

**Dependencia y cuidado:
Implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora.**

Milagros Julve Negro.
Universidad de Valencia.

Resumen

La responsabilidad atribuida a las mujeres de ser las encargadas de atender a las personas en situación de dependencia no cede en la práctica a favor de un reparto más equilibrado de las tareas. Tanto dentro como fuera de la familia, la atribución de roles en función del género parece mantener su pauta más tradicional en lo que concierne a los cuidados. El trabajo de cuidar y atender a las personas con dificultades para realizar por si mismas las actividades de la vida diaria entra en la esfera del trabajo reproductivo y pertenece a la mujer, la vejez es femenina y el cuidado es femenino, es por tanto, un fenómeno social de género. El objetivo de la presente comunicación es analizar las percepciones y actitudes de las mujeres que cuidan a familiares con dependencia. Conocer, desde la mirada de las mujeres cuidadoras, la complejidad y las implicaciones emocionales del cuidado informal; los sentimientos y las repercusiones que ocasiona. La discusión se centra en sí, esta situación está en proceso de cambio, qué demandas plantea y si se precisa un posicionamiento crítico que implique a ambos géneros y al conjunto de la sociedad.

Palabras clave: dependencia, apoyo informal, cuidado, cuidadora principal.

Dependence and care: implications and repercussions for the woman carer.

Prof^a. Milagros Julve Negro. Universidad de Valencia.

DTS. Licenciada en Sociología.

Summary

The responsibility attributed to those women who are responsible for looking after people in a situation of dependency does not in practice result in favour of

a more balanced distribution of tasks. In respect to the care, and as much within as out of the family, the attribution of gender related roles seems to maintain a more traditional path. The work of caring and looking after those people with difficulties in performing for themselves the activities of daily life, enters into the sphere of reproductive work and pertains to the woman; the old age is feminine, and the care is feminine, and therefore it is a social gender phenomenon. The objective of the present communication is to analyze the perceptions and attitudes of the women that look after relatives in a situation of dependency; to know, from the point of view of women carers, the complexity and the emotional implications of the informal care, the feelings and the repercussions that result from it. The discussion is centered in whether this situation is a process of change, what demands are made and if what is needed is a critical position that involves both genders and the whole of society.

Key words: dependency, informal support, care, female careers.

Dependencia y cuidado: implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora

Introducción

El envejecimiento demográfico o como es llamado *la democratización de la vida*, por lo que supone de desplazamiento hacia atrás y para toda la población del umbral de la vejez, aparece como una de las características demográficas fundamentales de nuestro tiempo y ha supuesto grandes transformaciones sociales e individuales. Para las personas mayores ha traído mejoras sustantivas en la cobertura de riesgos, prestaciones económicas, autonomía y capacidad de decisión. Una mayor esperanza de vida no supone más dependencia en sí misma, los mayores se mantiene con estilos de vida más activos y sanos, lo que da como resultado que problemas de salud y necesidad de cuidados no los produzca el envejecimiento en sí, sino la aparición de una serie de síndromes invalidantes y enfermedades que se dan en un tiempo cercano a los últimos años de vida.

Una persona es considerada dependiente cuando depende de un tercero para realizar los actos elementales de la vida corriente y aunque, la dependencia pueda aparecer en cualquier momento de la vida, afecta en mayor medida a las personas mayores. En la actualidad, la morbilidad y la dependencia están apareciendo a partir de los setenta y cinco años.

En este marco, el conjunto de los países desarrollados comienza a tratar la dependencia como un *nuevo riesgo social*. El cambio de modelo social derivado de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo está introduciendo modificaciones, más aparentes que reales, en la atención a las personas que no se valen por sí mismas.

Su cuidado recae mayoritariamente en el denominado apoyo informal, recurso eufemístico para referirse a la familia. La solidaridad familiar sigue muy presente en nuestra sociedad y la responsabilidad atribuida a las mujeres de ser las encargadas de atender a las personas con necesidad de cuidados, tanto dentro como fuera de la familia, sigue sus pautas más tradicionales. La mujer se ha incorporado al espacio público, se ha integrado en el ámbito laboral, político y social, con la especificidad en relación con los varones, de que el espacio de lo privado no ha dejado de serle propio.

La atribución de roles en función del sexo parece mantener su pauta más tradicional en lo que concierne a los cuidados. Según los estudios realizados por el IMSERSO¹, el perfil sociodemográfico de quienes prestan apoyo informal es el de una mujer de 53 años, casada, con estudios primarios y cuya actividad principal son las tareas del hogar.

El objetivo de la presente comunicación es observar las percepciones y actitudes de las mujeres que cuidan a familiares mayores con dependencia; recoger la complejidad y las implicaciones emocionales del cuidado; las normas y los sentimientos que animan esas tareas; las consecuencias y repercusiones que ocasiona en las propias mujeres y sus expectativas de futuro.

¹ IMSERSO (2005). *Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles*. Madrid

La discusión se centra en cómo, las mujeres cuidadoras, asumen las posiciones normativas que les adjudican estas tareas por estar más cualificadas. Si esta situación está en proceso de cambio ante las transformaciones que se producen en el entorno de la familia y de la mujer. Si precisamos un nuevo planteamiento crítico que suponga cambios en los valores y en las costumbres, un posicionamiento social que implique a ambos géneros y al conjunto de la sociedad en el desarrollo de políticas solidarias, además de, medidas y servicios lo suficientemente diversos y flexibles para solventar las necesidades cambiantes tanto de los dependientes como de sus cuidadores/as. Como observa acertadamente Victoria Camps (1998:62), estamos en un terreno de cambio de construcciones sociales, de mentalidades y de actitudes y, hay que deconstruir un imaginario social y construir otro.

Para analizar la importancia y el protagonismo de los cuidados a las personas mayores y, el papel protagonista que tiene la mujer en ellos, nos basamos en los resultados de una investigación basada fundamentalmente en el manejo de técnicas cualitativas.

Nuestro trabajo de campo se centro en los discursos de las mujeres que realizaban cuidados de larga duración con familiares mayores y en situación de dependencia. Entrevistamos a veinte mujeres, cuyo perfil se caracterizaba por tener una edad (60%) que entra dentro de la *generación bisagra* –entre 45 y 69 años-, es preocupante el 15% que sobrepasaba los 70 años por la sobrecarga que supone las tareas de cuidado en personas de tan avanzada edad. Un 60% son casadas, un 20% viudas y un 15% solteras. Su nivel cultural es medio-bajo, sólo 7 de las 20 entrevistadas tiene estudios medios universitarios. Un 55% son amas de casa, un 30% trabajan y un 15% están jubiladas. El 90% de las cuidadoras viven con la persona atendida y el cuidado es diario e intensivo. Un 30% recibe el apoyo continuado de su red familiar, un 40% de forma esporádica y un 10% no tiene ninguna clase de ayuda. Solamente un 25% tiene contratados servicios de una asistenta de hogar, principalmente las mujeres que trabajan. En su mayoría no han recibido ningún tipo de formación para realizar los cuidados y ésta se la han procurado personalmente y por necesidad.

Las características de los dependientes a los que cuidaban eran: mujeres el 75% y más de la mitad viudas, un 30% tiene más de 80 años, su nivel cultural y socioeconómico es muy bajo, sin empleos reglados en su vida adulta, cobran pensiones de viudedad en su mayoría. El 80% padece más de una enfermedad, muchas de ellas invalidantes (Alzheimer, Parkinson) precisando dedicación y atención constante. La ayuda que reciben de la cuidadora es, para la mayoría, la única que tienen, ya que ninguna/o recibe prestaciones o recursos de los servicios sociales, aunque sí las ayudas de asociaciones del tercer sector.

En términos empíricos el aporte de la presente comunicación es intentar comprender la complejidad del cuidado informal desde la mirada y la perspectiva de las mujeres y donde la subjetividad, las lealtades de parentesco, las implicaciones personales, los valores, las normas éticas y morales, se unen a los lazos afectivos, siendo todos ellos definitivos a la hora de intentar una aproximación explicativa.

1. La dependencia en personas mayores

De acuerdo con la definición adoptada por el Consejo de Europa en el año 1998, el término dependencia incluye la idea de vínculo, de relación, de atención y de cuidados. Esta estrechamente ligado al de discapacidad y pérdida de autonomía, se trata de una compleja relación entre términos. La dependencia no va necesariamente asociada a la edad avanzada, pero, bien es verdad que ésta supone un tipo de dependencia específica y de la que se derivan condicionamientos singulares de la producida por discapacidad.

Según Rodríguez Cabrero (2004), aunque la dependencia recorre toda la estructura social de edades, en la actualidad uno de cada tres dependientes tiene más de 65 años, de ahí que, la problemática de la dependencia tienda a reducirse a la del envejecimiento. Según la estimación recogida en el *Libro blanco*,² en nuestro país, hay más de dos millones de personas con dependencia amplia, representando el 6% de la población española y, 1.433.616 son personas mayores de 65 años con algún grado de dificultad para

² IMSERSO (2004). *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. www.mtas.es

realizar actividades, desde el grado moderado al total que supone, no poder realizar esa actividad.

De las necesidades que las personas mayores dependientes tienen, están las de tipo sanitario y las de cuidados personales. La organización de la protección social a la dependencia en los mayores está dividida entre los servicios formales y el apoyo informal. Los servicios formales responden a la dependencia entre el sistema sanitario y el de servicios sociales.

El resto de la protección a los dependientes mayores, que supone la mayor parte de los cuidados personales, es responsabilidad de la familia y en particular de la mujer en todos los países occidentales.

Un elemento decisivo para el actual debate es el cambio cultural profundo que se está produciendo sobre la feminización de la función cuidadora. Estos cambios se inician en los años setenta, pero maduran en la década de los noventa del pasado siglo, cuestionando el papel tradicional de la mujer cuidadora. Las políticas de igualdad de género, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, los sistemas educativos que promocionan una cultura de reparto equitativo entre sexos, con respecto a las tareas domésticas y los cuidados personales, suponen un cambio cultural que, singularmente, en nuestro país, está en el inicio del proceso y los resultados se prevén a largo plazo.³

1.1. Perfil de las personas mayores que reciben ayuda informal

Tal como se recoge en la encuesta realizada por el IMSERSO (2005), para conocer las características y extensión del apoyo informal en nuestro país y donde realiza una comparación con la realizada en 1994 (INSERSO: 1995), las personas mayores que reciben cuidados son en su mayoría mujeres (69%). El 65% de los mayores tienen entre 75 y 90 años. La edad media de las personas mayores en general en nuestro país es de 72 años, mientras que las de aquellos que están recibiendo cuidados es de 80 años.

El 57% de los mayores que reciben ayuda son viudas y el 36% casadas. Esta distribución es muy diferente entre mujeres y hombres. La proporción de viudas es casi el doble que la de viudos y la de casadas casi el doble que la de

casadas, esto se debe a la diferencia de edad en la pareja (matrimonios hipergámicos) y a la mayor frecuencia de matrimonios que se da en el varón. Su nivel de estudios se corresponde con su cohorte generacional y con el género, no se modifica con respecto a 1994. El 61,6% no tiene estudios (analfabeto o sólo lectura y escritura) y el 33,6% estudios primarios.

Actualmente la ayuda informal está más centrada en las personas mayores que tienen problemas de salud, un 94,6%, mientras que hace diez años eran un 79%. Esta modificación representa cambios en las ayudas y mayor intensidad de los cuidados.

La forma de convivencia está muy relacionada con la edad, el aumento de la longevidad conlleva la prolongación de la vida en pareja hasta edades más tardías, supone un 35% los mayores que siguen viviendo en pareja y, es el resultado de un proceso demográfico más que de un cambio social o de comportamiento.

El 35,6% de los mayores que reciben cuidados, convive con sus hijos/as, esta proporción es mayor entre las mujeres (41%). Una proporción importante de mayores que reciben cuidados vive sola (15,4%), son los denominados “cuidados a distancia” y, solamente el 0,6% vive en una residencia.

2. Cuidar a las personas mayores

Para M^a Ángeles Durán⁴, el término *cuidado* recoge una serie de acepciones positivas que pertenecen a actividades fundamentalmente mentales o actitudinales, sin embargo es difícil describir todos los componentes de las acciones que comporta el cuidar, e importante subrayar que, el desarrollo de esas acciones no es innato, necesita del refuerzo por la vía de la educación formal e informal o de las recompensas y castigos sociales.

En la atención a las personas mayores que, por distintas causas, precisan de la ayuda de otra persona para hacer frente a las actividades de la vida diaria, intervienen tres agentes:

- La familia cuidadora o apoyo informal

³ Nos llena de esperanza el Anteproyecto de *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes*, aprobado en el Consejo de Ministros el 23 de diciembre de 2005

⁴ Durán Heras, MA (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Fundación BBVA. Bilbao, p:251

- El sector público con su oferta de servicios y prestaciones económicas, denominado servicios formales
- La oferta privada, tanto mercantil como no lucrativa

En su nivel más general, el apoyo informal es el que se presta por familiares, amigos o vecinos, estas redes sociales se caracterizan por ser de reducido tamaño, existir relación y afectividad en el cuidado y, por no realizarse de manera ocasional sino con cierta permanencia, duración y compromiso. El Centro de Estudios del Cambio Social (2001: 218), se refiere a él como, *la asistencia aportada a personas dependientes, en sus propias casas o en la del cuidador, por un miembro de la familia, sin remuneración y movido por una relación personal estrecha.*

Generalmente es una actividad extensa y duradera en el tiempo; presenta muchos cambios en el contexto próximo de la persona dependiente y del cuidador; supone un gran impacto emocional con sentimientos contrapuestos, tanto positivos -satisfacción por contribuir al bienestar de un ser querido- como negativos -impotencia, culpabilidad, soledad, tristeza-; produce consecuencias en las relaciones familiares y sociales; afecta a la salud del cuidador; ocasiona conflicto entre las tareas de cuidado y las obligaciones laborales e incide en la situación económica de la familia.

El cuidado informal en nuestro país ha sido, desde siempre, la principal y en ocasiones la única ayuda con la que han contado las personas mayores, es uno de los mayores ejemplos de solidaridad intergeneracional. Lo más notable es, la normalización con la que se presta, su escasa visibilidad social y la generosidad y el esfuerzo que supone para los/las cuidadores/as.

2.1. Características del cuidado

Los estudios realizados por el IMSERSO (1994-2004), mediante entrevistas en el entorno familiar, nos aportan los datos imprescindibles para realizar un análisis descriptivo de las características del apoyo informal en España.

Los resultados que se obtienen revelan que podemos estimar en 950.528, el número absoluto de cuidadores/as, representando el 6% de la población de 18 y más años de nuestro país.

En el 5,1% de hogares viven personas que prestan ayuda a mayores de 60 años en tareas de la vida cotidiana que no pueden realizar por si mismas. El 4,5% de esta ayuda corresponde a familiares, amigos o conocidos que prestan cuidado informal a personas mayores sin recibir a cambio una retribución. El 0,6% restante corresponde a empleados/as del hogar.

El número de personas atendidas a través de este tipo de ayuda informal es de 1.226.181, según estimaciones de los datos de la encuesta del año 2004, lo que representa el 17% de la población de 65 y más años.

El perfil sociodemográfico de quienes prestan apoyo informal a mayores denota que el personaje principal es una *mujer de 53 años, casada, con estudios primarios y cuya actividad principal son las tareas del hogar*.⁵

Cuando hablamos de cuidado a nuestros mayores dependientes, hablamos de mujeres que mantienen el modelo tradicional de familia y los roles tradicionales de la mujer como dispensadora de cuidados y de afectos. Si comparamos los resultados con al encuesta de 1994 (IMSERSO/CIS)⁶, hay un discreto incremento de mujeres ocupadas, 25% en 2004 y 19% en 1994.

La relación entre las personas que cuidan y los mayores que reciben ayuda es muy cercana, comparando los datos con diez años de diferencia, vemos que la presencia de las hijas como cuidadoras ha aumentado en 5,2 puntos (52,0 y 57,2 % respectivamente). Los esposos o compañeros se mantienen en un 16% y cabe destacar la disminución de la presencia de nietos, 1,2% en relación con 1994 que era de 2,0%.

Actualmente, el cuidador/a está menos solo/a y la ayuda informal es compartida en mayor medida por varios familiares que hace diez años (hija, sobrina, hermana), este cambio favorece una mejor situación de los cuidadores/as que prestan ayuda a los mayores, más optimismo y mayor facilidad de afrontamiento ante las diferentes necesidades y dificultades que comporta el cuidado.

Con respecto a la cualificación de los cuidadores/as, el 33% opina que, para cuidar a una persona mayor hace falta siempre una preparación o formación,

⁵ IMSERSO/Gfk-Emer (2004): Encuesta de *Apoyo informal a los mayores en España*

⁶ IMSERSO/CIS (1995). *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid

no obstante, sólo un 10% están realizando o han realizado algún curso de preparación especial (principalmente a partir de reuniones con el médico y personal de enfermería), un 35% opinan que cualquiera puede hacerlo y no se necesita formación.

La relación previa, la intimidad y el afecto en la prestación de ayuda, observamos que es ahora más estrecha y frecuente con una diferencia de 10 puntos (48,4 y 58,4 respectivamente). No tenemos certeza de la explicación que podemos dar a este datos, el estudio en el que nos basamos se decanta por una opción de *deseabilidad social*, manteniendo que en la última década, ha mejorado la relación entre generaciones, consolidadas por la mayor convivencia y la tardanza en abandonar la casa de los progenitores, junto con la constatación del apoyo de los abuelos hacia los hijos a través del cuidado de los nietos y ayudas domésticas, todo esto mantiene viva la relación de afecto entre ambas generaciones y las hijas, sobre todo, responden llegado el momento correspondiendo con la ayuda necesaria.

Con respecto a al frecuencia de la ayuda, esta es permanente para el 77,2% de los/as entrevistados/as, el carácter permanente de la ayuda era también la característica básica en 1994, con un 74,5%. Los datos de 2004 muestran una tendencia de retroceso del sistema de *rotación* o por temporadas de los mayores (1,9 y 9,4 respectivamente).

La intensidad de la ayuda prestada es diaria y constante, los datos globales la califican de muy alta, en el 69% de los casos el cuidador realiza ayuda en los tres tipos genéricos: tareas domésticas (limpiar, hacer la comida...); actividades cotidianas (salir a la calle, médico...) y cuidados personales (bañarse, vestirse, comer...). El aumento de la intensidad de la ayuda que cubren con respecto a 1994 es patente.

	Tareas domésticas	Activ. Cotidianas	Cuid. Personales
1994	79,6 %	77,2%	59,6%
2004	89,3 %	92,1%	76,1%

Se constata que las necesidades de los mayores que reciben este tipo de ayuda son más intensas que hace diez años. Se observan, también, diferencias de tipos de ayuda según el género de la persona mayor y según la edad. Son las mujeres mayores en mayor proporción y de 81 años en adelante. Pensamos que es por cuestión de edad, no de género, pues hay mayor presencia de mujeres en los intervalos de edad más altos.

Entre las tareas que resultan más molestas para los cuidadores destacan, en primer lugar las del aseo íntimo (cambio de pañales, incontinencia), en segundo término las que tienen que ver con la gran invalidez de la persona mayor (acostar, levantar, vestir). Con respecto a los comportamientos, los que más repercuten en el ánimo del cuidador/a son la agresividad física y verbal o comportamientos peculiares, resultado de circunstancias personales y de carácter -“quejas constantes”, “repetir las mismas historias”, “llora frecuentemente”-

Se ha señalado en los diferentes estudios que la ayuda prestada a las personas mayores incide de forma negativa en el desarrollo de la vida de los/las cuidadores/as. En el estudio al que aludimos, estas repercusiones siguen estando presentes y las diferencias son más significativas cuanto mayor es la edad del cuidador/a.

Tratados en su conjunto, diríamos que para un 80,2%, el cuidado repercute en aspectos relacionados con el ocio, tiempo libre y relaciones familiares; para un 61,1% en aspectos relacionados con temas económicos y profesionales y, para un 55,6% en aspectos de salud y estado general. En este último caso, de sus respuestas se deduce que el deterioro de la salud es más psicológico que físico, porque algo más de un tercio de los cuidadores entrevistados, manifiestan que han tenido que “tomar pastillas” y solicitar ayuda a un psicólogo o psiquiatra.

En comparación con 1994, los datos de 2004 informan de una menor repercusión negativa sobre su vida cotidiana, en general, la percepción es más positiva a pesar de que la intensidad de la ayuda es mayor.

Las motivaciones y circunstancias que les llevan a realizar estos cuidados es en un 90,6% la obligación moral, en segundo término, la dignificación y

satisfacción personal (79,7%) y, la compensación y agradecimiento de la persona mayor en un 78,5%. Esto no es óbice para que el 50,7% declare que “no les queda otro remedio que cuidar a esa persona”, un 58,5% lo realizan por presión del contexto social; el 46,6% porque “económicamente no puedo plantearme otra solución” y, un 21% declara sentirse atrapado/a y ser una carga excesiva esa situación.

Con referencia al papel que las Administraciones Públicas deberían jugar en el cuidado de las personas mayores, los cuidadores/as consideran que son las familias las que deben hacerse cargo, pero que la administración debería participar mediante recursos de apoyo en un 65,3% y, sólo para un 10%, la administración es el principal responsable del cuidado.

Con relación a la demanda de servicios públicos, un 89% respalda los servicios de proximidad (SAD, Centro de Día) y, las residencias siguen siendo la peor opción.

Fuera del contexto familiar, las personas mayores no reciben ninguna ayuda institucional o privada en un 83,5%. Sólo un 6% recibe ayuda de alguna institución pública (Ayuntamiento, Comunidad Autónoma) y, un 7% reciben apoyo de forma privada de empleadas del hogar. Estas son mayoritariamente de nacionalidad española (63,1%), en segundo lugar se situarían las procedentes de países de Latinoamérica (Ecuador, Colombia, Argentina).

Para terminar queremos recoger la información de la encuesta sobre las aspiraciones y expectativas de quienes actualmente prestan ayuda informal para cuando lleguen a necesitar ellos mismos algún tipo de ayuda similar. Destacar que un 60% no conceden importancia al sexo del cuidador, esta opinión ha sufrido modificaciones después de diez años, pues la preferencia por las mujeres como cuidadoras ha descendido 10 puntos. La opción preferida sigue siendo la familia y el resto de las alternativas tienen escasa relevancia, pero ante esa posibilidad, la alternativa que presenta más confianza son los profesionales de los servicios sociales públicos (30%) y, las residencias públicas en un 23%.

En estos diez últimos años la preferencia por permanecer en su casa se ha consolidado notablemente (71%) y, si no fuera posible preferirían la casa de su

hija un 49,2%. No obstante, las preferencias que tienen los cuidadores/as difieren de las que consideran tienen mayor probabilidad de suceder. Es decir, el 18% de los que preferirían llegado ese momento vivir en su propia casa, consideran que lo más probable es que vivan en una residencia y, sólo el 27% del 49,2% que preferiría vivir en casa de un hijo, lo considera probable.

Encontramos una modificación significativa de los entrevistados en lo que concierne a los cambios que tendrán lugar en el futuro con respecto al cuidado a las personas mayores, mientras las preferencias se siguen situando en la familia como responsable del cuidado, la realidad apunta a que serán los servicios públicos y las residencias, los centros donde se vivirán los últimos años de la vida en el futuro.

3. La naturaleza contradictoria del cuidado: “cosas de mujeres”

El estudio de los comportamientos dentro de la familia es difícil de abordar porque nos sumergimos en un dominio íntimo impregnado de sentimientos y de estrategias que justifican las acciones. No obstante el estudio de las prácticas femeninas de cuidado en la vejez, reclama un análisis desde una perspectiva de género, poniendo de manifiesto las desigualdades que origina. Esto implica, considerar la lógica de las políticas sociales impartidas por el Estado del bienestar basadas en el privilegio del trabajo asalariado y en el desprestigio del trabajo no-remunerado de las mujeres.

En la tradición occidental de la filosofía política se institucionaliza la organización social patriarcal y la división público/privado, esta diferenciación asigna el mundo doméstico y reproductivo a las mujeres y el mundo político y productivo a los hombres, confiriéndole más valor. El movimiento de mujeres transforma estos asuntos privados en asuntos públicos refiriéndolos a los principios de justicia, equidad e igualdad. Estamos en un proceso donde la línea que divide lo privado y lo público comienza a ser renegociada.

Entendemos que el cuidado es una capacidad común y necesaria en todos los seres humanos, puede estar presente o ausente tanto en mujeres como en varones y el contexto social es fundamental para favorecer o anular su desarrollo. El modelo de bienestar social de nuestro país es familiarista y hace

del cuidado un trabajo que realizan las mujeres en el espacio interior de la familia y con muy poca valoración social.

En nuestra investigación, las entrevistas realizadas a mujeres cuidadoras, nos posibilitaron ver los dilemas que reflejan tensiones sociales, las estrategias familiares que evidencian valores sociales en general y la construcción social del cuidado designado como femenino y asignado a la mujer.

La designación como *cuidadora principal* entre los miembros de la familia, atiende a razones que no se verbalizan de manera explícita, pero, resulta significativa la asociación que ellas mismas establecen entre su designación como cuidadoras y otros rasgos como: el género, (mujer) y el parentesco: hijas (70%) y esposas (25%). En todos los casos, el cuidado de la persona mayor, recae en la población femenina de la familia como una consecuencia natural, sin posibilidades de contestación y, sin que suponga una toma de decisión consciente por parte de la mujer que lo asume. Los varones de la familia apenas participan de la posibilidad de ser designados.

Las actividades y tareas están en función del grado de dependencia de la persona mayor atendida, según sea más leve o severa, el cuidado tendrá más dificultades y exigencias. Nuestras entrevistadas consideran el apoyo que prestan como el más importante que recibe el dependiente y la frecuencia es intensiva en tiempo (diaria) y en tareas. Su rol de cuidadora supone una multiplicidad de actividades que van más allá del cuidado personal. Controlan su enfermedad, su medicación, aportan apoyo emocional y social a la persona mayor y hacen frente a todas las situaciones que puedan producirse las 24 horas del día.

Las actividades que mayor satisfacción proporcionan son las de componente lúdico (pasear, conversar, asear a la anciana) y las más ingratas son las interrupciones del sueño y la intolerancia, enfados y cambios de carácter del dependiente, en definitiva la falta de agradecimiento y el desamor hacia sus esfuerzos.

El apoyo recibido por el resto del grupo familiar suele ser habitual, aunque en distintos grados, el fuerte componente afectivo y la carga moral que rodea estas actividades pone en juego un conjunto muy heterogéneo de sentimientos

que menoscaban o acrecientan las relaciones de la familia en su conjunto. Las tareas de los varones son puntuales, específicas, con poca responsabilidad y esporádicas en el tiempo. El mayor apoyo es prestado por los familiares femeninos de la familia, pertenecientes a la misma generación que la cuidadora (hermanas, cuñadas).

Los sentimientos que impregnan las relaciones familiares emergen cuando se escoge o no se escoge cuidar y sin embargo se cuida. Cuando la dependencia de la persona mayor se vive como un problema y una responsabilidad compartida por toda la familia, los efectos adversos de la dedicación se amortiguan, la cuidadora se siente valorada y aumenta su percepción de solidaridad. Si el grupo familiar no asume su responsabilidad en el cuidado y relega toda la carga en la cuidadora, ésta vive sus obligaciones con mayor malestar, soledad y desamparo y, las relaciones familiares se degradan.

El resultado de nuestra investigación evidencia que los sistemas de creencias normativas persisten y continúan influenciando las conductas a pesar de que las condiciones estructurales y sociales están cambiando, esto acarrea problema y dilemas para el cumplimiento de estas obligaciones.

Nuestras entrevistadas asumen la supuesta idoneidad de la mujer para el cuidado de los demás por sus especiales aptitudes relacionales y expresivas frente a las aptitudes más instrumentales de los varones.

Cuando se habla de motivos involucrados en el cuidado se debaten entre el *debe ser* normativo que obliga y determina formas, expectativas y sentimientos al cuidado; la *reciprocidad* y los lazos familiares de lealtad y, el *amor* y cariño que sienten por la persona dependiente.

Hay un discurso que justifica todo en el amor ya que fuimos socializados para creer que los miembros de la familia se aman unos a otros, cuando el amor es algo que no se puede imponer y no siempre existe. No podemos enfatizar los lazos afectivos sin tener en cuenta la incidencia de las estructuras formales familiares que comportan controles y obligaciones ante el hecho de amar.

El sentimiento del deber implica obligación y este sentimiento está por encima de las necesidades o intereses de la cuidadora, la reciprocidad es un proceso

por el que se establece una relación de mutua ayuda y de devolución de servicios para cuando se necesite.

Todas las entrevistadas asumen una tradición de valores que incluye la compasión, la generosidad y el afecto como aptitudes propias de la mujer y sin opción, no consideran la posibilidad de negarse ante esas pautas.

4. La carga del cuidado

La dedicación a las tareas de cuidado tiene consecuencias en su salud física y psíquica. En general, experimentan una sensación generalizada de cansancio, una percepción global de mala salud y un desgaste físico. En todos los casos refieren problemas emocionales en distintos grados como frustración, impotencia, desánimo y ansiedad.

Refieren un incremento en la utilización de los servicios sanitarios y mayor utilización de medicamentos tanto para síntomas físicos como psíquicos.

Todas las relaciones sufren un menoscabo después de un período largo de cuidados, aparecen conflictos familiares y personales traducidos en sentimientos de culpabilidad, el cuidado se siente como una carga que quita tiempo para las relaciones conyugales, filiales y sociales. Las cuidadoras se sienten sin libertad de movimientos, añoran tiempo para ellas mismas, el hogar familiar se transforma y refieren pérdida de privacidad e intimidad, para ella, para la persona mayor y para el resto de la familia. Todas las relaciones se alteran.

Las dificultades para conciliar la vida laboral con las tareas de cuidado son evidentes y producen, en el 30% de entrevistadas que trabajan, la sensación de estar incumpliendo ambas tareas. Un 40% de las entrevistadas se han visto obligadas a abandonar su trabajo ante la situación de tener que cuidar, es una decisión forzada que no produce bienestar en la cuidadora ante el temor de las repercusiones que tendrá en su futuro profesional y personal. También refieren dificultades económicas, aumentan los gastos a consecuencia del cuidado y, en ocasiones, disminuyen los ingresos al abandonar el mercado de trabajo.

Cuidar puede ser estresante, especialmente cuando se vive como una carga, pero también puede ser una oportunidad para incrementar las relaciones familiares entre hijos y padres y un reto, ya que se puede encontrar satisfacción

en esta actividad. Sus relatos muestran elementos positivos que han encontrado en su labor de cuidar: la satisfacción personal que produce el afecto que dan y el que reciben, el agradecimiento de la persona cuidada, la tranquilidad de conciencia que proporciona el sentir que están haciendo lo que deben.

En el proceso de cuidado se descubren virtudes y se adquieren habilidades y destrezas que no se poseía, al tener que enfrentarse a situaciones nuevas que exigen respuesta inmediata

5. Conclusiones: el trabajo de cuidado y la afectividad

Podríamos confirmar que las mujeres cuidan a sus mayores a pesar de todas las dificultades y el mayor sacrificio que realizan es consigo mismas porque supone un menoscabo importante para su persona y para su vida, a cambio, su demanda genérica es de apoyo emocional, estímulo y reconocimiento. Es un fenómeno social de género que realizan las mujeres gratuitamente, en nombre de la naturaleza, del amor y del deber.

Nuestras entrevistadas reproducen los esquemas jerárquicos de la división sexual del trabajo, aceptan el mandato social de ser las más adecuadas para el cuidado y de que les corresponde a ellas en mayor medida que a los varones.

El cuidado realizado por la familia es raramente puesto en cuestión y se da por supuesta la eficiencia del realizado por las cuidadoras, mientras que, el cuidado formal, se percibe como inferior por el hecho de no contar con la relación afectiva y los cuidados profesionales están constantemente revisados y sujetos a escrutinio, como si el afecto fuera suficiente para proporcionar la calidad de vida adecuada a la persona dependiente.

El sentimiento que mejor define la experiencia de cuidar es el de la ambivalencia emocional, calificamos así los dilemas de conciencia que experimentan las mujeres al asumir el cuidado. No todas desean cuidar, ni están preparadas para ello, pero, ninguna se niega, ni puede hacerlo, se asume con gran coste personal el “debe ser” normativo y se realiza con cariño y afecto.

Son conscientes de reproducir modelos de desigualdad de género y de que ese legado generacional debe ser cuestionado, consideran que en sucesivas

generaciones de mujeres se reducirá el sentimiento de obligación y reciprocidad para con los mayores y no están en contra de tal proceso, no desean para sus hijas esa carga social.

Consideramos que, la creencia de que las personas mayores se encuentran mejor atendidas en la familia sólo podemos seguir manteniéndola si en la misma medida tenemos unos servicios de calidad, con un personal formado que sirva de soporte y complemente la función de los cuidados familiares. Al final de la vida, se pueden dar situaciones específicas y las relaciones familiares pueden presentar diferentes modalidades que deben ser reconocidas y sopesadas en el momento de elaborar leyes o crear servicios de ayuda a las familias que cuidan.

En este sentido debemos esperar de la futura *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes* (23-12-2005), con la que el Gobierno pretende universalizar el derecho de toda persona dependiente a recibir asistencia gratuita del Estado, que se desarrolle adecuadamente el “programa integral de atención personalizada” para que cada situación sea abordada de la forma más adecuada, integrando las prestaciones económicas con servicios sociales y profesionales que aborden cuestiones más amplias en el ámbito de la convivencia familiar y social. Que suponga un apoyo y sustente los cuidados proporcionados por los cuidadores durante todo el proceso, además de vincular y coordinar los sistemas sanitario y social ya existentes.

Es revelador el dato obtenido del estudio realizado en la Comunidad Valenciana (Berjano, Ariño y Llopis: 2004)⁷, dirigido al conjunto de la población, donde al preguntar sobre las medidas que debería adoptar la Administración para hacer frente al problema de la dependencia, en primera opción se sitúa, el apoyo económico del Estado en forma de “salario mensual” al cuidador/a, con un 78,9% de los entrevistados.

La figura del *cuidador familiar* que contempla el Anteproyecto de ley, retribuida con una prestación denominada “prestación económica en el entorno familiar” con contribución a la Seguridad Social, sólo la vemos adecuada en los casos

en que tenga la intención de apoyar a mujeres cuidadoras y mayores, a las que les resulta difícil insertarse en el mercado de trabajo, precisamente por esas características. En ningún caso debe suponer un acicate para evitar la inserción laboral de la mujer y un mantenimiento de las pautas más tradicionales del cuidado.

Pensamos que la solidaridad familiar seguirá existiendo en el futuro, lo que debe cambiar es el modo de ejercerla y el reparto de la misma. Debemos encontrar soluciones que combinen el afecto y la ternura en los cuidados, con un sistema de protección social donde, el cuidado, sea valorado como un derecho social para el individuo que lo necesita, reconocido como un trabajo por quién lo realiza y esté exento de desigualdades basadas en presupuestos de género.

BIBLIOGRAFIA

BENHABIB, S. (1992). “Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral”, en *ISEGORÍA*, nº 6, pp: 37-63

CAMPS, V. (1998). *El siglo de las mujeres*. Ediciones Cátedra. Madrid.

CASADO, D. y LÓPEZ, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Colección Estudios Sociales nº 6. Fundación La Caixa. Barcelona

CECS (2001). *Informe España 2001*. Fundación Encuentro. Madrid

DURÁN, M^a A. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Fundación BBVA. Bilbao

INSERSO (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid

IMSERSO (2005). *Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid

IZQUIERDO, M^a J. (1998). *El malestar en la desigualdad*. Ediciones Cátedra. Madrid

LAGARDE, M. (1990). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México

⁷ Berjano, E.; Ariño, A. y Llopis, R. (2004). *La dependencia en la Comunidad Valenciana. Aspectos psicosociales*. Universitat de València. Consellería de Bienestar Social

MARTINEZ, I. y BONILLA, A. (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Universitat de València

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. (2004). *Libro Blanco*. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad e IMSERSO; www.mtas.es; Madrid

PÉREZ ORTÍZ, L. (1997). *Las necesidades de las personas mayores*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO). Madrid

RODRIGUEZ CABRERO, G. (2004). "Protección social de la dependencia en España". *Laboratorio de Alternativas*. Fundación Alternativas. Documento de trabajo 44/2004