



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**  
**Monografía Licenciatura en Trabajo Social**

**Rol de la familia en el cuidado de las personas mayores con fractura de  
cadera, en el marco del Sistema de Cuidados de CASMU**

**Maria Belén De Avila Lorenzo**  
Tutora: Sandra Sande Muletaber

**2025**

*Dedíquense a personas, grupos o causas. Sumérjanse en el trabajo social, político, intelectual o artístico. Deseen pasiones lo suficientemente intensas que les impidan cerrarse en ustedes mismos. Aprecien a los demás y vivan una vida activa de proyectos con significado.*

*-Simone de Beauvoir-*

## **1. Agradecimientos**

Quiero agradecer profundamente a mi familia. A mis padres, mi hermano, mis sobrinas, mi sobrino y mi mejor amiga, por darme el apoyo y las herramientas para dar comienzo a este camino, por estar junto a mi en cada paso y su amor incondicional. Sin ustedes, nuestros encuentros y abrazos a la distancia para recargar energías, ánimos y amor, esto no hubiese sido posible.

A mis amigas y amigos que en estos cinco años llegaron a mi vida. Gracias por ser la compañía, la alegría y festejo después de cada parcial, por el abrazo al final de cada día, por transmitir tranquilidad y seguridad en cada momento de frustración. Gracias por las velitas de miel y los mensajes de aliento, cuando parecía difícil y lejano lo que sucede hoy.

A mis facuamigas, gracias por el cariño y por la compañía, por los mates en cada tarde larga de estudio, son el abrazo justo en el momento indicado, son complicidad y amistad. Fueron y son esenciales en cada preciso instante de este camino recorrido, y en todo el que viene por delante como colegas.

A mi tutora Sandra y mis docentes Teresa y Romina. Gracias por enseñar siempre desde el amor, por introducirme en el área de las vejees y transmitir su conocimiento en cada instancia y con ello incentivarme a seguir aprendiendo. Gracias por enseñarme lo más hermoso del Trabajo Social.

A las y los profesionales del Sistema de Cuidados de CASMU, gracias por abrirme su espacio para desarrollar la práctica pre profesional y las entrevistas para este trabajo. Gracias por la dedicación y el aprendizaje constante.

A la Facultad de Ciencias Sociales y a la Universidad de la República, gracias por la oportunidad de aprender y crecer en el espacio de la educación pública.

A todos y todas los/as que supieron acompañar este proceso, ¡Gracias!

## Índice

|                                                                     |           |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Agradecimientos.....</b>                                      | <b>2</b>  |
| <b>2. Introducción.....</b>                                         | <b>4</b>  |
| <b>3. Surgimiento y objetivos de la investigación.....</b>          | <b>5</b>  |
| <b>4. Estrategia Metodológica.....</b>                              | <b>6</b>  |
| <b>5. Antecedentes.....</b>                                         | <b>8</b>  |
| <b>6. Perspectiva teórica en torno a la temática.....</b>           | <b>10</b> |
| 6.1. Las vejeces y el envejecimiento.....                           | 10        |
| 6.2. El cuidado de las personas mayores.....                        | 12        |
| 6.3. Familia y Género.....                                          | 16        |
| <b>7. Contextualización del Sistema de Cuidados de Casmu.....</b>   | <b>19</b> |
| <b>7.1. Perspectivas de las familias.....</b>                       | <b>22</b> |
| 7.1.1 Feminización y Familiarización de los cuidados.....           | 22        |
| 7.1.2. Personas mayores dependientes.....                           | 27        |
| 7.1.3. Redes de apoyo.....                                          | 29        |
| <b>7.2 Perspectivas de las profesionales de la institución.....</b> | <b>34</b> |
| 7.2.1 La autonomía de la persona mayor.....                         | 36        |
| 7.2.2 Sobrecarga de cuidados.....                                   | 38        |
| 7.2.3 Los cuidados desde el Enfoque de Curso de Vida.....           | 40        |
| 7.2.4. Mirada institucional sobre el rol de la familia.....         | 42        |
| <b>8. Reflexiones finales.....</b>                                  | <b>45</b> |
| <b>9. Referencias Bibliográficas.....</b>                           | <b>49</b> |

## **2. Introducción**

El presente documento corresponde a la Monografía Final de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social impartida en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Con el objetivo de conocer el rol de las familias en el cuidado de las personas mayores de 65 años con fractura de cadera, en el marco del Sistema de Cuidado de CASMU (SDCC), se desarrollaron diversas entrevistas a las personas mayores con fractura de cadera, los/as familiares cuidadores/as de las mismas y profesionales del SDCC del área social y médica.

En base a esto, el documento se divide en tres partes principales. Primeramente, el apartado tres, desarrolla los motivos que llevaron a la selección del tema y presenta el objetivo general y los respectivos objetivos específicos para el abordaje de la misma, así como también una breve contextualización de la institución donde se llevó a cabo el trabajo de campo. En segundo lugar, el apartado cuatro, expone la estrategia metodológica implementada, una investigación cualitativa con enfoque en un estudio de caso; y finalmente, el quinto apartado presenta seis antecedentes a la investigación que sirvieron como insumo para esta.

El apartado seis y sus correspondientes subapartados, constituyen la segunda parte. Se encuentran organizados de manera tal de presentar y desarrollar las principales categorías que transversalizan la investigación. Estas son: vejez y vejeces, el proceso de envejecimiento; el cuidado, la familia y el género.

Finalmente, la última parte corresponde a la presentación de las entrevistas realizadas y su análisis, elaborado a partir del marco teórico conceptual mencionado anteriormente. Este contenido se desarrolla en el apartado siete, junto con sus respectivos subapartados. Organizado de la siguiente forma: primero, se desarrolla un marco contextual del lugar donde se llevaron a cabo las entrevistas -el Sistema de Cuidados de CASMU-. A partir de esto, se desarrolla las perspectivas de las familias y de manera continua la perspectiva del equipo del SDCC, precisamente de aquellas profesionales entrevistadas. Finalmente se presentan las reflexiones que el trabajo realizado me han generado.

### **3. Surgimiento y objetivos de la investigación**

La presente investigación surge a través del trabajo realizado en la práctica pre profesional que tuvo lugar en el año 2024, dónde el centro de práctica fue en una institución de salud. Las intervenciones realizadas a lo largo del año fueron con personas mayores, incluyeron trabajo con las familias, así como coordinaciones con los diferentes profesionales del área médica como nurses y médicos/as geriatras, quiénes en conjunto realizaban en el Sistema de Cuidados de CASMU -SDCC- una intervención interdisciplinaria junto a las Trabajadoras Sociales del equipo.

La práctica pre profesional como estudiante de la Licenciatura en Trabajo Social permitió conocer diferentes áreas de intervención de la disciplina, las situaciones a las que las personas mayores con dificultades en su salud enfrentan a diario y las problemáticas que conlleva esto para su vida cotidiana, así como también las múltiples maneras en que se puede abordar una misma situación.

El rol de la familia en el cuidado de las personas mayores con fractura de cadera, es el tema de interés para investigar, fue seleccionado tras las múltiples experiencias que los familiares y los/as usuarios/as del SDCC expresaban en las entrevistas tanto en el sanatorio como en sus domicilios, lo que tuvo como resultado conocer estas experiencias directamente y a su vez el surgimiento de diversos cuestionamientos, los cuales serán abordados a lo largo esta investigación.

Objetivo general:

- Conocer las representaciones sobre el rol de las/os familiares en el cuidado de las personas mayores con fractura de cadera según sus propias vivencias.

Y en la misma línea, tres objetivos específicos:

- Explorar las vivencias de los familiares con respecto a su rol en el proceso de cuidado de las personas mayores.
- Presentar, según la normativa vigente, cuál es el rol que las y los familiares deben cumplir con respecto al cuidado de las personas mayores en situación de dependencia, así como también el rol que cumplen dentro del SDCC.

- Conocer desde el punto de vista del equipo profesional del SDCC, cuáles son los desafíos que conlleva asumir los cuidados por parte de familiares

#### **4. Estrategia Metodológica**

Batthyány et. al, (2011) plantean que dentro de la metodología de la investigación en Ciencias Sociales, el diseño metodológico hace referencia “(...) al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea” y de esta manera “Su objeto es proporcionar un modelo de verificación que permita contrastar hechos con teorías” (p. 33).

Siguiendo esta línea y los planteamientos de Batthyány et. al. (2011), los objetivos propuestos permiten delimitar no sólo el diseño de la propia investigación, sino además qué información y/o datos son necesarios y la estrategia para obtenerlos, entre otros. Es por esto que, dependiendo del tipo de objetivos que se planteen, los cuales “(...) se constituyen como acciones a seguir para dar cuenta del problema de investigación” (p. 35), será el diseño metodológico que se desarrolle. Teniendo en cuenta esto, el diseño de la presente investigación es de tipo exploratorio, entendiendo que, “(...) se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes” (p. 33).

Para el desarrollo de la investigación se utilizará una estrategia cualitativa, en dónde el/la investigador/a cumplen un rol fundamental, dado que la información que obtienen no es únicamente desde el trabajo de campo a través de entrevistas, sino además se incorpora la búsqueda y análisis de documentos, estos datos son recogidos “(...) en el lugar donde los participantes experimentan el fenómeno o problema de estudio. No trasladan a los sujetos a un ambiente controlado y no suelen enviar instrumentos de recogida para que los individuos los completen” (Batthyány et. al. 2011, p. 78).

A su vez, se trata de un enfoque metodológico de estudio de caso, que de acuerdo a lo planteado por Sabino (1997) “(...) es el estudio profundizado y exhaustivo de uno o muy pocos objetos de investigación, lo que permite obtener un conocimiento amplio y detallado de los mismos” (p. 91).

Con el objetivo de estudiar el rol que desempeñan las familias en el cuidado de las personas mayores con fractura de cadera, se llevaron a cabo entrevistas semi estructuradas

como una de las técnicas de investigación para la obtención de información, así como también la observación. Sobre la primera de éstas, Corbetta (2007) citado en Batthyány et al. (2011) plantea que en las entrevistas semiestructuradas “(...) el investigador dispone de una serie de temas que debe trabajar a lo largo de la entrevista, pero puede decidir libremente sobre el orden de presentación de los diversos temas y el modo de formular la pregunta” (p. 90).

En base a esto, fueron definidos tres grupos para la realización de las entrevistas. El primero conformado por personas mayores de 65 años o más con fractura de cadera, ingresados en el Sistema de Cuidados de Casmu -SDCC-. El segundo grupo corresponde a los familiares responsables de brindar cuidados a dichas personas mayores. Finalmente, el tercer grupo incluyó a funcionarios del SDCC, específicamente una trabajadora social<sup>1</sup> y una nurse del equipo.

En relación a la observación, Corbetta (2007) citado en Batthyány et al. (2011) realiza una distinción entre la observación y la observación participante, la primera de éstas y la cual se utilizará “(...) indica la técnica para la recopilación de datos sobre el comportamiento no verbal” (p. 88). Para esto, se establecieron dos principales características a tener en cuenta en la observación, el sexo y edad de la persona mayor y de el/la familiar referente de los cuidados de la misma, así como también las interacciones, acciones y expresiones realizadas en el momento de la entrevista.

De acuerdo con esto, se realizaron un total de doce entrevistas, distribuidas entre personas mayores, cuidadores -familiares y no familiares- y personal del equipo profesional del SDCC. En concreto, se entrevistó a una persona mayor con fractura de cadera; a cinco hijas cuidadoras; una cuidadora particular; una sobrina cuidadora, un hijo varón y al esposo cuidador de la persona mayor con fractura de cadera. Asimismo, del equipo profesional se entrevistó a la Trabajadora Social referente del mismo y a la Nurse.

Blanco y Castro (2007) explican que dentro de la investigación cualitativas los/as investigadores/as buscan en contraposición a la investigación cuantitativa un muestreo no probabilístico, es decir “(...) personas informadas, lúcidas, reflexivas y dispuestas a hablar ampliamente con el investigador” (p. 2). En este sentido, se utilizó el denominado “muestreo de avalancha” el cual implica que los propios entrevistados recomienden a otros posibles candidatos a ser incluidos en la investigación.

---

<sup>1</sup> Se refiere únicamente en femenino dado que todo el equipo de Trabajo Social son mujeres.



De esta manera, el criterio de selección fue, para las personas mayores, en primer lugar que estuviesen ingresadas en el sanatorio por motivo de fractura de cadera al momento de realizar las entrevistas y en segundo lugar, que recibiesen cuidados por parte de su familia. Esto, con el objetivo de conocer las formas de organización de los cuidados frente a la situación que enfrentaba la persona mayor y a su vez, cómo desde la institución de salud se coloca a la familia y se orienta a ésta en base a cada situación particular. Con respecto al equipo del SDCC, se incluyó a un profesional de cada área, con el fin de conocer su rol en el mismo y su perspectiva sobre la temática a estudiar.

## 5. Antecedentes

Para este apartado se realiza la búsqueda de antecedentes relacionados directamente con la temática a investigar, los cuáles sirven como insumo para la misma. En primer lugar, el trabajo de Minetti, A. (2015) *Estado, familia y personas dependientes: ¿corresponsabilidad en los cuidados?* en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, aborda como temática principal el papel que como actores centrales cumple tanto el Estado como la familia en el cuidado de las personas dependientes. A lo largo de los diferentes capítulos la tesis aborda diversas temáticas, como lo es la familia, sus cambios y transformaciones, el cuidado, el derecho a cuidar y ser cuidado y las políticas públicas que giran en torno a estas dos temáticas. Considerar esta monografía de grado como antecedente para la presente investigación permite conocer en forma más extensa y diversa la problemática a analizar, así como también la historicidad de la misma y los posibles cambios que han surgido hasta el presente en materia de políticas públicas.

El trabajo final de grado de Morales, F. (2017) *Dependencia en la vejez como exclusión social*, de la Facultad de Psicología en la Universidad de la República, maneja una amplia bibliografía sobre la concepción de vejez y sus diferentes enfoques, de esta manera la autora realiza un recorrido desde la contextualización del término, incluyendo en el mismo al Sistema de cuidados que existe en Uruguay, el apartado sobre los derechos de las personas mayores en América Latina y el enfoque en la dependencia, permiten conocer estos aspectos en particularidad y ampliar la bibliografía en torno a las diferentes temáticas, principalmente en lo referido a la dependencia de las personas mayores dado que, para la presente investigación, en dónde se aborda el cuidado de las personas mayores en situación de dependencia, es muy pertinente.

La monografía de Galbarini, Ma A. (2018) *Corresponsabilidad en el Sistema Nacional Integrado de Cuidados: percepción de voceras feministas* de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, expone la temática en torno a la corresponsabilidad de los cuidados en nuestro país, principalmente por parte del Sistema Nacional Integrado de Cuidado y además desde una perspectiva feminista. La introducción realizada por la autora a través de las concepciones diversas que existen sobre la corresponsabilidad de los cuidados, su distinción con la conciliación y el recorrido a través de las políticas existentes en Uruguay sobre la temática, permiten a la presente investigación, una amplitud en bibliografía en torno al tema, considerar diferentes posturas y recuperar su análisis desde el surgimiento hasta su funcionamiento y evaluación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

El trabajo de Sosa, MJ. (2023) *Las prácticas de cuidados de las personas mayores: influencias de los prejuicios y estereotipos asociados* en la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. La autora hace énfasis en el cuidado brindado a las personas mayores y el autocuidado de las mismas, como sujetos de derechos y las políticas que esto enmarca, así como también la corresponsabilidad del cuidado. El recorrido que realiza en torno a los prejuicios y el reflejo de éstos en las vejeces, así como los demás aspectos anteriormente destacados, contribuyen como insumo a la presente investigación, aportando diferentes puntos de vista en relación a otra disciplina como lo es la psicología.

Trezza, A. (2024) en su tesis de grado en la Universidad de la República: *Sistema de Cuidados CASMU: Una mirada desde el Trabajo Social*, expone el desafío de comprender la vejez y el proceso de envejecimiento, para esto se centra en el análisis del Sistema de Cuidados de CASMU (SDCC) el cual presenta y analiza desde sus diferentes funciones y modalidades de trabajo. Aborda la temática desde los múltiples usuarios que ingresan, los funcionarios que trabajan en el mismo y particularmente la intervención del Trabajo Social. Esta monografía de grado sirve como insumo para la presente investigación dado que la misma coloca en el centro la intervención dentro del SDCC, por ende, permite conocer en profundidad su historicidad, antecedentes y metodología de trabajo, logrando acceso a diferentes puntos de vista y enfoques.

Ramallo, F. (2025) *Personas mayores cuidando vejeces dependientes: repercusiones en la vida cotidiana*, de la Facultad de Ciencias Sociales en la Universidad en la República, realiza un exhaustivo recorrido en torno a las vejeces y el cuidado de las mismas,

particularmente aquel brindado por las personas mayores, destacando la feminización y familiarización de los cuidados y el carácter familista de Uruguay. Expone acerca de las políticas existentes en Uruguay sobre la temática, así como los servicios a disposición de las personas mayores en situación de dependencia. El trabajo de campo llevado a cabo por la autora a partir del paso de los y las entrevistados/as por el Sistema de Cuidados CASMU permitió a la misma desarrollar un análisis además del ejercicio profesional del Trabajo Social en el área de la salud. Es por todos estos aspectos que contribuye a la investigación, dada la correlación en la temática y el marco contextual a partir del cual se llevó a cabo el trabajo de campo -SDCC-, logrando además, contribuir en la ampliación de la bibliografía.

## **6. Perspectiva teórica en torno a la temática**

El presente apartado tiene como objetivo presentar y desarrollar los principales conceptos que transversalizan la investigación, así como también los cuestionamientos que llevaron a presentar los aspectos teóricos de tal manera.

### **6.1. Las vejeces y el envejecimiento**

Para dar comienzo a los diferentes conceptos a desarrollar, se plantea en primer lugar la concepción sobre vejez y envejecimiento, para posteriormente incluir el término vejeces. Para esto, se toman diferentes autores los cuales brindan y aportan a la concepción enfoques distintos.

Algunos autores y autoras abordan el término vejez centrando su análisis en una única perspectiva dejando de lado las demás. Montes de Oca (2010) plantea tres definiciones, una de las cuales aborda la vejez desde una perspectiva funcional, otra desde una cronológica, y una última que es denominada neutral, sin embargo, estas definiciones de manera individual no logran reflejar la concepción sobre la cual esta investigación trabaja.

Es por esto que, se traen los aportes de Salgado (2005) quién ha expuesto un análisis en torno al término vejez, concluyendo así que “La vejez es un hecho biológico y una construcción social” (p. 37) la cuál varía en función tanto del tiempo como del espacio en el que se desarrolle y reproduzca, asimismo debiendo considerarse la condiciones materiales y simbólicas de éste. Como Simone de Beauvoir (1983) expresó: “La vejez solo puede ser entendida en totalidad; no solo es un hecho biológico, sino un hecho cultural” (p. 20), es así

que las definiciones planteadas anteriormente por Montes de Oca (2010) deben ser tomadas en cuenta desde las múltiples perspectivas que la autora expone.

Ahora bien, hablar de vejez trae consigo otro término importante, el envejecimiento. Este como tal, es considerado un proceso, el cual ocurre a lo largo de la vida de todos los individuos, puede ser categorizado como envejecimiento biológico, físico, cronológico, psicológico, afectivo, cognitivo, entre otros.

En términos generales se puede definir el envejecimiento como producto de la carga genética del individuo que se desarrolla en un medio ambiente determinado, en definitiva, como un proceso progresivo que presenta modificaciones morfológicas, bioquímicas, psicológicas originadas por el paso del tiempo. (Sande, 2014, p. 2)

En base a esto, es agregado el término vejez. La presente investigación destaca como relevante considerar a cada persona mayor como un individuo único, entender la multiplicidad de formas de cada uno de vivir y atravesar el proceso de envejecimiento, condicionado por la diversidad social, económica, y cultural que forma parte de cada uno/a. Haydee & Gastrón (1995) citado en Ludi (2005) lo manifestaron al exponer que “(...) las vejez son concretas en individuos concretos y por tanto diferentes” (p. 28).

En esta misma línea, de Beauvoir (1983) en su libro titulado “La vejez”, dedica un capítulo a brindar ejemplos sobre la misma, aquí refiere a diferentes escritores de la época que hablan sobre ésta desde su experiencia personal, la autora destaca lo siguiente: “La enfermedad, el contexto social pueden arruinar el final de una existencia activa y generosa. Las opciones anteriores y los accidentes actuales intervienen para dar a cada vejez su rostro” (p. 622). Esto refiere a las múltiples situaciones a las cuales las personas se enfrentan, los diferentes contextos y cambios que atraviesan y cómo éstos colocan “a cada vejez su rostro”, es decir, como todos y todas envejecen de forma distinta.

Las personas a lo largo de su curso de vida, toman decisiones y se forman como individuos que, determinados por su contexto social, económico y cultural, así como su estilo de vida y hábitos a lo largo de esta, construyen determinado proceso de envejecimiento y vejez. “conscientemente o no, uno se prepara al comienzo de la vida cierta vejez; los azares, en particular los accidentes biológicos, pueden desnaturalizarla, pero en lo que depende del individuo, la ha definido con su manera de vivir” (de Beauvoir, 1983, p. 623).

## 6.2. El cuidado de las personas mayores

El presente apartado tiene como objetivo presentar la categoría cuidados. Para esto, en primer lugar, se realiza una presentación teórica del término a través de la perspectiva de diversos autores/as, y en una segunda parte, a través del análisis de la normativa vigente en Uruguay.

Primeramente, se toma como referencia las postulaciones de Batthyány (2015), quien expone la siguiente definición sobre cuidados: “El cuidado designa la acción de ayudar a un niño, niña o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana” (p. 10). De manera continua explica que, el ejercicio del mismo implica tres elementos dentro de este, el cuidado material, el económico y el psicológico. El primero de estos, implica un trabajo físico que desempeña el/la cuidador/a con la persona que recibe cuidados; el segundo, un ingreso económico, dado que las tareas de cuidado -dependiendo de cada situación- implican un gasto en alimentación, vestimenta, medicación, entre otros, y el tercero un “vínculo afectivo, emotivo, sentimental” (p. 10) con la persona que recibe dichos cuidados. De esta manera, es que pueden ser brindados en el ámbito familiar por un integrante de éste o fuera del mismo, de forma remunerada o no remunerada.

El cuidado es necesario a lo largo de todo el curso de vida de las personas, si bien se encuentran más presentes y son más necesarios en algunas etapas frente a otras, como puede ser el nacimiento -dónde la existencia de los cuidados es vital-, así como también en el transcurso de la infancia hacia la adultez; y en la vejez. Dependiendo de la etapa en que las personas se encuentren serán los cuidados provistos y el objetivo de brindar éstos. Batthyány et, al. (2013) explican el objetivo de brindar los mismos a las personas mayores: “Para ello, se trata de garantizar el desarrollo de aquellas capacidades que las personas mayores todavía mantienen y de ayudarlas en las que han perdido.” (p. 151). Siendo así, el cuidado material anteriormente referenciado, el cual implica en el cuidado de las personas mayores, garantizar el acceso a aquellos dispositivos técnicos de manera tal de “(...) promover la reducción de la dependencia y no para reproducirla” (p. 151)

Ahora bien, siguiendo a la autora, en la relación comprendida entre el/la cuidador/a y la persona que recibe cuidados, deben contemplarse ambos al momento de hablar de derechos. El derecho al cuidado, como derecho universal de todos los individuos es comprendido desde ambas partes; la persona que recibe los cuidados, el derecho a recibir éstos y la persona que los brinda, el derecho a darlos.

A partir de esto, se introduce y desarrolla la normativa vigente en Uruguay en relación a los cuidados de las personas mayores. Teniendo en cuenta a la población a la cual se pretende hacer referencia, es importante no solo contemplar la normativa que esté dirigida a sus cuidados, sino también aquella que se encargue principalmente de sus derechos y bienestar. Es así y por medio de la Ley N° 18.617 fue creado el Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inmayores) en el año 2012, este organismo tiene como objetivo principal la promoción integral de todas las personas mayores, de esta manera sus funciones incluyen el diseño y evaluación de aquellas políticas sociales que están dirigidas a dicha población. (MIDES, 2012)

Presenta un enfoque de derechos humanos, con el propósito de ampliar los mecanismos de protección de los viejos como sujetos de derechos y no como objetos de intervención, incorporando una perspectiva de género y otras configuraciones transversales como la discapacidad, el origen étnico-racial y la orientación sexual. (Mauros, 2014, p. 14)

Más adelante, en el año 2015 fue aprobada la ley de cuidados en Uruguay (N° 19353)<sup>2</sup>, esto implicó que el mismo fue reconocido como derecho social, de esta manera se encuentra expresado en el Artículo 2 a la par con su objetivo principal, definiendo a su vez al Sistema Nacional Integrado de Cuidados -en adelante SNIC-. Tal y como Uruguay (2015) expone:

La presente ley tiene por objeto la promoción del desarrollo de la autonomía de las personas en situación de dependencia, su atención y asistencia, mediante la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), como conjunto de acciones y medidas orientadas al diseño e implementación de políticas públicas que constituyan un modelo solidario y corresponsable entre familias, Estado, comunidad y mercado. (Art. 2)

Karina Batthyány (2015) al analizar las políticas de cuidado en América Latina destaca en Uruguay al SNIC, exponiendo que el surgimiento del mismo no solo responde a

---

<sup>2</sup> <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>

una atención a las necesidades existentes de la sociedad, sino que además busca transformar diferentes estructuras ya establecidas. En palabras de la autora:

(...) promover procesos de cambio en la población (natalidad y envejecimiento), en las familias (división sexual del trabajo, déficit de cuidados) y en el mercado de empleo (aumento en la tasa de actividad femenina, reducción de la tasa femenina de desempleo y condiciones equitativas para varones y mujeres en el mercado laboral).  
(p. 37)

Por parte de los actores responsables del surgimiento del SNIC -representantes de los Ministerios de Desarrollo Social, de Salud Pública, de Trabajo y Seguridad Social, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Banco de Previsión Social, Ministerio de Educación y Cultura, Administración de los Servicios de Salud del Estado, Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay, Instituto Nacional de Estadísticas y Ministerio de Economía y Finanzas- se plantean diversos argumentos que justifican la creación del mismo. En primer lugar, al reconocer a todas las personas como sujetos de derechos, se afirma la necesidad de promover la corresponsabilidad en materia de cuidados, siendo el Estado el principal responsable de garantizar su cumplimiento.

En segundo lugar, la consideración de la dinámica demográfica del país, para ese momento y actualmente -2025- nos encontramos siendo uno de los países más envejecidos de Latinoamérica, esto implica que la población de personas mayores aumenta cada vez más y en la etapa de la vejez, requieren de cuidados y por ende habrá efectivamente una mayor demanda de éstos con el transcurso del tiempo.

Asimismo, la ley 19.353 refiere a una concepción de cuidados sobre la cual el Sistema Nacional Integrado de Cuidados citado en Palma et. al. (2015) expone:

(...) las acciones que las personas dependientes deben recibir para garantizar su derecho a la atención de las actividades y necesidades básicas de la vida diaria por carecer de autonomía para realizarlas por sí mismas. Es tanto un derecho como una función social que implica la promoción del desarrollo de la autonomía personal, atención y asistencia a las personas dependientes. (p.88)

En octubre de 2016, fue promulgada con la ley N° 19430<sup>3</sup>, la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de Personas Mayores. Para Palma et. al (2019) esto implica diversos elementos a tener en cuenta y sobre los cuales reflexionan y exponen su análisis.

En primer lugar, ¿A qué se hace referencia al hablar de un enfoque de derechos humanos? Palma et. al (2019) consideran a los mismos “(...) como múltiples expresiones de distintos fenómenos políticos-sociales y como movimientos políticos con carácter emancipatorio y capacidad instituyente, centrado en la persona de acuerdo al contexto histórico y situado”. Destacan, además, dos elementos fundamentales, el reconocimiento y la dignidad, afirmando que “Los derechos humanos permiten la construcción de acontecimientos de reivindicación dónde se busca el reconocimiento (Honneth, 2007) por la dignidad (Arias, 2015)” (p. 5).

De esta manera, en lo que refiere a las políticas públicas, se busca lo planteado por Abramovich (2004) citado en Palma et. al (2019) al exponer que este enfoque de derechos humano -el contemporáneo- busca una transformación en tanto “(...) el punto de partida no sea la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas por parte del Estado” (p. 6).

A su vez y a continuación en este análisis, Palma et. al (2019) remarca una importante diferenciación que Giménez y Valente (2010) exponen, por un lado en relación con lo señalado, el enfoque de los derechos humanos el cual para éstos es el Estado el encargado de responder a sus obligaciones en tanto garantía de los mismos, en cambio las necesidades no son universales como los derechos y además éstas no corresponden a obligaciones, por ende el Estado no se ve obligado a responder frente a las mismas.

Se destacan a continuación los puntos más relevantes de la Convención Interamericana de las Personas Mayores, en lo que respecta al marco normativo, si bien cada uno de los artículos expone aspectos fundamentales, al hablar de cuidados y cuidadores son aquellos a los cuales es primordial resaltar.

El Artículo 12, derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado de largo plazo. En primer lugar plantea el derecho de toda persona mayor de acceder a un sistema integral de cuidados que otorgue y garantice “la protección y promoción de la salud,

---

<sup>3</sup> <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19430-2016>



cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía” (Uruguay, 2016).

A su vez, expone la función de los Estado Parte para con quienes ejercen tareas de cuidados a las personas mayores, de esta manera se plantea como estrategia el diseño de medidas de apoyo a los/as cuidadores/as -familiares o no-, atendiendo a las necesidades de todas las familias y las diversas modalidades de cuidado, sin dejar de lado y garantizando la participación y el respeto de la opinión de la persona mayor que recibe dichos cuidados.

Continuando con los diversos artículos, el Artículo 17 sobre el derecho a la seguridad social, expone que se deberá garantizar -dentro de los recursos existentes- que las personas mayores reciban “(...) un ingreso para una vida digna a través de los sistemas de seguridad sociales y otros mecanismos flexibles de protección social” (Uruguay, 2016) haciendo referencia a mecanismos diversos como lo son las prestaciones, los aportes a la seguridad social, pensiones, entre otros.

Dentro del Artículo 19, correspondiente al derecho a la salud, con una enumeración de quince puntos y siendo particularmente el último el cual está dirigido a quiénes se dedican a brindar los cuidados a las personas mayores. “Promover y garantizar progresivamente, y de acuerdo con sus capacidades, el acompañamiento y la capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado de la persona mayor, incluyendo familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar” (Uruguay, 2016).

### **6.3. Familia y Género**

La concepción de familia se ha transformado con el paso del tiempo, pero es precisamente esto lo que resulta relevante para entender el rol de la misma en los cuidados en la actualidad. Si comenzamos por analizar la génesis de los mismos y de manera continua los cambios y transformaciones que han surgido con las nuevas generaciones, se podrá comprender con mayor claridad el rol que en la época contemporánea desempeñan las familias en tanto cuidadoras de las personas mayores.

Jelin (2021) realiza un exhaustivo estudio sobre la temática familia y género, destaca particularmente con respecto a la primera que ésta se encuentra en crisis, el modelo de familia tradicional compuesta por una pareja heterosexual y monogámica con sus respectivos hijos/as surge de la clásica concepción de familia, la cual comprendía tres elementos fundamentales,

la sexualidad, la procreación y la convivencia cotidiana. Sin embargo, los cambios y transformaciones que social y culturalmente se han y continúan dando, presentan en la actualidad una “multiplicidad de formas de familia y de convivencia” (p. 191).

Directamente ligado al mundo del trabajo, se separaron en sus orígenes los roles de hombres y mujeres dentro y fuera del hogar. El hombre, es quien trabaja fuera de éste de manera remunerada y provee al mismo los bienes y servicios, por otro lado, la mujer “es la responsable de la domesticidad” y su rol es desempeñado dentro del hogar (Jelin, 2021, p. 192), en palabras de la autora:

(...) la vida adulta de la mujer parece estar definida por su unión matrimonial y por la llegada de los hijos, o sea, por la asunción de los roles de esposa y madre. Un tercer rol, el de ama de casa, habitualmente acompaña a estos dos. (p. 88)

Así como Jelin (2021) refiere, fue a partir de la revolución industrial que cambia la forma y contexto en que la familia se desarrolla, es aquí cuando las mujeres -de la clase trabajadora- dada la incapacidad de sustentar el hogar con un único ingreso -el del hombre hasta el momento- comienzan a desarrollar trabajo remunerado, aunque las tareas llevadas a cabo y las cuales continúan haciendo son en torno a los cuidados y la domesticidad.

Si bien la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo trajo consigo un cambio sustancial para el desarrollo de las familias, las oportunidades para las mismas en sus comienzos estaban relacionadas al rol de la mujer que desarrollaba en la intimidad de su hogar, tareas como “(...) el servicio doméstico remunerado, las guarderías y servicios de cuidado de enfermos y ancianos” (Jelin, 2021, p. 193). De igual forma en la actualidad, este aspecto sigue teniendo transformaciones aunque, se puede observar cómo continúan siendo las mujeres en el mercado de trabajo quiénes prevalecen en las ofertas de cuidados y ligados a las tareas domésticas.

Este modelo de familia nuclear al cual se hace referencia, genera una figura “modelo” sobre la mujer que se instauró y naturalizó en dónde las tareas domésticas de cuidado del hogar y a su vez de cuidado de la familia pertenecen a éstas, en el que “las responsabilidades domésticas (...) aparecen como tareas “naturales” para la mujer, donde no tiene posibilidad de elección. No son percibidas como tareas impuestas por otro o por una fuerza externa, sino como parte de la esencia del ser mujer” (Jelin, 2021, p. 115).

Es entonces y a partir de esta concepción de lo que la mujer “debe ser”, es que se ha reproducido en las sociedades contemporáneas de generación en generación este discurso, lo que a su vez brinda un punto de partida al momento de entender y explicar situaciones particulares de la vida de las personas.

Mientras se analizaba la noción de familia, se fue aludiendo de manera indirecta a una segunda dimensión importante: el género. En este sentido, el estudio de Berriel et. al (2006) aborda diversos ejes temáticos, dentro de los cuales se encuentra género y exponen: “La categoría de género refiere a la organización social de la reproducción de las convenciones sobre lo masculino y lo femenino” (p. 30). Tal y como se ha señalado en relación con el análisis de familia, los roles que históricamente se le ha asignado a la mujer son en relación a los cuidados y teniendo en cuenta la diferencia con respecto al desempeñado por el hombre, logran evidenciar esta construcción social, teniendo a su vez como consecuencia que “La noción de género además conlleva la comparación implícita entre hombre y mujeres y las implicancias de las relaciones de poder entre ellos” (p. 31).

De esta manera y en relación directa a las ciencias sociales, Scavino (2023) plantea que se denomina género a las “(...) construcciones socioculturales cambiantes en el tiempo, institucional y culturalmente sostenido que tienen como fin indicar quién es y qué le corresponde a cada miembro de la sociedad, estableciendo esencialismos asociados a las bases fisiológicas de los seres humanos” (p. 28). En consecuencia, mujeres y hombres han sido educadas/os, de generación en generación, para desempeñar los roles que la sociedad les ha asignado, según lo que se considera que corresponde a cada una/o, observándose como características vinculadas a la personalidad son impuestas y valoradas dentro del marco de lo femenino y lo masculino.

Aunque, como Saltzman (1992) citado en Scavino (2023) plantea, el hecho de que esto sea transmitido generacionalmente permite que, pueda haber una transformación, debido a que las nuevas generaciones pueden cambiar dichas perspectivas e imposiciones, logrando a su vez que, “(...) esos niños se convertirán en adultos que harán elecciones coherentes con su propia identidad sexuada” (p. 28).

Finalmente, resulta importante destacar que, ya que es sobre la cotidianidad de las personas mayores y de las familias cuidadoras que se pretende hacer referencia en el posterior análisis, y como la fractura de cadera impacta en la vida de ambas, se incorporan los planteamientos de la autora Mercedes Blanco (2011) sobre el enfoque de curso de vida. Este

refiera a: “(...) analizar cómo los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales moldean o configuran tanto las vidas individuales como los agregados poblacionales denominados cohortes o generaciones” (p. 6)

De igual manera, se pretende analizar cómo estos cambios afectan a los miembros de la familia encargada de los cuidados, es por esto que se resalta el recorrido histórico del surgimiento del propio enfoque, en dónde expone que Glen Elder (1974) analiza la familia desde el enfoque de curso de vida, y es aquí donde el autor refiere a que la misma:

(...) es vista como una sola unidad organizativa que siempre actúa como un grupo cohesivo a través de etapas de desarrollo por las que necesariamente tiene que transitar, sino como una pequeña colectividad de individuos interdependientes que se mueven a lo largo de su propio curso de vida. (Blanco, 2011, p. 11)

Es entonces este enfoque el cual sigue al individuo y sus pasos en los diferentes escenarios de su vida individual y como tal inmerso en la familia, así como también en los diversos ámbitos de la vida -educación, trabajo, entre otros-. Además, Blanco (2011) explica lo que Elder expone; “(...) el enfoque de curso de vida examina precisamente transiciones (individuales y familiares) y no etapas fijas, como otros marcos conceptuales” (p. 11)

Este enfoque está compuesto por tres conceptos fundamentales -trayectoria, transición y punto de inflexión- y cinco principios generales -desarrollo a lo largo del tiempo; tiempo y lugar; timing; vidas interconectadas y el principio de libre albedrío-. Los mismos serán presentados y ejemplificados en el posterior análisis de las entrevistas efectuadas.

## **7. Contextualización del Sistema de Cuidados de Casmu**

Previo a comenzar con la presentación de las entrevistas y su correspondiente análisis en torno a las principales categorías analíticas antes presentadas, se considera pertinente realizar una contextualización sobre el Sistema de Cuidados de CASMU (SDCC).

CASMU “Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay”, se encuentra ubicado en Avenida 8 de Octubre 3310 esq. Agustín Abreu y constituye una de las mutualistas privadas que forman parte de Uruguay. La institución cuenta con diferentes sanatorios y policlínicas situados en diversas partes de Montevideo.

En el año 2020 tuvo lugar la creación y puesta en funcionamiento del Sistema de cuidados de CASMU, siendo el primer modelo asistencial de Ortogeriatría implementado en Uruguay, se destaca que el mismo busca y “(...) prioriza la asistencia a través de equipos interdisciplinarios, teniendo como prioridad la continuidad asistencial a nivel del primer nivel de atención, la comunidad” (La Revista de Salud del CASMU, 2023, p. 7). Se subraya además que, este modelo se encuentra atravesado por diferentes políticas públicas y programas, como son; el Sistema Nacional Integrado de Salud regulado en la ley n° 18.211 y el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, teniendo origen en el año 2015 y encontrando su regulación en la Ley N° 19.353.

El SDCC, con la finalidad de brindar una mejor e integral atención a las personas mayores de 65 años de edad con fractura de cadera, el equipo interdisciplinario compuesto por Médicos Geriatras, Enfermería y Trabajo Social, tiene como objetivo principal “(...) proporcionar una atención integral que aborde tanto las necesidades médicas como sociales, realizando una atención integral sociosanitaria” (Sistema de Cuidados, s.f, párr. 3).

A su vez, la Unidad de Ortogeriatría se encarga de manera integral -mediante el trabajo conjunto de los servicios de traumatología y geriatría- de abordar las necesidades de las personas mayores que han sufrido fractura de cadera, brindando y asegurando una atención completa y orientada a las particularidades de cada persona mayor.

Tal como plantea Sgaravatti citado en CASMU (2021), la fractura de cadera para esta población trae consigo importantes consecuencias, “(...) son marcadores de fragilidad y generan importantes consecuencias físicas, psicológicas, así como una elevada mortalidad” agregando además que; “Son evidencia de que ese cuerpo que ha envejecido, generalmente con múltiples enfermedades y que además recibe medicamentos, no es capaz de responder a los desafíos del entorno” (párr. 6).

Para concluir en relación a la institución, el Director del SDCC citado en CASMU (2021) destaca su concepción acerca de la salud en las personas mayores, expresó que esta “(...) se mide en la capacidad de funcionar de manera autónoma” (CASMU, párr. 17). A partir de ello, explica que esta visión se contrapone al enfoque de la medicina tradicional, en la cual una persona mayor de 80 años con un promedio de tres enfermedades sería considerada enferma. No obstante, desde esta concepción si la persona -aun presentando múltiples enfermedades- se siente bien y mantiene una buena calidad de vida, no se la considera enferma.

Es importante teniendo en cuenta que es de salud que se pretende hacer referencia, comprender sobre qué se está hablando al hacer mención a la misma, si bien anteriormente se destacó la percepción de la propia institución y principalmente del modelo del SDCC, se presenta a continuación una definición del término salud.

En torno a la concepción de salud, al igual que la de vejez, diferentes son las definiciones que existen sobre el tema, sin embargo, ciertos autores coinciden en el siguiente aspecto, dónde San Martín (1981) citado en Catalán & Talavera (2012) pudo reflejar con claridad que, “(...) el concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población” (p.162).

Es por esto que, la concepción que se toma para dejar en claro a qué nos referimos es la de la Organización Mundial de la Salud (1948) citado en Moreno, G. (2008) “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 96). De esta manera lo expone un informe de la División Administración de Personal, Servicio de Salud y Seguridad Ocupacional de la Intendencia de Montevideo (s.f) dónde a lo anterior agrega “(...) Es un derecho humano fundamental. Llegar al grado más alto posible de salud es un objetivo social, para cuya realización es necesaria la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos” (p. 1)

Asimismo, Valenzuela (2016) realiza un exhaustivo análisis en torno al término y plantea un estudio centrado en la definición brindada por la OMS anteriormente referida, para lo cual expone diversos pensamientos de algunos autores los cuales realizan una crítica a la misma, agregando, quitando y sustituyendo aspectos sobre ésta, manifestando de esta manera sus propias concepciones sobre el término salud.

Se observa cómo el autor busca la incorporación de una perspectiva integral, construyendo de esta manera la concepción de “salud integral”, en palabras del autor: “El concepto de salud y la salud misma no deben tratarse sólo desde algunas dimensiones del ser humano, sino que por el contrario, deben abarcar aspectos socio-históricos de acuerdo al contexto, integrales y profundos, acordes a la complejidad humana” (Valenzuela, 2016, p. 6). Es así que, se deben de tener en cuenta no solo las condiciones de vida de cada persona en su singularidad, sino además su entorno biológico, económico, social, cultural, sin dejar de lado los aspectos emocionales y espirituales de cada persona.

## **7.1. Perspectivas de las familias**

Para conocer las perspectivas de las/os familiares, fue importante indagar sobre el parentesco existente entre el/la familiar y la persona mayor, así como también su edad. Se entendió pertinente a su vez que los/as entrevistados/as pudieran explayar sus respuestas sobre aspectos que consideraban relevantes e incluso tuvieran la posibilidad de describir situaciones personales vividas. Por esta razón las entrevistas semi estructuradas fueron la técnica seleccionada.

### **7.1.1 Feminización y Familiarización de los cuidados**

Se analiza en primera instancia la pregunta realizada a los familiares en relación a: ¿Cuál es el parentesco con la persona mayor? sobre esta, se pudo observar que de un total de ocho, seis de éstas eran mujeres, de las cuales cinco eran hijas y una de éstas comprenden a tres sobrinas quiénes se encargaban de los cuidados de su tía. Las dos personas entrevistadas restantes, fueron hombres, uno el hijo mayor de la persona mayor y el otro el esposo de la persona mayor. Asimismo, las personas mayores con fractura de cadera quiénes recibían los cuidados de éstas personas entrevistadas eran siete mujeres y un hombre.

Tener en cuenta el parentesco es relevante para conocer si quiénes cuidan son cuidadores/as informales o formales, entendiendo que éstos como Aguirre et. al (2011) citado en Alfonso et. al (2014) ha expuesto; “los cuidados hacia los viejos se pueden diferenciar en cuidados formales (servicios y prestaciones tanto públicas como privadas) y cuidados informales (provenientes en general de la propia familia)” (p. 8), a partir de esto se observa como la familia es la primera respuesta sobre los cuidados para todas las situaciones entrevistadas, constituyendo esta al grupo de los cuidados informales. No obstante, se destaca la participación del grupo de cuidado formal, si bien este último no es el principal referente, se puede visualizar a lo largo de los testimonios -presentados posteriormente- como las diferentes familias cuentan con apoyo por parte de terceros, proveniente tanto del cuidado informal como formal -dependiendo de cada situación familiar-.

Anteriormente, en la primera parte del documento, donde se encuentran presentadas y desarrolladas las principales categorías analíticas, se introdujo sobre los cuidados, la familia y el género, la historicidad en torno a estas temáticas ha dejado en claro dos aspectos importantes que merecen ser analizados en la presente investigación a partir de lo observado en cuanto al parentesco, la presencia y principal asunción de la mujer en los cuidados. Por un

lado, el papel de la mujer como primera responsable de los cuidados en la familia, es decir la feminización de los cuidados, por otro, y a consecuencia de esto, la asunción por parte de la familia de los cuidados de la misma, siendo la mujer la primera en ocupar este rol, he aquí la familiarización de los cuidados.

Sobre este primer factor, y siguiendo la línea de análisis en torno a los cuidados, Scavino (2023) expresó precisamente que:

La adjudicación de las tareas de cuidado a las mujeres se ha fundado en prenociones esencializadoras de una naturaleza femenina que plantea que existe una inclinación natural, intuitiva y biológica hacia la realización de las tareas domésticas y de cuidados. (p. 27)

Subrayando la idea de prenociones particularmente, se entiende que, actualmente los cuidados y la organización de estos a nivel familiar están basados en las mismas. Si bien han surgido con el transcurso del tiempo y las nuevas políticas públicas, diferentes servicios y dispositivos que brindan cuidados, la posibilidad de acceder a los mismos depende de diversos factores, principalmente económicos.

Aunque sin dejar de lado que, este mismo lugar en el que se ha colocado a la mujer, son prenociones que aún se mantienen en los posicionamientos de gran parte de la sociedad, lo que tiene como consecuencia que, continúe predominando el porcentaje de mujeres que cuidan y que lo lleven a cabo tanto de manera no remunerada como remunerada.

En este sentido y como previamente fue señalado, conocer el parentesco es uno de los aspectos importantes a incluir en las entrevistas, con el objetivo de responder una variedad de interrogantes tales como: ¿Es la familia en su conjunto que se encarga del cuidado de las personas mayores, o son las mujeres pertenecientes a ésta que lo hacen? a su vez, ¿Cuál es la razón de asumir los cuidados? se debe a una responsabilidad que fue enseñada, aprendida y ejercida generación tras generación de las mujeres de la familia, transformándose en una obligación la cual fue asumida y naturalizada, o por el contrario fue una decisión tomada tras diversos factores -principalmente económicos- que pueden influir en la misma.

Rosario Aguirre (2009) hace mención al término anteriormente señalado, la feminización de los cuidados, sobre lo cual Fassler (2009) expone: “Tradicionalmente los



cuidados a las personas dependientes han sido provistos en su mayor parte en el ámbito familiar, y dentro de este contexto, brindados por las mujeres” (p. 7) y agrega:

Cuidar de otros es una función que hace parte inherente del rol femenino y en general no es concebido como un trabajo. Esta naturalización de los cuidados contribuye a su invisibilización, incluso para las propias mujeres, quienes se sienten obligadas a asumirlos y a cargar exclusivamente con esa responsabilidad. (p. 8)

Se entiende a partir de los planteamientos de la autora, como la propia sociedad percibe a las mujeres y por ende como tales, este rol es algo que “está incluido” o “forma parte” de las mismas por su género y no por el contrario como una actividad la cual puede y debe ser reconocida como trabajo o inclusive repartida entre ambos sexos.

De este modo, así como la figura de la mujer es la principal al hablar de cuidados, también lo es la de familia, es por esto que resulta imposible al momento de estudiar los cuidados, no traer al análisis a las familias. Sobre esto Aguirre (2009) expone: “Las organizaciones familiares no son instituciones aisladas sino que están ligadas a los cambios sociales, económicos, a los valores culturales y, a los procesos políticos del momento histórico en que vivimos” (p. 42), como consecuencia de esto, los cambios que las propias familias han atravesado con el paso del tiempo, lleva a que los cuidados brindados por estas también hayan sufrido modificaciones, en la actualidad, las necesidades que surgen en el entorno familiar sobre los cuidados ya no son las mismas que antes y de igual manera, las personas que se hacen cargo o cuentan con la posibilidad de brindarlos.

De esta manera, se hace referencia a la familiarización de los cuidados, los mismos han sido históricamente -como ya se ha mencionado- asumidos en el ámbito familiar. Son los hijos e hijas quienes, al llegar sus padres a la etapa de la vejez, se encargan de atenderlos, reorganizando sus tiempos laborales, personales y los de su propio núcleo familiar para poder asumir dicha responsabilidad. Esto tiene como consecuencia la sobrecarga de cuidados, las familias que justamente deben realizar cambios en su vida cotidiana para aceptar tal responsabilidad que “(...) trae como consecuencia frecuente el aislamiento de los cuidadores/as y una sobrecarga de trabajo que significa mayores riesgos para su salud física y mental” (Aguirre, 2009, p. 8)

En las entrevistas, fueron reveladas tanto las edades de las personas mayores como la de los familiares responsables de sus cuidados. En cuanto a las primeras, las edades registradas fueron las siguientes: la persona de menor edad tenía 78 años; luego se identificaron personas de 83 y 84 años; tres de ellos tenían 86 años y finalmente se distinguieron a personas de 90 y 96 años de edad, siendo esta última la de mayor edad.

En cuanto a los familiares cuidadores, se observó que la edad más baja corresponde a una persona de 52 años, seguida por dos de 53 años, otra de 55 años, y posteriormente personas de 58, 59 y 63 años. Asimismo, se identificaron familiares que también se encontraban dentro del rango de las personas mayores, con edades de 69, 81 y 87 años de edad.

Teniendo en cuenta que, en nuestro país se considera persona mayor a aquellos individuos de 65 años en adelante, se entiende que algunos de quienes fueron entrevistados eran personas mayores dependientes recibiendo cuidados a su vez por otras personas mayores, lo cual responde a diferentes elementos a tener en cuenta, en tanto limitaciones y riesgos para ambos. Como este documento hace referencia, las personas transitan las diversas etapas de la vida de múltiples formas, incluida la vejez, es así que mientras la persona que recibe cuidados debido a la fractura de cadera se encuentra enfrentando limitaciones en tanto movilidad y capacidad cognitiva -lo cual será abordado más adelante- a su vez puede estar recibiendo cuidados por otra persona mayor en la misma situación o no necesariamente. Si bien como Salgado (2005) explica, la edad cronológica no siempre coincide con la edad física y biológica de las personas, es para cada situación individual diferente, es por esto que se debe considerar la edad cronológica como un factor más a la hora de hablar de cuidados y razón por la cual en las entrevistas presentadas a continuación se destacan ambas edades.

Esto se puede ver reflejado en La entrevistada 1, hija mayor de 63 años, cuidadora principal de su madre de 90 años de edad, junto a su hermano de 58 años, explicó que la misma se encontraba institucionalizada<sup>4</sup> hace casi dos años, por lo que su rol actual se basa en el acompañamiento de su madre, estando presente en el día a día, “No pasa un día sin que alguien la vaya a ver, mis hijos, los nietos todos la visitamos” (Entrevistada 1, 2025).

Por otro lado, con el objetivo de que las/os entrevistadas/os describieran su cotidianidad y resaltarán las actividades más importantes en el cuidado y si habrían de haber

---

<sup>4</sup> Ha dejado de residir en su domicilio particular y actualmente vive en un Establecimiento de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM)

dejado alguna actividad o no debido a la asunción de esto, se les pregunta, ¿Cómo gestiona las tareas de su vida personal con los cuidados que debe brindar a la persona mayor?. A su vez y teniendo en cuenta que al momento de las entrevistas las personas mayores estaban ingresadas en el sanatorio de CASMU, prontas a realizarse la cirugía de cadera o ya efectuada la misma a la espera de irse a su domicilio.

Ahora que está acá yo estoy de 7 de la mañana hasta las 7 de la tarde que llega SECOM. El otro día éramos cuatro acá con ella, llegaron mis hijos para que yo me pueda ir a descansar y después mi hermano y al final nos terminamos quedando y yendo todos cuando llegó la muchacha de SECOM<sup>5</sup>. (Entrevistada 1, 2025)

Durante las entrevistas, las respuestas a ambas preguntas se fusionaron en el relato, principalmente en esta respuesta se puede destacar que los dos hermanos cumplen diferentes roles, entre ambos se encargan del cuidado de su madre. En lo que respecta a lo económico, según manifestó la Entrevistada 1, los gastos del residencial en el cual su madre vive son cubiertos por ambos hijos y la jubilación de la persona mayor. Aunque con respecto al apoyo y acompañamiento emocional, manifestó ser quien pone los límites a las situaciones más dificultosas y desafiantes, mientras su hermano “le cuesta más, él es más sensible” (Entrevistada 1, 2025) haciendo referencia al vínculo que ambos tenían con su madre.

En contraposición a lo anterior, la Entrevistada 2, de 55 años de edad referente de cuidados de la persona mayor de 96 años de edad -su madre- aunque son cinco hermanos -uno falleció, dos están en el exterior y uno reside en Uruguay- es la única que participa en la toma de decisiones, “No, soy yo la que decide todo” (Entrevistada 2, 2025) respondió sobre la pregunta de ¿Participan todos en la toma de decisiones?, haciendo referencia a que su hermano quién reside en la ciudad de Montevideo no demuestra interés en ayudar en los cuidados.

Sobre la organización y gestión de los mismos, destacó en primer lugar que su madre vive sola y que previo a la fractura de cadera tenía una dependencia moderada, dado que usaba pañales y necesitaba ayuda para vestirse e ir al baño, además del uso de andador para moverse dentro de su hogar, por lo que, cuenta con una cuidadora -Entrevistada 3- de lunes a viernes las 24 horas -la cual vive con ella- y los fines de semana concurre alguien más. Con

---

<sup>5</sup> (SECOM) Servicio de Compañía en Sanatorio y Domicilio del Uruguay.

respecto a las AIVD<sup>6</sup>, la cuidadora quien la acompañaba durante la internación resaltó que “Ahora está muy confusa, ella en la casa usa el celular lo más bien, ahora no tiene ni idea” (Entrevistada 3, Cuidadora, 2025).

### **7.1.2. Personas mayores dependientes**

Ambas entrevistadas evidencian ser cuidadoras referentes de sus madres, quiénes son personas mayores en situación de dependencia, este factor pese a que no es una característica de todas las personas mayores, está presente en la vida de gran parte de éstas, de Oca et al. (2018) ha expresado que “(...) sí se ha mostrado que con el avance en la edad surgen procesos de dependencia y fragilidad que obligan a generar mecanismos de apoyo intergeneracionales o intrageneracionales” (p. 139). Es aquí donde los cuidados se vuelven a hacer presentes en la vida de las personas con mayor magnitud e importancia, teniendo en cuenta que, los mismos se originan en el hogar y en los primeros años de vida de todos los individuos y que durante el transcurso de la vida se manifiestan en determinadas ocasiones, se retoman en la vejez, cuando se “(...) puede experimentar la necesidad de recibir cuidados por situaciones físicas, psíquicas o por las condiciones de su entorno, lo cual obliga a abordar el tema desde una perspectiva integral” (p.139).

Feliciano Villar (2009) plantea una clasificación de tres tipos de dependencia, la dependencia física, emocional y económica. La primera de estas es la ligada al apoyo de una tercera persona para actividades consideradas esenciales en la cotidianeidad, como puede ser el aseo, alimentación, entre otras. La segunda, hace referencia a “la necesidad que podemos tener de la presencia o apoyo de ciertas personas para conservar nuestro bienestar psicológico” (p. 18) y finalmente, la dependencia económica, la misma surge cuando es necesario de otro para adquirir bienes y servicios necesarios para la vida cotidiana.

Considerando que, se refiere a las personas mayores con fractura de cadera, la dependencia física, es de fácil reconocimiento, dado que implica una lesión física que limita a la persona en tanto movilidad y por ende su dependencia está ligada a lo físico directamente. No obstante, se destaca la importancia de tener en cuenta las diversas dificultades a las que las personas cuidadas y cuidadoras se enfrentan al atravesar una lesión como lo es la fractura de cadera y su correspondiente intervención quirúrgica.

---

<sup>6</sup> Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Si bien la dependencia económica y emocional no son consecuencia inmediata de la dependencia física, esto depende de cada situación familiar. Como se observó en la situación de la Entrevistada 1, dónde había una dependencia principalmente emocional y económica, la primera en tanto la entrevistada destacó su rol en el acompañamiento emocional de su madre y la difícil adaptación al Establecimiento de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM) al mencionar que: “Cuando la institucionalizamos se ponía muy violenta, se quería tirar del balcón” (2025), explicando que fue una decisión entre ambos hermanos dado que la situación económica y psicológica de su madre no permitía que continuara viviendo sola.

Este aspecto se puede diferenciar en relación a la situación de la Entrevistada 2, siendo que destacó una dependencia moderada en tanto refiere a una dependencia física para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), que según Miralles y Romero (2006) citado en Barros (2017); “(...) se caracterizan por estar sujetas a las necesidades básicas, la supervivencia, se van adquiriendo desde la infancia, (...) dentro de las acciones están la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso.” (p. 29), las mismas se distinguen de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), que esta distinción lo que permitió fue categorizar y dividir las actividades consideradas básicas para la subsistencia de cada persona y aquellas actividades que pueden ir más allá de esto. Siendo así, las AIVD contienen las siguientes actividades “(...) cuidado de los otros, cuidado de mascotas, crianza de niños, uso de dispositivos de comunicación, salud, mantenimiento, establecimiento, administración del hogar, preparación de las comidas y limpieza, procedimientos de seguridad, respuestas en emergencias y hacer las compras” (p. 30) según lo expuesto por Lara et. al (2010) citado en Barros (2017).

Directamente ligado a esto, la calidad de vida de las personas mayores depende directamente de éstos en su conjunto, las actividades tanto básicas como instrumentales de la vida diaria necesitan de determinado grado de movilidad, motricidad y percepción de lo que está sucediendo en su propio entorno, por lo que la calidad de vida de cada persona mayor tiene relación directa con la funcionalidad de esta.

Así como anteriormente fue resaltado, uno de los objetivos de la presente investigación incluía las entrevistas a las propias personas mayores con fractura de cadera, logrando llevar a cabo una de éstas, la cual reveló una situación compleja frente a la organización de los cuidados. La Entrevistada 4, persona mayor de 84 años de edad, quien

vivía sola y era independiente para las ABVD previo a la fractura de cadera, contaba con el apoyo en los cuidados de sus dos hijas, sin embargo, al momento de la caída que provocó la fractura una de ellas se encontraba de viaje en el exterior -en adelante se refiere como hija F-.

La persona mayor estaba decidida a no comunicarle lo sucedido a la hija F, habiendo prohibido a todos familiares y personal del sanatorio que lo hicieran:

Esto es mi culpa, mi hija me dijo que me cuidara mientras ella estaba de viaje y por atropellada me caí (...) les prohibí que la llamaran para contarle, no la quiero molestar, cuando venga le diré. (Entrevistada 4, PM<sup>7</sup>, 84 años)

No obstante, el testimonio de la hija R de 59 años -quien reside en Montevideo- evidenció su preocupación frente a la situación, ya que ni ella ni su madre cuentan con los recursos económicos para contratar a alguien que brinde los cuidados correspondientes en el domicilio. Además de que, debido a la condición de salud que está atravesando, tampoco podría asumir esa responsabilidad de manera personal. En sus palabras: “Ella no quiere que llamemos a F pero ella tiene las posibilidades económicas, yo tengo una pensión por incapacidad física, no puedo ni salir de casa” (Entrevistada 5, Hija R, 2025).

A través de la mencionada situación, se puede visualizar la dependencia económica que la persona mayor enfrentaba posterior a la fractura, aunque la misma no dependía hasta el momento previo a esta de los ingresos de un tercero, el hecho provocó un cambio sustancial en su vida, necesitando de manera inmediata un apoyo económico. A su vez, la respuesta de la misma frente a la situación no fue de habilitación para recibir dicho apoyo, por el contrario hubo una prohibición en el contacto con la persona que podía proveer esta ayuda.

### **7.1.3. Redes de apoyo**

El apoyo social para las personas mayores es de vital importancia, contar con redes de apoyo para la vida cotidiana y a su vez para las situaciones más difíciles que se puedan presentar -como lo son la fractura de cadera- permitirá afrontar y transitar las dificultades que esto conlleva de una mejor manera. Cuando las personas mayores, sus familias u otras redes de apoyo han atravesado experiencias semejantes, esto contribuye a que, al enfrentar

---

<sup>7</sup> PM: Persona Mayor

nuevamente una situación de este tipo -ya sea por primera vez o no-, la persona mayor se sienta acompañada y pueda transitar el proceso de recuperación con mayor tranquilidad.

Guzmán et. al (2003) refieren al término redes de apoyo, en relación con la calidad de vida de las personas mayores, sobre lo cual expresan:

(...) la importancia de las redes de apoyo para la calidad de vida de las personas mayores, no solamente por el mejoramiento de las condiciones objetivas mediante la provisión de apoyos materiales e instrumentales, sino también por el impacto significativo del apoyo que brindan en el ámbito emocional. (p. 47)

Los autores hacen mención no solo a la importancia de contar con redes de apoyo en la etapa de la vejez, sino de contar con ellas a lo largo del curso de vida y de poder mantenerlas al momento de encontrarse en dicha etapa. Asimismo, destacan que, la permanencia en el tiempo en una determinada red, no es garantía de un apoyo constante en la vida de la persona “(...) ya que éste puede variar en el tiempo y en el curso de la vida de los individuos” (Guzmán et. al, 2003, p. 48).

De la mano con las redes de apoyo, se despliega el término definido por Khan y Antonucci (1980) citado en Guzmán et. al (2003) sobre apoyo social, entendido como “(...) las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación” (p. 48), de esta manera Guzmán et. al. (2003) refieren a cuatro diferentes categorías de apoyos sociales. Los materiales comprenden la provisión de recursos económicos o no económicos, siendo el primero directamente dinero y el segundo puede ser manifestado a través de bienes o servicios, ya sea por medio de vestimenta, alimentos o el pago de cuentas.

Los apoyos instrumentales, “(...) pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento” (p. 49), los relacionados a los sentimientos, como el cariño, la empatía, aquellos que surgen en el vínculo familiar y en la preocupación por los demás corresponden a los apoyos emocionales. Finalmente, menciona a los apoyos cognitivos “(...) refieren al intercambio de experiencias, la transmisión de información (significado), los consejos que permiten entender una situación, otros” (Guzmán et. al, 2003, p. 49).

Las diversas situaciones familiares presentadas a través del relevamiento de las entrevistas muestran el apoyo con el que contaba no sólo la persona mayor que recibía cuidados sino además el que los propios cuidadores/as recibían de terceros para brindar éstos. Tal y como se mencionó anteriormente, es importante contar con redes en todas las etapas de la vida, como la situación presentada a continuación muestra, la importancia de contar tanto la persona mayor con redes y apoyo social como inclusive la propia cuidadora.

Hasta el momento, quiénes cuidaban eran hijas/os de las personas mayores, sin embargo, se llevó a cabo una entrevista con la sobrina de una persona mayor de 86 años de edad, quien era su cuidadora principal junto a dos sobrinas más. La Entrevistada 6 frente a la pregunta de ¿Cuál es su rol en el cuidado de la persona mayor? explicó que entre las tres gestionan los cuidados dado que las misma no tiene hijos/as y ellas son su vínculo más cercano junto a la hermana, además, explicó el motivo de la fractura: “fue a tirar la basura y se cayó” describió que al no bajar por la rampa en la vereda, bajó por el cordón y “se le enredaron los pies”. (Entrevistada 6, sobrina, 2025)

“Yo siempre que voy a verla miro si tiene basura y se la tiro así ella no tiene que salir y no se porque esta vez no me fijé”. Destacando a su vez que, lo mejor fue que la caída fuera en la calle y no en la casa, dado que los vecinos la vieron enseguida y fueron a ayudarla. Señaló que: “Si hubiera sido en la casa capaz hasta el otro día o más no nos enteramos, porque ella no tiene el botón de ayuda y si no hubiera podido llegar al teléfono tampoco hubiera podido pedir ayuda” (Entrevistada 6, 2025),

En cuanto a la organización de los cuidados, se observó la principal participación de quien fue entrevistada, con apoyo por parte de sus hermanas, entendido que éste se vincula con la concurrencia ocasional. Siendo la Entrevistada 6 quien acompaña y ayuda en tanto mandados, trámites y cuidados en el domicilio se trata. Esto previo a la fractura, ahora bien, contemplando la situación de cuidados a la que se enfrenta la persona mayor posterior a la misma y en respuesta a la pregunta ¿Cuenta con algún apoyo por parte de terceros? mencionó nuevamente a sus hermanas y su esposo, con quiénes se organizarían para brindar los cuidados.

El apoyo social puede provenir a través de dos fuentes, las formales e informales. Las fuentes formales son definidas por Sánchez Ayendez (1994) citado en Guzmán et. al (2003): “El sistema formal de apoyo posee una organización burocrática, contempla objetivos



específicos en ciertas áreas determinadas y utiliza a profesionales o voluntarios para garantizar el logro de sus metas” (p. 49).

A partir de esta definición y contemplando las situaciones familiares ya presentadas y las próximamente abordadas, se entiende para la presente investigación que, las empresas que brindan servicios de acompañamiento, como por ejemplo las referidas por los propios entrevistados -SECOM, Dedicar, entre otras existentes- forman parte de lo que implica un sistema de apoyo formal y a su vez corresponden a apoyos mercantilizados. Primero, es un sistema de apoyo formal dado que, si bien se encuentra dirigido a brindar cuidados tanto en el sanatorio como en el domicilio de las personas mayores, son servicios que suponen un apoyo directamente hacia éstas, pero también lo son efectivamente para las propias familias, que por diversos motivos no pueden estar las 24 horas pendientes y brindando los cuidados necesarios. Segundo, son apoyos mercantilizados, es decir, para poder acceder a dichos cuidados, se debe recurrir a servicios que forman parte del mercado, por ende su acceso depende del pago de éstos, por lo que se debe tener en cuenta los recursos económicos con los que cuenta tanto la persona mayor como la familia cuidadora. Dependiendo de los recursos con los que cuenten será a los servicios a los que puedan acceder.

Por otro lado, el sistema informal lo componen tanto las redes personales como también las redes comunitarias no estructuradas. Las fuentes de apoyo como la familia, los amigos y vecinos forman parte de las redes personales, constituyen una de las redes de apoyo más importantes para las personas mayores. Los amigos y/o vecinos son redes que las personas mayores construyen en espacios donde comparten intereses y actividades en común y a su vez, la ayuda que ofrece este tipo de fuente suele ser más visible socialmente y generalmente recibida fuera del ámbito del hogar, en comparación al brindado en el ámbito familiar, el cual es más privado.

Para la situación de la Entrevistada 6 -anteriormente referida- el apoyo de los vecinos de la persona mayor fueron una red de apoyo de suma importancia al momento de la caída que provocó la fractura de cadera, es sobre esto que se pretende hacer referencia al tener en cuenta las redes. Son redes que se construyen en la cotidianidad y que se encuentran a disposición en cada momento considerado necesario.

Además, conitnuando con el sistema de apoyo informal y en relación a la familia como fuente de apoyo, destacan Guzmán et. al (2003) que “(...) la cohabitación con la familia es considerada como una de las formas más comunes de apoyo a las personas mayores,

aunque puede darse también sin ella, especialmente en lo relativo a apoyo material y emocional” (p. 50). La situación a continuación evidencia la convivencia de la persona mayor con la familia que los autores destacan.

El Entrevistado 7, hijo de 52 años de edad de la persona mayor de 78 años, frente a la pregunta de ¿Cuál es su rol en el cuidado de la persona mayor? destacó que su madre convive en la casa con él, su esposa y sus dos hijos hace varios años, él es su cuidador principal y cuenta con la ayuda de su familia en el día a día y de su hermano, quien vive en el interior del país, pero eso no dificulta la comunicación y toma de decisiones al respecto de cualquier situación. Ahora que la misma se encuentra internada, manifestó que:

Yo estoy todo el día acá ahora, menos de noche que tenemos a SECOM por 8 horas y nos vamos turnando con mi señora y mi hermano que ahora que mi madre está acá vino y nos vamos turnando para verla. (Entrevistado 7, 2025)

En relación a ¿Cómo gestiona las tareas de su vida personal con los cuidados que debe brindar a la persona mayor? El entrevistado señaló que es él quien asume principalmente dicha responsabilidad. No obstante, manifestó que existe apoyo entre los integrantes de la familia; cuando él se encuentra trabajando, su esposa permanece en el hogar, al igual que los nietos, que aunque en diferentes horarios, igualmente la señora mayor no permanece sola en ningún momento.

Respecto a las ABVD manifestó: “si, ella se viste sola y todo, eso si, necesita ayuda para ponerse las medias porque no llega” y agregó: “ella se lava su taza y sus cosas” (Entrevistado 7, 2025).

Posteriormente al alta médica, la familia se encontraba organizando el dormitorio de la persona mayor conforme a las indicaciones brindadas por el equipo de salud, teniendo en cuenta las adaptaciones necesarias tras la intervención quirúrgica.

Por último, las redes comunitarias pueden a su vez, dividirse en dos grupos, por un lado aquellas organizaciones cuyo objetivo y accionar está directamente dirigido a las personas mayores, por lo que éstas, generalmente suelen recibir apoyo -emocional, material y/o instrumental- de las mismas. Por otro lado, se encuentran aquellas organizaciones en las cuales las personas mayores forman voluntariamente parte de éstas, participando de las mismas de forma activa. Guzmán et. al (2003)

De esta manera, las personas mayores referenciadas en las entrevistas cuentan con múltiples redes de apoyo, las cuáles fueron de vital importancia para atravesar los diferentes momentos de la fractura de cadera, desde el accidente que provocó la misma, la internación en el sanatorio y el momento posterior en el alta médica. Cada uno de éstos requiere -dependiendo de cada situación- de mayor o menor participación de cada una de éstas redes, no obstante, la presencia de estas es necesaria en todo momento.

## **7.2 Perspectivas de las profesionales de la institución**

En esta sección se desarrollan y analizan las entrevistas realizadas al equipo del SDCC, comprendido por una Trabajadora Social y una Nurse.

El motivo de realizar entrevistas a las diversas áreas profesionales se debe a la búsqueda de diferentes puntos de vista sobre la temática, así como también las múltiples formas de abordaje e intervención dependiendo del área -social o salud- en la que están insertos. Las preguntas fueron las mismas para ambas profesionales, aunque se incluyeron dos particularmente a la Nurse para ahondar sobre el trabajo de prevención.

En relación a la fractura de cadera, desde el área de la salud la nurse definió a la fractura como “un evento catastrófico” explicando que esto implica una reorganización tanto familiar como económica, por lo general las propias personas mayores y las familias al momento de la fractura y de la operación, no conocen y/o no comprenden la complejidad de los cuidados, principalmente de la necesidad de éstos las 24 horas del día.

Creo que en realidad la mayor dificultad es esa, es el cuidado mismo, la reorganización de la rutina, de la familia, de lo económico, porque requieren de un sobrewater, a veces requiere de que no puede ir a un ELEPEM pero ponen un cuidador en la casa o los que ingresan a un ELEPEM, son otros gastos los que tiene que enfrentar la familia, desestabiliza mucho, más si no tienes los recursos, hay familias que no tienen los recursos y no solo económicos, recursos familiares, manos que estén ahí para ayudar y apoyar. (Nurse, 2025)

Entendiendo que para conocer los desafíos de las familias a la hora de cuidar, se debe tener en cuenta y comprender en primer lugar, cuáles son las posibles formas de intervención quirúrgica cuando existe una fractura de cadera, sus implicancias y limitaciones frente a cada una de éstas opciones. Es por esto que las primeras dos preguntas desarrolladas fueron:

1. ¿Cuáles son las opciones de intervención para la fractura de cadera en las personas mayores? y ¿Qué implicancias tienen éstas posterior a ser realizadas?
2. La persona mayor con fractura de cadera ¿a qué limitaciones se enfrenta posterior a sufrir la misma y a la intervención quirúrgica correspondiente?

La Trabajadora Social expresó que existen dos tipos de intervención quirúrgica para la fractura de cadera, “Los dos tipos de intervención quirúrgica que se hacen son dos osteosíntesis o prótesis, que ahí la prótesis puede ser parcial o total, todo eso igual lo define el traumatólogo dependiendo del tipo de fractura que tenga el paciente” (Trabajadora Social, 2025). Sobre las implicancias de ambas, explicó que para la prótesis si todo sale bien, al día siguiente de la cirugía la persona ya puede apoyar la pierna, aunque también resaltó que:

No quiere decir que no necesite ayuda, porque no nos olvidemos que taladran en el hueso, que perdió sangre, que es un cuerpo extraño en nuestro cuerpo y que hay que adaptarse, que duele, por más que haya calmantes, es volver a apoyar con un cuerpo extraño dentro tuyo. (Trabajadora Social, 2025)

Por otro lado, la osteosíntesis implica la imposibilidad de apoyar la pierna operada por un plazo de tres semanas, a pesar de que la Trabajadora Social resaltó que existen situaciones en las que el tiempo de recuperación es menor, sin embargo, para este tipo de intervención son excepcionales las mismas.

A su vez, la Nurse del equipo describió de igual manera ambas intervenciones, expresando finalmente que:

(...) si bien todos los pacientes que ingresan con fractura de cadera independientemente del tipo de cirugía que se hagan van a requerir cuidados 24 horas, es bien diferente porque hay uno que va a tener mayor inmovilidad que el otro, que es el paciente que se hace una osteosíntesis. (Nurse, 2025)

Fue destacado por ambas profesionales que aunque las dos cirugías sean diferentes e impliquen un grado de cuidado distinto, aun así la presencia y ejecución de los mismos son de igual importancia. Es por esto que, la segunda pregunta está dirigida a las limitaciones para la persona mayor, entendiéndose que, si la persona no puede realizar determinada actividad/es de forma autónoma, debe un tercero llevarlas a cabo, por ende es aquí donde los cuidados ocupan su lugar; “(...) tiene un alto requerimiento de cuidados, o sea, se hagan prótesis u osteosíntesis van a requerir asistencias, manos que los puedan ayudar.” (Nurse, 2025)

### **7.2.1 La autonomía de la persona mayor**

Moreira y Urtubey (2022) definen la autonomía y la distinguen de la independencia. Mientras esta última implica la capacidad de desarrollar las actividades de la vida diaria por sí mismas, con casi o nula necesidad de ayuda de terceras personas, “La autonomía (...) involucra el autogobierno, la libertad de decidir, de pensar, de accionar y de desear” (p. 180).

De manera continua explican dos formas de dividir a la misma. La autonomía “decisional o moral”, es aquella relacionada a la capacidad de una persona de tomar decisiones de manera racional, fundamentadas por su propio juicio moral, asumiendo las responsabilidades y/o posibles dependencias que puedan presentarse a partir de las mismas.

Teniendo en cuenta esto, en las entrevistas a las profesionales, fue resaltado el aspecto cognitivo por ambas. La Nurse expresó que cuando se hace referencia a las personas mayores depende particularmente de cada situación, su estado cognitivo, encontrarse cognitivamente bien, más o menos o mal, influirá posteriormente en cómo se desarrolle la correspondiente rehabilitación. En sus palabras:

Entonces, puede pasar que tenes un paciente que se hace una prótesis y que puede prácticamente que en lo inmediato empezar a caminar y sin embargo cognitivamente tienen un deterioro cognitivo moderado o severo, entonces no tiene la capacidad de comprender órdenes, no pueden entender que es lo que si pueden o deben hacer y qué es lo que no. (Nurse, 2025)

De igual forma la Trabajadora Social explicó sobre este aspecto, que las propias internaciones de las personas mayores tienen efectos en las mismas cognitivamente:

Las internaciones influyen de forma negativa, ayudan a que la cabeza se nos desordene más, o sea, cada internación que tenemos cuanto más adultos somos peor nos perjudica en lo cognitivo, sin contar que nos podemos agarrar cualquier virus. (Trabajadora Social. 2025)

Por otro lado, la autonomía “funcional o fáctica” hace referencia a la habilidad de realizar de manera independiente las actividades básicas de la vida diaria -levantarse, vestirse, alimentarse-. Cuando esta autonomía se ve afectada y disminuye, es cuando las personas comienzan a requerir de apoyo para realizar dichas tareas, es aquí cuando se comienza a hablar de dependencia. (Moreira y Urtubey, 2022)

En base a los planteamientos de las autoras y a los testimonios de las profesionales, se entiende en torno a las limitaciones que, tanto la prótesis como la osteosíntesis requiere de cuidados permanentes y constantes por un período mínimo de una semana -en el caso de la prótesis- y de tres semanas -para la osteosíntesis- “las dos tanto prótesis como osteosíntesis requieren de cuidados 24 horas” (Nurse, 2025). Los cuidados dirigidos a las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales, tal y como enumeró la entrevistada, los cuales las personas mayores necesitarán apoyo para su ejecución posterior a la intervención son: “la higiene, para el baño, proveerse de alimentos, pagar las cuentas, hacer mandados.”, resaltando además que; “por más que se les haga la prótesis no es que salgan caminando en lo inmediato” (Nurse, 2025).

La misma hace referencia y expresó que los cuidados requeridos implican un proceso en el cual se incluye la fisioterapia, dónde el profesional del área realiza ejercicios y los cuales se deben mantener además durante la recuperación, son cuidados que implican necesariamente un tercero, dado que no existe posibilidad de que las personas mayores se autogestionen éstos. La principal diferencia es que a quien se le realiza una osteosíntesis debe estar inmóvil por un período de tiempo más extenso al de la prótesis.

No obstante, Lozano Vicente (2018) expone la distinción que ciertos autores realizan sobre autonomía y autodeterminación, aunque algunos lo toman como sinónimos, Massini-Correas (2003), Puyol (2012) y Spicker (1999) en su pensamiento expresan que, mientras la autonomía refiere a “la capacidad legislativa” de cada individuo de tomar sus propias decisiones en tanto así lo desee. La autodeterminación refiere a “la capacidad ejecutiva” es decir, la acción concreta de posibilidad de ejecutar los actos propuestos por cada individuo (p. 169)

En este sentido, Fjordside & Morville (2016) citado en Cruz Ubau (2023) exponen: “(...) cuando la persona mayor está involucrada en las decisiones, tiene libertad de elegir y tener el control de la vida cotidiana y perciben el respeto por su autonomía” (p. 5). Cuando hablamos de las personas mayores como en la presente investigación se pretende hacer, el respeto por su autonomía como esta en sí misma, es de igual importancia.

### **7.2.2 Sobrecarga de cuidados**

Ahora bien, para quien/quienes están brindando los cuidados también tiene consecuencias la asunción de los mismos, es por esto que se abordó la siguiente pregunta: ¿Cuál considera usted la mayor dificultad a la cual se enfrentan las familias al asumir los cuidados de las personas mayores con fractura de cadera?

Desde Trabajo Social, la referente planteó la principal disyuntiva entre el aspecto económico y la disponibilidad de tiempo. Expresó en torno al primer de estos factores que se ha presentado como una limitante de suma importancia:

todos estos adultos mayores de ahora tienen unas pensiones muy bajas, las mínimas, que vos con eso tenes que cubrir la mutualista, comer, cubrir toda la medicación. Ya para todo eso no te da, y si encima vos tenes que ponerle una persona que lo cuide, no lo cubris ni ahí. Y si encima lo institucionalizas no da y si por allá por suerte, la persona tiene una propiedad que no importa como sea, ya queda por fuera del cupo cama de BPS<sup>8</sup>, entonces es muy limitado todo eso. (Trabajadora Social, 2025)

De igual manera en relación a la disponibilidad de tiempo con la que tiene que contar aquellos familiares que cuidan, la referente del área social hizo mención a la sobrecarga del cuidador, explicando que, no son solo las personas mayores que recibieron la cirugía quiénes deben ser cuidados, sino además, la persona que brinda éstos, debe poder cuidarse a sí misma, para no sobrecargarse de responsabilidades y que afecte tanto en los aspectos físicos como psíquicos. En sus palabras: “No puede estar una persona sola 24/7, por algo tenemos la sobrecarga del cuidador, por ejemplo” explicando que:

---

<sup>8</sup> “Es la adjudicación de un subsidio para el pago de los servicios de un hogar o residencia para los adultos mayores inscriptos en el Programa de Soluciones Habitacionales.”  
<https://www.bps.gub.uy/10668/cupo-cama.html>

La gente lo intenta y lo pone todo pero la realidad que no hay cuerpo mental y físico que resista a eso, siempre precisas a alguien más, aunque sea vos necesitas poder bañarte tranquila, hacer mandados tranquila, ya ni pasa por la edad, pasa por un tema de salud mental de vos no estar encerrado 24/7. (Trabajadora Social, 2025)

Banchero y Mihoff (2017) citando a Zarit et, al (1980) expresa que: “La carga generada por proporcionar cuidados ha sido definida como un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador” (p. 14). A continuación de su análisis la autora remarca que este fenómeno según Breinbauer, H et, al. (2009) implica:

Asumir el rol de cuidador no es inocuo. Es posible desarrollar un fenómeno de “sobrecarga” por la tarea asumida, conjugando diversas variables: 1) Desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social; 2) Deterioro familiar, relacionadas a dinámicas culposas, rabiosas y manipulatorias; 3) Ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes. (p. 14-15)

Comprende entonces un desgaste físico y mental de la persona cuidadora en el proceso de cuidar a un otro, dónde la prioridad es el cuidado de la persona mayor dependiente, y el/la cuidador/a tiende a no buscar ayuda de terceros para respetar el lugar para su autocuidado, es entonces que éste pasa a un segundo plano, dónde incluso su propia atención de la salud -consultas y estudios médicos- no están presentes.

La Trabajadora Social explicaba en su testimonio, la importancia de que quiénes cuidan puedan tener su tiempo libre para sí mismos, es importante para cuidar a otro, primero cuidarse a uno mismo. Sin este primer autocuidado, la posibilidad de brindar los mismos y de una tan amplia magnitud como implica la recuperación de una fractura de cadera, requieren de que quiénes cuiden, estén bien, que su estado de salud sea bueno y además que éste se mantenga así durante el proceso que implique esta asunción de los cuidados.



El documento de Banchero y Mihoff (2017) trae como forma de evidenciar esta sobrecarga de cuidados, lo expuesto por (Berriel et al., 2011, p. 114) dónde estudian los efectos del cuidado para hombres y mujeres, mostrando que:

Surge que entre las mujeres cuidadoras, el 36% se siente deprimida, porcentaje que entre los hombres alcanza a 19%. Es también alto el porcentaje de mujeres que declararon sentirse cansadas 32,2%, el 24,4% declara no tener tiempo para el cuidado de sí misma, mientras que el 22,8% siente que deterioró su salud. (p. 15)

### **7.2.3 Los cuidados desde el Enfoque de Curso de Vida**

En el apartado 6.3 “Familia y Género”, se introdujo el enfoque de curso de vida, identificando tres conceptos fundamentales, en base a los planteamientos de Blanco (2011) sobre éstos, se presenta en primera instancia la *trayectoria*. Ésta refiere al camino recorrido de cada persona a lo largo de toda su vida, el cual depende de las características estructurales de la sociedad, así como de las decisiones individuales sobre el propio curso de ésta, que puede variar y transformarse, por lo que, no se caracterizan por ser lineal ni igual para todos y todas.

En segunda instancia, la *transición*, puede presentarse en cualquier momento, sin necesariamente estar preestablecida que sucediera, hace referencia a por ejemplo, la salida y/o entrada a un trabajo, el cambio de una carrera a otra, o una enfermedad. Son de esta manera, cambios significativos que ocurren a lo largo de la trayectoria.

En última instancia, el *punto de inflexión*, refiere a aquel/llos evento/s que generan un gran cambio, éstos pueden causar tanto nuevas transiciones como modificar la propia trayectoria del curso de vida, “(...) se presenta un cambio que implica la discontinuidad en una o más de las trayectorias vitales” (Blanco, 2011, p. 13). Como cada concepto anteriormente referido, depende de cada persona, de su contexto socio-histórico y de su propia toma de decisiones.

Siguiendo esta línea, se puede presentar la temática del presente documento de esta manera. La trayectoria representa el recorrido de la vida de cada persona mayor y de cada familiar entrevistado/a hasta el momento, la transición refiere a los diferentes cambios que han atravesado éstas a lo largo de su trayectoria, como puede ser para las personas mayores la

jubilación, la necesidad de apoyo para ciertas actividades y/o para los familiares comenzar a apoyar a los mismos en aspectos particulares de la vida diaria. Finalmente y sobre lo que se pretende hacer foco es, el punto de inflexión. Para la persona mayor que fue entrevistada, -como para las que no se logró entrevistar pero se encontraban en la misma situación- la fractura de cadera y la consecuente necesidad de cuidados por parte de terceros -la familia- significa un punto de inflexión en su curso de vida. Así como también para los que deben hacerse cargo de los cuidados.

De esta manera lo remarcó la Nurse, al hacer referencia a los cambios y ajustes que las familias deben realizar en su vida respecto a la asunción de los cuidados y a su vez de lo que implica para las personas mayores esta fractura. Los cuidados posteriores a la cirugía para ambos tipos -prótesis u osteosíntesis- existen debido a que hay una pérdida de independencia para la persona mayor. Si bien en la gran mayoría de las situaciones que se presentaron en las entrevistas -a excepción de una- la persona mayor ya se encontraba recibiendo apoyo y/o cuidados por parte de sus familiares desde antes de este evento. No obstante, la fractura de cadera trae consigo consecuencias de gran impacto, dada la gran demanda de cuidados que ésta exige. Es por esto que, significan un punto de inflexión en la vida de las personas mayores y una transición para las familias cuidadoras.

Asimismo, y teniendo conocimiento sobre los cuidados que son necesarios y sobre los que se orienta desde el equipo del SDCC a las personas mayores y particularmente a quiénes cuidan, se planificó la realización de dos preguntas más para el equipo de enfermería, tras el trabajo de prevención que llevan a cabo durante la internación de la persona mayor.

En primer lugar, “En relación a los cuidados, ¿Qué implica el trabajo de prevención en las personas mayores?”. La entrevistada explicó que, el trabajo de prevención se realiza desde el momento que las personas ingresan al sanatorio, con el objetivo de justamente prevenir y/o evitar lesiones de apoyo, “Implica lo que es el cuidado en la internación, pero implica también lo que es el educar al familiar o al cuidador para que estos cuidados continúen al alta” (Nurse, 2025).

A su vez, en su testimonio resaltó las implicancias de las propias lesiones,

(...) son muy dolorosas, son lesiones que demoran mucho en el tiempo en curarse y son gastos, los gastos no son solo a nivel institución sino costos elevados para las

familias, las curaciones a domicilio son costosas de sostener y no siempre el familiar está dispuesto a realizar esa curación. (Nurse, 2025)

La prevención fue un elemento a considerar dado que, si bien no es a causa de la fractura de cadera, es un cuidado que se debe tener en cuenta de manera simultánea con la recuperación de la intervención quirúrgica. De esta manera lo expresó la Nurse, al explicar que causan no solo incomodidad para la persona, sino además dolor, son heridas las cuales si no son curadas pueden causar infecciones, provocando un nuevo ingreso al sanatorio. Y tal y como la Trabajadora Social manifestó y se expuso anteriormente, las internaciones para las personas mayores afectan de forma negativa, las mismas generan un desgaste para éstas tras cada ingreso.

#### **7.2.4. Mirada institucional sobre el rol de la familia**

En relación a la perspectiva del equipo profesional, se incluyó en las entrevistas una última pregunta a ambas profesionales, de manera tal de conocer la perspectiva y forma de abordaje del SDCC frente al rol de la familia en el cuidado de las personas mayores con fractura de cadera. Siendo esta: ¿Se coloca a la familia desde el SDCC como primera respuesta a los cuidados de las personas mayores con fractura de cadera? Si es así, en caso de no contar con tal vínculo, ¿cómo se gestionan los cuidados? ¿quién se hace cargo de los mismos?

Sobre esto, la referente del área social manifestó “Siempre a lo que nosotros apelamos es a la familia o a algún referente” (Trabajadora Social, 2025), continuando por explicar que con el transcurso de los años la concepción en torno a los cuidados se ha transformado socialmente, así como el papel de la mujer como primera y única respuesta en la asunción de los mismos, sobre lo cual expone:

La mujer cumple otro rol, tenemos más roles en el trabajo, más roles en la casa, entonces estamos más afuera y los cuidados no se centran como antes en que la mujer dejaba cosas y se enfocada en los cuidados del adulto mayor. (Trabajadora Social, 2025)

Aguirre (2008) habla sobre la corresponsabilidad de los cuidados y explica que ésta implica diferentes aspectos, dentro de los cuales se encuentra “el proceso de desfamiliarización” (p. 46), aquí se expone que el mismo no conlleva el hecho de que las familias no se hagan responsables por los cuidados, asumiendo que las mismas no desean continuar con el cumplimiento de estos, así como tampoco implica que es el Estado quién debe hacerse cargo en su totalidad.

Asimismo, explica Aguirre (2008) que en esta desfamiliarización hay un proceso por parte del mercado, y es aquí donde desarrolla que “la posibilidad de acceder a servicios mercantiles de calidad depende del nivel de ingresos de las familias” (p. 46). El acceso tanto a prestaciones de salud, como a los cuidados requeridos por intervenciones en aspectos de la misma, requiere de una negociación entre precio y calidad, sin embargo, este aspecto es subjetivo, dado que cada individuo tiene su propia concepción sobre el término calidad, a qué puede y desea acceder.

La referente de Trabajo Social hace mención a los Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM), explica que, tras los diversos cambios sociales y familiares en torno a la distribución de los cuidados, las familias comenzaron a utilizar otros recursos a la hora de hacerse cargo de los mismos. En sus palabras: “(...) ahora esa dinámica cambia, sí, por más que se centren en la familia, no queda ahí el adulto mayor en la familia mayoritariamente, en la casa, se institucionaliza mucho” (Trabajadora Social, 2025).

Batthyány (2015) desarrolla un análisis sobre la temática de cuidados, dentro del cual menciona la organización social de los mismos, explica que “Las interrelaciones entre las políticas económicas y sociales del cuidado conforman la organización social del cuidado” (p. 16), refiere a la gestión y organización de los mismos, considerando para esto la existencia de una demanda, quiénes los brindan y por último “(...) el régimen de bienestar que se hace cargo de esta demanda” (p. 16). Es entonces una responsabilidad compartida entre el mercado, la comunidad, el Estado y las familias lo que hace a la organización social del cuidado, la misma implica esta distribución entre los diferentes actores.

Por consiguiente, cada uno de los actores anteriormente mencionados cumple determinada función, afirma Batthyány (2015) citando a Daly y Lewis (2000) que “A nivel macro, las instituciones se encargan del establecimiento de un marco general y de la distribución mientras que a nivel micro las personas realizan actividades de cuidado directa o

indirectamente dentro del marco institucional existente” (p. 16), sin dejar de lado la rama normativa, sobre la cual se abordó anteriormente.

Ahora bien, sobre la posibilidad de no existencia del vínculo familiar, la Trabajadora Social respondió: “Cuando no hay familia buscamos al que sea (...) a veces pasa que hay familia pero que los lazos se rompieron hace mucho tiempo por diferentes motivos y el que se hace cargo es un amigo o un vecino”. No obstante, se hizo énfasis en el aspecto de contactar a un familiar, en primer lugar, para que una persona de la familia tenga conocimiento de la situación por la que está atravesando esa persona mayor, expresando que: “(...) apelamos por lo menos a tener el “no” de la familia, de llamar y decir “yo no me voy a hacer cargo, a mi no me interesa, no me llames más” eso de primera mano tiene que estar” (Trabajadora Social, 2025).

Por otro lado, desde el área de la salud, la referente mencionó y describió el trabajo de las “asistentes sociales” -haciendo referencia al equipo de Trabajo Social-, quiénes “(...) desde el ingreso empiezan a hacer toda la planificación al alta, organizar, ayudar a organizar a la familia, al referente, al cuidador, a quien esté, los cuidados al alta” (Nurse, 2025).

Explicó a su vez la multiplicidad de situaciones familiares que existen frente a la asunción de los cuidados, refirió a familias que “son continentes y que se logran organizar a nivel familiar”, pero también en contraposición a esto:

A veces tenemos pacientes de 98 años con hijos con los que viven que tienen setenta y pico, entonces eso también es complicado, muchas veces las posibilidades económicas están y desde el equipo de Trabajo Social se orienta un poco a la posibilidad de ingreso a ELEPEM. (Nurse, 2025)

Finalmente, la referente del área social, explicó cómo se aborda desde el equipo cuando no existe ningún vínculo familiar y tampoco ninguna red de apoyo -vecino y/o amigos- que puedan justamente apoyar en la organización y gestión de los cuidados. Reafirmó la importancia de encontrar a alguien, sin embargo, cuando esto no es posible expresó que: “se termina judicializando” y sobre este proceso realizó la siguiente aclaración:

la verdad es que no es beneficioso para nadie, ni para el paciente, ni para la institución, porque la burocracia legal que tenemos es lamentable, la persona se puede

quedar acá dos años esperando una respuesta por el juez y terminan muriendo y muchas veces no es porque haya falta de recursos, sino que hay una falta de lo legal, de que el proceso legal sea más ágil. Los tiempos de la justicia no son los tiempos de los pacientes. (Trabajadora Social, 2025)

En base a esto, surge la pregunta de ¿Cómo se judicializa una situación?

Para la judicialización se hace un informe sociosanitario. Lo que hacemos es, junto con el médico hacemos un informe y se envía al departamento de jurídica de acá y ahí son ellos quienes lo mandan a la sede que corresponda. (Trabajadora Social, 2025)

Entendiendo que, este proceso implica la intervención del sistema judicial para la toma de decisiones en base a determinada situación, dado que no existe respuesta de familia y/o terceras personas para el apoyo en la toma de decisiones. Es por esto que, para que el/la juez/a sea conocedor/a de dicha situación se realiza el informe sociosanitario referido en la entrevista a la Trabajadora Social.

## **8. Reflexiones finales**

Con el propósito de finalizar con la presente investigación, este apartado desarrolla las principales conclusiones a partir de los objetivos propuestos en un comienzo. Principalmente se destaca que, cada uno de éstos fue logrado efectivamente, lo que permitió “Conocer las representaciones sobre el rol de las/os familiares en el cuidado de las personas mayores con fractura de cadera según sus propias vivencias” siendo este, el objetivo general de la misma.

Partiendo por el primer objetivo específico, “Explorar las vivencias de los familiares con respecto al rol en el proceso de cuidado”, las entrevistas mostraron en primer lugar, la diversidad de formas de organización de los cuidados y cómo éstas logran ajustarse a las necesidades de cada situación sociofamiliar. La única situación entrevistada que ya se encontraba organizando a través de la institucionalización de la persona mayor, logró evidenciar a través del relato de la cuidadora principal, el sentimiento de tranquilidad y comodidad para todos/as los/as involucradas en las decisiones.

Asimismo, habiendo más situaciones dónde se consideraba la posibilidad de ingresar a la persona mayor a un ELEPEM por un tiempo acotado -únicamente para la recuperación de la misma- de forma tal que, la persona mayor recibiera efectivamente los cuidados necesarios.

La institucionalización constituye una alternativa que cada familia debe considerar cuidadosamente, incorporando siempre la opinión y participación de la persona mayor en la toma de decisiones, respetando sus necesidades y deseos. Del mismo modo, esta participación debe estar presente en las demás opciones de cuidado, como la contratación de un/a cuidador/a privado/a en el hogar, el uso de servicios de acompañamientos o teleasistencia, o el traslado al domicilio de un familiar. Estas decisiones, implican modificaciones significativas que alteran tanto el curso de vida como la cotidianeidad de la persona mayor. Si bien no es posible prever en su totalidad las consecuencias que estos cambios puedan generar; conocer, considerar y respetar su opinión, contribuye a prevenir situaciones de desconcierto y sentimientos negativos como la tristeza, angustia o culpa.

A lo largo del documento fue mencionado y abordado el cuidado de las personas mayores, y además el autocuidado de quiénes los brindan. A través de la pregunta de; ¿cuenta con algún apoyo por parte de terceros?, y del abordaje de las consecuencias de ausencia de éstos, como por ejemplo la sobrecarga de cuidados. Este análisis pretendía contemplar y no descartar la salud del propio cuidador/a. Las entrevistas evidenciaron que, todas/os los cuidadoras/es contaban con apoyo. Este elemento es importante dado que permite a las familias una mejor y mayor posibilidad de distribución y organización en los cuidados. Contar con un espacio de contención; un apoyo económico y/o persona que cuide y a su vez brinde cuidados de confianza; personas para organizarse y turnarse en la gestión de los mismos, son opciones que al estar presentes, permiten a las familias no dejar actividades de su vida diaria para poder hacerse cargo de éstos y/o una mayor flexibilidad también.

Otro de los aspectos destacados en las entrevistas de las familias fue la participación y principal asunción del cuidado por parte de las mujeres. En todas las situaciones familiares entrevistadas, ellas representaron a la mayoría de las cuidadoras. No obstante, si bien algunos varones pertenecientes y/o cercanos al entorno familiar -como hermanos, cónyuge de la mujer cuidadora y/o marido de la persona mayor- asumieron un rol activo, esto dio lugar a reflexionar sobre la persistencia de desigualdades de género en la distribución de los

cuidados, dónde se continúa asignando a las mujeres la principal responsabilidad del cuidado dentro del ámbito familiar.

En cuanto al objetivo de, “Presentar, según la normativa vigente, cuál es el rol que las y los familiares deben cumplir con respecto al cuidado de las personas mayores en situación de dependencia, así como también el rol que cumplen dentro del SDCC”, fue logrando en tanto se presentaron y desarrollaron políticas públicas como el Sistema Nacional Integrado de Cuidados y el Inmayores así como la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que incorporó a las políticas nacionales un marco legal internacional. Esto permitió identificar aquellas políticas que consideran a las familias una opción como cuidadoras de las personas mayores en situación de dependencia.

Las mismas evidenciaron que, la familia no constituye una única ni exclusiva opción de cuidado, como tampoco la obligatoriedad de la asunción de los cuidados para estas situaciones. Por el contrario, el SNIC y la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores, muestran: la promoción de la independencia y autonomía en la toma de decisiones de las personas mayores, reconociendo y respetando su capacidad de decidir sobre su propia vida; el derecho al cuidado, y la promoción y garantía de acceso a un acompañamiento y capacitación de quien ejerce tareas de cuidado.

Reconocer al cuidado como un derecho y a su vez la necesidad de existencia y promoción de la corresponsabilidad entre el Estado, Familia, la Comunidad y el Mercado, resulta fundamental, conforme implica comprender que las tareas de cuidado, tanto dentro como fuera del ámbito doméstico, no son inherentes ni exclusivas de las familias, y dentro de ellas, no constituye una obligación natural de las mujeres. Por el contrario, el cuidado, debe considerarse como una responsabilidad compartida entre todos los actores sociales, garantizando de esta manera el bienestar y la igualdad de género.

Aunque ha habido un avance y las políticas señaladas apuntan hacia esta dirección, los testimonios de las familias y de las profesionales de la institución, evidencian la necesidad de continuar trabajando en fortalecer las políticas que promuevan y apliquen de forma efectiva la igualdad y corresponsabilidad en tareas de cuidado, que han sido impuestas a hombres y mujeres a lo largo del tiempo, debido a construcciones sociales y culturales.

Finalmente y en relación al tercer objetivo propuesto, se destacan dos principales desafíos -expuestos por el equipo de profesionales del SDCC- al momento de asumir los



cuidados por parte de las familias. Los testimonios revelaron situaciones familiares diversas, con mayores y menores ingresos económicos, demostrando que para quienes los ingresos eran mayores, las alternativas de cuidados se amplían, mientras que para quienes cuentan con un menor ingreso, éstas disminuyen. Cuando las opciones son menores se genera una dualidad, entre la posibilidad de que la propia familia responsable de los cuidados se haga cargo y la imposibilidad que ésta tenga de hacerlo -y de acceso a otras opciones-, aquí no solo es el aspecto económico el que se debe considerar, sino el tiempo y la calidad de los cuidados que se puedan brindar.

Además, si se tiene en cuenta que, para las situaciones de mayor dificultad en el acceso a opciones de gestión de los cuidados, son las diversas políticas públicas que se deben encargar de brindar apoyo necesario. Sin embargo, la experiencia a través de la práctica pre profesional llevada a cabo en la institución, así como los testimonios de las profesionales entrevistadas, dan cuenta de la alta demanda de los mismos, pero de las bajas y lentas respuestas por parte de los organismos institucionales.

A modo de cierre, se espera que la presente investigación constituya como insumo de futuros trabajos e investigaciones académicas, así como los antecedentes aquí expuestos lo fueron, contribuyendo así a la expansión bibliográfica en torno a la temática.

## 9. Referencias Bibliográficas

- Aguirre, R. (2008). *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado*.  
<https://www5.ine.gub.uy/documents/Demograf%C3%ADaDayEESS/PDF/Informes%20Demogr%C3%A1ficos/Libro%20Las%20bases%20invisibles.pdf>
- Aguirre, R. (2009). Hacia políticas de corresponsabilidad en los cuidados. Hacia un sistema nacional integrado de cuidados, 41.  
[https://municipiof.montevideo.gub.uy/sites/municipiof/files/hacia\\_un\\_sistema\\_nacional\\_de\\_cuidados.pdf#page=41](https://municipiof.montevideo.gub.uy/sites/municipiof/files/hacia_un_sistema_nacional_de_cuidados.pdf#page=41)
- Aguirre, R., & Solari, S. S. (2016). Cuidar y ser cuidado en la vejez: desigualdades de género en Uruguay. *Papeles de Identidad. Contar la investigación de frontera*, 150-150.  
<https://ojs.ehu.eus/index.php/papelesCEIC/article/view/15449/14152>
- Alfonso, L., Dotta, S., & Gandini, V. (2014). Problematizando la tarea de cuidados en el ámbito familiar desde la perspectiva de los sujetos involucrados. *XIII Jornada de Investigación. ¿Qué desarrollo para Uruguay?. Montevideo, setiembre 2014*.
- Batthyány, K., Cabrera, M., Alesina, L., Bertoni, M., Mascheroni, P., Moreira, N., ... & Rojo, V. (2011). Metodología de la investigación para las ciencias sociales: apuntes para un curso inicial.
- Batthyány, Karina; Genta, Natalia; Perrotta, Valentina. Una mirada de género a las representaciones sociales del cuidado de las personas mayores. *Revista Latinoamericana de Población*, vol. 7, núm. 13, 2013, pp. 149-172.  
<https://revistarelap.org/index.php/relap/article/view/165/501>
- Batthyány, K. (2015). Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales.
- BANCHERO, S. y MIHOFF, M. "Personas mayores cuidadoras: sobrecarga y dimensión afectiva". *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. [en línea] 2017, v. 7, n. 1, pp. 7-35.  
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/28527>
- Barros Garrido, K. P. (2017). Actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores.
- Berriel, F. (2006). Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Tomo I. Estudio cualitativo. Trilce.

- Blanco, C. M. C., & Castro, A. B. S. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. NURE investigación: Revista Científica de enfermería, (27), 10.
- Blanco, M. M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. Revista Latinoamericana de población, 5(8), 5-31.
- Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra, C., & Millán, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Revista médica de Chile, 137(5), 657-665.
- Catalán, V. G., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. Didáctica de las ciencias experimentales y sociales, (26).  
<https://turia.uv.es/index.php/dces/article/view/1935/1449>
- CASMU. (2023). La revista de salud del CASMU.  
<https://casmu.com.uy/wp-content/uploads/2024/01/REVISTA-CASMU-CERCA-N%C2%BA-64-DICIEMBRE.pdf>
- CASMU. (2021). Sistema de Cuidados CASMU.  
<https://casmu.com.uy/sistema-de-cuidados-casmu/>
- Cruz Ubau, V. (2023). Vivencia de la autonomía personal a partir de la autoimagen, mitos y estereotipos de la vejez en población inscrita en la Asociación Gerontológica Costarricense.
- De Beauvoir, S. (1983). La vejez. Debolsillo editorial.
- de Oca, V. M., Garay, S., & Arroyo, C. 10. LOS CUIDADOS EN EL ENVEJECIMIENTO. EL TRABAJO DE CUIDADOS: UNA CUESTIÓN DE DERECHOS HUMANOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS.  
<https://listas.colmex.mx/mailling/academicos/trabajodecuidados-onumujeres.pdf#page=141>
- División Administración de Personal, Servicio de Salud y Seguridad Ocupacional. (s. f). *Información y conceptos básicos de salud y seguridad laboral*. Gobierno de Montevideo.  
[https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/saludyseguridadlaboral\\_1.pdf](https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/saludyseguridadlaboral_1.pdf)

- Dornell, T., Sande Muletaber, S., & Stemphelet, S. (2013). El desafío del cuidado humano en Uruguay: Dilemas para el Trabajo Social. In *III Jornadas de Trabajo Social en el Campo Gerontológico (La Plata, 30 y 31 de agosto de 2013)*.
- Fassler, C. (2009). *Hacia un sistema nacional integrado de cuidados*. Ediciones Trilce.
- Galbarini, M. Corresponsabilidad en el Sistema Nacional Integrado de Cuidados: percepción de voceras feministas [en línea] Tesis de grado. Montevideo: Udelar. FCS, 2018 [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/23875/1/TTS\\_GalbariniMariaAngeles.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/23875/1/TTS_GalbariniMariaAngeles.pdf)
- Guzmán, J. M., Huenchuan, S., & Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de población*, 77, 35-70.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2023). Población estimada, crecimiento intercensal y estructura por sexo y edad de Uruguay. Total país y por departamento. <https://www5.ine.gub.uy/documents/CENSO%202023/Poblaci%C3%B3n%20estimada,%20crecimiento%20intercensal%20y%20estructura%20por%20sexo%20y%20edad.pdf>
- Jelin, Elizabeth (2021). *Las tramas del tiempo. Familia, genero, memorias, derechos y movimientos sociales*. Clacso
- Ludi, M. C. (2005). *Capítulo 1. Envejecimiento y Vejez. Construcción de nuevas imágenes. Reinención de viejas respuestas*. Envejecer en un contexto de (des)protección social.
- Lozano Vicente, A. (2018) El valor de la autonomía en la intervención familiar, en Cuad. trab. soc. 31(1), 165-175.
- Mauros, R. (2014). Área de Vejez y Trabajo Social: Debate crítico y práctica profesional. XIII Jornadas de Investigación. ¿Qué desarrollo para Uruguay?. Montevideo, setiembre 2014.
- MIDES, (2012) Instituto Nacional de las Personas Mayores. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/institucional/estructura-del-organismo/instituto-nacional-personas-mayores>

- MINETTI, A. Estado, familia y personas dependientes: ¿corresponsabilidad en los cuidados?. Tesis de grado, Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social, 2015.  
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/21854>
- Moreira, A., & Urtubey, E. (2022). Sobre el concepto de autonomía en la vejez: aportes para el acompañamiento terapéutico de personas mayores. In *III Congreso Internacional de Victimología (Ensenada, 28 al 30 de octubre de 2021)*.
- Morales Solano, F. Dependencia en la vejez como exclusión social [en línea] Trabajo final de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología, 2017  
[https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18814/1/tfg\\_-\\_faustina.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18814/1/tfg_-_faustina.pdf)
- Moruno Miralles, P., & Romero Ayuso, D. M. (2006). Actividades de la vida diaria. Actividades de la vida diaria.
- Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista universitaria de investigación*, 9(1), 93-107.
- MontesDeOca-Zavala, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo.  
<http://rei.iteso.mx/server/api/core/bitstreams/a2858b37-4f4d-4242-8685-56f54ef232c2/content>
- Ramallo Olivo, M. Personas mayores cuidando vejeces dependientes: repercusiones en la vida cotidiana [en línea] Monografía de grado. Montevideo: Udelar. FCS, 2025
- Sosa, M. J. Las prácticas de cuidados de las personas mayores : influencia de los prejuicios y estereotipos asociados [en línea]. Montevideo : Udelar. FP, 2023.  
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/46181>
- Palma, A., Perrotta, V., & Rovira, A. (2015). Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas.  
<https://dinem.mides.gub.uy/innovaportal/file/61742/1/las-personas-mayores-en-uruguay-un-desafio-impostergable-para-la-produccion-de-conocimiento-y-las-politicas-publicas.-2015.pdf>

- Palma, A., Perrotta, V., & Rovira, A. (2019). Las personas mayores como sujetos de derecho: el aporte de la convención interamericana sobre la protección de los derechos de las personas mayores. Reunión de Expertos “Medidas clave sobre envejecimiento para la implementación y seguimiento de los objetivos de Desarrollo Sostenible, 13(14), 3-17. [https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/documento\\_inmayores\\_final\\_0.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/documento_inmayores_final_0.pdf)
- Sabino, C. A. (1997). *El proceso de investigación*. Panamericana Editorial.
- Sande Muletaber, S. (2014). Envejecer en Uruguay: Políticas y olvidos. In *VIII Jornadas de Sociología de la UNLP 3-5 de diciembre de 2014 Ensenada, Argentina*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología. [https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.4546/ev.4546.pdf](https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4546/ev.4546.pdf)
- Salgado, C. D. S. (2005). *Gerontología social*. Espacio Editorial
- Scavino Solari, S. Desigualdades en los cuidados de las vejeces en situación de dependencia en Montevideo y Área Metropolitana [en línea] Tesis de doctorado. Montevideo: Udelar. FCS, 2023
- Savio, I. (2015). Recomendaciones para el Abordaje Integral de la Demencia. [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Recomendaciones\\_Demencias.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Recomendaciones_Demencias.pdf)
- Trezza Menchaca, A. Sistema de Cuidados CASMU: una mirada desde el Trabajo Social [en línea] Monografía de grado. Montevideo: Udelar. FCS, 2024 [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/47980/1/TTS\\_TrezzaAndrea.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/47980/1/TTS_TrezzaAndrea.pdf)
- Uruguay, (2015, diciembre 8). Ley N° 19353. Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>
- Uruguay, (2007, diciembre 13). Ley N° 18211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- Uruguay, (2016, septiembre 8). Ley N° 19430. Aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19430-2016>

Valenzuela Contreras, L. M. (2016). La salud, desde una perspectiva integral.  
<http://190.64.86.34:8090/bitstream/handle/20.500.12729/324/Valenzuela%2c%20Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Villar, F. (2009). *Discapacidad, dependencia y autonomía en la vejez*. Aresta.  
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=rGx8QA-KtX4C&oi=fnd&pg=PA5&dq=Autonom%C3%ADa+y+dependencia+en+la+vejez+\(2009\)&ots=veEyJ2tj95&sig=NsH387X3uhy-26An8t0RT1ZAec#v=onepage&q=Autonom%C3%ADa%20y%20dependencia%20en%20la%20vejez%20\(2009\)&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=rGx8QA-KtX4C&oi=fnd&pg=PA5&dq=Autonom%C3%ADa+y+dependencia+en+la+vejez+(2009)&ots=veEyJ2tj95&sig=NsH387X3uhy-26An8t0RT1ZAec#v=onepage&q=Autonom%C3%ADa%20y%20dependencia%20en%20la%20vejez%20(2009)&f=false)