ancianos, justifican la decisión que tomaron por el hecho de haber tenido problemas de salud que le impedían seguir cuidándolos. Pero una vez mejorada la salud de las cuidadoras el familiar fue vuelto a su casa, y nuevamente recibió los cuidados de las entrevistadas.

Cabe destacar que estos “casos límite” planteados no se conciben de igual forma para todas las cuidadoras. Quienes tienen familiares seniles a su cargo no consideran el estado de salud del familiar como razón suficiente para pensar en otra alternativa, expresan que sólo lo pueda llegar a ser una enfermedad que las incapacite a ellas. El resto de las entrevistadas si presentan las dos situaciones planteadas. Siendo únicas “excusas legítimas” que les permiten pensar en un abandono del rol, aunque momentáneo, y poder pensar en una residencia.

10.1- La muerte del familiar como liberación del rol:

Como se ha expuesto anteriormente, dos son los factores externos que legitimaban el abandono del rol: una enfermedad de la cuidadora que la incapacite para desarrollar las tareas del cuidado, o que el familiar tenga una enfermedad que “ponga en peligro su propia vida o la de los otros”. A estas se le suman un tercero, que cuesta reconocerla y asumirla como tal: es la muerte del familiar.

Se encuentra en esta posibilidad cercana del familiar, un camino para la “liberación” de las cuidadoras: un fin de sus tareas y un tiempo para “hacer las cosas que siempre quisieron hacer”. Pero presentarlo en sus discursos se transforma para ellas en un “flagrante delito”, es algo que se dice pero que no se debería decir, porque quieren al familiar y les resulta “horrible” proyectar sus vidas para cuando ellos fallezcan. “...hablábamos con una amiga que es tristísimo que vos le tengas cariño de verdad a una persona que te hayas roto el alma cuidándola y que pienses en las cosas que vas a hacer cuando se muera. Cuando se muera voy a hacer tal cosa, cuando se muera voy a estar libre, y es así. Pero no deja de ser muy feo sentirlo.” (Ana) “...quisiera que se muriera, yo sé, que es horrible pensarlo y decirlo, pero hay momentos que creo que estaría más libre, cuidaría a mi nieta.” (Lourdes) “...cuando llegue el día que no este más yo ya haré, si tengo fuerzas las cosas que siempre quise hacer, pero fue una opción de vida, de cuando volví del exterior, y ta ya había vivido un poco y había tenido mis experiencias a nivel laboral, a nivel espiritual, a nivel sentimental, hice una opción de vida y ta.” (Ada) “Si va a estar cada vez peor prefiero que no, que se muera antes, yo sé que es feo pensar en eso pero lo pretiero, por ella porque ella tiene momentos de lucidez que te dice que este re mal de la cabeza que no tiene nada adentro que se olvida de todo, es feo muy feo, y también por nosotras que nos limita muchísimo.” (Ma. Soledad)

Frente a la manifestación de la muerte rápidamente tratan de justificar este pensamiento, y acentúan que no es su deseo que el familiar muera, intentando representarse nuevamente como “buenas hijas”, “buenas hermanas”, o sencillamente unas “buenas cuidadoras”, y demuestran que su pensamiento tan solo responde a un pensar en el otro y no en ellas.

Otras entrevistadas, no hacen tan explícita la idea de la muerte del familiar con su “liberación”, pero la relacionan. “...mi tía estaba divina (*falleció*), 96 años tenía, divina, ella venía acá, iba a fiestas, divina. Fue un crimen, porque mi madre no vive ni deja vivir, porque mi madre no vive no disfruta de nada, pero esta tía mía no.” (Olga)

Si bien la muerte de los seres queridos es por lo general “odiada y temida,”³⁵ en esta circunstancia específica en que las personas que se cuidan presentan un franco deterioro de salud, la muerte se percibe como lo mejor, o al menos como un mal menor que el de la prolongación de la vida del familiar mayor y sus correspondientes cuidados.

³⁵ Durán, M.A. 1983 : 99.

CONCLUSIONES

La presente investigación nos ha acercado a una realidad poco conocida, la de las mujeres cuidadoras de familiares mayores, a la vez que nos ha permitido explorar y conocer cómo viven las personas encargadas estos cuidados, la imagen que tienen de sí y la de quien es objeto de cuidado, así como los roles que, según las propias cuidadoras, tienen y deberían tener los demás integrantes de la familia en las tareas de cuidado.

A continuación se expondrán las conclusiones más relevantes que surgieron a lo largo de la investigación, así como también las principales líneas de discusión que podrían ser retomadas en futuras investigaciones.

Se puede apreciar que la carga de cuidar a los mayores continúa para quienes la asumen, su adscripción a un rol de cuidar que han realizado a lo largo de su vida: respecto a sus hijos, a sus parejas, a otros familiares en caso de enfermedad. Es percibido como parte “natural” de las responsabilidades y obligaciones familiares a las que debe de responder *una mujer*.

Sin bien manifiestan haber creído que este proceso había concluido con la llegada de su vida adulta, momento en el que contarían con más tiempo para sí, no se plantea por parte de ellas una actitud de resistencia ante la situación que les toca vivir. Adaptan sus vidas al desempeño del rol que les ha sido asignado. No obstante, reconocen los costos que conlleva para ellas hacerse cargo del mayor: la pérdida de un tiempo para sí, los operativos para poder conciliar el resto de sus vidas con las tareas de cuidado, la postergación sin fecha de proyectos personales y la aparición de responsabilidades familiares en un momento de sus vidas en que podrían esperar que ya no se iban a dar. Si bien se permiten independencia para reconocer que el rol de cuidadoras no se les presenta “sin cargo”, no se les permiten para plantearse otra situación que no sea la de seguir dando prioridad a las responsabilidades familiares que tienen que cumplir.

No cuestionan el deber de cuidar al familiar mayor. Lo aceptan y se demuestran incondicionales hacia las tareas de cuidado, y cualquier otra opción en la que no se encuentren ellas como encargadas principales no es aceptada, en especial por no poder vencer la culpa que les produce el sentir que están transgrediendo una norma sexual, que les indica que deben de ser ellas las encargadas de cuidar y no otros. Se puede decir que no se sienten con derecho a decidir que destino quieren como sujetos. Se les impone no poder renunciar, más allá de toda consideración de sus propias posibilidades.

No pueden elegir una situación diferente de la que viven, sin sentir que al familiar lo “dejan tirado en un rincón”, y es por ello que no imaginan, siquiera, como alternativa posible el abandono del rol.

Sólo pueden aliviarse de él a causa de factores externos, pero no por su propia voluntad: enfermedad mental del asistido, que ponga en peligro su propia vida o la de los otros, o requiera imperiosamente una intervención profesional; enfermedad que incapacite a la cuidadora para seguir desempeñando las tareas, o la (temida y deseada) muerte del familiar que cuidan.

Construyen su imagen a partir de lo correcto, dado que hacen lo que deben hacer, y se presentan como las personas idóneas para asumir el rol, dado que entienden que cuentan con la facultad para desempeñar eficazmente las tareas que les demandan: la capacidad de cuidar a otro. Cabe destacar que ésta no aparece para las cuidadoras como producto de un aprendizaje obtenido a partir de sus experiencias vividas, como cuidadoras y como mujeres, sino como características naturales de su género. Son cualidades y destrezas femeninas, que las diferencian de los hombres. Naturalizan y normalizan el hecho de que sean ellas como mujeres, las que se ocupen de las tareas de cuidado, ya que entienden que el ser mujer les brinda la capacidad para ser “una buena cuidadora”. El brindarse a los otros es constitutivo del género femenino; un “don” que la naturaleza da. No cuestionan esta capacidad “propia” de la mujer, la dan por supuesta, y consideran a las mujeres “potenciales cuidadoras” por el hecho de ser mujer. Sin embargo se señala, por ellas, el hecho de que haya algunas mujeres que se adaptan mejor que otras al ser cuidadoras, en especial por las características personales propias de su identidad, destacándose: la paciencia, la fortaleza, la constancia, la entrega, la comprensión, la responsabilidad, el no molestar, el temple, la tolerancia, la afectuosidad.

Sobre las tareas de cuidados que desempeñan, cabe destacar que cuentan con una dedicación intensiva y personal por parte de las cuidadoras. En especial por el tipo de tareas que involucra, que no sólo refiere a la concreción de cuidados personales (higiene, alimentación, etc.), y a las instrumentales (llevarlo al médico, paseos etc.), sino también a las afectivas. Estas se presentan como tareas de supervisión y de control, con el fin de que “no le falte nada, ni le suceda nada” al mayor; lo cual exige un alto desgaste físico y psíquico por parte de las cuidadoras, que se acentúa a la vez, con el hecho de que sean estas tareas que no pueden delegar por considerar que su ejecución conlleva el conocimiento profundo de la persona que cuidan. Los demás integrantes de la familia, así como los otros posibles sustitutos no poseen este conocimiento, razón por la que, según ellas, se encuentran incapacitados para desempeñarlas.

A pesar de que el procurar los cuidados del mayor tiene una enorme centralidad en la vida de las cuidadoras, se observa grandes dificultades para que ellas valoricen lo que hacen: en buena medida explicado por el poco reconocimiento que sienten del resto de la familia, hacia esta función familiar que ellas desempeñan.

Con respecto a los integrantes de la familia, se pudo observar que sólo aparecen como “ayudas” en situaciones esporádicas o de refuerzo, que suelen ser a causa de crisis de salud del mayor, pero fuera de estas situaciones sólo colaboran a causa de una petición de la cuidadora, pero no por voluntad propia del familiar a participar, lo cual se vuelve un obstáculo en el momento de necesitar ayuda y pedirla.

Sobre este punto en particular, las cuidadoras han manifestado que el poco involucramiento familiar dista de ser su situación ideal, si bien la aceptan y no se discute una redefinición de sus funciones, manifiestan su deseo de que el cuidar al mayor se transforme en un asunto de todos y no sólo de ellas. No obstante cabe destacar que en algunos casos se da una participación en términos económicos, en especial para las cuidadoras que cuentan con trabajos remunerados, (para gastos de cuidadores remunerados o gastos en general del mayor), pero no se brinda una ayuda activa, que implique una presencia continua de ellos en lo cotidiano, que les permita a ellas un espacio para realizar actividades con independencia de su rol. Tampoco las cuidadoras se sienten con el derecho de demandarles algo que según ellas la familia no siente.

Es por lo que se cree que estamos en condiciones de concluir que si bien las tareas de cuidados se inscriben dentro de un deber familiar, no es un asunto del que participe la familia, es por el contrario una tarea prácticamente privativa de las cuidadoras que cumplen por ocupar el espacio doméstico.

Otro punto relevante a destacar, que se relaciona con el anterior, es la gran rigidez que se ha observado en la división de las tareas de cuidado por género, no sólo por el hecho de que sea una mujer la encargada principal de los cuidados sino por la participación diferencial que presentan los hombres y las mujeres de la familia en los momentos concretos que aparecen brindando ayuda. El límite de género que se presenta, no sólo restringe el tipo de tareas que realizan uno y otros, sino también la responsabilidad y el tiempo de sus funciones. Las mujeres de la familia pueden realizar tareas de cuidado personales e instrumentales los hombres sólo estas últimas, y en los casos que aparecen efectuando tareas personales se los sobrevalora.

Con respecto a la relación que se establece entre la cuidadora y el mayor, se pudo concluir que la relación se caracteriza por la dependencia del mayor hacia ellas, principalmente porque el mayor, según las propias cuidadoras, deja de ser una persona con capacidad para decidir sobre su vida, no sólo a causa del declive biológico que experimenta sino por vivir un proceso que podríamos definir como de “infantilización”. En esta situación la cuidadora no sólo interviene como encargada de los cuidados concretos, sino también de la totalidad de la vida del mayor, a causa de pensar que él ya no lo puede ser.

Para la persona cuidada, la edad, o el ser “viejo” se convierte en “el gran rasero”, donde los demás atributos pasan a ocupar un lugar secundario. Se convierte en la clave que incide en la identidad de la persona que se cuida, así como el determinante de la relación que se establece con él. A través del cuidado que se brinda, se refuerza y reproduce los estereotipos dominantes de lo es y debe ser un “viejo”.

Esto nos demuestra, que el rol de cuidadoras no sólo implica carencias para la propia vida de quien lo desempeña sino también para la persona que se cuida, porque si bien ellas han dejado claro que se preocupan y ocupan de él de una forma intensa, al mismo tiempo no dejan de cuidarlo como si fuera un menor de edad. Situación esta que excluye la reciprocidad de cuidados que podría existir entre dos adultos.

Los datos obtenidos en la presente investigación, han aportado nuevas evidencias empíricas de los costes que tiene para las mujeres el llevar a cabo este rol, que como se ha expuesto se agudiza por la escasa ayuda que reciben así como por la no-valoración.

Creemos que las tareas de cuidados a los mayores demandan una responsabilidad compartida, que incluya no sólo a los demás miembros de la familia, sino también al propio mayor, y al Estado. Se presenta necesario abrir caminos alternativos, para estas cuidadoras y otras en igual situación, que les permitan tomar conciencia de la importante función social que cumplen para todos, y de que su rol deje de ser un asunto privativo de ellas. Dado que se cree que difícilmente se logra la igualdad de hombres y de mujeres en el espacio público (político, laboral) sin que se avance en superar las diferencias que se reproducen en el ámbito privado de la vida doméstica, donde siguen siendo las mujeres las encargadas de todo lo que tenga que ver con el bienestar del otro.

La investigación en ciencias sociales tiene un importante papel que desempeñar, dado que el tema no está acabado. Restan importantes problemas de investigación que necesitan ser abordados, no sólo en el reconocimiento social de los cuidados prestados por las mujeres a la población mayor, y de los obstáculos a los que se enfrentan para su desarrollo personal a causa de sus múltiples responsabilidades, sino también en conocer cuáles son las demandas concretas de cuidados que presentan los mayores.

A la vez que se considera también necesario abordar la realidad de los hombres que realizan tareas de cuidados, pues si bien se conoce que en números absolutos representan la minoría de los cuidadores, cumplen de igual modo que la cuidadoras una importante función social. Queda para próximas investigaciones conocer: si los hombres que cuidan a otras personas asumen un papel proactivo y responsable en relación con las tareas que comprende el cuidado a otro, es especial si el

cuidado es personal, o su participación es esporádica y episódica, produciéndose sólo cuando no hay otra alternativa de cuidado, porque no hay otra persona que se encargue de ello.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez-Uría, F.. (1997), "Jesús Ibáñez. Teoría y Práctica", Ed. Endimiión, Madrid.
- Arber, S y Ginn, J.. (1996), "Relación entre género y envejecimiento." Ed. Narcea. Madrid.
- B. S., (1986), "Las madres y la producción cultural en la familia". En Estela Gras. "La antropología social y los estudios de la mujer." Ed. Humanitas. Bs. As
- Bardin, L., (1986), "Análisis de contenido." Ed. Akal. Madrid.
- Barenys, M., (1993), "El significado sociológico de la vejez y las residencias de ancianos." Universidad Autónoma de Barcelona.
- Bathyan, K., (2001), "El trabajo de cuidados y las responsabilidades familiares en Uruguay: proyección de demandas". En "Trabajo, género y ciudadanía en los países del Cono Sur". Organización Internacional del Trabajo (CINTERFOR/OIT), pág. 223-240. Montevideo.
- Bazo, T., (1992), "La ancianidad del futuro." SG. Editores S.A. Fundación Caja de Madrid.
- Blumer, H., (1982) "Interraccionismo simbólico: Perspectiva y método." Universidad de California. 1982. HORA S.A Barcelona España
- Censo General de Población, (1996), INE. Montevideo-Uruguay.
- Damonte, A., (2001), "Como envejecen los uruguayos." CEPAL.
- Delgado, J.M y Gutiérrez J., (1994), "Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales". Ed. Síntesis. Madrid.
- Decalmer, P y Glendenning F., (2000), "El maltrato a las personas mayores". Ed. Paidós. Barcelona.
- Durán, M. A., (1983), "Desigualdad social y enfermedad." Ed. Tecnos. Madrid.
- Fassler, C., (2000), "Políticas Públicas. Propuestas y estrategias. Desde una perspectiva de género y familia". UNICEF. Red género y familia. Montevideo.
- Fassler, C., Hauser, P, lens, I, (coord.), (1997), "Género, familia y políticas sociales. Modelos para armar." Ed. Trilce. Montevideo.
- Finch, J., (1989), "Family and obligations and Social Change." Cambriage -Polity Press.
- García Ferrando, M., (1986), "El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación." Ed. Alianza. Madrid.
- Goffman, E., (1994), "La presentación de la persona en la vida cotidiana". Ed. Amorrortu. Bs. As.
- Joseph, I., (1999), "Erving Goffman y la microsociología". Ed. Gedisa. Barcelona.

- Justel, M.. (1999), "Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar." Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. IMSERSO. Madrid.
- Matthews y Rosner.. (1988), "Shared filial responsibility: The family as the primary caregiver." Journal of Marriage and Family.
- Mena, J.L.. (1997), "El orden femenino. Origen de un simulacro cultural." Ed. Anthropos. Barcelona.
- Muñoz, C., (1996), "Uruguay Homosexual." Ed. Trilce. Montevideo.
- Murillo, S., (1996), "El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio." Ed. Siglo XXI de España Editores. Madrid.
- Lipovetsky, G., (1999), "La tercera mujer." Ed. Anagrama. Barcelona.
- Pérez Ortiz, L., (1997), "Las necesidades de las personas mayores. Vejez, economía y sociedad." Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. IMSERSO. Madrid.
- Prece G. Di Liscia M, Piñero L.. (1996), "Mujeres Populares. El mandato de cuidar y curar." Ed. Biblos. Bs. As.
- Qureshi, H.. (1986), "Responses to Dependency-Reciprocity, Affect and Power in Family Relationships", en C.Phillpson, M. Bernard y P.Strang (comps.), "Dependency an Interdependency in Old Ag: Theoretical Perspectives and Policy Alternatives", Londres, Croom Helm.
- Rodríguez, I.,(1979),"Perspectiva sociológica de la vejez." En Revista Española de Investigaciones Sociológicas, Nº 7. Madrid.
- Saltzman, J., (1992), "Equidad y género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio." Ed. Cátedra. Madrid.
- Scott., (1990), "El género: una categoría útil para el análisis histórico." En Amelang y Nash, Mary (comps). "Historia y género: Las mujeres en la Europa Moderna." Ed. El Magnánim. Valencia.
- Stone y cols., (1987) "Caragivers of the frail elderly: A national profile." Estados Unidos.
(1994) "Canadian Study of Health and Ageing: Patters of caring for people with dementia in Canada", Canadian Journal of Aging.
- Taylor, S.J. y Bogdan R., (1992)," Introducción a los métodos cualitativos de investigación". Paidos Studio. Barcelona.
- Twingg, J., (1986), "Carers: Why do they Pose Problemes for Social Services Departmentes?" University of Kent, Personal Social Services Research Unit, Paper Nº 433.
- Vargas., (1989), "El aporte de la rebeldía de las mujeres." Ed. Flora Tristán. Lima.
- Vera Sánchez, P., (1993), "Sociedad y población anciana." Universidad de Murcia.
- Winkin, Y.,(1991), "Los momentos y sus hombres. Erving Goffman". Ed. Paidos. Barcelona.