

XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

## **CUIDAR A OTRO: COMPARANDO RECURSOS MORALES Y AFECTIVOS DE LAS FAMILIAS Y DE LOS CUIDADORES.**

Liliana Findling, María Paula Lehner, María Pía Venturiello y Estefanía Cirino.

Cita:

Liliana Findling, María Paula Lehner, María Pía Venturiello y Estefanía Cirino (2015). *CUIDAR A OTRO: COMPARANDO RECURSOS MORALES Y AFECTIVOS DE LAS FAMILIAS Y DE LOS CUIDADORES. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/264>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

## **Mujeres cuidando a adultos mayores: comparando recursos morales y afectivos entre cuidadoras familiares y remuneradas**

Liliana Findling - [lfindling@arnet.com.ar](mailto:lfindling@arnet.com.ar) - María Paula Lehner - [mariapaulalehner@gmail.com](mailto:mariapaulalehner@gmail.com) - María Pía Venturiello - [venturiello@yahoo.com.ar](mailto:venturiello@yahoo.com.ar)  
Estefanía Cirino - [cirino.estefanía@gmail.com](mailto:cirino.estefanía@gmail.com)

Instituto de Investigaciones Gino Germani – Facultad de Ciencias Sociales – UBA

### **Resumen**

El cuidado de las personas cobró relevancia por las profundas transformaciones socio-demográficas ocurridas en las últimas décadas. La gestión del cuidado requiere organizar bienes, recursos, servicios y actividades que hagan viable la alimentación, la salud y la higiene personal así como la estimulación de procesos cognitivos y sociales, tareas que involucran simultaneidad de roles y responsabilidades en las familias, en espacios y ciclos difíciles de traducir en tiempo, intensidad o esfuerzo. Estas tareas pueden realizarse de manera no remunerada por familiares, delegarse con pago a personas ajenas a la familia mediante relaciones laborales formales e informales o a través de instituciones.

Este trabajo se propone analizar y comparar los recursos simbólicos y afectivos entre mujeres que se dedican a asistir a un familiar dependiente y trabajadoras remuneradas que ejercen la tarea del cuidado hacia personas con problemas de salud.

En base a un diseño cualitativo y una muestra no probabilística de tipo intencional, se entrevistaron a 19 mujeres (9 de estratos socioeconómicos medio-bajos y 10 de estratos medios), residentes en el Gran Buenos Aires que cuidaran a algún familiar dependiente. Posteriormente se realizaron 12 entrevistas en profundidad a trabajadoras remuneradas que se dedican al cuidado de adultos mayores dependientes.

### **Introducción**

El cuidado de las personas cobró relevancia por las profundas transformaciones socio-demográficas acaecidas en las últimas décadas. Los países de América Latina, y especialmente Argentina y Uruguay, están envejeciendo a un ritmo acelerado y aun no están preparados para enfrentar las consecuencias socioeconómicas relacionadas con la atención a la población en situación de dependencia (Matus López, 2014).

La gestión del cuidado requiere organizar bienes, recursos, servicios y actividades que hagan viable la alimentación, la salud y la higiene personal así como la estimulación de procesos cognitivos y sociales de las personas que padecen problemas de salud, tareas que involucran simultaneidad de roles y responsabilidades en las familias, en espacios y ciclos difíciles de traducir en tiempo, intensidad o esfuerzo.

Estas actividades pueden realizarse de manera no remunerada por familiares, delegarse a personas ajenas a la familia mediante relaciones laborales formales e informales o a través de instituciones.

Si bien se asume que las familias constituyen el marco relevante de la ayuda social y se parte del supuesto de que las familias nunca fallan (Esping Andersen, 1993), actualmente prima un proceso de defamiliarización (Martín Palomo, 2009). El familismo se basaba en un modelo tradicional de familia tanto por sus funciones como por su estructura, y asumía importantes tareas de provisión del bienestar entre las generaciones, presentando una fuerte división sexual del trabajo: el varón proveedor se ubicaba en el mundo público del trabajo asalariado y la mujer en el espacio privado a cargo de las tareas domésticas y del cuidado (Flaquer, 2002).

Sin dudas, la crisis del modelo de familia tradicional cuestiona las posibilidades de brindar cuidados y afecta particularmente a las mujeres como principales proveedoras, dado que su incorporación y permanencia en el mercado de trabajo las lleva a asumir tanto responsabilidades productivas como reproductivas. Para superar la orientación de la creciente individualización de la familia (Beck, 2006), el concepto de familia-red (Martins, 2006) incorpora los aspectos simbólicos de los arreglos familiares y la dimensión política y cultural de las alianzas y los conflictos, subrayando el rol de las redes sociales y las nociones de reciprocidad, solidaridad, confianza y dádiva. Estas interacciones se desarrollan según la lógica que plantea Mauss de la dádiva o sistema del don, que permite visibilizar una forma de organización social caracterizada por la presencia de un sistema de intercambios recíprocos que se encuentra promovido por la acción de dar - recibir - retribuir determinados bienes que circulan en la vida social (Martins, 2006).

Las actividades de cuidado están atravesadas por valores éticos y morales y ponen el acento en la mejora de la calidad de vida (Almeida y Pinheiro, 2010). En ese sentido, y para analizar los cuidados en entornos familiares en sus diferentes dimensiones, Salazar Parreñas (2001) distingue tres aspectos: los materiales, relacionados con la oferta y consumo de servicios dentro del hogar; los morales, vinculados al sentido del deber y de

la responsabilidad (abnegación, sacrificio), y los afectivos, ligados a la dimensión emocional de las relaciones familiares (preocupación por el otro, amor, conflictos). Esta distinción permite detectar el modo en que los recursos se interrelacionan, aunque no es fácil distinguir límites precisos, especialmente entre los recursos morales y los afectivos. Por otra parte, esta tipología facilita el abordaje de la transmisión y negociación de los saberes y competencias sobre cuidados, así como se produce la responsabilidad moral de los mismos y el sentido que las cuidadoras dan a sus prácticas. La experiencia de las mujeres en entornos familiares revela la existencia de una esfera de actividad económica oculta que opera en el ámbito doméstico. Así, los cuidados son sobre todo trabajos realizados con amor, abnegación con o sin dinero mediante. La dedicación al cuidado no es pareja para todas las mujeres sino que varía de acuerdo al momento del ciclo vital y, sobre todo, a la pertenencia social; por ello, el recurso familiar que incluye la ayuda doméstica remunerada puede reforzar las desigualdades sociales existentes (Carrasquer, et al., 1998).

### **Objetivos y metodología**

Este trabajo<sup>1</sup> se propone analizar y comparar los recursos simbólicos y afectivos encarados por mujeres que se dedican a asistir a un familiar dependiente y de las trabajadoras remuneradas que ejercen la tarea del cuidado hacia personas con problemas de salud.

En base a un diseño cualitativo y una muestra no probabilística de tipo intencional se tomaron en cuenta dos unidades de análisis: a) cuidadoras familiares: se realizaron 19 entrevistas en profundidad a mujeres de 30 años y más (9 de estratos socioeconómicos medio-bajos y 10 de estratos medios), residentes en el Gran Buenos Aires y que en los últimos dos años hubieran cuidado a algún adulto de su familia por problemas de salud durante un tiempo prolongado y, b) cuidadoras remuneradas: 12 entrevistas en profundidad a trabajadoras remuneradas, de estratos socioeconómicos medio-bajos que se dedican al cuidado de adultos mayores dependientes en el Gran Buenos Aires. El trabajo de campo se efectuó en dos etapas: en 2012 se realizaron las entrevistas a cuidadoras familiares y en 2013 a cuidadoras remuneradas.

---

<sup>1</sup> Esta ponencia forma parte del Proyecto Ubacyt 2011-2014: "Mujeres, cuidados, familia y salud".  
Directora: Elsa López, Co-Directora: Liliana Findling, Investigadoras: María Paula Lehner, Marisa Ponce, María Pía Venturiello y Silvia Mario. Becaria estímulo: Estafanía Cirino. Asistente de investigación: Laura Champalbert

A continuación se presentan los resultados de las dimensiones relacionadas con las trayectorias de los cuidados, describiendo los aspectos morales y afectivos que se vinculan con el cuidado de cuidadoras familiares y de cuidadoras remuneradas. Dado que los límites entre los recursos afectivos y los morales son difusos se los analizará en conjunto.

### **¿Cómo conciben los recursos morales y afectivos las cuidadoras familiares?**

A partir del discurso de las entrevistadas se seleccionaron tres aspectos que hacen a la esencia de las consideraciones morales y afectivas del cuidado: las cualidades que se valoran en una cuidadora, cómo inciden las transferencias intergeneracionales y cuál es el rol de las redes familiares para cuidar a un adulto dependiente.

Las entrevistadas definen a una buena cuidadora como afectuosa y paciente, generosa e interesada por el otro. Las prescripciones sociales acerca del cuidado se hallan presentes en sus concepciones y prácticas. Casi todas las mujeres resaltan el cariño y el apego que las han llevado a ser cuidadoras de sus familiares: *“es mi pariente y lo quiero, no es cualquier persona, es como si fuese mi abuelo”, “me sorprende de las cosas que hago con amor...”* como si las prácticas de cuidado que realizan superaran sus propias expectativas de lo que es posible hacer por los demás: *“no hace falta más que amor para atender bien a otra persona, tolerancia”* (Celia). Entre los recursos simbólicos del cuidado aparecen, además, conceptos ligados a la voluntad, las ganas, el sacrificio y el interés por el otro *“si no tenés la vocación, el amor de hacerlo, no lo podés hacer, únicamente puede ejercer esa función quién sea una buena samaritana”* (Élida).

Casi todas las cuidadoras recurren al término “paciencia” cuando tratan de explicar qué características debería reunir alguien para atender a otra persona, usándolo como rasgo de carácter o aptitud para sostener una relación con el familiar asistido, que no siempre es fácil, como dice Clelia: *“Yo con mi mamá tengo que tener mucha paciencia porque se encapricha o porque hace cosas que no puede y se pone mal...”* y asoma la idea de comparar el cuidado de un familiar dependiente con el de los niños pequeños: *“Pero a mí no me da trabajo, más que nada me cansa [...] yo la baño, como una criatura va caminando despacito, le saco la ropa, la baño como a un bebé”* (Clarisa). El empeño es otro de los valores que destacan las entrevistadas. Según Elvira: *“hay que tener sobre todas las cosas mucha voluntad”*, noción que se reitera cuando Ana María expresa: *“tener ganas de hacerlo, tener voluntad, no es una ciencia ni nada”*.

Al mismo tiempo que las cuidadoras realzan la valoración de la paciencia y el amor, se manifiestan sentimientos encontrados sobre el cuidado de familiares. Noemí dice: *“A veces me hincha y otras veces me gusta, a veces hago resoplidos”*. Algunas mujeres declararon sentirse a gusto y lo sienten como un *“privilegio”*. Fabiana señala: *“Me siento bien, lo estoy ayudando y me reconforta”*. Clarisa, que trabaja muchas horas, comenta: *“Yo quisiera tener más tiempo para estar con ella. Cambiar no creo que nada, porque lo hago de corazón”*.

La red familiar funciona como un espacio de apoyos y tensiones que se ponen en juego y que instala una coerción afectiva y moral sobre quien decide cuidar (Delicado Useros, 2003). Precisamente, parte del trabajo del cuidado consiste en sobrellevar los estados de ánimo de la persona asistida, aspecto que suele hacer más pesada la tarea. Las entrevistadas suelen lidiar con estados de malestar de las personas que cuidan y ello las afecta. Celia comenta: *“A veces se pone mala, se pone nerviosa, te contesta mal y yo también... yo necesito mi paz”*. Una de las dificultades es la resistencia de las personas mayores a aceptar el paso de los años. Clarisa dice sobre su abuela adoptiva: *“Hace dos meses que usa pañales. A veces es difícil, ella tiene negación. Me cansa cuando no acepta que la ayude”* y Noemí indica que *“empezamos a ayudar a mamá para que use un bastón, la convencimos con el médico de que valía la pena”*.

La paciencia, el amor y el afecto no son los únicos sentimientos que impulsan a las cuidadoras a ejercer el cuidado. Muchas de ellas se refieren a un intercambio con la persona que asisten, en el que la asistencia es la respuesta a lo que se recibió en un tiempo pasado (Ponce, Findling, Venturiello y Lehner, 2011). Ana María, que cuida a su madre, aclara: *“Me dedico a ella, la cuido, no hago más que lo que hicieron ellos cuando era chica”*. Según este testimonio, ¿qué significa esta reciprocidad? Puesto que retribuir aquello que se recibió no sólo se sostiene en base al afecto, la reciprocidad contiene también una obligación (Caillé, 2002), elemento que es matizado por algunas entrevistadas: *“es una devolución por todo lo que ella me brindó con anterioridad. Te tenés que ocupar de la persona que siempre te brindó amor, no la podés dejar abandonada”* (Celia).

El mandato cultural hacia el cuidado de los mayores se evidencia cuando Marité (una de las entrevistadas más jóvenes) se refiere al beneplácito que recibe de sus tíos porque cuida a su propia madre: *“Es un reconocimiento que incluye la presión, qué bien que lo hace, pero a la vez es lo que tiene que hacer”*.

La reciprocidad constituye una cadena de favores e intercambios propios del sistema de dones (Martins y Bivar C. Campos, 2006). Noemí destaca los excelentes recuerdos sobre su propia crianza: *“la he admirado mucho, ella para mí fue una super madre”*, y es una señal que se emite como un mensaje para la propia descendencia; así lo comenta jocosamente Élida: *“porque yo digo, el otro día estaba con mi marido cocinando y le digo no será que cuando yo venga vieja me van a encerrar (risas) viste, pensando eso (...) a mi hija le hice esa pregunta”*.

Cada generación hace un balance entre lo que da y lo que recibe de otras generaciones y, a partir de ello, se construyen las expectativas de ser cuidado y las motivaciones para proporcionar asistencia. El triple movimiento de dar, recibir y retribuir funciona en la dinámica de cuidados familiares porque supone no sólo la obligación mutua entre dos generaciones sino una retribución que se espera de la siguiente generación (Venturiello, 2012). Sin embargo, esto no significa una repetición automática y sin cambios, ya que el proceso histórico de individuación se consolida a medida que pasa el tiempo, de modo que cada generación tiende a valorar más el proyecto personal que el de la familia de origen (Gomila, 2005).

En cuanto a las tensiones que provocan los actos de cuidar frente a los proyectos individuales y las responsabilidades familiares, se observa que las mujeres de clases medias son las que se sienten más afectadas. En efecto, aún cuando la retribución que las entrevistadas obtienen por esos cuidados proviene del reconocimiento de sus parientes, sienten deudas con ellas mismas cuando postergan actividades personales en pos de cuidar a otros: *“Yo no soy una hija abandonadora (...) y mi papá dice que trabajo mucho por la familia”* (Laura). Si bien en las mujeres de clases medias y medio-bajas se manifiesta con claridad la responsabilidad familiar en el cuidado, es en las de sectores medios donde se expresa una mayor referencia a sus renunciadas, lo cual denota mayor capacidad de percepción de las propias necesidades frente a la tarea del cuidar y sus demandas (Venturiello, 2012).

Las entrevistadas de sectores medio-bajos dejan en claro que la familia debe hacerse cargo de sus enfermos con discapacidad o que han perdido su autonomía por envejecimiento, al mencionar con vehemencia la relación entre los lazos de sangre y el deber: *“... porque es mi familia y mi obligación es ayudar a mi mamá*. Entre ellas también se perfila -como apoyo y sostén- la adhesión a alguna creencia religiosa como fuente de energía, socorro y sentido al papel que les toca desempeñar en circunstancias adversas (Testigo de Jehová, asistencia a misas, visitas al Padre Ignacio, entre otras); en

varios casos, la mención a Dios circula entre las respuestas *“Gracias a Dios me defiende. Mientras Dios me dé salud nos arreglamos y creo que tengo que atenderlo hasta que Dios diga”* (Carola). De este modo, se conjugan mandatos con la necesidad de buscar apoyos, por ejemplo, religiosos, para afrontar la difícil tarea que incurre en exigencias físicas y emocionales. En cambio, las mujeres de sectores medios expresan fuertes tensiones entre el mandato de cuidar y sus propios proyectos.

El apoyo emocional es una parte importante de la tarea del cuidado, que se acentúa cuando existe mayor dependencia debida a discapacidades físicas, al avance de la edad y a los rasgos del carácter de las personas cuidadas. Por ello se indagó sobre la existencia de redes sociales informales de las entrevistadas que incluyen experiencias asociativas de familias, vecinos y amistades que se distinguen por su carácter menos visible, complejo y regulado (Martins, 2006).

En ese sentido puede advertirse que la trama familiar de las cuidadoras principales de niveles medios se completa, además de la presencia de cuidadoras secundarias y de trabajadoras remuneradas, con otros parientes que aparecen algo distantes, casi como satélites: esposos, hijos, hermanos, nietos o sobrinos. Los familiares hacen tareas puntuales, generalmente actividades recreativas: *“La lleva a pasear los sábados y domingos”*; a veces colaboran en algunas tareas domésticas o brindan ayudas económicas: *“Toda esta gente cuidadora la pagamos mi hermana, yo y mis tíos que me ayudan”*. Sin embargo, estas ayudas no siempre alcanzan y provocan situaciones conflictivas: *“Somos 6 hermanos pero sólo cuento con dos que colaboran. Otros viven afuera y el restante siempre tiene algún problema familiar”* (Patricia) y Rita que expresa: *“Ya le pedí ayuda a mis hermanos, pero no, [...] lo empezaron haciendo bien [la madre es diabética y debe tomar insulina diariamente], un día se la fueron dando, al otro día se olvidan, y son cosas que le deterioran la salud a ella, viste, entonces no se puede confiar... mejor se la doy yo”*.

Entre las mujeres de sectores medio-bajos el contacto asiduo -favorecido por la cercanía domiciliaria -es más frecuente y se conservan lazos solidarios con las familias de origen. Estas cuidadoras no dudan en recurrir a sus parientes para que las secunden en determinadas tareas que se hacen habituales a lo largo del tiempo. Clelia comenta *“Mi hermano [...] me acompaña cuando la tengo que llevar al médico [...] me ayuda”*. En general, confían en que sus allegados se van a mostrar bien predispuestos cuando la situación lo exija, aunque algunas revelan -con tono de reproche- que deben explicitar el pedido de ayuda: *“Si no lo pido no vienen a ayudarme”*.



### **Los recursos morales y afectivos de cuidadoras remuneradas**

Se describen a continuación los motivos por los que las cuidadoras remuneradas decidieron trabajar cuidando a personas mayores, los vínculos establecidos con las personas asistidas y con sus familias.

Las entrevistadas dicen trabajar porque es una tarea que les gusta, en especial cuando se trata de personas mayores dependientes. Los motivos son diversos: consideran que aprenden de los adultos, pueden charlar con ellos, escuchar música o bailar, les agrada escuchar historias, mirar fotos y les interesan los buenos consejos brindados. Algunas cuidadoras lo expresan en términos de empatía o afinidad, como Ana María, quien define su trabajo como *“un desafío bien divertido (...) el trabajo para mí es muy lindo, es divertido, aunque te dé dolor de cabeza a veces, es muy divertido, porque hacés cosas que dejaste de hacer vos mismo, volvés a jugar, volvés a tratar de motivar a la persona, te tienen que gustar mucho un montón de cosas”*. Dalia dice: *“me encanta, encontré mi vocación y la verdad que me gusta mucho; y Gabriela afirma: “Porque me encanta estar con gente grande... mayor. (...) Me encanta relacionarme con la gente, me siento cómoda, lo hago con pasión, y ellos se sienten bien conmigo”*. También Dora agrega: *“a mí me encanta trabajar, es mi alegría, es lo que siempre quise, lo que siempre hice y lo hice con amor”*.

Las cuidadoras reconocen, en ocasiones, que la tarea no les agradaba al principio, pero que ya se han acostumbrado y *“le tomaron la mano”*. En el origen de muchas trayectorias laborales está el trabajo doméstico, como el que desempeñaba Mabel, que dice que cuidar *“no me gustaba porque había que lidiar con esa persona (...) pero hoy estoy re chocha y a la persona que cuido la tengo como una muñeca...”*. Diversas circunstancias llevan a las mujeres a cuidar, pero con el tiempo, la práctica y la capacitación, descubren una vocación, encuentran una profesión, y se sienten bien porque les gusta ayudar. El verbo ayudar es tal vez uno de los que más se conjuga en relación a su desempeño como cuidadoras. Sienten que *“ayudan a una persona, a un ser humano”*, *“voy a trabajar estoy contenta, por lo menos, ayudo”*, *“ayudarlos a que puedan estar un poquito mejor”*. Al respecto, Gabriela recuerda que la hija de la señora que cuidaba no quería que hiciera algunas tareas domésticas porque la había contratado para otra cosa, pero afirma *“pero yo lo hacía porque me nace, no tenía ningún problema ni fastidio, ni nada”*. Ana María también resalta la importancia de este trabajo que les permite *“volver a ser personas en relación a la sociedad, y yo hago mi aporte”*.

La comparación de los adultos mayores con los niños se torna recurrente en los relatos, “*son como chicos*”, dice Sara, y Sonia los define como “*niños con historias de vida*”. Las entrevistadas conciben a las personas mayores como seres muy vulnerables, que necesitan todo el tiempo asistencia para las actividades básicas de la vida diaria y valoran la interacción con las personas que cuidan, la conversación, como dice Dalia: “*Él está contento también conmigo porque charlamos de cine, de películas, de actores, de todo (...) por lo menos un rato se distrae, o lee, o escribe*”. Pero también les ha tocado cuidar a personas con enfermedades neurológicas avanzadas que les impiden o dificultan la comunicación porque no escuchan o no hablan. Ana María así lo expresa: “*ellos no responden a nada,... parece que no tuvieran sentimientos, porque no tienen una sonrisa, uno no sabe si le duele, si no le duele, si están tristes, si están enojados, un montón de cosas*”. Estos pacientes les demandan mayor atención y, como dice Sara, “*hay que cuidarla como a un bebé*”. No obstante, conocen las diferencias entre un niño y un adulto mayor: “*el chico aprende a caminar, a hablar, a escribir, a comer, a todo; el viejo es al revés, pierde todo y encima se te muere, o sea, termina con ellos el ciclo*”.

Un aspecto que surge de las entrevistas es la relación que las cuidadoras pagan entablan con los familiares de la persona que cuidan, en la cual reconocen cierta tensión entre ellas y los parientes debido al mayor tiempo compartido con la persona dependiente, lo que les permite conocer mejor sus problemas o necesidades: “*yo estoy con el paciente y la familia no está*” y el familiar a veces “*no se acuerda, o viste o... no le importó*”. Ocurre que los médicos les preguntan a ellas porque son las que más saben sobre los pacientes, en comparación a sus propios familiares más cercanos, como comenta Mabel: “*hay cosas que como yo soy la que más ando con ella... y el doctor me pregunta a mí (...) a veces me da vergüenza (...) Me pone incómoda, porque es la hija la que tiene que decir, pero como soy yo la que más la atiende...*”. A veces la tensión puede desencadenar conflictos y Olalia reconoce que lo peor de cuidar es “*el trato con la familia (...) llevarme con la hermana, con la familia*”. Y Ana María dice que “*siempre hay algún hijo que se enoja por algo*”. Además de lidiar con los familiares, las cuidadoras están en medio de relaciones con los médicos y otros profesionales de la salud, sobre lo cual Ana María sostiene: “*la ética de la cuidadora es no meterse en esa cuestión médica (...) te tenés que callar la boca porque vos no sos el que sabes*”.

Las entrevistadas valoran como algo fundamental la confianza que pueden ganar en esas relaciones, tanto para cuidar como para ocuparse de otras tareas como la administración del dinero o del cobro de la jubilación. La confianza permite relaciones “*como si fuera*

*un familiar*”. A Dalia no se le olvidan los dos años y medio que vivió con la persona que cuidaba y así se refiere al vínculo que estableció: *“me trató como una hija”*. Surgen también expresiones de afecto, a veces producto de la *soledad*, por la *enfermedad*, a veces por la *costumbre*, *“yo con la gente que me encariño”*, dice Susana. Y Dora *“yo la amo a la señora”*. En otras ocasiones, la relación se asimila a *“una amistad”* por el tipo de atenciones que tiene la paciente: *“Me regalaba adornos, para Navidad y Año Nuevo me llamaba a casa, era como una amistad (...) a mí me encantaba...”*. O, como dice Gabriela: *“me abrió las puertas de su casa y de su corazón”*. Esta actitud puede borrar el carácter laboral de la relación, como le dice a Dora la persona a la que cuida: *“usted no es una persona que trabaja, usted es mi compañera”*.

Las mujeres cuidadoras se esfuerzan por mejorar la calidad de vida de la persona cuidada: *acompañar, estimular, que el paciente esté bien*, que dentro de cada enfermedad pueda hacer cosas, a veces mínimas. Dice Ana María: *“Entonces yo me levantaba cada dos horas, la llevaba al baño, parecía muy loco, era la mala, pero no, porque eso, o sea, era para que ella estuviera mejor y reconociera que ella podía, este, evacuar donde correspondía”*. Lograr esto lleva mucho tiempo, mucha dedicación, incluso vencer la propia resistencia de los pacientes. La misma entrevistada agrega: *“cosas que dan trabajo pero que a mí me gustan mucho, (...) son cosas que en realidad es la reeducación del paciente”*. Para lograrlo las cuidadoras utilizan diversos recursos: el humor, la paciencia, la contención, el afecto y al mismo tiempo intentan tomar distancia de los problemas del paciente.

El trabajo de cuidado no está exento de problemas, sobre todo cuando varias personas se turnan para asistir a un enfermo: *“hay celos, ‘la persona es mía, no me la saca nadie’”*. Cuando los conflictos se agudizan las cuidadoras prefieren renunciar al trabajo y llegan a hacerlo en estos términos: *“no, no se crea, (que me va a extrañar) porque usted contrató un servicio y no una persona”*. Al iniciar un trabajo tienen que superar la resistencia de las personas que van a cuidar porque las rechazan o les dicen que no las necesitan: *“para qué te quiero, yo no necesito a nadie”*. Pero si en algún momento ellas deciden renunciar, les dicen: *“¿cómo, y ahora se van a ir?”, “¿me van a dejar solo?”, “No quieren que te vayas”*.

Otro aspecto que surge del discurso de las cuidadoras remuneradas es el reconocimiento que reciben de la persona cuidada y de su entorno. Conscientes de que hacen un trabajo que desgasta, se contentan con ver al paciente sonreír o, como cuenta Ana María de un paciente que no nombraba a nadie, y *“un día las doctoras se sorprendieron porque me*

dijo *‘Hola Ana María’ se me caían las lágrimas, me moría de alegría*”. También Dora comenta *“ella también es feliz cuando yo llego, ella dice ‘vos sos mi alegría’*”. Las cuidadoras saben que el desgaste de la tarea de cuidar puede desembocar en el síndrome del quemado, están muy atentas a sus propios estados de ánimo y recomiendan a quienes tratan mal a los pacientes que se dediquen a otra cosa. En otro extremo Sara resalta *“a veces lo que me pone un poco mal es la falta de reconocimiento, que no es de la gente que cuido sino de los hijos”*.

En cuanto a los recursos que ponen en juego a la hora de cuidar, destacan la contención, la tolerancia, el amor, la pasión, la paciencia, la comprensión y la compasión. Gabriela, por su parte, agrega: *“acompañamiento, estar, cariño, dar cariño, acompañarla con palabras, gestos, con caricias... eso es lo que yo doy. Y cuidarla física y emocionalmente”* (...) *Porque con dar cariño y amor, todo se puede, es la base de todo*”. El éxito de cuidar parece estar dado por dosis de amor y paciencia y también de carácter y firmeza. Así lo sintetiza Dora: *“yo la trataba con todo amor, pero a su misma vez tuve que ponerme fuerte”* (...) *yo cuando tengo que ponerle los puntos se los pongo*”. Y Sonia comenta: *“yo les pongo los puntos y les hablo con firmeza”*. Hay que señalar que las cuidadoras pueden atravesar momentos difíciles, sobre todo cuando cuidan a personas con enfermedades neurológicas que suelen tener arranques de ira, gritan, quieren escaparse, no duermen en toda la noche o llaman a personas que no están.

Respecto de las estrategias para manejarse con las personas que cuidan, las entrevistadas tienen posturas disímiles: algunas hablan de tomar distancia, sobre todo del entorno, mientras que otras creen que hay que meterse en el mundo del adulto al que asisten. Gabriela cree que la próxima vez que cuide va a vincularse con las persona, pero no con el entorno y va a *“tomar más distancia”*. La misma actitud tiene Alejandra, que afirma *“porque no me involucro en nada. Aparte uno siente que estas personas ya pronto van a partir, digamos, en cualquier momento, sería distinto si yo cuidaría a una criatura de tres años”*. La posible desaparición física de la persona que cuidan también las afecta, como reconoce Gabriela *“puede ser que ahora esté un poco bajoneada pero es porque falleció Rosa (...) no es depresión, es melancolía lo que siento. Pero pasa...”* Por último, es de interés resaltar las palabras de Sonia *“lo importante es tener amor al trabajo (...) entender que es un ser humano”*. No obstante, saben que *“si bien el trabajo uno lo hace con alegría, no es valorado porque si te pueden pagar cinco pesos te lo van a pagar. (...) es como trabajo al futuro, todo el mundo ahora quiere ser cuidador y para*

*nosotros es como una gran alegría poder decir “yo sé cuidar”*. Este discurso se inscribe en la creciente capacitación de cuidadoras domiciliarias impulsadas desde el Estado o desde Organizaciones no Gubernamentales que muchas de ellas están encarando para mejorar el ejercicio de su tarea e incrementar las posibilidades laborales del campo.

### **Consideraciones finales: a modo de comparación**

A partir de los relatos de las entrevistadas que asisten a personas con problemas de salud puede advertirse como el cuidar a otro abre nuevas perspectivas teniendo en cuenta cuestiones afectivas y morales. Estas cuestiones trascienden la división entre lo público y lo privado o lo remunerado y lo no remunerado ya que incorpora elementos simbólicos y normativos específicos (Kröger, 2001, citado por Martín Palomo, 2008).

¿Cuáles son los aspectos compartidos por los dos grupos de mujeres? Ambos enfatizan que el cuidar supone amor, paciencia, dedicación, contención, acompañamiento, comprensión y capacidad de decisión. También manifiestan la necesidad de reconocimiento y gratitud para el ejercicio de esta tarea. Tanto las entrevistadas que cuidan a familiares como las trabajadoras remuneradas suelen asociar las tareas del cuidado a las que realizan las mujeres con hijos pequeños; sin embargo, la carga emocional es diferente, ya que provoca angustia y dolor al tratarse de un ser querido en los últimos tramos de su vida.

La naturaleza de los vínculos con el asistido está impregnada por aspectos morales, ya que cada persona define según sus valores y normas aquellas acciones que cree que son adecuadas o inadecuadas, define lo que está bien y lo que está mal y considera que hace lo mejor para cuidar a otro. Estos vínculos son cambiantes y conforman un arco que, cuando se encarna la tarea de asistir a otro, va del amor al conflicto. Estas contradicciones se verbalizan tanto en las cuidadoras familiares como en las remuneradas.

Sin embargo, también asoman diferencias: en primer lugar, y tal como se ha planteado en la introducción, es importante recalcar que existen relaciones diferenciales de poder y patrones desiguales de reproducción social entre quien cuida y quien recibe los cuidados. Si bien en las entrevistas a cuidadoras remuneradas no se detectaron graves conflictos con sus asistidos o con sus familias, se advierte que en algunos estudios sobre trabajadoras migrantes existen tensiones relacionadas con el maltrato o la coacción por parte de las personas cuidadas o su familia (Borgeaud-Garciandía, 2012). Es innegable que el sistema de cuidados posee características duales (Martinez Franzoni, 2007): se

encuentra mercantilizado para los estratos medios y altos (muchas de las mujeres entrevistadas de sectores medios son profesionales, están incorporadas al mercado de trabajo y deben recurrir a ayudas externas remuneradas para el cuidado de un familiar con problemas de salud) y está familiarizado para los sectores más bajos (los trabajos precarios de las entrevistadas de niveles medio-bajos y la cercanía o el residir en la misma vivienda de la persona asistida facilita las actividades del cuidado).

Otro aspecto que distingue a ambos grupos es la elección de la tarea. Las cuidadoras remuneradas eligen ayudar a adultos mayores y prefieren no trabajar en el cuidado de niños y, por sus trayectorias laborales y características personales, están capacitadas para encarar este tipo de asistencia. Además más de la mitad de las mujeres entrevistadas se capacitan en cuidados domiciliarios o enfermería para llevar a cabo con mejores herramientas su tarea y mejorar su inserción laboral.

Entre las cuidadoras familiares aparece claramente el deber de cuidar a sus parientes cercanos. Lo hacen a modo de reciprocidad a fin de mantener el flujo de intercambios de servicios y bienes entre las generaciones, poniendo en funcionamiento la solidaridad familiar. La conciencia de pertenencia a la red familiar y a un vínculo requiere del deber de responder a una serie de intercambios, lo que se vive como una “mezcla de sentimientos y de obligaciones, de derechos y de deberes, de coacciones formales e informales” (Gomila, 2005). Cuidar se presenta como una obligación que se asume con naturalidad, aunque ocuparse de un ser querido impone dificultades en el seno familiar. No consideran primordial el hecho de capacitarse para cuidar a un familiar, ya que la disponibilidad de recursos afectivos alcanza para asistir a un familiar.

Sería importante que el sistema de cuidados en Argentina ocupara un lugar más relevante en la agenda pública, ya que es aun un tema privado, doméstico y familiar, lo que impide el reconocimiento de los derechos tanto de las personas mayores con problemas de salud como de las mujeres que cuidan. El desafío consiste en implementar una política pública integral de cuidados para la protección de los derechos de los adultos mayores, de sus familiares y de los cuidadores remunerados.

## **Bibliografía**

- Almeida, S. y R. Pinheiro (2010). A trajetória de mulheres com câncer de mama: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de integralidade no município de

- Volta Redona, en R. Pinheiro y A. Gomez de Silva JR. (Org.) *Por uma sociedade cidadadora*. Río de Janeiro, CEPES – IMS/UERJ – ABRASCO.
- Beck, U. (2006). *La sociedad de riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona, Paidós.
  - Borgeaud-Garciandía, N. (2012). La cuidadora domiciliaria de ancianos: de la poca visibilidad de su desempeño laboral. *Trabajo y Sociedad*, N° 19.
  - Caille, A. (2002). *Antropologia do dom. O terceiro paradigma*. Petropolis-RJ: Editora Vozes.
  - Carrasquer, P., T. Torns, E. Tejero y A. Romero (1998). El trabajo reproductivo. *Papers*, N° 55.
  - Delicado Useros, M. V. (2003). *Familia y cuidados de salud. Calidad de vida en cuidadores y repercusiones socio-familiares de la dependencia*, Tesis Doctoral Universidad de Alicante, España. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/3410>. Fecha de acceso: 10 de agosto 2012.
  - Gomila, M. A. (2005), Las relaciones intergeneracionales en el marco de la familia contemporánea: cambios y continuidades en transición hacia una nueva concepción de la familia. *Historia contemporánea*, N° 31,
  - Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Valencia, Alfons el Magnanim.
  - Flaquer, L. (2002). Introducción. En Flaquer, L. (Ed.) *Políticas Familiares en la Unión Europea*, Barcelona, Institut de Ciències Polítiques i Socials
  - Kröger, T. (2001). *Comparative research on social care. The state of the art. SOCCARE Project Report 1*, Bruselas, Comisión Europea. Citado por: Martín Palomo, M.T. (2008) Los cuidados y las mujeres en las familias. *Política y Sociedad*, Vol. 45 N°2
  - Martín Palomo, M. T. (2008) Los cuidados y las mujeres en las familias, *Política y Sociedad*, Vol. 45 N°2
  - Martínez Franzoni, J. (2007) *Regímenes del bienestar en América Latina*. Documento de Trabajo N° 11 – Madrid – Fundación Carolina, CeALCI
  - Martins, P. H. (2006). Ação pública, redes e arranjos familiares. En B. Fontes y P. H. Martins (Org.) *Redes, práticas associativas e gestão pública*. Recife, Editora Universitaria da UFPE.
  - y R. Bivar C. Campos (2006) *Polifonia do Dom*. Recife, Editora Universitária da UFPE.

- Matus López, M. (2014) Presiones de oferta y demanda sobre políticas formales de cuidados en Latinoamérica. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, N° 60.
- Ponce, M. L. Findling, M.P. Venturiello y M.P. Lehner (2011). Mujeres, cuidados, salud y familias en la Ciudad de Buenos Aires: una mirada sobre la tarea del cuidado familiar. Ponencia presentada en XXVIII Congreso ALAS “Fronteras Abiertas de América Latina” Recife, Brasil – 6 al 10 de septiembre de 2011.
- Salazar Parreñas, R. (2001) *Servants of globalization. Women, migration and domestic work*. Stanford, Stanford University Press.
- Venturiello, M. P. (2012) Discapacidad motriz, redes sociales y familiares: percepciones sobre la vida cotidiana, el cuidado y la rehabilitación en el Área Metropolitana de Buenos. Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.