

***Los significados del cuidado desde la perspectiva
de las personas adultas mayores. Estudio cualitativo
en la ciudad de Montevideo***

Para optar al título de Magister en Psicología Clínica

Maestranda: María Carbajal

Director de tesis: Prof. Agdo. Mag. Fernando Berriel

Montevideo, 2014

AGRADECIMIENTOS

A varias personas e instituciones corresponde mi agradecimiento por el apoyo brindado desde lo académico y lo personal para el desarrollo de este estudio:

Al consejo de Facultad de Psicología, a todo el personal de esta casa de estudio, que es mi segunda casa, mi mayor agradecimiento por todo el apoyo brindando.

Un especial agradecimiento a mi director de Tesis Prof. Fernando Berriel, por su estímulo constante, su rigurosidad académica y transmitirme el gusto por investigar en estos temas.

A mí querido equipo del NIEVE: Mariana Paredes, Robert Pérez, Mónica Lladó, Maite Ciarniello, Lucía Monteiro y muy especialmente a quien ya no pertenece al equipo pero siempre está Adriana Rovira, por el apoyo incondicional, el intercambio académico y humano, fundamentales para el disfrute del trabajo que nos convoca.

A los estudiantes que hicieron su pasaje por el proyecto y colaboraron en el trabajo, aportando una mirada crítica y enriquecedora que permitió hacer equipo. Especialmente al grupo de “las pichonas” por el entusiasmo y el cariño con el que sumaron al equipo y se entusiasmaron en esta maravillosa tarea de investigar. Por supuesto son las preferidas.

Un especial agradecimiento a todos los entrevistados que ofrecieron generosamente su tiempo, su conocimiento y experiencia.

A mi hermana de la vida Claudia Perrone, por estar siempre cuando la preciso y acompañar este proceso en la medida justa.

A mis amigos y familia, por bancarme y tolerar mis ausencias.

A Hernán por el amor y la paciencia con la que acompañó este trabajo.

A Santy, que todos los días me enseña un poquito más como ser mamá, y aprendemos juntos a cuidarnos, por la paciencia y por “banca” las ausencias en estos últimos tiempos.

Seguramente, frente a los tiempos de entrega, me estaré olvidando de mencionar a algunas personas importantes, sepan disculparme si es el caso.

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo conocer las expectativas y significados sobre cuidado, en una población de personas adultas mayores de la ciudad de Montevideo, vinculando estos significados con el tipo de hogar y las relaciones familiares. El estudio de las diferentes problemáticas sobre el envejecimiento y la vejez, en Uruguay, es de alta relevancia social ya que Uruguay es el país más envejecido de América Latina. En el momento actual Uruguay se encuentra dando los primeros pasos en la implementación de un Sistema Nacional de Cuidados incluyendo como población objetivo a las personas adultas mayores. Conocer el universo de significaciones sobre la temática del cuidado y específicamente desde la población objetivo debería ser condición para la elaboración e implementación de políticas pertinentes y eficientes en la temática. Se llevó a adelante un estudio cualitativo a partir de entrevistas en profundidad a personas adultas mayores de 75 años. Se tomó en cuenta el nivel socioeconómico, el tipo de hogar, las relaciones familiares y el género. De los resultados obtenidos se desprende una estrecha relación entre los significados de cuidado y el significado sobre la vejez en clave de deterioro, donde el cuidado quedaría asociado directamente a enfermedad y dependencia. A su vez, el cuidado se encuentra altamente familiarizado, donde las expectativas y estrategias estarían determinadas por lógicas familiaristas. Por último, las relaciones que implican las prácticas de cuidado tienen siempre un cierto grado de displacer para todos los componentes implicados en esa relación.

Palabras Clave: Significados, Cuidado, Envejecimiento.

Summary

The present research seeks to know the expectations and meanings of elderly caregiving in an old people population at Montevideo city, linking these meanings with the kind of homes and family relationship. The study of the different problems of aging and old age, in Uruguay, is highly relevant social because Uruguay is the country with the oldest population in Latin America. At this moment Uruguay is taking the first steps to a National System of Care implementation, including in this implementation the elderly as a target population. Know the universe of meanings about care and specifically from the target population should be a condition for the development and implementation of appropriate and effective policies on the subject. A qualitative research was carried forward from in-depth interviews with older adults,

with 75 or more years old. For this research, we consider socioeconomic status, household type, family relationships and gender. The results show a strong relation between the meanings of care and meaning of aging understood by participants from a deterioration perspective, where care is directly associated with illness and dependence. At the same time, care is highly familiar, where expectations and strategies would be determined by a family orientated logic. Finally, relationships involving care practices always have a certain degree of displeasure for those involved in caregiving relationship.

Keywords: Meanings, Caregiving, Aging

INDICE

Agradecimientos.....	1
Resumen.....	2
Introducción.....	5
Antecedentes.....	6
Justificación.....	9
Marco teórico.....	13
Problema y preguntas de investigación.....	32
Objetivos.....	34
Método y procedimientos.....	35
Resultados.....	41
Significado de Cuidado.....	41
Cuidar/cuidarse/ser-cuidado/cuidado-recíproco.....	41
Cuidado Familia.....	43
Cuidado_cuidado-físico.....	46
Cuidado_enfermedad.....	48
Cuidado_ayuda.....	48
Cuidado_motivos.....	49
Cuidado_espectativas.....	51
Cuidado_naturalizado/cuidado_aprendido-experiencia.....	54
Dependencia / Autonomía.....	55
Estrategias de cuidado.....	59
Dimensiones de conflicto.....	61
Significado de Vejez.....	65
Discusión.....	70
Referencias bibliográficas	76
Anexo.....	81

INTRODUCCION

En el momento actual Uruguay se encuentra comenzando a implementar un Sistema Nacional de Cuidados, con la finalidad de producir un cambio en las relaciones entre el Estado, la familia, la sociedad civil y el mercado respecto a la responsabilidad y las formas de provisión de los cuidados a las personas en situación de dependencia. Incluye dentro de las poblaciones objetivos a las personas adultas mayores como forma de dar respuesta a cambios demográficos, económicos, sociales, políticos y culturales sobrevenidos en los últimos años.

Varios factores han llevado a que en este momento el Cuidado sea considerado un problema social: el envejecimiento poblacional, lo heterogéneo de la población adulta mayor, la aparición en algunas ocasiones de un deterioro de las condiciones económicas, físicas o mentales en esta etapa de la vida. Cambio en las configuraciones de redes de sostén y cambios en las configuraciones familiares, persistiendo igualmente un cuidado familiarizado. Los servicios sociales de apoyo a la reproducción social de la población mayor no han logrado un pleno respaldo público, y la familia actúa como el principal mecanismo de absorción de riesgo asociados a la vejez. La división sexual del trabajo, donde el cuidado es feminizado: ellas se van alejando de esta tarea y el hombre no participa del trabajo doméstico. El reconocimiento del cuidado como derecho social y la interpelación del estado en su modelo de bienestar.

En Uruguay la función de cuidados hacia las personas adultas mayores se encuentra altamente familiarizada, esto significa que recaen principalmente en las familias las tareas asociadas a cuidados así como la resolución de los conflictos vinculados a la compatibilización de estas con otras actividades de la vida social. Tanto en el ámbito familiar como social las tareas de cuidado recaen sobre la mujer. Básicamente se concibe al cuidado como una actividad femenina generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social (Batthyany, K. 2001) por lo que todo estudio referente a esta temática deberá incorporar un análisis con perspectiva de género.

Sin embargo, las mujeres no son la única categoría de personas que está aún poco jerarquizada como portadora de un punto de vista relevante para la problematización y abordaje amplio, social y subjetivamente pertinente del cuidado. La perspectiva de los actores del cuidado raramente involucra en forma relevante a la voz de las personas viejas. Este estudio, de corte cualitativo, se propone abordar la cuestión del cuidado como

experiencia humana concreta desde la perspectiva de estos actores en particular en el marco de un fenómeno que merece un abordaje que contemple su multivocalidad: las personas adultas mayores puestas a hablar sobre el cuidado, partiendo de la base de que desentrañar el significado que los y las adultas mayores le dan al cuidado aportará a comprender las expectativas con las que ellos se enfrentarían a este suceso.

Para este estudio es por lo tanto de interés cardinal el discurso de los adultos mayores sobre el cuidado. Se parte de la hipótesis que los significados y discursos sobre el cuidado se encuentra en estrecha relación con las diferentes configuraciones familiares que integran las personas adultas mayores. Formulado en clave de pregunta:

¿Cuáles son los significados que pueden identificarse en las personas adultas mayores en relación a las expectativas de cuidado por parte de las familias?

Antecedentes

Llama la atención la escasa producción científica en torno a la temática del cuidado en personas adultas mayores donde se aborde el sentido y los significados que esta población tiene sobre el mismo. En el ámbito nacional y desde una perspectiva cualitativa se carece de producción científica. En el ámbito internacional, la mayoría de los estudios sobre cuidados toman al cuidador como objeto de estudio y las implicancias que para este y la familia produce el acto de cuidar.

Desde la perspectiva del Adulto Mayor un estudio en la ciudad de Bogotá, Colombia (Castellanos, F. y López, A., 2010) aborda la comprensión del cuidado en situación de discapacidad y pobreza, desde la perspectiva cultural. El análisis de datos arrojó tres temas centrales que, en términos tomados de las propias verbalizaciones de los participantes del estudio, se formulan así: 1- uno se da cuenta de sus males, porque el cuerpo no le sirve como antes; 2- la vejez: muchas enfermedades y pocas capacidades, y 3- invalidez... dejando la vida en manos de otros. Se plantea el significado de la vejez y la discapacidad en las personas mayores como una construcción social y cultural que tiene una fuerte influencia de factores religiosos, de clase social, de valores, que lleva a pensar que no se puede hablar de personas viejas o con discapacidad como un grupo homogéneo.

Concluyen Castellanos et al. (2010)

Se requiere comprender cómo interpreta cada población la vejez y la discapacidad, para poder romper esquemas de cuidado y de rehabilitación homogéneos, en la

mayoría de los casos, centrados en aspectos biológicos y en las deficiencias para avanzar a modelos que respeten y promuevan las capacidades haciendo demandas específicas acordes con la diversidad cultural” (p.38).

También en México, específicamente con personas de áreas rurales y urbanas mayores de 60 años, pobres y de varios contextos culturales, surge un estudio cualitativo (Robles, 2005) que pone de manifiesto el mecanismo de “devaluación” o desvalorización progresiva que tiene la función del cuidado. Se plantea que el cuidado, además de tener una función social benéfica para el adulto mayor, también es una vía de desvalorización de la vejez.

Robles, L. (2005) plantea

Los ancianos consideran el cuidado como un evento ineludible del envejecimiento, pero como un recurso social benéfico y deseable. Sin embargo, también lo valoran como indeseable porque implica reconocerse como sujetos dependientes y entrar en la categoría de sujetos devaluados socialmente. (p.49)

Los resultados de este estudio se discuten como una paradoja de la cooperación social. Esta paradoja es planteada por la autora como evidencia de la tensión existente entre los estatus de independencia, dependencia e interdependencia que han sido valorados en forma distinta en la sociedad moderna.

En relación a la percepción de la dependencia por parte de las personas adultas mayores, un estudio cualitativo realizado en España por la Red Temática de Investigación en cuidados a Personas Mayores (Barrio, I., 2006), expone, en el marco de otros resultados, los relativos al cuidado que desean recibir los adultos mayores.

Barrio, I. (2006) afirma que:

Sus preferencias podrían resumirse en cuatro afirmaciones: 1) Inutilidad de una vida que se consume en la inmovilidad y en la inconsciencia. 2) Deseo de no generar molestias a los otros. 3) Deseo de morir y no sufrir dolor. 4) Deseo de vivir en un clima de “confianza, humanidad, amor y respeto” (G38) (p. 73).

En las conclusiones los autores plantean las dificultades que la familia actual tiene para cuidar del mayor dependiente: “Sin embargo, los mayores desean permanecer cerca de su casa y de sus seres queridos antes que ingresar en una residencia. Esta realidad debería inspirar políticas sociales más comprometidas con el apoyo domiciliario” (p. 74)

María Arroyo (2009) en su tesis doctoral retoma lo planteado por Robles (2005) y plantea que la dependencia que caracteriza a la cuarta edad¹, afecta la condición psico-afectiva y

¹ La Autora toma los aportes de Solís (1999), Andersen (1992), García, Rabadán y Sánchez (2006), Ham (2003) y Neugarten, (1996), que consideran que la cuarta edad inicia a partir de los 75 años. Refiere también la

social de quienes la padecen pudiendo conducir a una situación de crisis: de identidad, de autonomía personal o de pertenencia cultural. La autora menciona que las diversas formas en que los adultos mayores y sus familias experimentan la cuarta edad, pueden ser contradictorias y paradójicas según sean los valores, creencias y discursos que prevalecen en el grupo social.

Puntualiza Arroyo, M. (2009) que:

La cuarta edad, caracterizada por la enfermedad, la dependencia y la necesidad de cuidados, se ha constituido en un asunto de fundamental importancia en la agenda política de muchos gobiernos, dadas las repercusiones a nivel individual, familiar y social que esto conlleva (p.36).

También en este estudio aparece la familia como principal recurso de los cuidados hacia las personas mayores, respondiendo de acuerdo a sus recursos económicos, instrumentales y afectivos. Los principales dilemas que la autora plantea refieren a las cuestiones de tipo económico y a los conflictos de relación pasados y presentes, no sólo entre familia y adulto mayor, sino entre familia y cuidador, lo que conlleva a que las tareas de atención a la enfermedad y el cuidado no sean del todo satisfactorias. Al igual que en otros estudios se aprecia otro conflicto relativo a las inequidades de género en las tareas de cuidado. Por último la autora plantea como recomendación hacia las políticas sociales de apoyo al cuidado en la vejez, tomar no solo las necesidades derivadas de los aspectos objetivos presentes en el discurso cotidiano de los participantes, sino también mejorar la calidad de vida desde la dimensión subjetiva.

Plantea Arroyo (2009) que:

Cuestionarse y replantear las creencias y las imágenes negativas acerca de la vejez, la dependencia y el cuidado implica un gran desafío para todos y cada uno de los actores que participan en este fenómeno social. Pero sólo así será posible construir nuevos escenarios de política pública de atención a la vejez (p. 5).

En Uruguay, un estudio reciente de Batthyany, K., Genta, N y Perrotta, V. (2012) aborda las concepciones y valoraciones que tienen las personas respecto de diferentes estrategias y modalidades de cuidados. A partir de la Encuesta Nacional sobre Representaciones Sociales sobre el Cuidado, los principales resultados sobre el cuidado de adultos mayores que plantean estas autoras son:

denominación de Bazo (1990) que la considera a partir de los 80 años y de Robles (2005), que la ubica a partir de los 85 años. Finalmente para su estudio la edad de los adultos mayores participantes es de 70 años en adelante.

El 90 % de la población opina que la situación más deseable son los cuidados domiciliarios, es decir los cuidados que son brindados en la vivienda. Dentro de esta modalidad de cuidados domiciliarios, la población se divide entre los/as que opinan que la situación más deseable son los cuidados exclusivamente familiares (47%) y los que opinan que lo deseable es la contratación de una o varias personas contratadas con participación de la familia (43%) (p. 42)

La modalidad de cuidado familiar compartido con personas contratadas es la mayoritaria en el caso de las mujeres de nivel alto y medio- alto (6 de cada 10), mientras que para las mujeres de niveles más bajos, la opción mayoritaria es la de cuidado exclusivamente familiar” (p.43).

Según este estudio Batthyany, K. et al (2012)

Se aprecia la existencia de una demanda insatisfecha del cuidado familiar para la población adulta mayor expresada a través de las diferencias encontradas entre lo que las personas mayores creen que sus hijas e hijos están obligados/as a hacer respecto a su cuidado y lo que hijos e hijas consideran que es su obligación. La amplia mayoría de los menores de 69 años no considera que están obligados/as a cuidar de sus padres y madres a diferencia de lo que la mayoría de las personas mayores piensan” (p.68-69).

Es bastante claro que este deseo de las personas adultas mayores por el cuidado por parte de la familia se confronta con una realidad social donde las familias cada vez son menos numerosas, la mujer ha salido al mercado laboral, la falta de políticas de apoyo a las familias y la contratación de servicios de cuidado depende del nivel socioeconómico con que se cuente en la familia. Se puede inferir que seguramente esto lleve a una experiencia conflictiva en el ámbito familiar y por consiguiente un sufrimiento para los involucrados en la diada cuidador/cuidado. Los múltiples significados y discursos que se porten con referencia al cuidado esta en estrecha relación a los niveles de sufrimiento o bienestar con que será vivida esa situación e influirá en caso de padecer una enfermedad en lo que respecta al curso de la misma. Los riesgos más importantes para la salud de las personas adultas mayores refieren a las áreas vinculadas principalmente a los entornos y a las construcciones sociales de la vejez (Berriel, F. Pérez, R y Rodríguez, S., 2011) y dentro de estas construcciones se encuentran aquellas que aluden a los temas de cuidado.

Justificación

El estudio de las diferentes problemáticas sobre el envejecimiento y la vejez en Uruguay es de alta relevancia social, ya que Uruguay es el país con la población más envejecida de América Latina². Las tendencias demográficas del país prevén que este proceso vaya intensificándose en las próximas décadas. La esperanza de vida va en aumento y nos

² En el año 2000, con casi 18% de su población con 60 años y más, superaba incluso a EEUU y Canadá (CEPAL, 2000).

encontramos progresivamente con un contingente de adultos mayores que demanda que las políticas sociales y la academia se ocupen de los diversos entramados que conforman el universo de esta población. Desde 1994 el Servicio de Psicología de la Vejez (hoy conformando el Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre el envejecimiento y la vejez) viene desarrollando docencia, investigación y extensión, en relación a la producción de subjetividad en torno al envejecimiento y vejez.

Las nuevas realidades sociales y demográficas del Uruguay, de América Latina y del mundo del Siglo Veintiuno, requieren de renovados esfuerzos en la investigación del envejecimiento como parte de los más significativos fenómenos humanos, con derivaciones múltiples. La forma en que el envejecimiento se vive, se transita y se significa en nuestras sociedades hace a la realidad concreta de las diversas formas de envejecer que se producen, y se involucran con aspectos relevantes del desarrollo de una sociedad y las personas que la conforman (SPV, 2008³)

Dentro de las preocupaciones del mundo académico actual que estudia a las personas adultas mayores hay una especial preocupación por los viejos más viejos, aunque es escasamente estudiada. Algunos estudios actuales sobre el saber técnico de aquellos que trabajan con estas personas ha manifestado como se estipula desde el saber científico las modalidades de cuidado que “deben” recibir las personas adultas mayores. Recientemente un estudio realizado por Batthyany, K. Genta, N. Perrotta, V. (2013), sobre el “Discurso experto sobre el buen cuidado para las personas adultas mayores” plantea que el trabajo de cuidados se visualiza como acto de amor. Los cuidados de calidad son definidos por componentes subjetivos. Supone habilidades innatas de las cuidadoras. La calidad de los cuidados remunerados se mide por la posesión de características consideradas femeninas. Las características principales que los entrevistados manifiestan que “deberían” tener las cuidadoras refieren a: tener una cierta vocación para el trabajo, capacidad de generar empatía, capacidad de mantener distancia afectiva adecuada, capacidad de tolerancia y de soportar el stress. Las habilidades identificadas son asociadas como propias de las mujeres y no se visualiza cómo aprenderlas. ¿Es así que se puede llegar a nominar una “identidad” de la cuidadora? ¿innatas? ¿naturales?

La identidad se desarrolla a través de múltiples segmentos molares y moleculares que nos atraviesan y que dado su movimiento pueden variar de un tiempo a otro, modificarse, pero además pueden co - existir segmentos antagónicos en nosotros mismos sin que generen contradicción ni malestar. Identificaciones que nos atraviesan de roles vistos, y deseados,

3 <http://www.investigacionenvejecimiento.psico.edu.uy>

de idealizados restos de identificaciones más o menos presentes ¿Qué ropajes hemos de vestir a la hora de cuidar a alguien?

Se establecen los criterios de lo que sería un “buen cuidado” y/o se establecen estrategias de intervención sin consultar a los involucrados, o si se realiza, no se problematiza los significados atribuidos a las opiniones o enunciados de deseabilidad. Los profesionales de la salud se convierten en portavoces de aquellos que necesitan cuidados. Haraway, D. (1999), plantea que “Para contar esta historia debemos desconfiar tanto de la naturaleza como de la sociedad y resistir a los imperativos a ellas asociados para representar al «otro», para reflejarlo, darle voz o actuar como sus ventrículos.” (p.135). En el Uruguay actual, en algunos lugares del saber académico parece no haber pasado el tiempo y seguir anclados en el paradigma mítico de la modernidad, donde los científicos van a ser los portavoces más fiables y menos interesados “el científico es el representante perfecto de la naturaleza, esto es, del mundo objetivo permanentemente y constitutivamente mudo.” (p. 138)

Resulta pertinente tomar lo planteado por Spivak, G. (2001) en su texto “¿Puede hablar el subalterno?” donde responde que “no, no pueden hablar”, pero no porque están mudos/as. No pueden hablar en el sentido de que no son escuchados/as, porque su discurso no está validado por la/s institución/es (médicas, jurídicas, científicas) que no solo se han encargado de silenciar sus voces, disciplinar sus cuerpos, sino de desechar la escucha y menospreciar sus saberes. Subalterno no es sinónimo de “oprimido”; sino que es quien puede llegar a hablar y dejar su condición de subalternidad. En este sentido, si nos detenemos en las diversidad de experiencias de las mujeres, las mujeres cuidadoras, los viejos, etc., podremos reconocer han estado en la condición de subalternidad, pero también han ejercitado la posibilidad del habla, evidenciando su situación y luchando por intentar modificarla. Seguramente en este marco los que menos voces han tenido, han sido los “viejos más viejos” en lo que refiere a su universo de sentidos en torno a las prácticas de cuidado de las cuales son beneficiarios.

A sabiendas que otra forma de producir conocimiento, intentando movernos desde otras lógicas, requiere de una visión próxima, de los propios involucrados. Sabemos que para poder posicionarnos desde este dentro, debemos primero deconstruir nuestra costumbre de mirar, de clasificar, de concluir desde un esterilizado afuera. Son dos formas de hacer ciencia, uno sin el otro no existe: ambos nos cohabitan. En tanto, necesitamos del ejercicio constante de pensarnos a la vez que el ejercicio constante de dejarnos, liberarnos al devenir, de dejar que las líneas que atraviesan nos conduzcan: máquinas abstractas, sin

conductor que arribarán sin duda, a algún incognoscible lugar. Tarde o temprano. Es cuestión de estriar y dejar que el campo se estríe, es cuestión de desconfiar, casi que por costumbre de lo liso, de lo terso, de lo homogéneo, de lo ya dado.

Deleuze, G y Guattari, F. (1988) dicen

Nunca se acaba nada: el modo en que un espacio liso se deja estriar, pero también el modo en que un espacio estriado vuelve a producir liso, con valores, efectos, y signos eventualmente muy diferentes. Quizás habría que decir que todo progreso se realiza por y en el espacio estriado, pero que es en el espacio liso donde se produce todo devenir. (p. 494)

Si pensamos en lo liso, debemos pensar en lo heterogéneo, en la variación continua, en la afectividad y sus laberintos: esto deviene en un punto de vista móvil, territorio geográfico sin ordenamiento a priori. Para pensar lo estriado debemos pensar en lo homogéneo, lo invariante, lo teorematizado; hace alusión a un punto de vista fijo, categorías que suelen darse después del análisis. Entre lo liso y lo estriado siempre hay líneas de fuga a la norma: en esas prácticas de cuidado ¿Qué líneas de fuga se habilitan, que líneas de fuga se permiten, que líneas de fuga devienen en destrucción, en muerte del propio estrato?

Al acercarnos a estas prácticas sobre el cuidado, es deseable en principio no entender nada. Y que paulatinamente el punto de vista móvil vaya ocupando el espacio, en vez de llenarlo más o menos forzosamente con categorías a priori. Es difícil pero necesario.

Para ello es necesario intentar no quedar atrapado en un régimen de enunciación duro, restringido, molar, sino que apunte a enunciar líneas de tipo molecular que desplieguen múltiples efectos y se produzca en acontecimiento. Diagramar, cartografiar al decir de Deleuze, G. y Guattari, F. (1988), trazar líneas que nos permitan visualizar los acontecimientos⁴ producidos en esas prácticas. Líneas conectables en todas sus dimensiones, desmontables, alterables, susceptibles de recibir y generar constantemente modificaciones; de esta forma, antes que unidades totalitarias, se da paso al estudio relacional de las multiplicidades.

Al decir de Ana Hounie (2013) “De ahí que la invitación es al ejercicio de una sensibilidad abierta a las singularidades de los distintos campos en lo que la subjetividad se inventa...”
(s/p)

⁴ “Siguiendo a A. Badiou tomamos la idea de acontecimiento como unidad histórica, como la intersección de una línea de actualidad, lo singular, irrepetible; y otra línea que refiere a la memoria, lo no singular, lo que ya ha sido representado, lo repetible, la repetición misma” (Chavez, J. 2006)

Porque la clínica en palabras de J. Rodríguez Nebot (2010) “es la resultante de los procesos de subjetivación del acontecer humano. En el entendido que toda producción es subjetiva, desde lo inmanente del acontecimiento” (p.13)

En el entendido que investigar sobre el significado que tienen las personas adultas mayores sobre el cuidado, es posicionar a éstos como sujetos de derechos y no como objetos merecedores de cuidado, aportara a la salud mental y podrá aportar a un saber en la clínica, que nos permita encontrarnos con estas problemáticas desde otro lugar.

Mannoni, M. (1992) enfatiza que esta posición subjetiva de objeto de cuidado puede llevar a un derrumbe psíquico:

El derrumbe psíquico de ancianos enfermos, aislados o mal tolerados por su familia o por la Institución, se debe a que en su relación con el otro la persona de edad ya no es tratada como sujeto sino solo como un mero objeto de cuidados. Su deseo ya no encuentra anclaje en el deseo del Otro. En su relación con el otro, el anciano instala juegos de prestancia y oposición de puro prestigio. La rebeldía es la única manera de hacerse reconocer, y la forma en la que puede subsistir una posibilidad de palabra. No preparados para vincularnos con las personas de edad, nuestra sordera nos quita recursos para que vuelvan a arrancar como sujetos deseantes. (p. 24-25)

El conocimiento del universo de significaciones sobre la temática del cuidado y específicamente desde la población objetivo debería ser condición para la elaboración e implementación de políticas pertinentes y eficientes en la temática. Este estudio se inscribe en producir conocimientos que generen insumos para contribuir al diseño de políticas sociales sobre el cuidado de las personas adultas mayores desde la perspectiva de los futuros beneficiarios del Sistema Nacional de Cuidados.

Marco Teórico

Acceder a una definición del Cuidado por el mundo académico es complejo. Varias son las definiciones que la academia ha desarrollado sin poder llegar a un consenso.

Desde definiciones generales y multidimensionales: “Los cuidados son una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas. Constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permiten la sostenibilidad de la vida (Izquierdo, M. J. 2003)” (Covas, S., Maravall, J. Bonino, L., 2009. p. 20).

A definiciones prácticas y explicativas sobre el cuidar:

El «trabajo» de cuidar incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios y la gestión y relación con los servicios sanitarios. Cuidar también implica dar apoyo emocional y social. En definitiva, cuidar significa «encargarse de» las personas a las que se cuida (García, 2004, p.134)

Por otro lado, una definición economicista del Cuidado: “Por cuidados podemos entender la gestión y el mantenimiento cotidiano de la vida y de la salud. Presenta una doble dimensión: “material”- corporal, e “inmaterial”-afectiva” (Pérez, A. 2006. p. 10).

Desde una mirada del derecho: “El cuidado es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, esté basada en la vigencia de los derechos humanos. Prioritariamente, el derecho a la vida en primera persona (Lagarde, M. 2003)”. (Covas, S., et al, 2009, p.20).

Rosario Aguirre (2005) pone el énfasis en lo relacional del cuidado:

En términos generales, podemos concebir el cuidado como una actividad femenina generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social. Comprende tanto el cuidado material como el cuidado inmaterial que implica un vínculo afectivo, emotivo, sentimental. Supone un vínculo entre el que brinda el cuidado y el que los recibe. Está basado en lo relacional y no es solamente una obligación jurídica establecida por la ley sino que también involucra emociones que se expresan en las relaciones familiares, al mismo tiempo que contribuye a construir las y mantenerlas. En ese sentido Arlie Russell Hochschild (1990) precisa "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 en el cuidado mucho más que naturaleza, ponemos sentimientos, acciones, conocimiento y tiempo". (p.6)

A otras que involucran los costos que conllevan las prácticas de cuidado: “El cuidado está inmerso en la lógica del sacrificio, un sacrificio que puede entrañar - sin pretenderlo - un grado de reconocimiento social. A pesar de que la enfermedad se cronifique, y ésta termine por saquear el tiempo a quien lo prodiga”. Soledad Murillo (2003, p. 168)

Mayoritariamente cuando se habla de cuidado se habla desde una perspectiva individual, y/o relacional, ya sea del individuo que requiere cuidado como del cuidador como sujeto que brinda cuidados. Pocas son las definiciones que involucran la dimensión de lo social.

El documento “Hacia un Modelo Solidario de Cuidados”, aprobado por el Gabinete Social Uruguayo el 20 de septiembre de 2012, define los cuidados como:

Se trata de una función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las personas dependientes. Esta dependencia puede ser transitoria, permanente o crónica, o asociada al ciclo de vida de las personas. Son acciones que la sociedad lleva a cabo para garantizar la

supervivencia social y orgánica de quienes han perdido o carecen de autonomía personal y necesitan la ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria (CEPAL, 2009). El cuidado es un componente central en el mantenimiento y desarrollo del tejido social, tanto para la formación de capacidades como para su reproducción. (p18)

Los antecedentes del cuidado se remontan a la antigüedad griega y romana, cuando se distinguía la inquietud por sí mismo del cuidado de sí mismo. El ser humano es incomprendible sin la noción de cuidado. El cuidado se construye en torno al concepto de desvalimiento, de desamparo que, desde el inicio, remite a una experiencia de total impotencia vinculada a la prematuración del nacimiento. El desamparo hace necesaria la presencia de alguien que cuide, ya sea en la infancia, la niñez, la adultez, la vejez, en la enfermedad, etc. El cuidado aparece entonces como responsabilidad de otros: los médicos se ocupan de la salud física y los sacerdotes o curas se encargan de la salud espiritual o salvación.

Foucault, M. (1967) plantea que el cuidado, la asistencia, se convierte en el primero de los deberes sociales, incondicionado entre todos porque es la condición misma de la sociedad, “el vínculo más vivo entre los hombres, el más personal y al mismo tiempo el más universal” (p. 115). Pero sobre las prácticas concretas de cuidado vacila el pensamiento del siglo XVIII. Se pregunta: “¿Hay que entender por “deber social” una obligación absoluta para la sociedad? ¿Toca al Estado hacerse cargo de la asistencia? ¿Es el Estado el que debe construir los hospitales y distribuir los auxilios?” (p. 115).

Unos pensaban que el Estado era quien debería instaurar un control sobre todos los establecimientos de asistencia. Otros, la mayoría, rechazaban la idea de asistencia masiva. Consideraban que un deber social un deber del hombre en sociedad, no de la sociedad misma. Entonces, para definir las prácticas de asistencia, primero había que definir “al hombre social”, según el autor “definir, para el hombre social, cuáles son la naturaleza y los límites de los sentimientos de piedad, de compasión, de solidaridad que pueden unirlo a sus semejantes” (p. 115). “La teoría de la asistencia debe reposar sobre este análisis, semi-psicológico, semi-moral; y no sobre una definición de las obligaciones contractuales del grupo. Así concebida, la asistencia no es ya una estructura de Estado, sino un nexo personal que va del hombre al hombre” (p 116). Foucault refiere a Dupont de Nemours como quien ha tratado de definir ese nexo que une un sufrimiento a una compasión.

Se plantea que la asistencia no puede ser considerada como un deber absoluto, que se efectuaría frente a cualquier requerimiento, sino que es el resultado de una tendencia moral.

Dos componentes se ponen en juego según el autor, uno negativo referido a lo que cuestan los cuidados que hay que brindar y otro positivo determinado por la intensidad del sentimiento que inspira la enfermedad. Estos componentes se interrelacionan de acuerdo al tipo de padecimiento y a quienes brinden los cuidados. Cuanto mayor costo menos posibilidades de cuidado y cuanto más alejado de los afectos familiares menos posibilidades de cuidado. Foucault, M. (1967) plantea que desde la Edad Media hasta el fin de la época clásica, había cierta homogeneidad en este tema.

Plantea que todo hombre que hubiera caído en la miseria y la enfermedad tenía derecho a la piedad de los otros y a sus cuidados.

Era universalmente prójimo de cada uno; en cualquier instante podía presentarse a todos. Y cuando venía de más lejos, cuanto más desconocido era su rostro, más vivos eran los símbolos universales que llevaba; era entonces el Miserable, el Enfermo por excelencia, que en su anonimato ocultaba poderes de glorificación (Foucault, M. p. 118)

Esto cambia en el siglo XVIII donde:

El enfermo ya no puede concernir a todo hombre, sino solamente a quienes pertenecen a su mismo medio: vecindad en la imaginación, proximidad en los sentimientos. El espacio social de la filantropía no sólo se opone al de la caridad como un mundo laico a un mundo cristiano, sino como una estructura de discontinuidad moral y afectiva que distribuye los enfermos según dominios separados de pertenencia a un campo homogéneo, en que cada miseria se dirige a cada hombre según la eventualidad, siempre entregada al azar, pero siempre significativa, de su pasaje. (Foucault, M. p.118)

Desde finales del siglo XIX, los continuos cambios en las teorías médicas e higienistas, educativas, y la emergencia de la psicología sobre todo en lo que respecta al cuidado principalmente infantil, no han hecho sino incrementar y hacer más complejas las tareas de cuidados. Tareas que progresivamente se asignaban a las mujeres y se fueron naturalizando llegando al punto máximo del “amor maternal”, puesto constantemente a prueba por su justa adecuación al discurso “experto”. Es así que el cuidado cada vez más se circunscribe a la familia, y más específicamente a las mujeres de la familia.

Podemos afirmar que la familia es una construcción histórica que tiene su apogeo en la modernidad (siglo XVIII) y que en un tipo de organización social, de un espacio doméstico privado tiene como función principal la reproducción social en sus tres dimensiones, biológicas, afectivas y del mantenimiento del orden social.

En palabras de Jelin, E. (2007)

La familia es una institución social anclada en necesidades humanas universales de base biológica: la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana. Sus

miembros comparten un espacio social definido en términos de relaciones de parentesco, conyugalidad y pater/maternalidad. Se trata de una organización social, un microcosmos de relaciones de producción, reproducción y distribución, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivo. (p. 95)

Esta autora plantea que el afecto en la familia se construye socialmente, sobre la base de la convivencia, las prácticas de cuidado y protección, de una intimidad compartida y de las responsabilidades familiares, que las demás instituciones sociales (la escuela, la Iglesia, el Estado) controlan y sancionan. (Jelin, E., 1998)

A partir de esta construcción social de la familia, se fue construyendo un modelo de familia "ideal" la familia nuclear y neolocal (es decir, caracterizada por la convivencia de una pareja heterosexual monogámica y sus descendientes), donde la sexualidad, la procreación y la convivencia coinciden en el espacio privado de un hogar conformado en el momento de la unión matrimonial. Este modelo que se institucionaliza y se vuelve "natural" a la noción de familia responde a una particular moralidad cristiana y a lo llamado "familia normal". Esto ha llevado al intento de ocultar otras formas de organización de los vínculos familiares, convivencia, otras sexualidades y otras maneras de llevar adelante las tareas de procreación y reproducción. (Jelin, E., 1998)

Es profusa la bibliografía en torno a la crisis de este "modelo de familia", donde presenciamos diversas formas de familia, donde surge una multiplicidad de formas de convivencias, de distintas formas de procreación y diversas sexualidades. Es así que, sabemos que la interrelación entre las personas adultas mayores y su familia, así como el papel de uno y otra en la sociedad han cambiado. A pesar de estos cambios, investigaciones en nuestro medio (Berriel, F. y Pérez, R., 2005 a y b) muestran el importante lugar social que mantiene la familia en tanto institución productora y reproductora de sentido y de valores.

Al decir de Rodríguez Nebot, J. (2010)

Por lo tanto, en general, en este contexto del capitalismo las familias son el lugar por excelencia donde se producen y se reproducen las subjetividades, son pequeños dispositivos del quehacer social y comunitario, es el lugar donde se arma el campo social y se recicla el macro social en lo micro. (p.44)

En esta época posmodernista estamos asistiendo a los cambios más significativos en lo que refiere a las configuraciones familiares a lo largo de la historia. Las transformaciones socio-culturales, las nuevas formas de emparejamiento, las nuevas tecnologías en la reproducción, la baja natalidad, un aumento en la esperanza de vida, la emigración, entre

otras, obligan a estudiar las nuevas configuraciones familiares y las producciones de sentidos que desde ellas emerjan.

Los adultos mayores de hoy son hijos de la modernidad. Al decir de Bauman, Z. (2004) una “modernidad sólida”, con sus certezas, con lo establecido, con las verdades claras y establecidas. El matrimonio para toda la vida, el trabajo concebido como progreso y la modernización como solución todos los problemas. El saber técnico se convierte en “verdad absoluta” y plantea las formas universales en que se viven los cuerpos, la sexualidad, la adultez, la vejez, los cuidados, etc. El trabajo era estable y duraba toda la vida. Este se daba preferentemente dentro de una fábrica, con un espacio y tiempo determinado. En los anhelos predominaban la casa propia, el auto, la casa en la playa, territorios a conquistar. El tiempo establecido, hora para la visita del novio, hora de entrada al trabajo y hora de salida, hora de la siesta; tiempo rutinizado, tiempo de la “modernidad sólida”. Los roles bien establecidos, la mujer dedicada al cuidado y protección de la familia, el hombre trabajador y proveedor. Los amigos y enemigos eran claros, lo que está bien y lo que está mal, también. Esto a su vez proporcionaba modelos identificatorios estables (Berriel, 2003).

Plantea Berriel, F. (2007)

Una fuerte incitación a buscar y creer en el progreso social e individual, sostenida desde una cierta manera de transitar las sucesivas inscripciones sociales e institucionales (familiares, laborales, culturales, sanitarias, políticas, gremiales, académicas, etcétera) que jalonarán emblemas identificatorios centrales para la construcción del proyecto identificador (Aulagnier, 1994) y para el sentido que el envejecimiento adoptará en su marco (p.65).

Frente a otras formas posibles de vida, la “modernidad sólida” las combatía.

La modernidad fue una enemiga acérrima de la contingencia, la variedad, la ambigüedad, lo aleatorio y la idiosincrasia, “anomalías” todas a las que declaró una guerra santa de desgaste; y se sabía que la autonomía y la libertad individual serían las principales bajas de esa cruzada” (Bauman, Z. 2004. p. 31).

Los adultos mayores conviven en este mundo de hoy, en este tiempo que Bauman (2004) denomina “modernidad líquida”. Donde las certezas ya no son tales, donde todo fluye y nada es constante. Donde el espacio ya no es aquello que podemos tocar sino que empezamos a pensar y actuar en un “ciber espacio”. Donde el tiempo deja de estar regido por el reloj y el instante y la inmediatez es lo que vale. Donde lo valioso no está en que sea rígido y durable sino que lo descartable y reemplazable está a la orden del día. Donde las parejas no son para toda la vida sino que el amor también “fluye”.

Nuestra existencia toda estará pautaada por el poder fascinante y a veces perverso del ciber mundo y el ciber espacio; por el goce instantáneo y el placer del éxtasis en el

ahora y aquí, por el amor “líquido” y la comida “fast”; por el “el touch and go” de los nuevos vínculos sociales” (Araujo, A.M. 2009, p.29)

La concepción de familia tradicionalmente se ha definido desde el punto de vista fenomenológico como una agrupación de individuos con lazos consanguíneos, conyugales o de adopción, con vínculos entre sí e intereses en común, adoptando las certezas necesarias para formular de una manera rígida la composición familiar, acorde a la concepción de “modernidad sólida”. Si bien para este estudio se tomaron algunos elementos de estas conceptualizaciones que se han mencionado de familia para poder acotar la muestra, se estuvo atento a tener una mirada compleja a los cambios familiares acontecidos, no rigidizando la mirada anteponiendo una formulación a las nuevas formas de familia que acontecen en esta época. Esto nos permitiría distinguir los niveles de conflicto o consenso intergeneracional así como analizar los flujos de transferencias intergeneracionales tanto materiales como simbólicas.

Conflicto entendido como producción, en tanto produzca, se recree, se re-produzca, en una doble articulación: agenciamiento maquínico y agenciamiento de enunciación; con las transformaciones que en su entremedio pueden cristalizar. La manera de decir y la manera de ver (los enunciables y los visibles) son los que hacen posible los comportamientos y las mentalidades de la gente en un momento histórico dado: diagraman su saber. “El saber es un agenciamiento práctico, un dispositivo de enunciados y de visibilidades” (Deleuze, G., 1987 p. 79). Las visibilidades son formas de luminosidad creadas por la propia luz y que dejan subsistir las cosas como resplandores, reflejos, centellos. De las visibilidades se extrae evidencia. Estas superficies de visibilidad pueden ser designadas como formaciones no discursivas, situadas en un espacio complementario a un campo de enunciados, tal como plantea Foucault, M. (1970) en *La Arqueología del Saber*. Las visibilidades son irreductibles a los enunciados, y hasta constituyen una pasión en cuanto a la acción de los enunciados.

Dice Deleuze, (1987)

Una «época» no preexiste a los enunciados que la expresan, ni a las visibilidades que la ocupan. Esos son los dos aspectos esenciales: por un lado, cada estrato, cada formación histórica implica una distribución de lo visible y de lo enunciable que se produce en ella; por otro, de un estrato a otro existe variación de la distribución, puesto que la visibilidad cambia de modo y los enunciados cambian de régimen (p.76)

El conflicto así entendido no carece de sufrimiento y por tanto

La clínica se transforma en un constructo que tiene al sufrimiento psíquico por base y a su vez una elaboración teórica que da cuenta o intenta dar cuenta de un posible

devenir, o de una posible respuesta ante la pregunta de aquel que sufre (Rodríguez Nebot, J. 2004, p. 19)

Se parte de entender que el envejecimiento y la vejez es un proceso que se inicia a partir del nacimiento y se va construyendo a lo largo del tiempo vital de acuerdo a los entramados sociales, grupales y subjetivos que le dan sentido y lo van produciendo. “Sabemos que no existe una forma de envejecer ni de llegar a la vejez, depende de los significados que se le asignen en cada cultura, en cada momento histórico, en cada contexto sociocultural y para cada sujeto en singular”. (Carbajal, M. y Lladó, M. 2009. p. 107)

¿Cuáles son los significados que hoy portan las personas adultas mayores sobre su propio envejecer?

En Uruguay, el estudio cualitativo enmarcado en el “Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya”, (Berriel, F. Paredes, M. y Pérez, R. 2006) presenta resultados en cuanto a las representaciones que los adultos mayores tienen sobre el envejecimiento y la vejez. En el mismo se destaca el carácter complejo que tiene las representaciones que presentan la actual generación de adultos mayores en Uruguay. Coexistirían dos modelos paradigmáticos de envejecimiento, un modelo tradicional vinculado a una representación del envejecimiento con la pasividad, el declive y la enfermedad y un nuevo paradigma con contenidos casi inversos. Los entrevistados en este estudio “se sienten parte de una generación de transición” (p. 110) principalmente en lo referente a la no transmisión de pautas de comportamiento recibidas, pero si sintiéndose portadores de valores que consideran pertinente. Se plantea como ámbito privilegiado para estas transferencias intergeneracionales a la familia.

Con respecto a la asociación del envejecimiento con los aspectos más negativos, Salvarezza, L (1993) formula el término “viejismo” como equivalente de la expresión “ageism” de R. N. Butler, y designa así al “conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad” (p.23). Los distintos trabajos referidos a los prejuicios sobre la vejez, destacan una particularidad frente a otros prejuicios o discriminaciones y es que, es la única categoría social a la que todos en algún momento vamos a pertenecer y la única alternativa posible para no llegar es haber muerto antes.

Salvarezza, L. (1988) nos advierte con respecto al “viejismo” como un prejuicio que se vuelve contra la propia persona. Por lo que estos prejuicios pueden llegar a convertirse en “profecías de autocumplimiento”. Esto refiere a algo así como: si creo desde ya que todos

los viejos son frágiles, débiles, sin proyecto de vida y con una sexualidad inexistente por ejemplo, seguramente viviré una vejez así. La forma de sentirse, pensarse y actuar de los propios viejos y por qué no, de los profesionales que trabajamos con ellos, está condicionada por estos y todos los prejuicios referidos a la vejez.

Ricardo Iacub (2001) plantea que la rigidez de los prejuicios lleva a la degradación absoluta de la subjetividad, donde se deja de preguntar al sujeto sobre sus deseos y se le supone respuestas anticipadas, generalizadas (y podríamos decir hasta naturalizadas) como “todos los mayores” creen, hacen o desean tales cosas.

Los prejuicios y estereotipos tienen como característica fundamental la esencialización y universalización de la vejez, entendiendo a estas características como lo que constituye la naturaleza del ser viejo, aquello que es permanente e invariable, ocurriéndole a todos los sujetos que llegan a determinada edad sin tomar en cuenta el contexto social e histórico en el que se produce. Por otro lado sabemos que cada época ha construido sus prejuicios y estereotipos contra distintos sectores social, a los cuales los viejos no han estado exentos de ellos.

Otra característica que conllevan las construcciones prejuiciosas es que son formulaciones con determinada valoración jerárquica (cuerpo joven > cuerpo viejo) determinando una dimensión política, una dimensión vinculada al poder. (Berriel, F. 2003,2007)

Si bien, diferentes investigaciones y trabajos sobre el envejecimiento han demostrado de forma fehaciente que la mayoría de estas ideas preconcebidas sobre la vejez no son “reales”, éstas se encuentran tan naturalizadas que las vivimos como si fuesen “verdades”, produciendo y reproduciendo una determinada forma de envejecer. Las instituciones y los diversos discursos sociales son originales invenciones de los hombres, y también sus condiciones de existencia, sin embargo una vez creadas, aparecen para los hombres como dadas. (Berriel, F., Lladó, M., Pérez, R., 1995).

En la producción y reproducción del prejuicio la academia no ha estado exenta de esto. No olvidemos las dos grandes teorías sobre los aspectos sociales de la vejez que marcaron toda una época de prácticas profesionales y que han cristalizado “científicamente” estos modelos deficitarios del envejecimiento. Sus mayores exponentes son la Teoría del desapego, “disengagement theory” de Cummings y Henry (1961) y la Teoría de la Actividad de Maddox (Lehr, 1988); criticadas hasta el cansancio por varios autores pero que siguen teniendo su afección y eficacia en los significados que portamos sobre la vejez. Algunas

consideraciones que nos ameritan estas teorías refieren a que en ambas se despoja al viejo de su condición de sujeto deseante y de deseo. Los procesos subjetivos del viejo son un “impensado” o son pensados como una sucesión de pérdidas y duelos. Se lo obliga al anciano a quedar anclado en el pasado, con un presente efímero y sin sentido, y sin posibilidad de futuro. Ambas parten del mismo modelo involutivo en el ciclo vital, donde el envejecer conlleva en sí mismo la noción de declive en todas las áreas del ser. (Berriel, et al, 2006)

Podemos pensar que cuando decimos por ejemplo: Los viejos no tienen sexualidad, esto constituye una formulación que equivale a una acción (enunciado performativo), una acción que se cristaliza y se reproduce en sí misma; no la describe, la constituye. La noción de performatividad, planteada por Judith Butler (2002), apunta a que no hay sujeto previo a los actos que lo conforman y que el sujeto construye la realidad y su propia identidad mediante los actos que representa, que ejecuta. “...la performatividad debe entenderse, no como un “acto” singular y deliberado, sino, antes bien, como la práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra” (p.18). Estas conceptualizaciones nos ayudan a problematizar lo planteado anteriormente con respecto a la “esencialización y universalización de la vejez”. A su vez nos permiten comprender algunos de los mecanismos de producción y reproducción del prejuicio, así como nos permite identificar procesos y líneas de fuga que se despliegan en estas prácticas reiteradas. Como plantea Gil, E. P. (2002)

La repetición pura de las categorías es imposible, y por consiguiente siempre que repetimos producimos a la vez un desplazamiento de la misma categoría; al igual que en el teatro o en la música, ni el/la actor/actriz ni l@s music@s se limitan a reproducir la pieza tal cual, y es justamente en este punto en el que reside el arte de la interpretación. De la misma forma, también es en este mismo desplazamiento inherente a la repetición en donde se ubica la posibilidad de transgresión (p.36-37)

Castoriadis (1983) nos aporta una herramienta interesante con respecto al trabajo de elucidación. Con respecto a esto plantea “Lo que llamo elucidación es el trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan” (p.11).

Tampoco podemos dejar de mencionar los aportes de Castoriadis (1989) con respecto al “Imaginario social”; como un “magma de significaciones imaginarias sociales” que regula nuestro decir y orienta nuestras acciones, determinando tanto nuestra manera de sentir y desear como nuestra manera de pensar. A sí mismo, el concepto de “Imaginario Radical”, como el potencial creativo y transformador de las personas que adquiere un poder instituyente.

Es así que según la bibliografía consultada en Uruguay hoy encontramos junto al imaginario social instituido cargado de prejuicios y estereotipos negativos acerca de la vejez, la presencia de fuerzas instituyentes que, como expresión del imaginario radical, posibilitarían la emergencia de nuevas significaciones, (Berriel, F; Paredes, M.; Pérez, R. 2006). En este sentido es que las personas adultas mayores conforman una población heterogénea y es necesario tomar en cuenta esta perspectiva para la implementación de sistemas y estrategias de cuidado (Berriel, F., Pérez, R. y Rodríguez, S. 2011).

Es en este contexto que se otorga significados a las transformaciones que se producen en la vejez, desde las físicas, a las psicológicas, sociales, existenciales, a la posición del sujeto frente al tiempo, a la relación con el otro y su sociedad, incidiendo en la representación que se tendrá de sí mismo; pudiendo incrementar inseguridades, fragilizar mecanismos de control y afrontamiento, demandar nuevas formas de adaptación y/o reformulación del proyecto vital. (Iacub, 2011).

En este entramado es que se va conformando una identidad de la vejez. La identidad no es algo que descubrimos dentro nuestro, sino más bien una ficción que elaboramos; una especie de “metaevento” que ofrece coherencia y continuidad a la confusión de la experiencia (Ricoeur, 1985, 1996; Dennett, 1991)

Por procedimientos de construcción de la identidad podemos entender los recursos simbólicos y discursivos en los que cada sujeto reflexiona el orden social. La identidad adquiere, pues, el rango de los procedimientos de identificación y desidentificación narrados, sedimentados, reformulados. No sólo en el sentido personal (la novela familiar) sino también en el sentido de los metarrelatos que proporcionan los grandes modelos identificatorios (Marinas, J. M., 1995)

La narrativa ofrece un modelo que permite integrar la diversidad, la inestabilidad y/o la discontinuidad en la permanencia en el tiempo. El relato logra esta unidad temporal y de sentido por medio de la construcción de la trama. (Ricoeur, 1996)

Iacub (2011) plantea que la identidad puede ser pensada como una narrativa y tomando los aportes de McAdams(1985) y Ricoeur (1991) postula que es un movimiento pendular y dialéctico entre lo discordante y lo concordante, lo incoherente y lo coherente, donde el

resultado son los relatos que varían en el tiempo y que no remite a una identidad estática, sino a una reflexión sobre la misma.

En el envejecimiento y la vejez se pueden poner a prueba los lazos narrativos y necesitar un trabajo de configuración que facilite la integralidad de la identidad personal, a raíz de por ejemplo, los cambios de roles que se pueden presentar, los prejuicios sociales, las modificaciones a nivel de la imagen corporal y cambios en el cuerpo. (Iacub, 2011)

Si bien, como ya planteamos anteriormente la identidad está en permanente formulación, hay momentos vitales que ponen en jaque al sujeto y conlleva a una reelaboración identitaria.

Erik Erikson (2000) a través de su teoría del ciclo de la vida completo nos permite pensar en torno a estos momentos vitales. Desarrolla una teoría que permitió extender los estudios psicoanalíticos del desarrollo psicosexual hacia el desarrollo psicosocial del ciclo de vida completo de la persona. Plantea el desarrollo del ciclo completo de la vida en ocho estadios, donde cada uno integra el nivel somático, psíquico y ético-social y el principio epigenético; atribuyéndole a cada estadio una crisis dialéctica con cualidades sintónicas (virtudes o potencialidades) y distónicas (defectos o vulnerabilidades), en un equilibrio siempre dinámico. Los estadios son jerárquicos, integrando las cualidades y limitaciones de los estadios anteriores. Las crisis para este autor comprenden el pasaje de un estadio al otro, donde se podrá dar una progresión de un estadio a otro, o un estancamiento (o regresión) en el mismo. De la progresión o resolución de cada crisis emerge una fuerza o potencialidad específica para cada etapa. Del estancamiento emerge una patología, un defecto o una fragilidad también específica de cada estadio. Los estadios que propone este autor son: Infancia con su correspondiente crisis de *confianza versus desconfianza-esperanza*; niñez temprana, con su correspondiente crisis de *autonomía versus vergüenza y duda*; Edad de Juego con *iniciativa versus culpa y miedo-propositos*; Edad escolar con su crisis de *industria versus inferioridad-competencia*; Adolescencia con la correspondiente crisis de *identidad versus confusiones de roles-fidelidad y fe*; Juventud con su crisis de *intimidad versus aislamiento-amor*; Adulthood en donde se pone en juego la generatividad versus estancamiento-cuidado y celo; y por último Vejez donde la crisis estaría dada por la *integridad versus desespero-sabiduría*. (Erikson, 2000)

Por la pertinencia de este estudio solo se especificará sobre los dos últimos estadios propuestos por este autor.

Estadio Adulto o como otros autores llaman mediana edad se caracteriza por una cualidad generativa que incluye sinónimos tales como productividad, creatividad y refiere fundamentalmente al aporte propio a la comunidad, en el cuidado y la inversión en la formación y educación de las nuevas generaciones. La crisis referente al conflicto entre la *generatividad* y el *estancamiento* refiere a poder realizar este aporte a las próximas generaciones, en la búsqueda de ser y sentirse útil, mientras que el estancamiento sería sentirse en un lugar de no poder ofrecer nada al mundo. La virtud en esta etapa es el *cuidado y el amor*, hacia el mundo como forma de preservación y conservación de los valores universales de la humanidad. Plantea al cuidado como instintivo "*Paralelamente, cuidado (care) se revela como el impulso instintivo a "abrigar" (to cherish) y a "acariciar" (to caress) a lo que, en su desamparo, emite señales de desesperación*" (p.75). Si la fuerza generativa fracasa surge un sentimiento de estancamiento, que representa una regresión psicosocial y la aparición de patologías tanto individuales como sociales según plantea este autor.

En el *Estadio Vejez*, es la oposición entre la integridad del yo y la desesperanza lo que estaría en juego. Erikson plantea que hay que mantener la esperanza y la generatividad de las etapas anteriores. "En verdad, en cualquier lengua la esperanza connota la cualidad más básica de "yoidad", sin la cual la vida no podría comenzar o terminar con sentido" (p.78). El individuo que ha sabido cuidar y cuidarse, adoptará sus triunfos y desilusiones como inherentes al hecho de haber sido generador de productos e ideas en un madurar gradual, junto con otros, a lo largo de todo su ciclo de vida. A ese ideal es a lo que Erikson denomina "sabiduría", "preocupación informada y desapegada por el vida misma, frente a la muerte misma" (p. 77) Se corresponde a una actitud contemplativa y básicamente satisfecha e integrada. Por el contrario, la desesperanza traduciría un malestar consigo mismo bajo la forma de sentimientos de frustración, desgana, duda, vergüenza, ineficacia, culpa, soledad, desconfianza, miedo, tristeza... y terror a la proximidad de la muerte, un desdén al decir de Erikson, E. (2000)

En palabras de Ricardo Iacub (2011):

La sabiduría, concebida como la fuerza de esta etapa vital, implica la posibilidad de realizar cambios en la representación de sí que permita lecturas diferentes, con mayor proyección, abstracción y metaforización, posibilitando un sentimiento de interés renovado, seguridad y nuevos márgenes de control, y un sentido de continuidad y trascendencia en el otro u otros (p. 200)

Otro significado asociado directamente a cuidado y vejez es la dependencia. Coincidimos con las autoras Carrasco, C., Borderías, C., Torns, T., (2011) cuando plantean que “La idea de dependencia es un concepto construido socialmente que tiende a identificar como tales a determinados grupos de población, ya sea por razones de edad o de salud” (p.53). Estas autoras sostienen que esta es una versión restringida de dependencia y citando a Kittay (1999) y Fineman, (2006) plantean que la dependencia humana no es algo específico de determinados grupos de población, sino que representa la vulnerabilidad de las personas, siendo algo inherente a la condición humana, como el nacimiento y la muerte. Sostienen a su vez que en vez de hablar de la dicotomía independencia/independencia, se debería utilizar la idea de interdependencia “según la cual, todas las personas son social y humanamente interdependientes y requieren distintos cuidados según el momento del ciclo vital” (p.53).

La dependencia así planteada no es una situación excepcional causada por razones de edad o enfermedad, ni un resultado de decisiones o actuaciones individuales. Sin embargo, socialmente este es un concepto devaluado, donde se ha construido un mito sobre la independencia individual, reconociéndola como un valor social a conseguir. Fineman (2006) plantea que la dependencia es universal y por tanto la responsabilidad no debería ser privada ni individual, sino social y política. Kittay (1999) afirma que una sociedad que pretenda tener un sentido de igualdad y justicia social, debería poder definir los cuidados que la población necesita sin que estos estén determinados por sexo, raza, género o cualquier otra categoría social.

Es necesario problematizar las conceptualizaciones que desde el ámbito académico se han desarrollado en torno al cuidado como descontextuado de los procesos sociales y de una familia en tensiones, para poder estar atentos a tener una mirada compleja a los cambios familiares acontecidos, no rigidizando la mirada anteponiendo una formulación a las nuevas formas de familia que acontecen en esta época. Esto nos permitirá distinguir los niveles de conflicto o consenso intergeneracional así como analizar los flujos de transferencias intergeneracionales tanto materiales como simbólicas en torno al cuidado.

Los estudios sobre la mujer, el feminismo y el patriarcado han aportado giros y evidencias importantes que pretendemos recoger en forma transversal en este estudio. Como se expuso anteriormente toda investigación que refiera a la población adulta mayor y más específicamente en torno a la temática del cuidado, debe incorporar una perspectiva de género. A pesar de que diversos estudios (Tous y Navarro, 1997; Berriel, et al, 2006) arrojan

datos diferenciales respecto a hombres y mujeres, la vejez y el proceso de envejecimiento sigue siendo abordado con una llamativa prescindencia de la problemática del género en su consideración (Berriel, 2003)

Desde una perspectiva descriptiva el género:

Se define como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y hombres. Tal diferencia es producto de un largo proceso histórico de construcción social, que no solo produce diferencias entre los géneros femenino y masculino, sino que, a la vez, estas diferencias implican desigualdades y jerarquías entre ambos” (Burin y Meler, 2000, p.23).

Las características asignadas a las mujeres y hombres están presentes en nuestra cultura y se instalan en nuestras vidas desde el momento en que nacemos. Estas características asocian a los varones con cualidades tales como las de racionalidad, dominación, independencia, frialdad, objetividad, mientras a las mujeres se les asocian la irracionalidad, pasividad, dependencia, ternura, emotividad y subjetividad. Se considera que estas características “femeninas”, opuestas a las “masculinas” y minusvaloradas, son un obstáculo para la producción científica de las mujeres, ya que las cualidades necesarias para hacer ciencia serían las “masculinas”. Para Fernández, A. M. (1994), lo que se “sabe” respecto a lo que hombre y mujer “son”, se ha organizado, en nuestra cultura, a partir de una lógica binaria: “... activo – pasiva, fuerte – débil, racional – emocional, público-privado, etc.” (p.37).

Pérez Sedeño, E. (2008) plantea que estas ideas, con un grado mayor o menor de desarrollo, conformaron las ideas científicas sobre las mujeres hasta bien entrado el siglo XX. Plantea que se han apreciado dos formas fundamentales de discriminación, la territorial y la jerárquica. Por la primera, las mujeres quedan relegadas a disciplinas y trabajos concretos, marcados por el sexo. El trabajo de cuidado ha quedado básicamente destinado a las mujeres. A esos trabajos o carreras “feminizados” se les atribuye menor valor, se los considera rutinarios o poco importantes, por el hecho de ser realizados por mujeres. Resulta bastante constatable este planteo, cuando observamos por ejemplo los diferentes servicios en la Universidad de la República. Históricamente Enfermería y Psicología han sido carreras “destinadas” a mujeres y son relegadas dentro del mismo ámbito universitario a la hora de destinar recursos para la formación y/o especialización.

Harding, S. (1987) plantea que si deseamos comprender las transformaciones que requieren las ciencias sociales para entender el género y las actividades femeninas, necesitamos reconocer las limitaciones de las estrategias que suelen emplearse para así rectificar el

androcentrismo de los estudios tradicionales. Refiere al problema de la suma o agregación de las mujeres en las investigaciones donde aparecen tres clases de mujeres como privilegiadas: “las científicas, las mujeres que participaban en la vida pública y las mujeres que habían sido víctimas de las formas más brutales de dominación masculina”. Este autor analiza detalladamente cada caso, planteando las diferentes dificultades que conllevan este tipo de estudios. Estos enfoques dejan intactos algunos criterios indudablemente androcéntricos y, en por consiguiente, nos ofrece un análisis parcial y distorsionado del género y de las actividades sociales de las mujeres.

Siguiendo con Harding, S. (1987), los nuevos recursos empíricos y teóricos que presentan las investigaciones en el campo del feminismo: las experiencias de las mujeres. Se parte de la base de que muchos de los fenómenos que resultan problemáticos desde la perspectiva masculina no lo son en absoluto desde la perspectiva de las experiencias de las mujeres. Este autor plantea una cuestión interesante en cuanto a que:

Si pensamos en la manera como se convierten los fenómenos sociales en problemas que requieren explicación, veremos de inmediato que no existe problema alguno si no hay una persona (o grupo de personas) que lo defina como tal y lo padezca: un problema es siempre problema para alguien (s/p).

Sin duda el problema del cuidado es un problema para alguien y en este caso para las mujeres de nuestra época. Mujeres que “deben cumplir” con el cuidado de los niños, con el cuidado de los viejos de su familia, además de cumplir con otros requerimientos sociales establecidos en esta época.

Es bastante vasta la bibliografía que apunta al estudio de las mujeres desde su experiencia como cuidadora. Sin embargo muchos estudios se centran en una perspectiva reivindicativa, en por ejemplo, el uso del tiempo libre, el poco tiempo que dejan las tareas de cuidado para una inserción social desde el punto de vista del empleo, el desarrollo personal, etc. Sin restarle importancia a esta reivindicación, esta perspectiva no se enfoca en lo que refiere a la experiencia en sí misma y cómo esa experiencia es situada según la época, cultura, clase social, raza, etc. Lo que podríamos denominar, pasar desde una perspectiva de “la mujer” a la perspectiva de “las mujeres”. Seguramente la experiencia de brindar cuidados de una mujer occidental, afro descendiente, de bajo recursos no será la misma que la de una mujer indígena Aimara.

Los estudios poscoloniales han avanzado en este sentido. Chandra Mohanty (2008) realiza una crítica interna de los feminismos hegemónicos de Occidente, proponiendo la

formulación de estrategias feministas basadas en la autonomía de las mujeres teniendo en cuenta sus geografías, sus historias y sus propias culturas. Esta autora propone una revisión y un análisis de los textos elaborados desde el “feminismo occidental” que se sitúan a producir conocimiento sobre la situación de la “mujer del Tercer Mundo”, entendiéndola como un sujeto monolítico singular. Se propone cuestionar epistemológica y políticamente a partir de la incorporación del concepto de “colonización” definido como el “predominio discursivo” de Occidente y de una “cierta forma de apropiación y codificación” a través de categorías analíticas particulares.

El término “colonización” nos ayuda pensar sobre el mal tratamiento y la apropiación por parte del “feminismo blanco occidental” de las luchas y las resistencias de las diversas mujeres tercermundistas en países del “primer Mundo”. Nos permite pensar también como se parte de definiciones que homogeneizan las experiencias de las “mujeres del tercer mundo”. Esto supone una relación de dominación estructural y la supresión de la heterogeneidad de las mujeres, de sus voces y de sus luchas y resistencias, pecando de un universalismo etnocéntrico y de una conciencia inadecuada sobre el “tercer mundo” en un contexto mundial dominado por Occidente. Es de esta forma que se apropian, “colonizan”, homogenizan la complejidad constitutiva que caracteriza la vida de las “mujeres de del tercer mundo, llevando a establecer una universalización de la categoría social denominada “mujer”. Se plantean a su vez una comparabilidad de echo que lleva, casi siempre, a conclusiones de superioridad de la “mujer occidental” (situada como patrón para la comparación), por sobre la/s mujer/es no-occidentales.

Si se desea “entender” cómo se han construido esas experiencias cotidianas, se nos hace imprescindible también conocer desde donde estamos “mirando” nosotros (los investigadores) estas experiencias. Es decir, conocer cómo se han construidos también nuestras experiencias de cuidado, y como estas pueden o no interferir en nuestra mirada a la hora de aproximarnos a la experiencia del otro.

Resulta relevante la crítica al etnocentrismo feminista y a las propuestas epistemológicas de descolonizar el conocimiento. Esto nos permite dar un paso más allá, ya que nos solo nos permite develar la manera en que las representaciones textuales de aquellos sujetos sociales construidos como los “otros” se convierten en una forma de colonialismo discursivo, sino que nos permite pensar como estos se producen y construyen una cierta “realidad”.

El pensamiento feminista a lo largo de la historia se ha preguntado por las diversas vicisitudes que han atravesado las mujeres en las diferentes épocas.

Los estudios sobre la maternidad, en especial la desmitificación del esencialismo de las concepciones modernas de la maternidad, mostrando la variabilidad histórica y de clase de las concepciones y prácticas de la maternidad fue, desde los inicios de los años setenta, una de las primeras líneas de investigación de la historiografía feminista francesas Knibiehler, Y. y Fouquet, C. (1977). Estos aportes han permitido dejar de ver la maternidad como un mero hecho biológico, natural e instintivo para inscribirla en la historia y la cultura, permitiendo leer la maternidad como un hecho social. Otros aportes han permitido ver este hecho como una realidad que se articulan distintas dimensiones. Reyna Pastor, (2005, p. 315) plantea: “La maternidad no es exclusivamente natural ni puramente cultural, compromete los dos aspectos y lo real, lo imaginario y lo simbólico. Es un conjunto de fenómenos que no podría ser abarcado desde un solo punto de vista”.

Por otro lado, Judith Butler (2004) plantea que la cuestión sobre la vida ha estado en el centro de gran parte de la teoría feminista. Sobre la vida y sobre la supervivencia. Y sin lugar a duda, si algo atañe a la vida son las prácticas de cuidado que hacen que esa vida pueda ser llevada adelante. Preguntarse sobre, por ejemplo, “¿Quién cuida de la vida cuando surge? (...) ¿Quién cuida de la vida cuando mengua? (...) ¿Y hasta qué punto el género, el género coherente, garantiza una vida habitable?” (Butler, J, 2004, p. 278) es parte de un posicionamiento ético, político y filosófico. Nos propone pensar la normatividad en su doble sentido. Por un lado, el sentido que refiere a los propósitos y a las aspiraciones que nos guían, mediante las cuales nos orientamos y orientan nuestras acciones. Por otro parte, al proceso de normalización que conlleva definiendo que es normal y que no, para hombres y mujeres. “...vemos que las normas son lo que rige la vida “inteligible”, a los hombres “reales” y a las mujeres “reales”” (Butler, J, 2004, p. 279). ¿Qué pasa entonces cuando nos apartamos de la norma? ¿Qué pasa cuando algunas mujeres plantean el deseo de no querer o no poder cuidar? ¿Siguen siendo mujeres? ¿Son mujeres que perdieron su feminidad? Esta autora plantea la “norma” como aquello que nos ata y crea la unidad a través de la estrategia de exclusión.

En otras palabras, ¿cómo se produce una determinada subjetividad?, se produce como el resultado de la incidencia de los mecanismos de normalización en el individuo. Estos mecanismos se articulan a partir de los dispositivos disciplinarios, con el fin de producir un tipo de mentalidad acorde a las condiciones culturales existentes a partir de un sistema de prácticas y discursos (Foucault, 1989.)

Igualmente aquello que se aparta de la norma establece puntos de ruptura con lo establecido, por tanto no sólo importa investigar sobre cómo se instituyen los términos del género, cómo se naturalizan, sino que también en lo que Butler (2004) denomina “trazar los momentos en los que se disputa y se reta al sistema binario del género” (p. 292).

El género como categoría de análisis es siempre relacional (entre-intra), es una construcción histórico-social de los discursos.

Sin duda los estudios y acciones a desarrollar hacia el envejecimiento y la vejez deberían comprender una perspectiva de género siempre y cuando esta perspectiva no normalice, cierre, naturalice; sino que, despliegue las diferencias, subvierta los parámetros hegemónicos establecidos mediante prácticas regulatorias totalizantes.

Plantea Berriel (2003)

“... podríamos meramente “atender” a cuestiones diferenciales para uno u otro sexo que emergieran del “hablar” de los datos, pero corriendo un altísimo riesgo de asumir acríticamente lo que los discursos sociales hegemónicos para nuestra cultura han definido como “esencia” de lo masculino y lo femenino. Esto constituye parte de un conjunto de convenciones, actitudes y valores colectivos que, en tanto configuran una perspectiva jerárquica de lo diferente, la inclusión de una perspectiva de género debe aportar a des – construir” (p.36)

PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio se enmarca en un momento social histórico propicio para el tratamiento del tema cuidado y adultos mayores, apuntando a aportar una perspectiva nueva al tratamiento del tema. Hasta el momento el tema no ha sido estudiado desde una perspectiva cualitativa desde los usuarios de un sistema que se está terminando de definir: El Sistema Nacional de Cuidados. Dentro de las preocupaciones del mundo académico la población que pretende abordar este estudio, los viejos más viejos, es escasamente estudiada o se estipula desde el saber científico las modalidades de cuidado que “deben” recibir las personas adultas mayores. Se establecen los criterios de lo que sería un “buen cuidado” y/o se establecen estrategias de intervención sin consultar a la población objetivo, o si se la consulta no se problematiza los significados atribuidos a las opiniones o enunciados de deseabilidad.

Conocer el universo de sentido en el que se enmarca la producción de significados sobre el cuidado en las personas adultas mayores destinatarios del mismo, parece ser un elemento necesario para comprender la disposición subjetiva y efectiva ante el cuidado de estas personas, así como los instrumentos de los que se dispone para afrontar el desafío de integrar la necesidad de ser cuidado a distintos niveles. Por otra parte, aproximarnos rigurosamente a este universo de sentido nos permitirá tanto comprender el proceso de producción de significaciones sobre el cuidado y elementos más o menos vinculados, así como contar con conocimientos pertinentes para un diseño más adecuado de acciones programadas en este campo.

Algunas de las preguntas que se han ido formulando en el trayecto de construcción de este estudio: Sobre Cuidado: ¿Qué se entiende por cuidado? ¿Qué se entiende por un buen cuidado? ¿Hay diferencia entre recibir y dar cuidados? ¿Cuales serían? ¿Ha cambiado este concepto a lo largo de la vida? ¿Con que modelos identificatorios se relaciona?

Sobre el cuidado recibido o aportado: indagar niveles de satisfacción, sufrimiento, niveles de intercambio, costos. ¿Como valora la experiencia realizada y/o recibida? ¿Deber, obligación? ¿De quién se aprende a cuidar? ¿Se dimensiona una posibilidad de conflicto en estas prácticas? ¿Cuáles serían?

Sobre las expectativas: ¿cuáles son? ¿Quién debe encargarse del cuidado? ¿Por qué? Que acciones se visualiza que ha realizado para colmar estas expectativas? ¿Cuáles son las

cosas que le han transmitido otras generaciones y cuales ha transmitido hacia generaciones menores? Con respecto a las diferencia de género en las prácticas de cuidado: ¿existen diferencias? ¿qué deben hacer mujeres y varones en esta situación? ¿Por qué?

Con respecto a la relacione entre cuidado y familia: ¿Cómo está compuesta la familia? ¿Hay diferencias en el significado que se le da al cuidado según la composición familiar?

¿Existe una relación entre cuidados y la concepción de Vejez?: ¿Qué es envejecer? ¿Qué implica? ¿Implica cuidados? ¿De que tipo?

Y con la relación cuidados y dependencia/autonomía: ¿Qué se entiende por ser dependiente? ¿A que ámbito de lo humano lo relaciona? ¿Qué se entiende por autonomía y a que ámbito de lo humano lo relaciona? ¿Qué relación existe con el cuidado?

OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Estudiar los significados sobre el cuidado de las personas adultas mayores de Montevideo, vinculando estos significados con el tipo de hogar y las relaciones familiares.

Objetivos Específicos:

- Determinar las expectativas que tienen las personas adultas mayores sobre el cuidado.
- Relevar los significados que sustentan las expectativas de cuidado que tienen las personas adultas mayores.
- Identificar el tipo de hogar y las relaciones familiares que conforman las personas adultas mayores, identificando posibles continuidades y cambio en las transmisiones intergeneracionales sobre el cuidado.
- Relevar posibles dimensiones de conflictos en prácticas de cuidado.
- Evaluar las diferencias en los discursos entre hombres y mujeres sobre el tema de Cuidado.

MÉTODO Y PROCEDIMIENTOS.

El presente estudio pretende aportar conocimiento en torno a las expectativas y significados sobre cuidado, en una población de personas adultas mayores, relacionándolos con las configuraciones familiares en el marco de las cuales se producen esas redes de significados. Por lo tanto, no pretenderá llegar a conclusiones universales ni esencialistas, en el entendido que en la significación y la producción de subjetividad, en tanto acontecimientos eminentemente prácticos, se trasuntan en procesos antes que en estados clausurados. Tampoco se pretende llegar a obtener conclusiones representativas estadísticamente. Para ello se decidió realizar un estudio cualitativo, que permita alcanzar los objetivos planteados a partir de entrevistas en profundidad a personas adultas mayores de 75 años.

Varios autores (Guba y Lincoln; Strauss, A., citado en López, 2006; González Rey, 2000; Coffey y Atkinson, 2003) han fundamentado la pertinencia de la investigación cualitativa para aproximarse a la comprensión del universo de significados que determinados acontecimientos tienen y/o generan en las personas. Este tipo de estudios reconocen la complejidad de lo social, la heterogeneidad de los sujetos y los grupos humanos, las relaciones de cooperación y conflicto entre los mismos, la naturaleza dinámica y contradictoria de los acontecimientos y se basan en la perspectiva de los actores mediante la recuperación de su palabra; aportando conocimiento implicado y situado.

Fernando González Rey (2000) propone que

La definición de nuestro objeto de estudio en términos cualitativos está asociada a la naturaleza ontológica, que al definirse en términos de sentidos subjetivos y procesos de significación, conduce a la definición de unidades complejas para su estudio, cualitativamente diferentes a las usadas en la epistemología cuantitativa (pp. 31).

Por este motivo se elige la entrevista en profundidad como técnica pertinente para utilizar en este estudio. La entrevista en profundidad es una técnica que permite obtener que una persona transmita oralmente al entrevistador su definición personal de situaciones vividas. “En la entrevista, el investigador busca encontrar lo que es importante y significativo en la mente de los informantes, sus significados, perspectivas e interpretaciones, en modo en que ellos ven, clasifican y experimentan su propio mundo” (Ruiz y Ispizua, 1989, p.126). Estos autores plantean que esta técnica se ejecuta en base a criterios operativos fundamentales que son los que le dan validez como instrumento de captación y transmisión de significado. Se planea realizar tantas entrevistas como fueran necesarias a fin de lograr el criterio de

saturación teórica. Se entiende por esto que existe una redundancia en los datos y la selección de nuevos casos no aporta información diferente de la ya recogida. A priori se plantea realizar dos o tres entrevistas a cada grupo de la muestra que conforma este estudio para que permita una cierta comparabilidad entre ellos.

En relación a la muestra, los sujetos elegidos fueron hombre y mujeres mayores de 75 años, residentes de la ciudad de Montevideo. Muchos autores coinciden en que a partir de los 75 años se incrementa el riesgo de dependencia debido al deterioro propio de la edad y al incremento de las enfermedades crónico degenerativas (García, Rabadán y Sánchez, 2006; Ham, 2003, citado en Arroyo, 2009); también se plantea en esta edad el inicio de la denominada cuarta edad. Neugarten (1996) hace alusión a que la realidad de los mayores, ubicados en la cuarta edad, está caracterizada por la aparición de deterioros físicos, mentales, y la disminución de redes de apoyo social, por lo que los ancianos de este grupo tienen mayor necesidad de protección y de cuidados especiales.

Se elige esta población por corte de edad en función de poder estudiar a las personas adultas mayores que están o estarán próximamente en condiciones de recibir cuidados de algún tipo en su diario vivir.

Otro criterio que sustenta la muestra refiere a la categoría de nivel socio económico, Para este estudio se tomó a personas adultas mayores que se encuentren en un nivel socioeconómico medio según el “Índice de Nivel Socioeconómico para estudios de mercado y opinión pública” (INSE), validado por la facultad de Ciencias Sociales (2006)⁵. Debido a la duración del presente estudio y a los recursos con los que se contaron se optó por no tomar los otros niveles socioeconómicos existentes. La elección de este criterio se sustenta en la mayor variabilidad que presenta este estrato social en lo referente a la implementación de estrategias de cuidados hacia los adultos mayores. (Berriel, F., et al, 2011). En los estratos de nivel alto, el ingreso económico permitiría la utilización de las ofertas del mercado para el cuidado, mientras que en los estratos de nivel bajo, el cuidado se basa primordialmente dentro de la familia. De ello se sigue que optar por los sectores medios nos ubica en un grupo social heterogéneo en sus modalidades de abordar el problema de las necesidades de cuidado.

Por otro lado se tomó el Tipo de Hogar y las relaciones familiares de 1º grado. Los criterios que finalmente se establecieron en el proyecto presentado fueron:

⁵ Disponible en URL: http://www.comunicacion.edu.uy/sites/default/files/inse_0.pdf

- (a) Personas adultas mayores que viven solas
- (b) Personas adultas mayores que viven con cónyuge.
- (c) Personas adultas mayores que viven con al menos 1 generación distinta dentro del hogar que no sea cónyuge.
- (d) Personas adultas mayores que viven con una misma generación que no sea cónyuge

En referencia a las relaciones familiares de 1º grado, se tomó a personas adultas mayores con y sin hijos. Se entrevistó a hombres y mujeres de cada tipo.

En suma, la muestra se conformó por máxima variación, pudiéndose graficar de la siguiente manera:

Personas Adultas Mayores de 75 años, residentes en Montevideo de nivel socioeconómico medio.			
Tipo de Hogar	Viven solos	con hijos	Hombres
			Mujeres
		sin hijos	Hombres
			Mujeres
	Viven con conyugue	con hijos	Hombres
			Mujeres
		sin hijos	Hombres
			Mujeres
	Viven con una generación distinta que no sea su cónyuge	con hijos	Hombres
			Mujeres
		sin hijos	Hombres
			Mujeres
Viven con una misma Generación que no sea su cónyuge	con hijos	Hombres	
		Mujeres	
	sin hijos	Hombres	
		Mujeres	

La captación de la muestra se realizó con la técnica de “bola de nieve” (por contactos en red) a partir de expertos calificados en la temática. Se recurrió a las redes de organizaciones de adultos mayores con la que cuenta el Núcleo Interdisciplinario de Envejecimiento y Vejez así como a los Servicios de la Universidad de la República para el reclutamiento de los participantes.

Se realizaron un total de 34 entrevistas válidas pudiendo abarcar la heterogeneidad que nos planteamos en el proyecto, no logrando abarcar todos los tipos. Algunos tipos resultó dificultoso acceder y no se logró entrevistar a: 1) Hombres y mujeres sin hijo que vivan con una generación distinta que no sea su cónyuge, 2) Hombre con hijos que viva con una

misma generación que no sea su cónyuge y 3) Mujeres sin hijos que viven con misma generación que sea su cónyuge.

Se tomaron todos los recaudos para mantener bajo las normas de confidencialidad y secreto profesional, los datos que puedan identificar a los participantes. A cada entrevistado se le asignó una etiqueta que permitiera fácilmente identificar estos criterios planteados en el estudio.

Las etiquetas se conformaron de la siguiente manera:

- a) Las primeras tres letras son el nombre del estudio: **CAM** (Cuidado Adultos Mayores)
- b) La cuarta letra es el sexo: **H** (hombre) o **M** (mujer)
- c) La quinta letra es de acuerdo al tipo de hogar:
 - Vive solo/a: **S**
 - Vive con su cónyuge: **P**
 - Vive con otra generación que no sea su cónyuge: **O**
 - Vive con otra persona de la misma generación que no sea su cónyuge: **G**
- d) La sexta letra es si tienen o no hijos:
 - Con hijos: **H**
 - Sin hijos: **X**
- e) Al final va un número que surge de la cantidad de entrevistas según los tipos anteriores.

El siguiente cuadro muestra las entrevistas realizadas según el tipo:

Personas Adultas Mayores de 75 años, residentes en Montevideo de nivel socioeconómico medio.				Cantidad de entrevistas						
Tipo de Hogar	Viven solos	con hijos	Hombres	CAMHSH1	CAMHSH2					
			Mujeres	CAMMSH1	CAMMSH2	CAMMSH3	CAMMSH4	CAMMSH5		
		sin hijos	Hombres	CAMHSX1						
			Mujeres	CAMMSX1	CAMMSX2	CAMMSX3	CAMMSX4			
	Viven con conyugue	con hijos	Hombres	CAMHPH1	CAMHPH2	CAMHPH3	CAMHPH4	CAMHPH5	CAMHPH6	
			Mujeres	CAMMPH1	CAMMPH2	CAMMPH3	CAMMPH4			
		sin hijos	Hombres	CAMHPX1	CAMHPX2					
			Mujeres	CAMMPX1	CAMMPX2					
	Viven con una generación distinta que no sea su cónyuge	con hijos	Hombres	CAMHOH1						
			Mujeres	CAMMOH1	CAMMOH2	CAMMOH3	CAMMOH4	CAMMOH5		
		sin hijos	Hombres							
			Mujeres							
	Viven con una misma generación que no sea su cónyuge	con hijos	Hombres							
			Mujeres	CAMMGH1						
sin hijos		Hombres	CAMMGX1							
		Mujeres								

Finalmente las edades de los participantes fueron entre los 75 y 93 años de edad, con una media de 81 años.

Para el análisis de la información se realizó un registro grabado de audio de cada entrevista, con el consentimiento informado de los participantes, como establecen las normas éticas vigentes en la Facultad de Psicología.

Posteriormente se transcribieron las entrevistas de forma textual siguiendo las reglas básicas de Geal Jefferson. Se utilizó el software de procesamientos de datos cualitativo Atlas - Ti. La utilización de este programa computacional no pretende sustituir el análisis que podemos realizar como investigadores sino que, nos permitió agilizar el mismo en el tiempo propuesto y la cantidad de información que nos aportaron las entrevistas.

Se realizó un análisis de los datos utilizando el Análisis de Contenido en el entendido que este nos permite acceder a los principales contenidos simbólicos que, sobre el cuidado se configuran en mujeres y hombres viejos. Krippendorff (1980), define el Análisis de Contenido como “la técnica destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a un contexto” (citado por Vázquez Sixto, Félix, 1996, p.48)

Esta técnica, según el Krippendorff (1980, citado por Porta, Luis y Silva; Miriam, 2003) sitúa al investigador respecto de la realidad en una triple perspectiva: - Los datos tal y como se comunican al analista. - El contexto de los datos. - La forma en que el conocimiento del analista obliga a dividir la realidad. “El Análisis de Contenido se configura, como una técnica objetiva, sistemática, cualitativa y cuantitativa que trabaja con materiales representativos, marcada por la exhaustividad y con posibilidades de generalización”. (Porta, Luis y Silva; Miriam, 2003, p.8)

El análisis de la información ha sido un proceso complejo de carácter interpretativo, comprensivo y recursivo, complementándose entre planteamientos deductivos e inductivos. Dicho proceso implica operaciones de codificación y categorización de las unidades básicas de significado. Con la ayuda del programa Atlas-ti, se fueron codificando las entrevistas a medida que se iban transcribiendo y volviendo a re-codificar de acuerdo a los nuevos significados surgidos de las nuevas entrevistas. Esto permitió ir ajustando la pauta de entrevista a medida que se desarrollaba el estudio, tocando los mismos tópicos en todas las entrevistas. La pauta de entrevista se compuso de grandes tópicos con un guion y preguntas

orientadoras que permitieran el desarrollo de la entrevista pero en ningún caso se trató de preguntas cerradas. (Se anexa pauta de entrevista). Este proceso recursivo y de comparación constante se llevó adelante hasta que se logró una determinada saturación teórica.

El procedimiento de trabajo se ha desarrollado en tres niveles (Vallés, M. 2003) (Pérez, G., Guijarro, E, 2011)

a) Tras la introducción de los datos textuales en el programa se inicia su reducción. La operación de reducción se lleva a cabo a lo largo de todo el proceso. Conlleva dos actividades básicas: la categorización y la codificación. Se trata en esta operación de identificar las unidades de significado más globales en los textos etiquetando con un código. Para ello, se utiliza un sistema de codificación abierta que segmenta la información en unidades coherentes de significado y crea una primera matriz básica de conceptos.

b) En el segundo nivel de análisis el proceso implica la interpretación textual a nivel superior en conceptualización entre las unidades de significado sencillas y las unidades de significado más global. Se utiliza el método de comparación constante y el sistema de codificación axial. Con ello se conceptualiza y se ordena la información a través de conceptos de mayor nivel de abstracción y generalidad (categorías). Las categorías se han entendido como el concepto general bajo el cual se clasifican un cierto número de unidades de análisis. Constituyen en consecuencia, las estructuras lógicas desde las que se clasifican las respuestas. Las categorías elegidas y definidas se refieren a situaciones, causas, contextos, acciones, recursos, mejoras y cambios en el programa. Para nombrar las categorías se han utilizado las palabras-conceptos obtenidos del vocabulario expresado en las respuestas de los sujetos, buscando siempre la adecuación y la operatividad. A veces, se generaron nombres para reagruparlas en base a un criterio unificador logrando, al final del proceso, que todas las ideas estuvieran incluidas en algunas de las categorías. Para obtener los criterios, de validez, credibilidad, confiabilidad, pertinencia, sistematicidad y exclusividad de las categorías, se utilizó la técnica de debate y triangulación de opiniones de expertos que, tras la lectura de las categorías, analizaron las coincidencias y discrepancias para decidir la permanencia o la exclusión de la categoría.

c) En un tercer nivel, se intensifica el proceso de síntesis y significado. La operación se lleva a cabo mediante la codificación selectiva que trata de identificar y organizar en categorías amplias todas las ideas expresadas por los sujetos encuestados. Esto es, se trata de encontrar una estructura integradora de las ideas significativas y centrales de los sectores de la muestra. (p.313)

RESULTADOS

Se plasmaran en este apartado los principales resultados emergentes de las entrevistas realizadas. El ordenamiento de la presentación de los resultados no responde a un criterio de relevancia temática sino que busca plantear una mayor claridad al lector.

Significado de Cuidado

Al momento de realizar las entrevistas era de interés poder recabar cuales eran los significados que espontáneamente surgían frente a la pregunta “*qué se entiende por cuidado*” sin referirlo a ningún ámbito específico. Se debe aclarar que es una pregunta que en muchos entrevistados generó ansiedad y era respondida con algunas preguntas en busca de aclaración. Frente a la respuesta de que podían tomarlo desde donde él o ella quisieran, lograron comenzar a referir ciertos significados que expondremos a continuación. Algunos participantes comenzaban a exponer lo que para ellos es el cuidado de una forma que se puede denominar como inversa. Es decir, se lo define por lo contrario, lo que no es cuidar o lo que sería un descuido.

CAMMSX3: y entonces la persona que no tenga paciencia para tratar

CAMHPH4: ah, para mi es fundamental ¿no? porque yo veo todo esos, yo acá en el barrio veo una drogadicta que tiene cuatro hijos, ya el primero es drogadicto, los otros andan sueltos pidiendo monedas y bueno, el pronóstico de ellos no es muy bueno ¿no?

CAMMSX4: eh eh yo sí, pero yo veo mucha gente, se de mucha gente que está muy mal cuidada, este y la falta de compañía claro.

Para poder ser lo más claros posible en este informe a partir de aquí se realizaran algunos apartados intentando no perder la complejidad que hace al mundo de los significados sobre el cuidado.

Cuidar/cuidarse/ser-cuidado/cuidado-recíproco

Un primera aproximación los entrevistados refieren a las prácticas de “*cuidar*”, es decir a aquellas acciones que desarrollan brindando un cuidado hacia otra persona y principalmente refieren a un familiar. Este “*cuidar*” refiere específicamente a la 2ª acepción que brinda la Real Academia Española (RAE) “2. tr. Asistir, guardar, conservar. Cuidar a un enfermo, la casa, la ropa. U. t. c. intr. Cuidar de la hacienda, de los niños.”

Estas acciones se desarrollan en el marco de un proceso de enfermedad de algún integrante de la familia donde se presenta una asistencia frente a una vulnerabilidad del otro.

En un grado menor de relevancia aparecen las prácticas que refieren al auto-cuidado, o “*cuidarse*” y estos aparecen relacionados directamente con el cuidado físico. En este caso los entrevistados refieren a la 4ª acepción que plantea la RAE “4. *prnl. Mirar por la propia salud, darse buena vida*”. En este sentido aparece principalmente lo referente a la prevención y se asocia también a la enfermedad en el sentido de la realización de prácticas de autocuidado que prevengan la aparición de enfermedades físicas. No aparece con relevancia un cuidado de si o autocuidado como una acción que sea gratificante.

CAMHPH5: (0.3) bueno hay varios cuidados, pero lo que más sufre así en la vida fue el cuidado de mi persona

CAMMPH1: Entonces yo creo que los cuidados, te los tenes que hacer mucho vos.

CAMMGH1: Mirá yo entiendo que cuidado es en primer lugar, es tratar de no comer cosas que te pueda hacer mal, ¿no? pero que tenés que alimentarte, ¿no? si querés estar fuerte, yo entiendo así. ¿Cuidado? tenés que cuidarte muy bien de la higiene que es lo principal para mí ¿no? en la casa, no? personalmente, eso para mí es:: Por eso me entraba desesperación, porque yo siempre fui muy de limpiar y de cuidar y de limpiar, y, no? porque me parece a mí que es la forma de ayudar la salud de uno, no?

Casi en un mismo nivel de relevancia (pero menor a los anteriores) aparece el “*ser cuidado*” es decir, la referencia a los cuidados recibidos por otros; con el “*cuidado mutuo*”, que refiere cuando el cuidado es asociado a prácticas que son recíprocas. Estas últimas aparecen mayoritariamente en los entrevistados que viven con sus parejas.

El “*el ser cuidado*” también aparece desde la acepción de recibir asistencia frente a problemas de enfermedad física.

CAMMOH4: y para mi serían los cuidados yo que sé, solamente que estuviera muy enferma en la cama sin poderme mover o algo que alguien me cuidara, no?

En el “*cuidado mutuo*” los sentidos asociados refieren a prácticas de cuidado que se dan y se reciben de forma recíproca. La RAE en su 2ª acepción refiere a “2. *tr. Responder a una acción con otra semejante. U. m. en América*”. Aparece un contrato implícito de cuidados recíprocos principalmente cuando se refieren a los cuidados dentro de las parejas. Esto es planteado con igual relevancia tanto por hombres como por mujeres siendo uno de los

cuidados que más valoran como positivamente. Aparece también en quienes no tienen hijos el cuidado de la red social como un cuidado recíproco y altamente valorado. En relación a las anteriores prácticas de cuidado mencionadas aparece en estas prácticas un tipo de vinculación más horizontal donde no aparece como en las anteriores un actor en la díada que se encuentre en una posición de vulnerabilidad.

CAMMPH4: No, nos cuidamos mutuamente (...) ::: yo lo que te puedo decir es eso, nosotros nos cuidamos mutuamente, el me cuida mucho a mí y yo también. Me case y cambie, completamente mi vida.

CAMMPH3: (...) por eso yo digo que una de las cosas fundamentales en la pareja sobretodo es el compañerismo, yo tengo un problema el me cuida, él tiene un problema yo lo cuida, y si no tiene problema nos cuidamos mutuamente entonces digo como que la comunicación, el compañerismo, el aprendizaje todo eso es muy importante.

CAMHPX1: Yo también la cuida mucho. La llevo para acá y para allá en el auto. No dejo que ande sola. Esta muy brava la calle para que ande sola y además me gusta acompañarla. Ent: O sea, que se cuidan mutuamente. CAMHPX1: Claro!. Tiene que ser así, no? Para eso nos casamos.

CAMMPX2: (...) Mi esposo me ha cuidado mucho durante toda la vida. Nos hemos cuidado mucho mutuamente porque somos muy compañeros.

Aparece también en quienes no tienen hijos el cuidado de la red social como un cuidado recíproco y altamente valorado

CAMHPX2: Si, si, toda la vida en este barrio. Este es un barrio donde la gente vive desde siempre y en la cuadra nos conocemos todos de toda la vida. Estamos siempre comunicados. Y nos cuidamos mutuamente. Yo si escucho algún ruido ya estoy mirando a ver qué pasa y nos llamamos por teléfono a ver si está todo bien. Y ellos hacen lo mismo.

Cuidado_familia

Los entrevistados al momento de preguntarles sobre el cuidado, refieren principalmente a los cuidados en el entorno familiar. Esta referencia aparece en todas las entrevistas realizadas sin distinción de configuración familiar o género. Aparece la referencia directa y a veces surge a partir del relato de anécdotas sobre las prácticas de cuidado referidas dentro del ámbito familiar.

CAMMOH4: (...) que entiendo yo por cuidado, pienso que el cuidado debe de preocuparte el cuidado de la familia, no? (...) atiende a mis nietas cuando la madre

no está y bueno trato de llevarlas bien, me ocupo de la más chica, de las nieta que va a la escuela, que concurra todo el día(...)

CAMHPH6: bueno yo, ::: tengo algunos amigos que han tenido algunos problemas y yo siempre digo que hay que tener un poco de cuidado y aceptar lo que [no comprensible] ,los más familiares le prestan apoyo, y eso es una cosa muy buena

CAMMSH4: (0,6) Yo te contaba de mí, de mi familia de cómo se, se cuidaban cuando entre los mismos familiares

CAMMPH1: Y si dentro, dentro de lo que pueden de la familia de, de mi familia, y la de mis marido también porque me quieren mucho, (...)

CAMMSX2: tal vez, yo lo que vi , es que en mi familia el cuidado siempre fue dentro de la familia dentro de las cosas, extra es nada más que para alguien que te ayudara en la casa (...) así que todo ese tipo de cosas siempre fue en casa , toda la familia que, que tuvimos nosotros fueron atendidas en casa

CAMHSH2: bueno el cuidado (0.1) significa eso, cuidado. (...)(0,2) que no::: que a veces se puede brindar en el marco familiar y otras veces ello no es posible por lo tanto se ha creado ese sistema de casas de salud, clínicas

CAMMGH1: Porque cuando yo era muy joven vi un ejemplo en una, en una casa, una familia, no? que::: los hijos llevaron la madre cuando vieja a su casa,(...)

El cuidado dentro del marco familiar se encuentra mayormente relacionado a las prácticas de cuidar, a las acciones que los entrevistados realizan cuidando a otros integrantes de la familia. Los relatos mayoritariamente se relacionaban al cuidado que realizaron hacia sus padres, apareciendo también el cuidado que brindan como abuelos en aquellos entrevistados que tienen nietos. El “ser cuidado” y el “cuidarse” también aparecen relacionados al entorno familiar

Aparecen relacionados al ámbito familiar significados relacionados a las relaciones intergeneracionales y los conflictos derivados de las prácticas de cuidado que se desarrollaran en un apartado especial por los intereses de este estudio de destacar las principales dimensiones de conflicto. Sucede lo mismo con las demisiones afectivas referentes a la familia así como con las expectativas que tienen los entrevistados en cuanto al cuidado.

Dentro de lo familiar aparecen las referencias a los cambios que se han producido en las prácticas de cuidados, relacionando estos cambios a los cambios que han sufrido también las familias. Estos cambios no son valorados positivamente por la mayoría de los entrevistados. Acá aparece una dimensión de género en tanto el rol que ocupaban antes las mujeres dentro del hogar y es presentado como distinto en el momento actual por los

participantes. Algunos participantes refieren al cambio en las prácticas de cuidados en el momento actual por parte de los hombres, donde ellos colaborarían en el momento actual en las tareas de cuidado, distinto a una época anterior.

CAMMSH4: ¡No! Ya yo casada, porque,(...) la cuidamos mi marido y yo y mi, mi, los otras, todo los, todo los familiares. En mi época, claro, como que los tiempos cambiaron.

CAMMPH1: Ya, y en qué sentido?, que la gente, nosotras por ejemplo desde mi tiempo, vivíamos con los padres, y, y lo cuidaban hasta que se morían, ahora no porque la vida no, no, no es así tampoco, porque la gente trabaja ahora, no puede hacerse cargo

CAMHOH1: Tá y me cuidaron, tengo, quisiera pagar más pero estamos pagando un servicio de, de acompañante porque los dos, ella trabaja y yo en parte trabajo, hoy en día, ese es el problema que hay hoy en día, que la familia no puede estar a esto, antes el padre usted lo tenía en la casa hasta que se moría, ¿ahora quién lo puede tener?

CAMMSX3: Y yo creo que los cuidados han cambiado porque las madres de ahora no son madres que están todo el día en la casa, la mía estaba todo el día en la casa entonces te hacía desde el dulce casero, la tortita casera, la comida casera los ajíes, la conserva todo todo casero todo casero se hacía y era, pero entonces era una mujer que planchaba ropa con almidón(0,2)eh viste cosas por el estilo((se ríe)) entonces cambio la forma de vivir de los padres también porque los padres de ahora son, trabajan, son más independientes, más abiertos toleran cosas que antes no se toleraban(0,2)

CAMMPX1: A mí me parece que sí, bueno, ahora ellos cuidan también, uno de mis sobrinos por ejemplo le cambia los pañales a la nena y le da de comer sin problema. (...) Sí, si claro, lo que te decía ahora los hombres colaboran más con el cuidado de los niños. Las mujeres salen a trabajar y ellos se quedan si tienen que quedarse con los niños. Antes no era así, las mujeres nos quedábamos en las casas y hacíamos todo. Mi sobrino cocina, pone a lavar la ropa, cualquier cosa hace. A mí me da un poco de cosa porque él trabaja mucho también pero no me meto, no le digo nada, pero me parece que es mucho para él. Él dice que le gusta pero yo no creo, creo que lo hace porque si no la señora lo rezonga (se ríe)

CAMHPX1: Ah! Sí, yo creo que sí. Creo que ahora la gente trabaja mucho y se preocupa por el dinero más que por las personas. Antes por ejemplo nos traíamos a nuestros padres a vivir con nosotros, ahora no, dejan a los viejos en sus casas y cuando ya no pueden los meten en esas casas de salud espantosas.

Algunos entrevistados si plantean los cambios pero no aparece una valorización negativa, aparece una adaptación a los tiempos actuales que no necesariamente implicaría un desmedro en cuanto al cuidado e incluso podríamos decir que se valora positivamente.

CAMMOH5: yo pienso que sí, que se ha, ha adaptado al a la vida actual, antes por ejemplo tenías una abuelo y lo mantenías en tu casa sea como sea y toda familia estaba, pero no toda la familia trabajaba también de la forma que trabaja ahora se hace muy difícil a veces tener tiempo para ir, pero eso no quiere decir que se le brinde menos cuidado.

Cuidado_cuidado-físico

El cuidado físico se torna relevante para los entrevistados. Se utilizó este código cuando el entrevistado se refería a cuidados recibidos, brindados, autocuidado y/o referían el concepto de cuidado a un cuidado desde el punto de vista físico, del organismo. Si bien los entrevistados refieren a otros cuidados que se codificó como “*cuidado_salud-mental*” o “*cuidado_valores*”, es notorio la relevancia que toma en los discursos el *cuidado físico*.

Como mencionamos anteriormente el “*cuidarse*” y el “*cuidar*” está estrechamente relacionado al cuidado desde un punto de vista físico. En el cuidado mutuo o reciproco no aparece relacionado el cuidado físico.

La higiene y la alimentación es lo que toma mayor relevancia dentro de los cuidados físicos; así como lo relacionado al cuidado médico. La alimentación aparece como prevención frente a la aparición de enfermedades.

CAMHGX1: puede ser, yo me cuido bastante, no fumo, no tomo, es decir cosas agresivas al cuerpo no hago.

CAMMOH2: que no le falte la comida, que no le falte la higiene y todo eso, eso es una cosa que si querés a una persona lo haces

CAMMSH2: Y para que tengan una calidad de vida buena, y sobre todo no esperar a llegar a la, a la vejez vistas, este, ya se vayan preparando con una buena alimentación, con una vida activa, que no, no estén sedentarias, este, todo eso trato de, de transmitirlo también, vistas. Este... , y cuidado es tenerlo en buenas condiciones de higiene, saberlo bañar, saberle dar la alimentación, no una sobreprotección, pero sí, este, sí tiene que medicarse, darle la medicación a sus horas; e:::, no dejarlo solo mucho tiempo tampoco, pero también respetarle los silencios, no estar siempre encima de él, de la persona ¿No?

CAMHPH6: la mujer yyy, bue habrá cosas que, de mujeres que no deben ser de hombres pero a esta edad que tiene mi señora tiene los mismo problemas que tengo

yo en, en, en, en el cuidado del corazón, yyy la alimentación y los ejercicios, las caminatas, todo eso, andamos iguales

CAMMSX1: Bueno, cuidados generalmente, a la edad, cuando uno es mayor, cuando piensa en cuidados, piensa en el momento de, en temas de salud básicamente, porque en realidad creo que la vulnerabilidad más grande que hay es la vulnerabilidad física, para mí

CAMMPH4: No, este ::: yo que se me cuida al caminar, me cuida en mi higiene, me cuida en la alimentación, me cuida en mi casa que este bien. (...) Buen cuidado sería, la alimentación principalmente, ta`, y después todo lo demás no?

CAMMPX1: El cuidado de alguien es muy importante, también es importante cuidarse uno, eso es lo más importante. Uno tiene que cuidarse toda la vida para poder llegar bien a la vejez. Tiene que cuidarse en las comidas, hacer ejercicios, no hacer locuras, ir al médico

En relación al cuidado médico se plantea la consulta médica inherente a esta etapa de la vida. La necesidad de contar con atención médica y ajustarse a las indicaciones que los profesionales de la salud realicen. Se relaciona directamente al *cuidarse* con la toma de medicación.

CAMMOH2: A:::h, eso no puede faltar, la asistencia médica, el acompañante, el el bueno todas esas cosas hay, no? y cada uno de nosotros tiene todas esas cosas

CAMHPH6: eso es el buen cuidado, porque tengo todas las pastillas

CAMMPH1: ha yo me cuida diariamente, porque yo me, me tomo los remedio, yo soy implacable para los remedios por ejemplo, yo me tomo los remedios todos los día, como los tengo que tomar, (...)y bueno, pero yo soy muy cuidadosa en, con los remedios, (no comprensible) voy al médico, me hago los análisis anualmente como hay que hacérselos, creo que como, como persona mayor, tengo bastante, bueno tengo la cabeza bien todavía, que eso es muy importante.

CAMHSH2: bueno el cuidado (0.1) significa eso, cuidado. Las personas en la medida que vamos envejeciendo necesitamos de la atención médica con mayor frecuencia de que cuando éramos jóvenes eso determina que bueno tenga que tener cobertura médica, en primer lugar cobertura médica, debe de tener también servicios de cuidados especiales

Cuidado_enfermedad

Se relaciona el cuidado directamente frente a situaciones de enfermedad, en el sentido de que se necesita cuidado en caso de enfermedad y no aparecen o en muy escasas referencias el cuidado en ausencia de enfermedad. La enfermedad también aparece mayormente asociada a las enfermedades del organismo. Esto se relaciona también con el significado de esta etapa que están viviendo los entrevistados que se desarrollará en el apartado correspondiente.

CAMMOH3: el tema del cuidado? y bueno lo cuido de que yo a él, el tiene doctor tiene todo tiene emergencia tiene todo cualquier cosita yo llamo y ta el toma de noche toma un pedazo de pastilla para dormir, porque es muy bien y a veces anda medio nervioso, son chiquilines difíciles, este y bueno no sé con qué lo asocio

CAMHPH6:yyy ,mi señora también lo acepta, porque ella tuvo los padres muy enfermos y ahora no están y :: ella vio como la madre de ella cuidaba al a,al padre no?

CAMMSH2: (...)Pero también viste, depende, por eso ya te digo, que los cuidados dependen de las patologías que tengan las personas que vas a atender. (...) Así enfermedades no he tenido que me tengan que estar cuidando viste, este.

CAMMPH1: Mira, yo he cuidado mucha gente, porque por desgracia, se, ((risa)) se, se me han muerto todos, ((risa)) y, y yo he cuidado mucho, a mi papa, a mi mama, sobre todo, más que a mi papa, a mi mama. Mi mama estuvo ocho meses en la cama sin saber quién era, y, y haciéndose todo en cima, y bueno. Después mi hermano que, no estaba bien de la cabeza, estuvo, estuvo mal y también necesito los cuidados, después, mi cuñada se fue a Brasil con la hija y, y yo fui para allá, a pasear y se enfermó mi cuñada allá y tuve que cuidarla también, así que por cuidados de enfermos, la verdad, y, y mi marido, de mi marido también, tuve que cuidarlo tres años, de un cáncer espantoso, así que, de cuidados se mucho.

CAMHGX1: no, no sé, será porque nunca he necesitado cuidados así:: importantes, es decir, nunca he estado enfermo, eh:: nunca me ha pasado ninguna cosa que, que, que, bueno, que necesite o, o, o, que necesite de manera:: m, m, tan grande o qué sé yo ¿no?

Cuidado_ayuda

Se relaciona el cuidado con algún tipo de ayuda, apoyo o sostén que se recibe o se brinda. Es un sentido que presentan los entrevistados que pareciera ser menos perturbador a la

hora de hablar de cuidados. El poder aceptar ayuda resulta más fácil que aceptar cuidados, ya que como vimos anteriormente el cuidado aparece en primer término asociado a enfermedad, dejando al sujeto en una situación de vulnerabilidad no deseada.

Según la RAE ayudar en su 1º acepción es: “1. tr. Prestar cooperación.” El deslizamiento de sentido realizado hacia el concepto de ayuda, resulta un mejor posicionamiento subjetivo que permite hablar de los cuidados. Por otro lado se relaciona directamente con que en esta etapa de la vida en la que se encuentran los participantes, la ayuda es no solo necesaria sino imprescindible.

CAMMSH5: Y, y tener conciencia de que, uno ha llegado a cierta altura de la vida y necesita, que necesita que lo ayuden.

CAMHPH5: Si si la gente mía toda me ayudo, los dos hijos míos me ayudaron siempre, mis hermanos algunos ya se habían ido

CAMHGX1: lo que no me salía era la palabra cuidado, es decir, me iba a la palabra ayuda ((sonrisas)) pero el cuidado no, no me salía

CAMMSX3: Lo sentí como:: hola [saluda a su sobrina nieta]. Lo sentí como una ayuda especial (tose), hubiese ido sola si ellos no van, pero fueron viste.

CAMHSH2: (...) todos necesitan de una manera u otra ayuda, salvo casos especiales, pero en general es así, hay casos, yo me considero que no necesito ayuda, a pesar de los 85 años, tomo ómnibus, tengo auto, manejo voy y vengo hago cosas(...)

Cuidado_motivos

En este apartado se presenta lo que los entrevistados identificaron como causa o razón que mueve a las personas a realizar actividades de cuidado. Refieren tanto al motivo por el cual ellos cuidaron o cuidan, como los motivos que ellos creen tienen los integrantes de la familia para cuidarlos a ellos

El afecto por las personas en el marco del cuidado de los miembros de la familia es el motivo mayoritario de los participantes. Dentro de los afectos aparece con un destaque importante el amor. Los afectos y el amor también aparecen como expectativa de cuidado es decir, se espera que se lo cuide con afecto, con amor. Esto se detallará en el apartado de expectativas.

Otros motivos que aparecen tienen relación al deber y/o responsabilidad que si tiene con los miembros de la familia. En relación a un cuidado por personas en general aparece el motivo de “ser buena persona”, la solidaridad y la gratificación que producen las tareas de cuidar. Es importante destacar que la gratificación en las tareas de cuidado surge solo en el

momento en que se pregunta sobre los motivos que llevan a una persona cuide a otra o cuando se refieren al cuidado de los nietos. En los relatos de experiencias de cuidado específico que han realizado los participantes, principalmente en lo que refiere a sus padres, la gratificación no aparece, sino que aparece cierto grado de displacer y malestar. Los relatos se centraron más en el cuidado de sus padres y no aparecen o son escasos el relato de experiencias en cuanto al cuidado de los hijos. Esto se detallará en el apartado cuidado_conflictos.

Otro sentido de relevancia que aparece como motivo es el cuidado mutuo, en el sentido de reciprocidad por el cuidado recibido.

Algunas citas que ilustran lo planteado:

CAMMOH2: que una persona cuide a otra bueno es un sentimiento también hacia la otra persona, los quiere::s y querés verlos bien, voy a hacer lo posible para que estén bien y ya eso es un cuidado

CAMMPH1: El amor (0.3), me parece el cariño, (no comprensible) el amor a la gente, yo creo, yo creo que, que el cuidado también es ser buena persona, y que la otra persona también sea buena contigo porque, yo tengo la suerte que (no comprensible) soy la más vieja del barrio y me quiere todo el mundo, entonces, y eso por algo será

CAMHSH2: y un sentimiento de solidaridad, un sentimiento de la hermandad no podemos ver al prójimo como alguien que está ahí que no nos interesa,

CAMHSH2: el amor, el amor, nos queremos, ya hace 12 años que estamos juntos, nos llevamos bien, pensamos igual, nos gusta a los dos el teatro, nos gusta (...)

CAMHPH1: Y yo creo que a ella a esta altura, primero, no vamo a tener duda de que, (0.3) de que la pasión paso, pero que el amor sigue, este, pero yo creo que es más que un compromiso, vuelvo otra vez a lo, a lo más simple (pero yo veo que hay un compromiso), me cuidas y te cuido.

CAMHPX2: La solidaridad. Por ejemplo con los vecinos es una cuestión solidaria. Es de buena persona. De pensar en el otro.

CAMHPX2: Ah! Ahí es distinto porque bueno con mi esposa nos queremos y eso hace que nos cuidemos mutuamente. Hay un compromiso también, no? Porque cuando uno se casa, también se casa para eso. Te lo dice el cura cuando te casas, en la salud y en la enfermedad. Es un compromiso.

Cuidado_espectativas

Sin lugar a duda las expectativas del cuidado están puestas en la familia y en el caso de las personas entrevistadas con hijos, las expectativas están puestas en ellos. Como mencionamos anteriormente las expectativas de cuidado refieren al caso de padecer una enfermedad o discapacidad. Esto aparece en todas las entrevistas realizadas a personas que tienen hijos vivan con ellos o no. Se realizaron 24 entrevistas a personas que tienen hijos y 10 personas que no tienen hijos. Los que tienen hijos, la mayoría tiene más de un hijo de ambos sexos. En concordancia con algunos estudios realizados aparecen expectativas depositadas en las hijas mujeres y/o a las esposas de los hijos varones. Si bien algunos entrevistados plantean tener expectativas de cuidado de sus hijos varones del mismo modo que de sus hijas mujeres, a la hora de pensar en un cuidado que refiera al cuerpo y la intimidad, aparece la imposibilidad de aceptar ese cuidado por ser hijo-varón. Esto es planteado tanto por mujeres u hombres entrevistados. Las expectativas de cuidado depositadas en los hijos se relacionan con un deber, obligación, responsabilidad, así como con un cuidado recíproco en el sentido de una devolución por el cuidado realizado, se espera recibir un cuidado por el cuidado brindado en su momento. Por otro lado, aparece con igual relevancia las expectativas puestas en recibir cuidado de los servicios de acompañantes, planteando una combinación entre el cuidado por parte de los hijos y el servicio de acompañantes. Cabe aclarar que la mayoría de los entrevistados manifestaron espontáneamente tener servicio de acompañante pago desde hace varios años. Tanto los entrevistados que tiene hijos como los que no.

CAMMOH4: mira eh esperarí sobre todo esperarí de mi familia pero si no puede mi familia tendrí que pedir a alguien de afuera, a como sea o una acá de empresa esa de compañía esa que hay para que me cuidara, porque no se la familia si hoy o mañana te cuida o no te cuida entonces tendrías que recurrir, siempre primero pienso que mi hija me cuidara como yo la cuide a ella pero en ese caso que no pudieran por x razones tendrí que pedir a una persona de fuera, este

CAMHOH1: porque tá. Cuando yo vine de [ciudad del interior] enfermo, mi señora lo primero que hizo fue llamar a mi hija. [El entrevistado tiene 2 hijos, un hombre y una mujer]

CAMMSH5: (0.3) espero no necesitar pero este, (0.4) no sé, mis hijos me cuidarían.

Ent: ¿Esperaría que sus hijos la cuidaran?

CAMMSH5: Claro

Ent: ¿Y por qué?

CAMMSH5: Y porque ellos tienen la obligación por ser mis hijos ((risa)).

CAMHSH2: claro, tengo de quien recibir esos cuidados y además tengo mis hijos, tengo mi compañera,

CAMMPH1: Y de mi hijo y de mis nietas, y de mi nuera, porque mi nuera es la hija que no tuve entonces. (...) Mira, creo que mi hijo me cuidaría igual, que si fuera mujer pienso, porque pienso también, que según cómo, como sea el hijo también, y la relación que tenemos, no todo el mundo, hijo, madre, es igual, no, no todo el mundo eh, tiene la misma relación con el hijo, ni, ni todas las personas son iguales. (...) una persona que, que como yo, que tenía que lavar a mi mamá, que te lo tenga que hacer un hijo, como, como te lo hace el hijo y como te aceptas vos que te lo haga un hijo

Por otro lado los entrevistados que no tienen hijos y viven en pareja, depositan sus expectativas en sus parejas y también en lo que refiere a los servicios de acompañantes. En algunas entrevistas mencionan también algún otro familiar como sobrinos o ahijados. En estos entrevistados resulta relevante la red social (amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc). En los entrevistados que tienen hijos prácticamente no mencionan la red social a la hora de hablar de las expectativas de cuidado, incluso no aparece la red social mencionada en toda la entrevista.

CAMHPX1: Y de [Nombre de señora], además tenemos servicio de acompañante las 24 hs, pero obviamente primero [Nombre de señora]. Después tenemos amigos que supongo que también estarán si pueden. Ellos también tienen algunas nanas pero cuando precisamos estamos. Tenemos un grupo grande de amigos que son de fierro. El mes pasado operaron a Alberto, le hicieron una cateterismo, creo, y ahí estuvimos haciendo guardia entre todos.

CAMMPX1: Esperemos que falte para eso, pero yo supongo que las hermanas de la iglesia me van a cuidar. Nosotros tenemos un grupo que nos turnamos cuando alguien está enfermo, ayudamos en lo que precisa. Yo ahora ya no voy tanto, van las más jóvenes del grupo pero lo hice mucho tiempo. Yo creo que ellas van a ser las primeras en estar. También supongo que mis sobrinos van a dar una mano, pero no me gusta mucho pensar en eso.

CAMMPX2: Ah! De mucha gente! De mi esposo, de mi sobrino, de mis hermanas, de mis amigas. Tengo mucha gente alrededor que cuidaría de mí.

En los entrevistados que viven solo y que no tiene hijos las expectativas de cuidado también están depositadas en la red social y/o algún familiar como por ejemplo sobrinos. Los

servicios de acompañante también están presentes.

CAMHSX1: Y::: de varios amigos

CAMMSX2: yo estoy segura de que mi familia no me va a abandonar, las mato (...) Sé que mi familia no me, así como no me abandonó ahora cuando estuve en esto, cuando sea más viejita menos. Yo sé que voy a tener a muchos, pero además también tengo previsto también un sistema de cuidados, es particular, en este momento lo estoy pagando para cuando lo necesite

CAMMSX4: mira, a ver si te contesto, bueno yo tengo, tengo esas tres cosas, tengo, tengo tres amigas que sí, y tengo unos vecinos que son de oro ta?

Las expectativas de cuidado también están relacionadas a lo que los entrevistados relacionan con un “buen cuidado”. Se relaciona a un buen cuidado principalmente en lo que refiere a que se tenga un “buen trato” verbal y no verbal; que se realice con respeto y principalmente que se realice con afecto. También se relaciona el buen cuidado con poder recibir los cuidados en caso de necesitarlos en su casa. Las residencias de larga estadía son valoradas negativamente por los entrevistados. Por otro lado se relaciona al buen cuidado con el estar cuando se es necesitado y con la compañía.

CAMMPH1: El estar cuando la persona nos necesita (0.3).

CAMHPX2: Que no te dejen abandonado en una casa de salud. Que te traten bien, que te traten como una buena persona. Nosotros hemos tenido suerte porque cuando hemos precisado de [servicio de acompañante] las personas que han venido son divinas. Son respetuosas y educadas pero uno escucha cada cosas.

CAMMPX2: Principalmente que te traten bien, con respeto, con cariño. Porque la otra parte todo el mundo lo sabe y si uno precisa cuidados especializados contrata a una enfermera, pero en los cuidados de todos los días lo importante es el cariño, el acompañamiento, el que te traten bien y te tengan paciencia

CAMHPX1: (...) buen trato que es fundamental, pero el buen trato no es solamente físico, es psicológico, es también humanitario, es decir un trato que abarque todo lo psicosocial del individuo ¿verdad?

CAMMSX2: aaay yo quiero que me atiendan con todo amor y cariño,

CAMMSH4: Y:::, empieza por el afecto, ¿No? Porque si no hay afecto (0,4)

Cuidado_naturalizado/cuidado_aprendido-experiencia

Un sentido que surgió en los entrevistados relacionado al cuidado refiere a que el cuidado se ejerce de forma natural, instintiva, que se encuentra en toda persona. Aparece en contraposición frente a si el cuidado se aprende o no. En relación a si el cuidado se aprenden, los entrevistados manifiestan que se aprende a través de la experiencia misma de las prácticas de cuidado. Uno va aprendiendo de las prácticas cotidianas durante toda la vida y va acumulando experiencia. También aparece el cuidado aprendido desde los cuidados que se han recibido.

En relación a los cuidados brindados en la pareja aparece como implícito en la relación. Se da de hecho.

En relación al cuidado_naturalizado es donde aparece lo femenino como relevante. Se asocia directamente con el cuidado como innato en las mujeres, donde en lo femenino se encuentra una disposición natural hacia el cuidado.

En relación al cuidado aprendido aparece en menor relevancia asociado a ser aprendido de otra persona. En este caso también aparece lo femenino ya que si se menciona que se aprende de alguien, ese alguien es una mujer (esposa, madre, etc)

CAMMSH4: Yo pienso que eso más bien es innato. Yo creo que, yo creo que sí. El cuidado no sé, porque hay personas que tiene ya esa, esa (0,3), porque a veces se tiene la voluntad de hacer pero, (0,5),no, no se aprende.

CAMMOH2: ah eso no sé, si me decís no sé, o decís mi madre me los cuidó, me los crió, ta! Después yo que sé, y después yo me case y también cuando las tuve a ellas las empecé a cuidarlas pero eso es algo instantáneo

CAMMPH1: Creo que porque somos mujeres, que ya estamos más, más dispuestas al cuidado de todo, porque eh, fíjate en los ne, en los hijos

CAMMSH1: Ah, por supuesto que sí, ah yo pienso que la mujer tenemos una sensibilidad especial en el sentido de así como somos madres porque se supone que somos mujeres, madres y realmente nos sentimos con una sensibilidad especial (no se entiende) este nos sentimos con una sensibilidad especial en el sentido de cómo desarrollamos maternidad y de cómo cuidamos a los demás y todo lo demás y en el sentido de cuidar también,

CAMHPX1: Yo creo que a las mujeres le sale naturalmente esto de cuidar, no? Ellas son siempre la que están en todo. Nosotros somos medios inútiles para esas cosas. (se ríe)

CAMHPX2: Y creo que es medio natural no? A ella le sale natural esto de cuidar, siempre ha cuidado a todo el mundo.

CAMMPX1: No creo que se aprendan, creo que vienen con uno. Es parte de uno, todos cuidamos, algunos mejor que otros, pero todos cuidamos, o unos más o otros menos, pero todos cuidamos por naturaleza,

En relación a los entrevistados que manifiestan que el cuidado se aprende de la experiencia, dicen:

CAMMSH5: ((ríe)), y la vida te enseña, uno va aprehendiendo a medida que van pasando los años.

CAMHSX1: Ahí está. No no no no la misma, la misma vida, andar por ahí, la la la la, son experiencias de vida o vivencias ¿viste?, eso te está ayudando a cuidarte ¿viste?

En relación a los entrevistados que manifiestan que el cuidado se aprende de otra persona dicen:

CAMHPH6: bueno yo aprendo un poco de ella [esposa], porque ella tuvo en su familia, padre y madre que eran muy enfermos, y entonces ella era la encargada deee, cuidarlos y de atenderlos entonces ella aprendió de ahí, a como decía yo no?

CAMMPX2: Y de la casa, creo yo. De cómo te enseñan. Nuestra madre nos enseñó a las mujeres (...) nos enseñan a cuidar desde chiquita, a los hombres no, a los hombres los enseñan a trabajar y poca cosa más (se ríe). Desde chiquita aprendemos, con las muñecas por ejemplo. Aprendes a lavarlas, a vestirlas, a peinarlas. Los hombres aprenden a jugar a la pelota. Creo que como todo, desde la infancia, en la casa uno se forma para la persona que va a ser después, no?.

Dependencia / Autonomía.

La dependencia y la autonomía están en estrecha relación con los significados de cuidado que tienen las personas entrevistadas. Se asocia el cuidado con una situación de dependencia y es en ese estado que se precisarían cuidados. En caso de no encontrarse en un estado de dependencia no requeriría cuidados de otras personas.

CAMMOH5: ah no yo no tengo problemas, mis hijas me, me, me ayudan, me estamos en contacto porque todos nos, no sé qué eso pueda ser un cuidado yo pienso que un cuidado puede ser para una persona que este desvalida a ver qué cuidados se le puede brindar ahí es donde se necesita un verdadero cuidado ahora en una persona que sea autónoma por sí misma y que se pueda brindar los propios

cuidados pueda defenderse en todo aspecto en realidad (0.6) se puede brindar los cuidados sola no?

La dependencia aparece asociada principalmente a una situación de desvalimiento y un no poder, dejando a la persona en una situación de vulnerabilidad, dependiendo de otra persona para poder realizar aquello que no puede. Dos sentidos sobre la dependencia son los más relevantes en los entrevistados. Por un lado lo que refiere a dependencia física, en caso de presentar una enfermedad del orden de lo físico. No poder moverse, no poder alimentarse por sus propios medios, no poder realizar solo las tareas de higiene. Este sentido se encuentra en estrecha relación con el significado que tienen los entrevistados sobre la etapa de vida que están viviendo, es decir sobre la vejez. Y por otro lado la dependencia económica. Se plantea en este caso las dificultades económicas que pueden llevar a depender de otra persona. En este caso también aparece asociado a la etapa que están viviendo y refieren a las bajas jubilaciones que perciben y el aumento en los gastos que refieren al cuidado de la salud, por ejemplo compra de medicamentos, gastos en órdenes médicas, etc.

La dependencia relacionada a padecer una enfermedad mental aparece en menor grado en los entrevistados y cuando aparece está relacionada principalmente a los problemas cognitivos asociados a la vejez. Las demencias son las que se encuentran mencionadas, específicamente las demencias tipo Alzheimer.

CAMHPX1: Y cuando dependes que te bañen, que te den de comer, para ir a algún lado, que te lleven, que te traigan, yo que se...o cuando dependes económicamente porque la jubilación no te da. Eso creo yo.

CAMMSX3: Y bueno yo creo que es importantísimo porque un adulto mayor que dependa de otra persona para moverse, para gastar para,((tose)) perdón, que le controlaran todo creo que sería difícil, sobre todo cuando fuiste siempre independiente que trabajaste siempre y siempre te moviste por las tuyas viste(0,3), entonces cuando llega un momento que he, que sos mayor y dependes de otra persona para, yo conozco mujeres grandes que tienen que hasta pedirle al marido o mientras vive el marido hasta para comprarse un par de medias o una bombacha o para el boleto, porque se de gente que no puede ir al médico porque el marido no le da para el boleto viste. Eso te da una, una tranquilidad, eso yo lo considero la autonomía.

CAMHSH2: o puede haber también la dependencia económica, es decir personas que no tienen sustento ni pensión ni jubilación, no trabajan, son personas mayores y ahí tenes una dependencia económica, o que tienen jubilaciones muy bajas,

pensiones muy bajas que no le permiten subsistir con ella, entonces ahí sos dependiente, sos dependiente.

CAMHPX1: sí, cuando te viene el Alzheimer. Eso es complicado, yo conozco casos horribles que terminan dependiendo de todo el mundo para todo. Incluso es peligroso porque te podes perder y anda a saber dónde terminas parando.

Estos significados planteados por los entrevistados se acompañan de valoraciones negativas con respecto a la dependencia. Se plantea como algo no deseado y posible de sucederles en un futuro cercano, al cual manifiestan temor, principalmente a abusos que puedan surgir de ese estado de dependencia. En algunos casos las valoraciones negativas y los miedos se proyectan y se ponen en ejemplos de otras personas.

CAMMOH2: es triste, sea la dependencia que sea es triste ((risas)) no

CAMMSH5: Hay si la dependencia es cuando uno no puede valerse por sí mismo, entonces que tiene uno que depender de uno o de otro, eso, eso me parece que no es nada agradable, pero cuando uno lo necesita lo necesita.

CAMMSX4: ah me parece impresionante de, depender de de otro, no me gusta no me, a mí, y vos sabes que hay cantidad de gente mayor, te estoy hablando como si yo fuera una nena no?

CAMHPX2: Ahora a muchos viejos no les da la jubilación y tienen que depender de lo que los hijos le puedan dar. Eso es espantoso. Toda una vida de trabajo para después tener que depender de lo que los hijos puedan darte y si pueden, no? Porque a veces incluso, estando mal los viejos, los hijos se abusan y le sacan más de lo que tienen, los acompañan a cobrar la jubilación y se les quedan con la plata o los llevan y les hacen sacar créditos.

CAMMPH1: (0.3) A mí no me gustaría depender, del todo, de, más de lo que dependo no me gustaría depender, por ejemplo, eh yo siempre digo, mientras yo me pueda, mover para bañarme, para no tener que depender precisamente de nadie, yo quiero vivir, si un día no puedo hacer eso y tengo que depender de todo, me quiero morir, no sé si eso da la, la, contesto a lo que vos me preguntas

CAMMPX2: Eso es espantoso, como le paso a mi mamá. Que ya te conté ¿no? Es horrible depender de que te hagan todo, no conocer a nadie, tener que esperar que te hagan todo. Yo espero que Dios se apiade de nosotros y nos lleve antes de llegar a eso. Yo no quiero por nada del mundo terminar así. Es horrible.

La autonomía surge en los entrevistados muchas veces como contraposición a la

dependencia. Uno sería autónomo cuando no dependen de alguien. Cuando se es independiente. Cuando uno puede tener el control sobre sí mismo. Capacidad de decisión.

CAMHPH3: ((sonríe mientras habla)) Y los mismo pero, es decir, la autonomía es no ser dependiente, ¡no! (...) está totalmente relacionado con la capacidad de decisión, toda persona por más vieja que sea tiene capacidad de decidir y eso está relacionado con la autonomía y la autonomía está relacionado con la dependencia, es como una cosa seguida de la otra no? es decir, la capacidad de decisión del ser humano, es decir por ejemplo si quiere ir a un lado o si quiere ir a otro es fundamental y después está relacionado todo ¿no?

CAMMOH5: la autonomía? bueno la autonomía es esa que yo no dependo de nadie.

CAMMOH2: y bueno una persona autónoma es la que se vale por si misma también, es la que es independiente

CAMMSX1: y la autonomía es manejar tu vida y manejar tus afectos, manejar tus tiempos, manejar tú, manejar tu soledad manejar tu vejez, eso es la autonomía ,

CAMHPH2: Que yo puedo programar mi vida sin consultarle a nadie porque con mi señora ta le digo mira voy a ir a tal lado, ta ta ta ta ta, todo pero primero yo he decidido a hacer eso y en general no le hago caso ((risas)) a veces me dice no salgas que mira que va a llover y que importa que llueva le digo, con tal que no haga mucho frío porque no puedo salir.

Por otro lado surge asociada a no necesitar cuidados cuando uno es autónomo o relacionado a que los cuidados algunas veces coartan la autonomía de las personas.

CAMMOH2: este::: a veces, lo último que me está pasando es que a los nietos y a mi yerno empiezan usted no salga de noche, porque usted vive en la calle y es verdad, usted vive en la calle, a usted le van a dar un golpe, a usted me dice mi yerno que es de afuera, usted es una mujer vieja usted tiene que cuidarse ((risas)) le digo bueno una mujer vieja pero me puedo cuidar sola le digo yo, digo no no preciso

CAMMPH3: Implica este, no permitir que la persona utilice su poder económico, su poder social o le diga por ejemplo: no salgas a un coro porque, porque te cansas, porque esto porque lo otro y ahí es perder la autonomía ¿no?

La autonomía en contraposición a la dependencia surge valorada positivamente. Como algo deseado y si se cuenta con autonomía se plantea la necesidad de seguir manteniendo esa autonomía. Esto revela implícitamente la posibilidad en un futuro de perder la autonomía con la que se encuentra en el momento, asociando el significado de vejez con dependencia y pérdida de autonomía.

CAMMPH1: si, si vos te podes hacer la cosa, te podes hacer todo, eh es lo mejor que te pueda pasar, no tener que depender de nadie (0.3).

CAMMSH5: Vivir solo como vivo yo, y hacer lo que uno quiere y lo que tiene ganas y eso está buenísimo. Es lo mejor que te puede pasar.

CAMMSH2: Continuamente, continuamente, la verdad que sí. Estoy porque quise vivir sola, mientras me pueda mantener la autonomía, la voy a mantener, viste. Hace 10 años que quede viuda. Tenía una casona muy grande, la vendí, me compre un apartamento chico. (0,3)

CAMHPX1: Y lo contrario. Poder ser independiente, poder valerte por ti mismo. Es muy importante eso. Depender es horrible. No sé si se entiende.

CAMMGH1: Si. Eso para mí sería muy triste. Que un día no pueda. Ahora mismo la hija, ay mama que! no [nombre de la hija] no quiero nada yo puedo, pero mama! no [nombre de la hija]. Mientras yo me pueda hacer yo me hago, por favor, déjame que yo me hago, despacio, pero yo me hago, yo no, ¿por qué? si yo puedo hacerme, demoro, más, pero me hago, yo hago las cosas

Estrategias de cuidado

En este apartado no referiremos a las diferentes estrategias que se utilizan para resolver situaciones que implican cuidados y a las decisiones que se pueden tomar en cuanto al cuidado que uno quiere recibir. Como mencionamos anteriormente el cuidado se encuentra asociado a enfermedad y esto conlleva una carga afectiva negativa por lo cual en algunas entrevistas resulto dificultoso que los participantes pudieran pensar y hablar al respecto.

Sin duda las estrategias están vinculadas a las expectativas que ellos tienen frente a la situación de tener que recibir cuidados, pero nos interesaba ver como resuelven situaciones concretas o hipotéticas de cuidado. Si se habla de esto o no con las personas que ellos plantean puedan ser proveedores de cuidado. Si pueden o no proyectarse al respecto, si pueden o no tomar decisiones en torno al cuidado a recibir.

Frente a situaciones de cuidado concreta que han pasado los entrevistados refieren a estrategias resueltas en el marco familiar y refieren principalmente al cuidado de sus padres o al cuidado de sus hijos. Sobre el cuidado propio principalmente se refieren en prospectiva. En este sentido surge una diferencia entre los participantes en concordancia con lo planteado anteriormente. Los participantes que tienen hijos que viven con ellos o no, plantean que **no se habla** de estos temas. Dan por hecho que un cuidado a futuro será realizado por parte de sus hijos y que no es necesario hablar al respecto.

CAMMSH5: (0.3) No, la verdad es que no, no hemos conversado sobre esas cosas.

CAMMSH1: No, no hablé porque pienso que eso va a ser una cosa natural, no tengo por qué.

CAMMSH3: (0.4) Yo realmente no lo pensé nunca (0.2) a mí no me gustaría personalmente no, no me gustaría cómo vivió mi esposo los últimos once meses de su vida o diez meses de su vida. (...) No, no, no hemos hablado, yo he averiguado bien lo de las residencias me quede espantada

La preocupación que aparece en estos participantes refiere al lugar en donde se podrían llevar a cabo los cuidados. Plantean el deseo de poder mantenerse en su propia casa, temiendo “ser llevados” a un residencial o casa de salud. Llamaremos residenciales de larga estadía, teniendo en cuenta que los participantes usan distintas denominaciones para nombrar a estos lugares. Las referencias a los residenciales están cargadas de valoraciones negativas y relatos de experiencias negativas. Cuando aparecen estas connotaciones son puestas en situaciones que les pasan a otras personas.

CAMMSH2: Ahora la, yo lo que veo que enseguida los ponen en una casa de salud y, es lamentable. Es lamentable porque no, ni si quiera los consultan, te das cuenta, no los consultan, los ponen ahí y punto.

CAMHPH2: Ah por su puesto, me parece fundamental porque sino lo que lo que no me gustaría de ninguna manera es ir a una a un geriátrico

CAMMOH1: Pero hay que ver que a veces la casa de salud es deshumanizante para la persona que se interna y para el que lleva a internar, los dos pierden humanidad, y la humanidad significa mucha cosa

En los participantes que no tienen hijos aparece más claramente pensadas estrategias de cuidado a futuro. Las expectativas como dijimos anteriormente están puestas en sus parejas en el caso de los que viven con sus parejas y de la red social. Se plantea que **si se habla** de estos temas tanto con su conyugue, con su red social y con algún familiar. Además cuentan con el apoyo de los servicios de acompañante. También aparece la elección de la vivienda en donde se privilegia el propio hogar pero frente a la posibilidad de tener que concurrir a un residencial, ésta opción aparece con una carga negativa menor que en los casos anteriormente mencionados.

CAMHPX1: Nosotros con [Nombre de señora] esperamos poder estar lo más posible en la casa y nos prometimos que si nos tenemos que ir a una casa de salud nos vamos juntos. Estuvimos averiguando y hay alguna que dejan estar juntos. Salen

caras pero creo que con la jubilación de los dos podremos pagarlas o venderemos la casa, no se... Solo espero que no sea necesario porque la casa de uno es la casa de uno, no?

CAMMPX2: [Ent: Lo han hablado?] Sobre el cuidado? Si, si, claro, tenemos todo arreglado en ese sentido. Tenemos servicio de acompañante las 24hs y la mutualista. Además está [nombre de la empleada] que es una muchacha que me ayuda con las tareas de la casa que ella siempre dice que va a estar con nosotros hasta que sea el final. Ella es muy buena, es un encanto de persona, hace años que la tengo. Y por supuesto que esta [ahijado] que también siempre dice que nos va a cuidar

CAMMSX1: ya saben todos que tienen que cuidarme hasta la muerte porque si no creo me voy a levantar desde el cajón de donde este, de la última ceniza les va a venir algo

Dimensiones de conflicto.

Las principales dimensiones de conflicto que aparecen refieren al entorno familiar y a las relaciones familiares frente al padecimiento de una enfermedad de algún familiar. El ejemplo que más comúnmente mencionan los entrevistados refiere al cuidado de hijos a padres.

Una de las dimensiones que aparecen con mayor relevancia refiere a los **tiempos** que implican llevar adelante tareas de cuidado. Se plantea incluso que la gente que trabaja no puede cuidar. Si pensamos en las expectativas que los entrevistados tienen en relación a que el cuidado sea brindado por la familia y específicamente por los hijos; estamos en un área conflictiva. Esto es vivido como un peso, una carga para la familia.

Surge como alternativa los servicios de acompañantes.

CAMMPH1: Y si dentro, dentro de lo que pueden de la familia de, de mi familia, y la de mis marido también porque me quieren mucho, pero, eh, todos trabajan, el que trabaja no puede cuidar.

CAMMSH3: pero::: tú sabes que de una manera u otra (0.3) vas a hacer aunque lo hagan de buen corazón y sean buenísimos hijos los tres, va a hacer un peso para ellos, porque todos trabajan (0.2)

CAMHPH2: Y bueno yo creo que son necesarios porque si vos tenés una enfermedad un poquito larga, una interacción un poco larga, tampoco podés decirle a tu señora o a tus hijos que se queden todos los días porque tienen actividades, tienen trabajo y además, yo por eso la coronaria me anoté con doce horas

CAMMSH3: Porque hay gente que puede aportar económicamente pero no, no está disponible, hay gente que trabaja yo que sé cuántas horas por día, o que están casados con hijos chicos (0.2) no pueden estar con la madre

Otra dimensión conflictiva que surge es la **capacidad económica** con la que cuentan las personas. Relacionan el cuidado con cuestiones económicas, entendiendo que el cuidado conlleva tener una determinada economía. Es planteado como dificultad refiriendo que en esta etapa de la vejez se tienen más gastos por ejemplo en medicamentos o gastos médicos que imposibilitarían en algunos casos recibir cuidados adecuados. El buen cuidado se asocia a contar con una buena economía. Es pertinente aclarar que los entrevistados se refieren a una economía financiera.

CAMMSH4: Mira, yo tuve enseguida que llevaron a mi marido, por un tiempo, yo tome una señora, pero a lo último por razones económicas tuve que, que despedirla ¡no! Este que, le pague el retiro, y (0,4). Yo no eh pensado nada, llegado el momento se verá.

CAMMSH3: Este, eso es muy importante, fijate yo me doy cuenta cuanto, yo soy socia del casmu que esta media la, más o menos anda tirando por ahí económicamente. (0.3) A fin de mes, tu vez que la gente no saca ordenes, porque ya no tienen para dar la orden, entonces no ve al médico, espera al mes siguiente, o recibe su pensión o, yo ese problema no lo tengo

CAMMSX3: No, creo que te dije todo lo que me parece sinceramente viste, que hay cosas fundamentales: la salud, la economía, en la tercera edad son fundamentales, de ahí parte un montón de cosas que vos puedas estar limitada o no para hacerlas. No podes salir cuando quieras, ahora con los problemas de la seguridad, ojo

El **no exponerse a situaciones** que ellos consideran peligrosas aparece como un área de conflicto, ya que se plantea al entorno como inseguro limitando las salidas, principalmente en las noches.

CAMMSH3: Si, que es difícil yo te voy a decir por qué. Por ejemplo yo ahora no me animo a salir, este en cuanto oscurece. No podes salir cuando quieras, ahora con los problemas de la seguridad, ojo

CAMMOH3: claro, tendríamos que salir a caminar porque a mí me dijo el doctor que tenía que caminar y a ella también a ella por el corazón, lo que pasa que tenemos miedo de salir porque acá esta horrible como andan los, los que roban todo, te pegan y te matan igual

CAMHPH3: Bueno ((sonríe mientras habla)), atento a eso mismo viste, por ejemplo si uno sale afuera y tiene miedo a la oscuridad, no salir de noche, llegar temprano,

CAMMSX3: Y el cuidado no se dentro de la familia, bueno ya dijimos sobre la salud, el movimiento sobre la economía, y en la calle viste que ahora es todo un tema muy, antes habían robos y asaltos y todas las cosas pero no con la violencia que hay ahora. Yo soy una persona que me he limitado mucho a las salidas nocturnas viste, me da miedo

CAMHPH2: Si yo que sé, yo si ando en la calle hace treinta año no me cuidaban tanto ahora pienso ma, que me puede pasar algo en la calle, que me puedo caer que puedo no ver un ómnibus o un auto que viene atrás del ómnibus entonces que pasa si cruzo la calle, sin haber luce espero que pase todo el mundo y cuando veo que no viene nada a do cuadra ahí me tiro

El acto de cuidar implica cierto grado de **displacer** en el cuidado de personas adultas mayores. La aclaración de que esto surge en el cuidado de personas adultas mayores no es menor, ya que en los relatos de cuidado de hijos o nietos no aparecen estos niveles de malestar o desagrado. En este caso refieren principalmente al cuidado de sus padres. En algunos casos inclusive el cuidar se lleva al extremo de postergar a la propia persona. Esto se encuentra relacionado a los valores de obligación y deber que se tiene en el cuidado de sus progenitores sin poder llegar a cuestionarse alternativas al respecto.

CAMMOH2; Entonces este a un anciano no le vas a pegar tampoco (risas) pero te enojas o te molesta.

CAMMGH1: (...) Ese día yo, de mañana digo ay! voy a avisar a l doctor [nombre del médico] como pasó mamá que yo no la noté que ella había pasado bien, y había que ponerle oxígeno y esas cosas que yo noté, este, y, che vos sabes que cuando iba, ella estaba en el centro, yo vivía más hacia el barrio, este y vos sabes una cosa que yo veía que yo me pechaba a cada rato en las, en los muros en la pared me pegaba en la pared. Pero me daba cuenta estaba despierta, pero entré en el consultorio y estaba lleno de gente, pa! y yo pensé pa! que voy a demorar en salir, porque yo, me deba cuenta pero me senté, y sin duda despierta estaba dormida. Pero no sé de qué forma. Dice no pero yo te voy a atender. Me hizo pasar, me atendió, dice ¿sabes una cosa? vas a ir con mí, mi secretaria en un auto, porque no podes ir a pie, no podes andar caminando a pie, este, y te van a poner suero, tenés que dormir veinticuatro horas sin despertarte. Yo digo hay doctor por dios no me haga eso ¡que yo tengo que atender a mamá! Tu madre va a estar atendida, porque así como tú estás no la vas a

atender. Quiere decir que yo estaba en un peligro enorme. (...) había llegado al límite, había llegado al límite, pero no me daba cuenta.

CAMMPX2: A mi madre la tuve conmigo en casa en el último tiempo. (...) Los últimos tiempos fueron bravos porque ella ya no nos reconocía, tenía demencia senil y fue difícil. Se había puesto de muy mal carácter. Había que tener mucha paciencia con ella. (...) Se nos quería escapar y había que estar pendiente de ella todo el tiempo. No podíamos dejarla sola, así que estábamos todo el tiempo con ella.

También surge el displacer en ser cuidado. Donde, las cuestiones de género se ponen en juego. Resulta del orden de lo insoportable que alguien del género opuesto pueda realizar algunas actividades de cuidado, principalmente las que refieren al cuerpo y la intimidad.

CAMMOH4: que viniera otra persona nunca me gusto a mí no me gusta, no me gusta, no me gusta que me cuiden, no me gusta que me hagan las cosas porque yo que sé, como he sido siempre yo la que he estado en contacto con todos no, no me hayo porque acá han venido gente a ayudarme y no, no me adapto yo, viste

CAMMPH1: Y Precisamente lo que te digo, no es fácil, lavar, para un varón cuidar a la madre, no es fácil, por algo en los hospitales te dejan quedar de noche, si sos hombre a un hombre y si es mujer a una mujer, invertido no, no dejan, por algo será, que se yo, yo pienso que, que, que, yo te digo que si a mí, mi hijo me tuviera que lavar la cola para mi sería lo peor que me podría pasar.

Por ultimo otra dimensión que aparece como conflictiva es el **cuidado en exceso**. Los entrevistados plantean que la sobreprotección o el preocuparse en demasía son contraproducentes porque fomenta la dependencia y coarta la autonomía. Esta dimensión es más relevante en los hombres entrevistados.

CAMMOH2: y me dice, quiere que la lleve y le digo no, no, no me lleve, yo me voy con el ((inaudible)) que está sola, y le dice a la otra, vos cuida a tu madre, mira que, que esta vieja y no puede andar sola ((risas)) me están tirando abajo

CAMHPH6: entonces yo me confío que ella cuando me da las pastillas cuando me da todo, ::: y no me deja nunca solo, que yo veo que es un poco exagerado pero bue (...) y a veces se, se exagera un poco, porque no me deja ((se ríe al hablar)) ni, ni ni media hora solo

CAMHPH4: bueno, claro, porque hay gente que por cuidar, inhiben ¿no? o sea, hacen una restricción de tal manera que, que no hagas esto, que no hagas el otro

¿no? porque yo que se, porque si a uno se le caen cosas de las manos, bueno, vos no estás más en la cocina

CAMHOH1: con todo el mundo. Es de familia, es sobreprotectora, pero así. Que a mí ((sonrisas)) estoy cómodo, pero hay veces que no me gusta ¿no? porque yo estoy sentado, yo me siento ahí, estamos almorzando, estamos todos acá. "¿qué vas a buscar?" no, yo te lo traigo, entonces qué pasa, yo le digo tá hacelo, porque ¿qué pasa? si lo voy a hacer yo, no lo hago como quiere ella. Voy a sacar hielo de la heladera, "hay que me tiraste una gotita de agua al piso", bueno, hacelo vos, yo no tengo problema, me siento de brazo, pongo la mesita a veces cuando estamos los dos solos para cenar, pongo la mesa y me siento, que ella traiga todo, ¡y no puede ser así!`

CAMHPH2: ¿no? y trate de tenerla lo mejor posible además y todo eso, bue, y me case (0.2) y que pasó, nos fuimos a vivir todos juntos en una casa acá a una cuadra de acá este y::: y yo creo que fue un error, nunca se lo he dicho a mi señora ni se lo dije a mi suegra tampoco que como ya era mayor ella tenía ochenta y dos años creo, cuando me case, este, no la dejaban hacer nada en la casa. Eso fue contraproducente para ella porque ella en casa yo le tenía una limpiadora que iba una vez por semana pero ella cocinaba, lavaba, ba, hacia todo el trabajo en la casa, y fue allá y no, no, no toques eso, no hagas eso, no la dejaban eh como una cosa de buena voluntad para que ella no se cansara, pero para mí le hicieron mal

Significado de Vejez

En concordancia con investigaciones en el medio aparecen significados que pueden ser planteados como contrapuestos en relación al significado de la vejez. Sin embargo estos significados se plantean sin generar conflicto a los entrevistados. Aparecen significados que estarían en concordancia con un modelo deficitario de la vejez y otros significados relacionados a aspectos que estarían en contraposición o que resultan necesarios en la vejez como forma de combatir los aspectos deficitarios. También aparecen significados que se relacionan a una experiencia acumulada durante la vida y que en la vejez se tiene para brindar. Podemos decir que este es el aspecto más valorado positivamente por los entrevistados.

La edad se torna relevante a la hora de definir la vejez, como si la cantidad de años definiera que una persona es vieja.

CAMHSX1: De repente no tengo edad para para el cotolengo viste todavía ((risas)), y

muchos dicen bah me hablan de la edad, la edad la que vos me des, yo que sé, y es que nadie me da la edad tampoco a mi (0.3)

CAMHSX1: Y ver pasar los años ((sonríe irónicamente)), ya con eso estas envejeciendo, ahora mucha gente se deja estar también ¿eh?,

CAMMPX2: Y que te lleguen los años.

En relación a los sentidos que surgen de los entrevistados en relación al modelo deficitario del envejecimiento y/o problemáticas que surgen como inherentes a la vejez, surgen:

- La vejez implicaría problemas, enfermedades que llevarían aparejado cuidados y estos son valorados negativamente. Se plantea que la vejez conlleva implícitamente cuidados.

CAMHPH6: y ::: claro yo estoy a una edad que el asunto de enfermedad me lleva mucho tiempo , porque mismo en comentarios, me vienen a visitar y terminamos hablando de enfermedades de esto de lo otro, lo que yo trato de evitarlo un poco porque lo aburro al que me viene a ver.

CAMMSH3: Ya no podes salir como antes y eso, este, y que aparecen una cantidad de enfermedades.

CAMHPX1: Y bueno hija, a esta edad cada vez podemos hacer menos cosas. Empiezan los achaques, las nanas...(…) Y el envejecer es hacerse más viejo, (se ríe), empezar con las nanas y si, se precisan cuidados. También hay que cuidarse, no? Uno se tiene que cuidar toda la vida pero cuando se es más viejo se tiene que cuidar más, porque ya uno no puede comer las mismas cosas. O hacer las mismas cosas.

CAMMPX1: Y implica volverse más lento, (…) Porque a veces uno se vuelve mayor y empiezan las enfermedades y si bien eso es complicado, hay que tener resignación y aceptar lo que Dios no mande. Y ahí si se precisan cuidados, cuando empiezan los achaques o cuando alguna persona mayor está muy sola como yo te decía y precisa compañía, cariño. Y ahí vamos nosotros.

CAMHPX2: Si, si, ya te conté que ahora preciso algunos cuidados. Que se le va a hacer, es así la vida, no? Uno se vuelve más viejo y ya no puede hacer cosas que quiere y necesita ayuda para hacerlas, no?

- La dependencia se asocia a la vejez de forma que estaría implícita en algún momento de esta etapa.

CAMMOH4: si, este y pienso que voy a tener que depender de alguien ya sea de mi familia o de un extraño (0.2) cuando ya no me pueda movilizar más,

mientras yo pueda no pero si después con el tiempo capaz que sí, que voy a necesitar bien de depender de alguien

CAMMSX1: si por eso , por eso , la dependencia física , la dependencia afectiva , la dependencia y bueno eso es una cosa que tenés que ir acostumbrándote cuando estas solo, pero cuando uno está viejo ya es más difícil.

CAMMSX2: hace seis meses , entonces todo ese tipo de cosas , tuve que seguir las actividades lo mismo, pero al mismo tiempo estaba muy limitada, entonces todo eso te provoca una (...), a los 82 es una limitación que te va llevando, tenes que depender de la comida, depender de que te hagan las compras , de que paguen las cosas, todo eh? , y sin embargo cuando volví del sanatorio tenía todo pagado porque la familia se había..ehh como es? he (0.3) había pensado que yo no lo podía hacer y dijo bueno, acá hay que ayudar a la pobrecita tía viejita he y me ayudaron en todo,

- La soledad aparece relacionada directamente a la vejez como un problema. Se la relaciona a los cambios que se han producido en las familias que han llevado a un abandono parte de estas.

CAMMSX1: y del tipo que ya te dije , del tipo humano , del tipo compañía del tipo de,de poder sobrellevar los problemas que puedes tener que puede ser físico como puede ser psicológico como puede ser soledad o de lo que sea yo que sé , hay gente que tiene mucho problema con la soledad , creo que todo tenemos problemas , no es normal estar solo , no es una cosa a la que estuviste acostumbrada en tu vida , por lo menos yo no, mi casa era una casa muy particular donde había siempre cantidad de gente de distintas edades todo eso , mi madre hablaba con todo el mundo , con chicos como vos

CAMMSH4: O por ahora, mientras aguanto, porque no es lindo vivir sola, es horrible, es horrible. Yo tengo todo el día la radio, o la, o::: la televisión prendida, que son mi compañía, ¡no!

CAMMSH3: Bueno hay una cosa que cambio totalmente, que antes no existía, que las familias en Europa también y en Uruguay también, este, las familias vivían mucho más unidas, a veces vivían en el mismo edificio, viste esas casonas y veías, siempre había una tía vieja solterona que andaba por ahí y era mucho más, la familia era mucho más compacta, después cuando las mujeres empezaron a trabajar y a salir de su ambiente familiar ya todo cambia, porque es lógico¿no?, pero ya te habrá contado (nombre hija), pero

eso no existe más y las personas, y según de tercera o cuarta edad, espero que no haya una quinta, si hay sí, este, viven muy solitarias

CAMHPX1: Ah! No se... creo que uno va aprendiendo, que está en uno. Hay gente que no ayuda en nada, creo que depende de la persona. Hay personas que son solidarias pero hay otras que no. Uno escucha cada cosas. Los otros días me decía la vecina que el hijo hacía como un mes que no venía ni la llamaba y eso que vive acá en Montevideo. Yo eso no lo entiendo. Como podes tener a tu mamá viva y no atenderla. Saber cómo esta, darte una vuelta a ver si precisa algo. Ella está bien pero está muy sola. A veces vienen a tomar mate con nosotros y charlamos un rato o miramos la tele porque está muy sola.

- Los cambios físicos, como las arrugas, las canas, aparecen como los datos objetivables de que la vejez ha llegado. En relación a los cambios físicos también aparece como problema el no poder realizar las actividades que antes se realizaban referido a cambios físicos que se producen en la vejez.

CAMMOH2: ¿no? Este, pero dolores físicos no he tenido, siento un poco las rodillas, que ahí es donde está el envejecimiento.

CAMHSH: Y la vejez es cuando te empiezan a salir las canas, te arrugas, cuando ya no podes mirarte mucho al espejo.

CAMMSH4: Indefenso porque yo todavía me val [palabra cortada], me valgo por mí misma, si bien por ejemplo hay cosas que me cuestan porque eh em:::, tengo una serie de nanas como todos los viejos ¿No?, me cuesta bastante caminar, este, y:::

CAMHSH2: bueno, envejecer, eh problema, vos físicamente vas envejeciendo naturalmente

CAMMGH1: [Si los cambios.] Que envejecía y le caía la, esta parte de acá, de la mandíbula.

CAMMPX2: Y que te lleguen los años. Arrugarte, ponerte más lenta y no poder hacer algunas cosas que antes podía.

En relación a los significados que aparecen como inverso o contrarrestando estos aspectos deficitarios se encuentran:

- Se plantea la necesidad de que en la vejez se tengan proyectos para realizar como forma de contrarrestar los problemas que aparecen como inherentes a la vejez.

CAMHSH2: Yo les digo si me quedo tranquilo es porque estoy enfermo entonces no quiero estar enfermo entonces envejecer envejecen las

personas, más rápidamente las personas que le faltan eh perspectivas de vida, es decir que no tienen ambiciones, que no tienen objetivos, razón de vivir o de lo contrario razones físicas ¿no? es decir salud quebrantada bueno naturalmente no.

CAMMSX3: porque yo hago proyectos que (0.2) ahora no podemos. Pero y yo no es que me piense que voy a vivir hasta los ciento veintitrés años, pienso que si lo llego a hacer, lo, le dejo un techo a mi hija, se lo dejo mejor arreglado

CAMMSH3: Tener un motivo de interés, bueno a mí me gusta la música, la lectura y las plantas. La persona de edad tiene que tener un motivo que le sirva para seguir adelante, porque si no es muy fácil decís no, nada me interesa no me, como esta señora, se retiró del mundo ya

- Y por otro lado se plantea la necesidad de realizar actividades en la vejez, también como forma de prevenir la aparición de enfermedades o problemas en la vejez.

CAMMSH2: [Ah sí fue mía]. Si el venía y me decía los primeros ((sonríe mientras habla)) meses, me decía mamá y vos te hayas en esto tan chiquitito, tan chiquitito, si me hayo; porque yo vivía en Rivera y Ponce una casona antigua viste, este si me hayo, y no me deprimí para nada, viste. Pero siempre en actividad no, no me quedo.

CAMHPH4: y, y la actividad que se le pueda dar ¿no? porque este, creo que eso todos necesitamos tener ciertas actividades ¿no? entonces bueno, aunque sea lúdicas o de lo que fuere, o de colaboración o lo que fuera, pero, tendría que estar también eso, digamos, no sé si llamarle trabajo o actividad, pero algo creo que, que debe ir incluido porque si no también, o sea si a uno le dan todo quizá uno al final se siente un inútil

DISCUSIÓN

Este estudio se ha basado en poder dar voz a un sector de la población que se encuentra implicada directamente en las prácticas y relaciones de cuidado. Pretende acceder a la apertura de un campo semántico nuevo que no tenga que ver con los organismos rectores, ni la academia sino con quienes experimentan directamente como beneficiarios o como portadores de prácticas de cuidado; en un contexto actual donde existe una multivocalidad en relación al cuidado.

El o los cuidados componen un campo de sentido, un entramado complejo con múltiples contradicciones que implican al tematizarlo situarse en situaciones que resulta no deseadas. Puestos a pensar en prospectiva en estas temáticas implica poner en juego expectativas, dudas, miedos, desconocimientos que resultan movilizante para los participantes, llegando en algunos casos a manifestar no haber pensado en esos temas hasta el momento. Es un tema comprometido para las personas donde se pone en juego directamente su subjetividad. De todas formas debemos destacar que los entrevistados se mostraron sumamente colaboradores a poder pensar en estos temas al momento de la entrevista.

El campo de significación que implican el o los cuidados cristaliza en sentidos que este estudio pretende exponer pero también es un campo que está vivo y en permanente movimiento ya que se encuentra en relación directa con una historia personal y social. Vivo también porque se enmarca en un universo de relaciones que depende de la red social y vincular de las personas.

Los significados sobre el cuidado que manifiestan los entrevistados se encuentran en estrecha relación con el significado sobre la vejez. En concordancia con estudios realizados en nuestro medio (Berriel, Paredes y Pérez, 2006; Berriel, 2010; Paredes et ál, 2013) aparecen en las entrevistas un universo de representaciones referidas a un constructo deficitario de la vejez. Los significados más representativos de las entrevistas realizadas refieren a relacionar directamente la vejez como una etapa que implica cuidados, enfermedad, dependencia, soledad, cambios físicos que implican cuidados y que no permiten realizar actividades que antes podían realizar y que son vividas como pérdidas.

Algunos significados sobre la vejez parecieran no tener fronteras. El estudio realizado Castellanos y López, (2010) en la ciudad de Bogotá arroja resultados similares en relación a la comprensión del cuidado en situación de discapacidad y pobreza, desde la perspectiva

cultural. Como se menciona en antecedentes el análisis de datos arrojó tres temas centrales que, en términos tomados de las propias verbalizaciones de los participantes del estudio, se formulan así: 1- uno se da cuenta de sus males, porque el cuerpo no le sirve como antes; 2- la vejez: muchas enfermedades y pocas capacidades, y 3- invalidez... dejando la vida en manos de otros.

Esto denota que a pesar de del paso del tiempo y del trabajo que desde algunos lugares se viene realizando en pos de poder problematizar y cambiar algo de estas representaciones, éstas siguen estando presente. Resulta interesante poder pensar que cuestiones refuerzan la existencia y permanencia de estos significados sobre la vejez. Sin duda la complejidad que comprende la existencia y permanencia de los prejuicios y representaciones de la vejez, que implican dimensiones históricas, culturales, sociales, psicológicas e ideológicas, exceden a este estudio. Sin embargo resulta interesante pensar a partir de los significados del cuidado que emergen de este estudio en la ligazón de sentido que se realiza entre vejez y cuidado, donde cuidado se liga a enfermedad y por tanto podríamos decir que este deslizamiento de sentido pareciera estar reforzando el constructo vejez-dependencia.

Si tomamos en cuenta la eficacia de los prejuicios que plantea Salvarezza (1988) en tanto profecía autocumplida, en donde el prejuicio se vuelve contra la propia persona, estas ligazones de sentido dejan atrapados a los viejos a una vejez dependiente.

En una relectura de Salvarezza que realiza Berriel (2010) plantea:

El principal aporte de las conceptualización salvareziana del termino viejismo radica en su vinculación con los procesos identificatorios. De este modo, el autor sienta las bases para la comprensión de la inscripción de la visión negativa del envejecimiento y la vejez en el propio proceso de constitución del sujeto.

En este entramado de sentido están construyendo sus identidades estos viejos entrevistados. Esto representa un desafío para los profesionales y los organismos ejecutores de políticas sociales que pugnan por una vejez en clave de derechos, donde la autonomía asociada la independencia ha adquirido un valor social a conseguir, devaluando a su par contrapuesto la dependencia.

En concordancia con otro estudio realizado en nuestro medio (Batthyány, Genta y Perrota, (2012), las expectativas de cuidado se vinculan a directamente al ámbito familiar y a las expectativas de ser cuidados por sus hijos en caso de los que lo tienen, deseando que estos cuidados se realicen en el domicilio de la persona adulta mayor.

Se plantea la necesidad de contar con un apoyo en los cuidados (servicios de acompañantes) como forma de compensar la falta de tiempo con la que cuentan hoy en día sus hijos u otros miembros de las familias para las tareas de cuidado. La red social se torna relevante para las personas adultas mayores que no tienen hijos. La red social para estos entrevistados no solo aparece como expectativas sino que también se relacionan a estrategias de cuidados que tienen previsto. Esto resulta relevante en la medida que muestra una heterogeneidad en la población adulta mayor relacionada a la configuración familiar, especialmente a si tienen hijos o no en cuanto a la previsión que hacen de un cuidado en prospectiva.

En las personas adultas mayores que no tienen hijos aparece claramente un pensar sobre el cuidado y un hablar sobre el mismo con los integrantes de su red más cercana. A diferencia de quienes tienen hijos que aparece un no pensar, un no hablar de estos temas, ya que se desliza un sentido del cuidado naturalizado, innato, que llevaría a ser cuidados por sus hijos. El cuidado estaría implícito en las relaciones familiares, se da de hecho y por lo tanto no sería necesario hablar del asunto. En estos participantes aparece también fuertemente asociado el cuidado como deber, responsabilidad, obligación.

Esto representa no solo que el cuidado se restringe al ámbito familiar a nivel de las prácticas concretas de cuidado sino que se familiariza en el sentido que es abordado como un tema familiar. Las expectativas y la posible planificación de estrategias sobre cuidado estarían condicionadas a las lógicas familiaristas. Lo que se habla y no se habla en el ámbito privado de la familia, lo que se sabe y lo que no se sabe, lo que esta instituido por el hecho de ser familia.

Tomando lo que plantean Batthyány, Genta y Perrota, (2012):

En sexto lugar, se aprecia la existencia de una demanda insatisfecha del cuidado familiar para la población adulta mayor expresada a través de las diferencias encontradas entre lo que las personas mayores creen que sus hijas e hijos están obligados/as a hacer respecto a su cuidado y lo que hijos e hijas consideran que es su obligación. La amplia mayoría de los menores de 69 años no considera que están obligados/as a cuidar de sus padres y madres a diferencia de lo que la mayoría de las personas mayores piensan” (p. 68-69)

Y un estudio realizado en Quebec, Canadá (Guberman, N., Lavoie, J.P., Blein, L., Olazabal, I., 2011) a 39 personas pertenecientes a la generación Baby boomer⁶ con respecto a cómo perciben y juegan su papel como cuidadores, encontraron que los entrevistados se niegan a ser confinado a una única identidad de cuidador, mientras trabajan plantean hacer malabares con el cuidado, el trabajo, la familia y los compromisos sociales. Los autores plantean que se está ante un nuevo enfoque de la prestación de cuidados, donde se avanza en la idea de una "desnaturalización" de la atención, ya no es visto como un destino "natural" o responsabilidad "normal" de la familia.

Podemos pensar que no solo se encontraría una demanda insatisfecha, sino que los niveles de explicitación que se pudieran plantear en una posible planificación estratégica dentro del marco familiar, resultaría conflictivo.

Por otro lado al tratar al cuidado como un tema familiar y acotarlo a sus lógicas, parecería que restringe el tratamiento del tema solo a ese ámbito, no trascendiendo a otros ámbitos como pudiera ser redes sociales más cercanas (amigos, vecinos, etc.)

Parecería que quienes no tienen hijos logran trascender esta lógica familiarística de restringir el tema de los cuidados al ámbito familiar y plantean al menos el tratamiento del tema con su red más cercana. No podemos decir que esto garantice mejores niveles de efectividad en la resolución de cuidados a futuro, pero si se considera que el poder hablar y proyectarse tomando en cuenta a la red social más cercana generaría la posibilidad de contar con otros potenciales recursos. Compartiendo con Claudia Arias (2004) que plantea: "Las personas de edad que presentan algún tipo de dependencia y que poseen una red de apoyo suficiente poseen condiciones de vida más satisfactorias."

En cuanto a las expectativas de recibir lo que consideran un buen cuidado y los motivos principales por los cuales alguien realiza tareas de cuidado, aparecen los afectos y el amor en las relaciones del cuidado. Asociados a estos afectos aparece la reciprocidad en las relaciones de cuidados, principalmente cuando los entrevistados se refieren al cuidado mutuo dispensado en las parejas.

Piera Aulagnier (1994) nos permite pensar con respecto a la relación del amor y la reciprocidad. La relación amorosa sería relación de simetría y aquellas patologías como

⁶ Baby boomer es un término usado para describir a las personas que nacieron durante el baby boom, que sucedió en algunos países anglosajones, en el período momentáneo y posterior a la Segunda Guerra Mundial, entre los años 1943 y 1964

relaciones de asimetría. Para ello toma y denomina dos tipos encuentros. “el yo-yo del otro” como encuentro pensado y el encuentro vivido que sería el encuentro cara a cara y cuerpo a cuerpo en la realidad. Este entre el yo y el yo del otro, en cuanto objeto catectizado de manera privilegiada, existe el otro pensado que permite y asegura el soporte de la libido en los momentos de la usencia del otro real. Lo que enlaza esta relación entre el yo y el yo del otro es básicamente lazos verbales. El deseo para el yo es un deseo hablado. “Lo que el yo espera del otro es tornarse destinatario y ser reconocido como enunciante de una palabra de deseo” (p.146). El placer pensado no puede sostenerse indefinidamente y plantea P. Aulagnier que hay un momento en que el yo hará sus cuentas y exigirá cuentas a la realidad. En un momento necesitará que se le asegure que es para otro un objeto de amor y hallar una realidad que le pruebe la verdad de lo que él piensa. Esta prueba es del orden del acto, del gesto, está marcada por un signo de la realidad. Podemos pensar las prácticas de cuidado se inscriben en el registro de un acto de la realidad

Para Aulagnier (1994), la realidad es aquella que el yo puede pensar de ella y por tanto solo puede pensar lo que cree real porque lo cree verdadero. Pensado en la relación amorosa, el yo catectiza existentes y su demanda se dirige al yo de los otros, esperando que el yo del otro brinde y a su vez tenga la obligación de exigir y esperar también en tanto deseante autónomo. Esta simetría plantea la autora nunca es perfecta pero “es suficiente para que el yo amante no se encuentre en una situación de dependencia que sería fuente de angustia extrema” (p.156).

Esta relación de simetría, según la autora, es una relación en la cual cada uno de los dos yoes es para el otro el objeto de una catectización privilegiada en el registro del placer pero no necesariamente exclusiva. Es una relación en la cual cada yo se revela ante el otro y es reconocido por el otro como fuente de placer y por el hecho de que cada uno atribuye al otro un mismo poder de placer y sufrimiento. La autora plantea que en este “y” que une placer y sufrimiento, define esencialmente lo que ella llama simetría. “La simetría no es la identidad sino exactamente una analogía, una reciprocidad en un poder afectivo del que ambos participantes gozan recíprocamente” (p. 198)

Esta manera de pensar las relaciones amorosas, y con esto no solo nos referimos a las relaciones establecidas en una pareja, nos permite pensar en los niveles de displacer que plantean los participantes sobre el cuidar o sobre el recibir cuidados. Las relaciones de cuidado que plantean estos entrevistados refieren siempre a una situación de enfermedad, de dependencia (casi siempre física) que anula al sujeto, siendo fuente de angustia para

todos los componentes implicados en esta relación. Es por esto también que los participantes que relatan sobre las relaciones de cuidado en el marco de las parejas, donde existiría un mayor nivel de simetría, refieren menores niveles de displacer.

Resulta relevante que los ejecutores de políticas sociales en torno al SNC puedan tomar en cuenta estos significados y expectativas con las cuales se enfrentan las personas adultas mayores al cuidado, como forma de ser más precisos y eficaces a la hora de la ejecución de políticas al respecto.

Referencias bibliográficas

- Arias, C. (2004) Red de Apoyo Social y Bienestar psicológico en personas de edad. Mar del Plata. Ediciones Suárez
- Araújo, A. M. (2009) Acerca del tiempo y desde los espacios inciertos de la Hipernmodernidad: La sociología Clínica. En *Sociología clínica 2. Reflexiones desde la práctica* Araujo, A. M. (edición) Ed. Argos. 2009. Montevideo.
- Aulagnier, P. (1994) Los destinos del Placer. Alienación-Amor-Pasión. Buenos Aires. Paidós.
- Arroyo, María (2009) Dependencia y cuidados en la vejez avanzada de hombres y mujeres en la ciudad de Durango. Un análisis de la subjetividad y la formación de identidades PhD thesis, UANL. Mexico. Recuperado de: http://eprints.uanl.mx/2808/1/Tesis_Mar%C3%ADa_Concepci%C3%B3n_Arroyo_Rueda.pdf
- Barrio Cantalejo, Inés M^a et al. La dependencia en el decir de los mayores. Gerokomos [online]. 2006, vol.17, n.2, pp. 17-25. ISSN 1134-928X. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2006000200002&script=sci_arttext
- Batthyany, K. Genta, N., Perrotta, V., (2013) El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género. Análisis comparativo sobre cuidado infantil y de adultos y adultas mayores en el Uruguay. CEPAL. Santiago de Chile
- Batthyany, K. Genta, N., Perrotta, V., (2012) La población uruguaya y el cuidado: Persistencias de un mandato de género. CEPAL. Santiago de Chile
- Batthyany, K. (2001) El trabajo de cuidado y las responsabilidades familiares en Uruguay: proyección de demandas. En Aguirre y Batthyány (comp.) *Trabajo, género y ciudadanía en los países del Cono Sur*. AUGM-CINTERFOR-OIT-UDELAR, Montevideo, julio 2001.
- Bauman, Z. (2004) Modernidad Líquida. Argentina, Ed. Fondo de Cultura Económica
- Berriel F, Paredes M, y Pérez R (2006) Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez. En: López, A. (Coord., 2006) *Reproducción biológica y social de la población uruguaya Tomo I Estudio Cualitativo*. Montevideo: Trilce. Cap. 1, pp. 19 - 124.
- Berriel, F., Pérez, R. y Rodríguez, S., (2011) Vejez y envejecimiento en Uruguay. Fundamentos diagnósticos para la acción. Montevideo: MIDES. Disponible en URL: <http://www.globalaging.org/health/world/2011/aging%20uruguay.pdf>

- Berriel, F. (2007) La vejez como producción subjetiva. En: *Envejecimiento, memoria colectiva y construcción de futuro. Memorias del II Congreso Iberoamericano de Psicogerontología y I Congreso Uruguayo de Psicogerontología*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Berriel, F. (2010) Estudio de la significación social del envejecimiento en Uruguay. En *Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de expertos*. Observatorio de Envejecimiento y Vejez. NIEVE. UNFPA. Montevideo.
- Berriel, F. (2003) Imagen del cuerpo, modelos y emblemas identificatorios en los adultos mayores. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mat. Mim.
- Berriel, F. y Pérez, R. (2002) Adultos mayores montevideanos: imagen del cuerpo y red social. En: *Universidad de la República. Facultad de Psicología (2002) Revista Universitaria de Psicología. 2. 1*. Montevideo, agosto de 2002, pp. 25-42.
- Berriel, F. y Pérez, R. (2005a) Imagen del cuerpo en diferentes franjas etarias. En: *Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología (2005) Memorias de XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur: Avances, nuevos desarrollos e integración regional*. Buenos Aires. Ediciones de la Facultad de Psicología de la UBA. T. III, pp. 254-256.
- Berriel, F. y Pérez, R. (2005b) Imagen del cuerpo y representación social de familia, trabajo y salud en el proceso de envejecimiento. Informe de investigación. Montevideo. Facultad de Psicología-CSIC. Universidad de la República. (Mimeo.)
- Burin, M.; Meler, I. (2000) Varones. Género y subjetividad masculina. Bs. As.: Paidós
- Butler, J. (2002) Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo. Bs.As, Paidós.
- Butler, J. (2004) *Deshacer el género*. Monterrey, México. Una pluma Ediciones.
- Carbajal, M.; Lladó, M. (2009) Producción de subjetividad sobre envejecimiento y vejez presente en las políticas públicas. Para las conclusiones del Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio. *"Envejecer... un proceso de todos". En busca de la equidad generacional*. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)
- Carrasco, C., Borderías, C., Torns, T. (Eds.) (2011) El trabajo de cuidados. Historia, teorías y Políticas. Madrid: La Catarata
- Castellanos F, López A. (2010) Mirando pasar la vida desde la ventana: significados de la vejez y la discapacidad de un grupo de ancianos en un contexto de pobreza. En *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. Pontificia Universidad Javeriana*. Bogotá (Colombia), 12 (2): 37-53. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=145217280004>

- Castoriadis, C. (1983, 1989) La institución imaginaria de la sociedad, volumen 1: Marxismo y teoría revolucionaria. Volumen 2: El imaginario Social y la Institución. Barcelona, Ed. Tusquets.
- Coffey, A.; Atkinson, P. (2003) Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Colombia. Editorial Universidad de Antioquia.
- Covas, S., Maravall, J. Bonino, L. (2009). Los Hombres y el Cuidado de la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Observatorio de Salud de las Mujeres. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hombresycuidado09.pdf>
- Cummings, E.; Henry, W. (1961) Growing old: the process of disengagement. Nueva York: Basic Books.
- Deleuze, G (1987) Foucault. Ed. Paidós. Bs. As.
- Deleuze, G (1996) Crítica y Clínica, Anagrama, Barcelona
- Deleuze, G., Guattari, F. (1988) Mil Mesetas Ed. Pre-textos España
- Dennett, D. (1991). La conciencia explicada. Bs. As.: Paidós
- Erikson, E. (2000). El ciclo vital completado. Barcelona: Paidós
- Fernández, A. M. (1994) La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Bs. As.: Paidós
- Fineman, M. (2006). "Dependency and Social Debt", en Grusky, D., y England, P. (eds.), Poverty and Inequality. Stanford: Stanford University Press.
- Foucault, M. (1967) Historia de la locura en la época clásica III. Breviarios. Fondo de Cultura Económica. México.
- Foucault, M. (1970) La arqueología del saber. Ed. Siglo XXI
- Foucault, M. (1989) Vigilar y Castigar. Buenos Aires. Siglo XXI.
- García, M., Mateo, I. Eguiguren, A. (2004) El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac Sanit [online]. 2004, vol.18, suppl.1, pp. 132-139. ISSN 0213-9111. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v18s1/03sistema.pdf>
- Gil Rodríguez, Eva Patricia (2002) ¿Por qué le llaman género cuando quieren decir sexo? Una aproximación a la teoría de la performatividad de Judith Butler. Athenea Digital, 2. Recuperado de: <http://blues.uab.es/athenea/num2/Gil.pdf>
- González Rey, F. (2000) Investigación Cualitativa en Psicología. Rumbos y Desafíos. México. International Thomson Editores.
- Guberman, N., Lavoie, J.-P., Blein, L., & Olazabal, I. (2012). Baby Boom caregivers: Care in the age of individualization. The Gerontologist, 52, 210–218. doi: 10.1093/geront/GNR140

- Haraway, Donna (1999). Las promesas de los monstruos: Una política regeneradora para otros inapropiados/bles. *Política y Sociedad*. 30, 121-163.
- Harding, S. (1987). Is There a Feminist Method?. En Sandra Harding (de) *Feminism and Methodology*. Bloomington/ Indianapolis: Indiana University Press. Recuperado de: http://scholar.google.com.uy/scholar?start=20&q=epistemolog%C3%ADa+feminista&hl=es&as_sdt=0,5
- Iacub, R. (2011) *Identidad y envejecimiento*. Bs. As. Paidós
- Jelin, E. (1998) *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Jelin, E. (2007) *Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales*. En: Arriagada Irma (coord.) *Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros*. CEPAL-UNFPA, 2007. Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/31999/LP96_Familia_lcg2345.pdf
- Kittay, E. (1999). *Love's Labor. Essays on Women, Equality and Dependency*. Londres: Routledge.
- Knibiehler, Y. Fouquet, C. (1977). *L'Histoire des mères et de la maternité en Occident*. París: Montalba.
- Lehr, U. (1988) *Psicología de la Senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona. Herder.
- López, A. (2006) *Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya Tomo I Estudio Cualitativo*. Montevideo: Trilce.
- Marinas, J. (1995) "Estrategias narrativas en la construcción de la identidad". En Isegoría. *Revista de Filosofía Moral y Política*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. CSIC. Madrid
- Mohanty, Ch. (2008): "Bajo los ojos de Occidente: academia feminista y discursos coloniales", en Suárez Navaz, L. y Hernández, R. (eds.) *Descolonizando el feminismo. Teorías y prácticas desde los márgenes*, Madrid, Cátedra.
- Neugarten, B. (1999). *Los Significados de la Edad*. Barcelona: Herder.
- Paredes, M., Berriel, F., Lladó, M., Carbajal, M. Nathan, M., Gonzalez, J.D. y otros (2013) *La sociedad Uruguaya frente al envejecimiento de su población*. Montevideo. CSIC bibliotecaplural.
- Pastor, R. (2005) *Mujeres en los linajes y en las familias. Las madres, las nodrizas, las estériles*. Arenal, 12/2, pp. 311-339
- Pérez Sedeño, E. (2008). Mitos, creencias, valores: cómo hacer más «científica» la ciencia; cómo hacer la «realidad» más real. Isegoría. *Revista de Filosofía Moral y Política*, 38, 77-100

- Pérez, A. (2006) Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, núm. 5, pp. 7-37. Recuperado de http://observatoridesc.org/sites/default/files/1_amenaza_tormenta.pdf
- Pérez, G., Guijarro, E. (2001) Evaluación de la UNED SENIOR. Opinión de los alumnos, profesores y coordinadores. En *IV Congreso Iberoamericano de Universidades para mayores CIUUMM (27 al 30 de junio de 2011) Volumen I*. Alicante. Recuperado de: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20112/1/311.pdf>
- Porta, Luis y Silva; Miriam (2003). La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa [en línea]. Recuperado de: <http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf> (recuperado en agosto 2012)
- Ricoeur, P. (1985) Tiempo y narración. Madrid: S. XXI Editores
- Ricoeur, P. (1996) Sí mismo como otro. Madrid: S. XXI Editores
- Robles, L. (2005). La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social. En: *Papeles de Población*, (45): 49-69. Disponible en URL: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/112/11204504.pdf> (recuperado en agosto 2012)
- Rodríguez Nebot, J. (2004) Clínica móvil: el socioanálisis y la red. Montevideo. Ed. Psicolibro- Narciso
- Rodríguez Nebot, J. (2010) Clínica y Subjetividad. Montevideo. Ed. Psicolibro Universitario.
- Ruiz Olabuenaga , J. L.; Ispizua, M. A. (1989) La decodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. Bilbao. Universidad de Deusto.
- Salvarezza, L. (1993) Psicogeriatría, teoría y clínica. Bs. As. Paidós.
- Tous, J.M.; Navarro, J. (1997) Las diferencias individuales en el proceso de envejecimiento. *Anuario de Psicología*, 73 (Universidad de Barcelona), pp. 105-118.
- Vallés, M. S. (2003): Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid. Síntesis
- Vázquez Sixto, Félix. (1996). El análisis de contenido temático. Objetivos y medios en la investigación psicosocial. (Documento de trabajo). (pp. 47-70). Universitat Autònoma de Barcelona

ANEXO:

PAUTA DE ENTREVISTA

Conocer como esta conformada la familia, no solo a nivel descriptivo sino también como son las relaciones entre los integrantes del núcleo familiar.

Sobre Cuidado:

¿Qué se entiende por cuidado? ¿Qué se entiende por un buen cuidado?

A lo largo de su vida como ha sido la relación con el tema del cuidado? (que cuente sobre esa experiencia) ¿Ha cambiado este concepto a lo largo de la vida?

¿Cómo se aprende a cuidar y a cuidarse? ¿De quién aprendió cómo cuidar? (indagar con que modelos identificatorios se relaciona)

¿Cómo valora la experiencia realizada y/o recibida? (Sobre el cuidado recibido y aportado: indagar niveles de satisfacción, sufrimiento, niveles de intercambio, costos)

Sobre expectativas:

¿Qué es lo que motiva que las personas cuiden a otras? (indagar, si una obligación, un deber, si es una fuente de satisfacción)

¿Y en relación a ud, como piensa esto?

Si ud en algún momento necesitara cuidados, ¿cuáles serían? ¿De quién espera recibirlos?

¿Por qué?

¿Ud como viene manejando esto del cuidado (para cumplir con estas expectativas)? ¿Lo ha hablado con alguien?

¿Qué motivaría a (personas que nombre) para cuidarlo/a? (Si se visualizan conflicto en estas prácticas, por ejemplo entre recibir y brindar cuidados, y entre el que recibe y el que brinda cuidados)

¿En el último año ha recibido cuidados?.

Sobre relaciones intergeneracionales:

¿Qué le han transmitido otras generaciones sobre el cuidado? (Indagar lo verbal y no verbal)

¿Cuáles ha transmitido Ud. hacia generaciones menores? (indagar continuidad y cambio en las transmisiones intergeneracionales y posibles conflictos)

Diferencia de género en las prácticas de cuidado:

En este tema del cuidado, ¿Hay diferencias entre hombres y mujeres? ¿Cuáles serían?
(indagar sobre el deber, capacidades, o características que se les atribuye a cada sexo)

Relación Cuidados - concepción de Vejez:

¿Qué es para Ud. el envejecer? ¿Qué implica para Ud.?
¿Implica cuidados? ¿De qué tipo?

Relación Cuidados – Dependencia/autonomía:

¿Qué es la dependencia para Ud.?
¿Qué es la autonomía para Ud.?
(A que ámbito de lo humano lo relaciona)