

VII Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata
"Argentina en el escenario latinoamericano actual: debates desde las ciencias sociales"

¿Cómo cuidan y cómo se cuidan?: Mujeres de niveles bajos y medios del Área Metropolitana de Buenos Aires que cuidan a familiares dependientes.

Liliana Findling, Silvia Mario y Laura Champalbert

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

lfindling@arnet.com.ar

areasalud@sociales.uba.ar

1. Introducción

El cuidado de las personas cobró relevancia luego de las profundas transformaciones demográficas que tuvieron como resultado el envejecimiento de la población, lo cual se acompañó de la persistencia de los roles tradicionales de género.

La provisión de cuidados en la sociedad se organiza generalmente en torno a la familia, el mercado, el Estado y las organizaciones no gubernamentales (Razavi, 2007) y tiene fuertes consecuencias para los que acceden a cuidados y para aquellos que se encargan de cuidar.

En la década de 1990 se abrió un profundo debate en las sociedades occidentales en torno a la organización de la provisión del bienestar. Una de las principales contribuciones provino de Esping Andersen (1993), que distingue los regímenes de bienestar (liberal, corporativo y socialdemócrata) según quién asuma la carga principal de cuidado: el mercado, el Estado o las familias. Con respecto a estas últimas, debe tenerse en cuenta el concepto de familismo, que remite al modelo de los países mediterráneos, en el cual se observa una confianza permanente en la familia para la provisión de trabajo y servicios asistenciales, tanto en su solidaridad intergeneracional como en su estructura de género. Si bien se asume que las familias son los marcos relevantes de la ayuda social y se parte del supuesto de que las familias 'nunca fallan' (Esping Andersen, 1993), en la actualidad se observa un proceso de desfamiliarización (Martín Palomo, 2009). Además, como lo señala Flaquer (2002), el familismo lleva implícito un modelo de familia tradicional tanto por sus funciones como por su estructura. Se trata de una familia que asume importantes tareas de provisión del bienestar entre las generaciones y presenta en su organización interna una estructura con una fuerte división sexual del trabajo. La noción del varón proveedor ubica a los varones en el mundo público del trabajo asalariado y a las mujeres en el espacio privado a cargo de las tareas domésticas (Flaquer, 2002).

Sin dudas, la crisis del modelo de familia tradicional cuestiona las posibilidades de brindar cuidado y, en su interior, afecta particularmente a las mujeres como proveedoras de

ellos. Desde la demografía se han señalado aspectos de esos cambios: la reducción del tamaño de las familias y el alargamiento de la vida; como consecuencia, cada vez son menos los miembros de la familia con disposición para el cuidado, a lo que se le suma el fenómeno conocido como ‘envejecimiento dentro del envejecimiento’ que se observa en la tercera edad cuidando a la cuarta (Martín Palomo, 2009). A ello se agrega la incorporación y permanencia de las mujeres en el mercado de trabajo, que las lleva a asumir tanto responsabilidades productivas como reproductivas.

Para superar la orientación de la creciente individualización de la familia (Beck-Gernsheim, 1999), el concepto de familia-red (Martins, 2006) incorpora los aspectos simbólicos de los arreglos familiares, 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 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 y Bivar C. Campos, 2006)

En el análisis de la vida familiar es preciso distinguir tres aspectos: 1) el afectivo, que comprende la dimensión emocional de las relaciones familiares; 2) el moral, que remite al sentido de lo bueno, lo justo y lo adecuado y 3) el material, que se refiere a la oferta y al consumo de bienes y servicios dentro del hogar (Parreñas, 2000). Esta distinción analítica permite ver el modo en que estos aspectos se interrelacionan, ya que en muchas ocasiones el límite entre las tareas domésticas y las de cuidado es confuso. La distinción facilita, además, el abordaje de cómo se produce la transmisión y negociación de los saberes y competencias sobre cuidados, así como la responsabilidad moral de los mismos y el sentido que los sujetos sociales dan a sus prácticas (Martín Palomo, 2009). Esta autora subraya el fuerte componente emocional que tienen los trabajos de cuidado e insiste en que se trata de una labor que depende de lo relacional, ya que implica atención, preocupación y suponen una gran implicación personal.

La dedicación al cuidado no es pareja para todas las mujeres sino que varía de acuerdo al momento del ciclo vital y la pertenencia social (Carrasquer et al., 1998). Estos autores distinguen dos ejes en el entramado del trabajo reproductivo: las tareas cotidianas de las extraordinarias y las tareas rígidas de las flexibles. Así, el núcleo duro del cuidado se ubicaría en el cruce de aquellas tareas cotidianas y rígidas.

Algunas líneas de investigación han estudiado los “costos invisibles” de la enfermedad, relacionando el cuidado con la subjetividad, las lealtades de parentesco y las implicaciones personales, especialmente en las mujeres cuidadoras. Los trabajos describen diversos trastornos psicosociales derivados de la carga de trabajo del cuidador y el modo en que esta tarea afecta a la vida de las personas que cuidan al disminuir su propio cuidado y reducir su vida social (Delicado Useros, 2003 y 2006; Durán Heras, 2002; Julve Negro, 2006).

2. Objetivos y metodología

El objetivo general de esta presentación es describir y comparar las trayectorias de los cuidados hacia sus familiares dependientes que ejercen las mujeres de diferentes niveles socioeconómicos que residen en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)¹ y explorar cómo encaran sus propios cuidados de su salud. Los objetivos específicos consisten en: a) describir los principales problemas de salud que afectan a los adultos mayores de 65 y más años que viven en la región del AMBA (Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense); b) indagar y comparar con qué recursos afectivos, morales y materiales cuentan las mujeres de diferentes estratos socioeconómicos que cuidan a sus familiares dependientes y c) explorar cómo encaran sus propios cuidados de la salud las mujeres cuidadoras

La metodología contempló un diseño exploratorio y descriptivo y se utilizaron fuentes de información secundarias y primarias. Para el análisis de los problemas de salud de los adultos mayores se procesó información de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) que fue realizada conjuntamente por el Ministerio de Salud, la Secretaría de Deporte dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), llevada a cabo a fines de 2009. En base a los resultados obtenidos en fuentes primarias se aplicó la técnica de entrevista en profundidad, que contempló la elaboración de una guía de pautas semi-estructurada. Como aproximación al tema de estudio y mediante una muestra no probabilística de tipo intencional se entrevistó a 19 mujeres de 30 años o más de estratos socio-económicos medio-bajos (9) y medio-medios (10), que viven en la zona del AMBA y que en los últimos dos años hubieran cuidado por problemas de salud durante un tiempo prolongado a algún adulto de su familia. El nivel

¹ Proyecto Ubacyt 2011-14: “Mujeres, cuidados, salud y familias en la Ciudad de Buenos Aires”. Directora y codirectora: Elsa Mabel López y Liliana Findling. Instituto de Investigaciones Gino Germani – Facultad de Ciencias Sociales - UBA

socioeconómico tuvo en cuenta el grado de instrucción de la entrevistada y el tipo de ocupación. El trabajo de campo tuvo lugar en el domicilio de las mujeres y se efectuó desde julio de 2011 hasta mayo de 2012. Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de las entrevistadas, desgrabadas en su totalidad y analizadas según los ejes predominantes del discurso.

2. Principales problemas de salud de los adultos mayores

Para comprender los alcances de las tareas del cuidado hacia familiares se hace necesario contar con un panorama sobre las principales dificultades que aquejan a los adultos mayores de 65 años y más residentes en el AMBA. A tal fin se utilizaron los resultados de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2009, que se propuso conocer la distribución de los factores de riesgo y su prevalencia en la población de 18 años y más que reside en los hogares particulares de las localidades de 5.000 y más habitantes de la República Argentina y determinar el perfil de la población bajo riesgo a través de características sociodemográficas, económicas, educativas y del entorno familiar.

Para este trabajo se seleccionó al grupo de la población de 65 años y más que reside en el AMBA y que representa el 15,6 % de la muestra total (1.387.300 personas en números absolutos).

La población bajo estudio es mayoritariamente femenina (58% de mujeres contra 42% de varones), situación que refleja la mayor sobrevivencia del sexo femenino, más notoria en la población de mayor edad. La distribución según edad muestra que el 60% tiene de 65 a 74 años, un tercio de 75 a 84 años y el 7% restante supera los 85 años. El tipo de hogar en el que residen las personas mayores indica que el 20% lo hace en unidades unipersonales (viven solas) mientras que el 34% vive con su pareja sin la presencia de hijos u otros miembros en el hogar, lo cual significa que más de la mitad de las personas mayores vive en hogares sin otros apoyos que los propios o los de sus parejas. El resto de los adultos residen en hogares conyugales completos con hijos y/o otras personas, en hogares conyugales incompletos con o sin otras personas o en hogares multipersonales no conyugales.

Resulta oportuno destacar que el 46% de los adultos mayores vive en hogares en los cuales hay, al menos, una persona discapacitada.

Al indagar sobre problemas de movilidad, el 32% de los adultos mayores de 65 años y más manifestó tenerlos; no se observaron diferencias por sexo pero sí por edad, (los porcentajes subieron del 24% en las personas de 65 a 74 años al 60% en las de 85

años o más), y entre los encuestados con bajos ingresos.

Las dificultades para el aseo personal no son pronunciadas: alcanzan al 6% de la población encuestada. Esta cifra crece en las mujeres, en las personas de ambos sexos a medida que aumenta la edad (aumenta del 4% al 20%) y en los que tienen bajos niveles de ingreso.

Los problemas relativos a las actividades cotidianas muestran que casi uno de cada cinco adultos mayores los padece (19%) y es visiblemente más frecuente en las mujeres que en los varones, se incrementa con la edad y entre aquellos que perciben bajos niveles de ingreso.

La consulta al médico y la sensación de malestar o de problemas de salud referidos a los 30 días anteriores a la Encuesta indican que las mujeres consultaron más que los varones (66% contra 55%) y ellas también declaran sentir mayores malestares o dolores que ellos (40% contra 22%).

¿Cómo perciben los encuestados su estado de salud? Los que piensan que es regular o malo suman el 37% de los varones y el 42% de las mujeres, aumentando esa sensación negativa a medida que avanza la edad. La misma situación se advierte en la percepción de algún tipo de dolor o malestar (62% de las mujeres contra 44% de los varones), que aumenta con la edad.

La depresión es mayor en las mujeres que en los varones (32% contra 20%, respectivamente) y pareciera ser mayor entre los 65 y los 74 años para disminuir entre los 75 y los 84 años y volver a elevarse después de los 85 años.

A modo de resumen puede concluirse que los adultos mayores muestran dificultades de movilidad, atraviesan problemas para desenvolverse en la vida cotidiana, padecen malestares o dolores y sufren de depresión, problemas que se agudizan a medida que aumenta la edad y son más notorios en las mujeres.

4. Sobre cuidadoras y asistidos

Las entrevistadas se han hecho cargo del cuidado de familiares directos - sus madres, en la mayoría de los casos, de una hija discapacitada, del marido o de quienes han hecho las veces de abuelo o abuela- cuyas capacidades han disminuido, sea por la edad o por enfermedades. El promedio de edad de los adultos asistidos es de 82 años y el de las cuidadoras es de 53 años (las mujeres de niveles bajos son algo más jóvenes que las de los sectores medios).

El nivel educativo alcanzado por las cuidadoras de niveles bajos no supera el secundario, en la mayoría de los casos incompleto. Viven generalmente en el Conurbano Bonaerense y trabajan en tareas administrativas, en el servicio doméstico o en cooperativas, algunas cosen o preparan comida en sus casas, con un mayor o menor grado de formalidad en sus actividades y las de cierta edad ya están jubiladas. Todas son “cuidadoras principales”, entendiendo por tales a las personas sobre las cuales recae la mayor responsabilidad del cuidado (Delicado Useros, 2003). La mayor parte de las mujeres (excepto dos que residen muy cerca del familiar) comparte la vivienda con las personas a su cargo y conviven con su grupo familiar -marido, hijos y nietos o con miembros colaterales: hermanos y/o sobrinos-. La proximidad de los domicilios de otros parientes –tías, sobrinas, hermanos y cuñados- favorece el apoyo de “cuidadores subsidiarios”, quienes ayudan a las que ocupan el rol principal.

Las entrevistadas de niveles medios tienen un nivel educativo elevado (la mayoría completó estudios universitarios) y se desempeñan en alguna actividad laboral relacionada a su profesión o están jubiladas. Sólo 3 de las entrevistadas residen con sus familiares dependientes y de las que no conviven, 2 mujeres han decidido institucionalizar a sus parientes.

Casi todas las personas asistidas –independientemente de su nivel socioeconómico- aportan su jubilación o pensión a la economía del hogar y cuentan con Obra Social (PAMI, PROFE, IOMA en su mayoría). Sólo dos familiares provenientes de estratos medios poseen cobertura médica a través de empresas de medicina-prepaga.

5. Los modos del cuidado hacia otros

5.1. Recursos afectivos y morales para el cuidado de familiares dependientes

Casi todas las mujeres destacan el cariño y el apego que las lleva a desempeñarse como cuidadoras: *“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. En las respuestas de las entrevistadas de sectores bajos se entremezclan y se confunden, con mayor vehemencia, el afecto, los lazos de sangre y el deber. Como si fuera obvio dicen: *“... porque es mi familia y mi obligación es ayudar a mi mamá (...) no tenés tiempo pero si tenés alguien que querés, pasa todo por el corazón...”* explica Elida, y Clelia expresa: *“porque me parece que es mi deber como soy su hija”*.

En muchos casos este sentimiento está ligado a una idea de reciprocidad. Muchas entrevistadas, cualquiera sea su nivel socioeconómico, refieren que se trata de un intercambio

con la persona cuidada en el que se brinda algo a cambio de lo que se recibió anteriormente (, Findling, Ponce, Lehner y Venturiello, 2012). Así, Celia, quien fue adoptada afirma: *“es como mi mamá, me crió de chica, porque por más que tengas ocupaciones, vos te tenés que ocupar de la persona que siempre te brindó amor, no la podés dejar abandonada”*. Por su parte, Ana María expresa algo similar: *“me dedico a ella, la cuido, no hago ni más que lo que hicieron ellos (padres) cuando uno era chica”* “...y Graciela confirma *“yo estoy demostrando lealtad a una persona que me dio la vida”*.

La premisa que atraviesa en forma casi unánime todas las respuestas de las entrevistadas de sectores bajos es que la familia debe hacerse cargo de los miembros enfermos, discapacitados o que han perdido su autonomía por envejecimiento, señal que se emite, en algún caso, como un mensaje para la propia descendencia, así comenta jocosamente Elida: *“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”*.

También en el caso de las entrevistadas de sectores medios, además del componente afectivo, el intercambio generacional permite entrever un mandato cultural hacia el cuidado de los mayores por parte de sus hijos. Marité lo explicita al hablar del agradecimiento que recibe por parte de sus tíos por cuidar a su madre: *“es un reconocimiento que incluye la presión, digamos, -qué bien que lo hace- pero a la vez ellos piensan que es lo que debo hacer. Pero buen, está bien. Uno sabe que es así. Los queremos”*. La retribución que las entrevistadas obtienen por esos cuidados proviene del reconocimiento de sus parientes, aún cuando sienten ciertas 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).

En las respuestas en general se advierte una jerarquía de obligaciones entre los miembros que componen la “familia”, que remite al sexo y al estado civil: entre esposos con hijos, el deber recae primero en la esposa *“como me corresponde, me parece (...), y porque fui la esposa durante cincuenta años”* asevera Carola; cuando hay hijos -varones y mujeres - la cuidadora principal es la hija mujer como cuenta Clelia *“Nos repartimos con mi hermano que vive ahí. Yo la baño, limpio su casa, la atiendo (...) mi hermano se encarga de cobrarle el sueldo y de pagar los impuestos”*; cuando hay más de una hija, es tarea de la que no tiene pareja, parece sobrentendido que el familiar queda a cargo de la que no se “casa” como comenta Rita: *“Y después se fue dando el tema de cuidarla (a la madre), se quedó sola, mis hermanas se casaron, mi papá falleció... (...) yo me fui quedando y sin darme cuenta... cuando me di cuenta ya estaba allí”* y, con algo de rencor, corrobora Mercedes *“... porque yo*

me quedé soltera (...) y... ¡sonaste, Mercedes!". Estas obligaciones de índole moral, tácitas pero compartidas sostienen el accionar de la cuidadora que puede llegar a visualizarlo con cierta naturalidad: Ana María, quien siempre vivió junto a sus padres, comenta porqué está cuidando a su madre de 98 años: *"Yo me quedé en mi casa y seguí en mi casa, pero nadie resolvió que yo me quedara a cuidarlos, sí, a lo mejor de motu proprio me hice cargo yo siempre de ellos"*. Y Fabiana relata: *"Se dio naturalmente, porque aparte yo soy la que más cerca estoy de la familia, entonces siempre cualquier cosa que necesitaba, o mismo para ponerme de apoderada para la jubilación, como yo estoy cerca me puso a mí"*. No se trata de una decisión deliberada o consciente sino la consecuencia del deterioro de la salud de sus familiares que las conduce hacia la lógica del cuidado y cómo resolverlo.

El rechazo a la internación en un geriátrico se justifica también en el afecto que pueden brindarles en el hogar, perspectiva que comparten las entrevistadas de ambos niveles sociales independientemente de sus posibilidades económicas. Pero las que han recurrido a estas instituciones – de sectores medios - resaltan las condiciones del personal: *"son personas absolutamente dedicadas con amor a la profesión"*.

Así, el cuidado asume las características de una labor que depende de lo relacional, ya que supone atención, preocupación y una alta implicación personal (Martín Palomo, 2009). Estos aspectos aparecen expresados con gran fuerza emotiva en las respuestas de las entrevistadas de sectores bajos, como manifiesta Celia: *"...me muero de pena yo si la tengo que poner (a su mamá en un geriátrico), únicamente si yo no la pudiera atender, sino, no"*. El afecto y la obligación de cuidar en forma personal al ser querido salen a relucir nuevamente en la voz de estas mujeres para quienes su propia fortaleza parece ser el límite: *"Si me viera obligada, no sé (...) ya te dije es como si fuera mi madre o mi abuela. Creo que lucharía hasta donde yo pudiera hacer por ella"* dice Clarisa y en la misma sintonía afirma Carola *"No lo llevaría (al marido) mientras yo tenga salud (...) porque no lo siento (...) estoy para cuidarlo (...) tendría que estar enferma, perdida, (...) pondría una persona que me ayudara"*, y Mercedes abarca en su respuesta a sus familiares directos *"No, yo no la llevaría (a su mamá). Haríamos todo lo posible nosotras... (...) y porque somos tantas, yo pediría ayuda a mi sobrina, a alguien que me ayude..."*. Algunas conocen instituciones y no ignoran que su carga de trabajo sería más ligera pero interpretan que sus familiares no estarían a gusto *"Ventajas para mí porque estaría más aliviada pero para mi mamá no sería ninguna ventaja"* (Clelia), *"Yo conozco muchas instituciones y para mí es todo desventaja. (...) por los cuidados, no es lo mismo cuidar a veinte personas mayores que a una..."* (Rita) *"me parece que si yo no voy a asistirle (su abuela) no a va a estar bien..."* (Clarisa).

Hay que destacar que el cuidado, si bien implica sacrificio y devoción, otorga un sentido a la vida de las entrevistadas. Los recursos simbólicos del cuidado sobresalen cuando se indaga qué hace falta para cuidar a alguien: así aparecen conceptos ligados a paciencia, voluntad, ganas, sacrificio, afecto, generosidad y el interés por el otro “... *si no tenés la vocación, el amor de hacerlo, no lo podés hacer*” o que, *únicamente puede ejercer esa función quién sea una “buena samaritana (...) ser buena persona*” (Elida). Asimismo aparecen la rectitud y la culpa: “*tengo una cosa moral mía, la cuido pero los domingos lo debo hacer porque es el día de la familia, ... siento un peso, una cosa ética*” (Noemí). Casi todas las entrevistadas han recurrido al término “paciencia” cuando tratan de explicar qué características debería reunir alguien para atender a otro, lo aplican como rasgo de carácter o aptitud para sostener una relación con el asistido que no siempre es fácil como dice Clelia, entrevistada de sectores bajos: “*Yo con mi mamá tengo que tener mucha paciencia. Sí, porque se encapricha o porque hace cosas que no puede y se pone mal...*” coincidiendo con Ana María, de sectores medios “*es todo el día que estamos juntas, que nos peleamos, por supuesto, nos puteamos*” 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). Si bien algunas tareas descriptas por Clarisa son similares a las que realizan las mujeres con hijos pequeños, la carga moral provoca más angustia y dolor por cuidar a un familiar en los últimos tramos de su vida.

Entre las entrevistadas de sectores bajos se perfila - como apoyo y sostén - la pertenencia a algún grupo espiritual y/o la creencia en Dios como fuente de energía, socorro y dador de sentido al papel que les toca desempeñar en circunstancias adversas. Algunas recurren a iglesias institucionalizadas: “*tengo algunas convicciones religiosas. (...) Yo soy Testigo de Jehová*” dice Graciela mientras que Telma cuenta como los domingos va a misa con su hija discapacitada -también fue a ver al padre Ignacio “*que está para el lado de Córdoba*”-; en otros casos, la mención a Dios circula o se filtra entre las respuestas “*le doy gracias a Dios porque me da fuerza todos los días para hacer mi trabajo, sino ¿qué haríamos? (...) pero Dios de arriba nos da salud, fortaleza...*” (Elida); “*He llorado muchísimo. Pero gracias a Dios me defiende. (...) mientras Dios me dé salud (...) gracias a Dios nos arreglamos con la jubilación (...) y creo que tengo que atenderlo hasta que Dios diga*” (Carola); “*Dios no me mandará más de lo que no puedo solucionar (...) por eso no hago más que pedirle a Dios que no me quite las fuerzas que tengo todavía...*” (Telma).

5.2. Recursos materiales de la organización para el cuidado a familiares

Cuidar significa enfrentar un sinfín de peligros potenciales y constituye una vigilia permanente (Borgeaud-Garciandía, 2011). En este sentido, Gloria, que vive con su madre y la cuida, afirma que *“uno tiene un estado de alerta permanente y vibrás en tres frecuencias distintas”*, ya que por más que se delegue el cuidado *“nunca te olvidás”*, se trata de una preocupación constante, incluso cuando no se está cuidando. Gloria reconoce que muchas de las tareas de cuidado las realiza de modo *“automático”* en sintonía con lo que sucede con algunas tareas domésticas que deben repetirse cotidianamente y no pueden suspenderse ni postergarse (Segalen, 2006).

El cuidado de familiares cercanos forma parte de la vida diaria de las entrevistadas. Aquellas que cohabitan con quién padece problemas de salud le dedican muchas más horas, aunque residir en casas diferentes no exime a las cuidadoras de los esfuerzos cotidianos y organizativos que implica asumir esta responsabilidad.

Las mujeres de niveles medios que –en su mayoría– no conviven con las personas que tienen a su cargo realizan diversas tareas: administración de ingresos y mantenimiento del hogar del asistido- cobro de jubilaciones o pensiones, aportes financieros, pagos de servicios –, acompañamiento y trámites médicos, supervisión de quehaceres domésticos y atención directa en determinados momentos, especialmente durante los fines de semana. Se hicieron expertas en la organización del cuidado de sus familiares. Las horas insumidas son difíciles de cuantificar: *“por más que no viva con mi mamá, le dedico 20 horas ¿serán? La tenés todo el tiempo en tu cabeza”* dice Noemí y Patricia agrega: *“Mentalmente las 24 horas del día, al tenerla tan cerca, por ahí voy tres veces en el día, y más sábados y domingos”*.

En la gran mayoría de los hogares de niveles bajos, la persona asistida forma parte del grupo familiar de la cuidadora y, muchas veces, la convivencia se remonta a un período anterior a la situación de discapacidad o dependencia actual. Estas entrevistadas reparten su tiempo entre la atención al adulto dependiente, las tareas de un hogar numeroso que abarca miembros de distintas generaciones y, el trabajo remunerado fuera o dentro de la casa en actividades que también se relacionan con el ámbito doméstico.

El contar o no con cuidadores pagos diferencia marcadamente a las entrevistadas de niveles bajos con respecto a las de nivel medio. Este tipo de ayuda es muy limitada entre las mujeres de estratos bajos: una empleada atiende durante el día al tío abuelo de Fabiana - que permanece en su casa – y Carola que cuida a su esposo enfermo cuenta con la colaboración cada 15 días de una señora para las tareas más pesadas del hogar. La imposibilidad económica para pagar este tipo de servicio surge claramente: Graciela – cuya madre permanece sola gran

parte del día - aclara que recurrir a una cuidadora paga “...no podríamos hacerlo económicamente” y Clarisa agrega “porque no me alcanza la plata ¿con qué pago si contrato a alguien? Por otra parte, entre los familiares dependientes aparece una resistencia a ser atendidos por personas ajenas a la familia, Clelia cuya madre es enteramente dependiente explica “porque ella es muy especial, no quiere a nadie (...) no quiso nunca a nadie extraño que vaya a la casa”; Mercedes en términos similares cuenta que a su mamá “no le gusta que vaya alguien a mi casa, (...), sus hijas y nadie más” y cuando su hermana le propone la ayuda de una empleada doméstica, le contesta “pero mamá tiene un carácter medio medio, le digo, ¡No! pobre chica!”.

El panorama es otro entre las entrevistadas pertenecientes a niveles medios que, en su mayoría, contratan personal remunerado y tienen diferentes arreglos por horas, días o semanas. La mayor disponibilidad de dinero permite estos acuerdos. Noemí quizás no va todos los días a la casa de su madre, pero los llamados frecuentes y los trámites le ocupan un tiempo que destina a aspectos más placenteros: “Con mi físico estoy como más descansada, en estos últimos años que esta persona vive con mi mamá, pero estoy atenta siempre, porque la tenés todo el tiempo en tu cabeza”. La búsqueda de apoyo externo es compleja como indican los frecuentes cambios de cuidadoras pagas por dificultades en la relación con el adulto dependiente y por la rotación propia del personal; para obtener reemplazos se recurre a contactos de conocidos e instituciones médicas.

En ocasiones el pago de una cuidadora es solventado por aportes del propio familiar dependiente, por las cuidadoras principales y/o secundarias y otros familiares (Carrasquer et al., 1998). Esta modalidad no exime de la presencia de cuidadoras subsidiarias, que se encargan de cubrir los horarios vacantes de los demás miembros de la red con enormes esfuerzos: “Ahora (cuida a su mamá) desde las 6.30 hasta las 9 todos los días, y a la tarde estoy una hora, para que mi hermana venga un poco más tranquila del trabajo” (Carmen).

En cuanto a las redes de apoyo, se observan diferencias no tan acentuadas según el estrato social. Así, entre las mujeres de niveles medio-bajos, las personas asistidas forman parte de familias extensas, el contacto es mantenido con asiduidad - favorecido por la cercanía domiciliaria - 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: “Mi hermano (...) me acompaña cuando la tengo que llevar al médico (...) me ayuda (...) (Clelia) y en general, confían en que sus allegados van a acudir bien predispuestos cuando la situación lo exija como se desprende del relato de Telma: “...no tienen problemas de llevarla (a la hija discapacitada), de cuidarla, de atenderla, toda la

familia, tanto los nietos como los hijos, los yernos, eh, ponen amor (...) cuando los necesitamos, todos están” aunque algunas comentan – con tono de reproche- que deben explicitar el pedido de ayuda: “... *si no lo pido no vienen a ayudarme (...) yo pido un poco a cada uno, porque a veces me ayudan mis hermanos, a veces mi cuñada, a veces mis amigos, en materia de llevarla al médico, de venir a visitarla, de sacarla, los fines de semana la llevan a su casa”* (Rita).

Las entrevistadas de niveles medios también manifiestan que los miembros de la familia (hermanos, maridos, hijos o nietos) intentan colaborar en el cuidado, pero sólo en tareas puntuales y están más presentes como reemplazantes eventuales de la cuidadora principal. Según los testimonios, aparecen en ciertos casos algo distantes casi como “satélites” y esta red interviene en mayor medida en los momentos recreativos. Muy pocas cuentan con amigas y/o vecinas. Estas ayudas no siempre son suficientes y, en algún caso, 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 Gloria que convive con su mamá relata que su hermano paga a una cuidadora profesional para reemplazarlo en su rol los fines de semana que le toca cuidarla. En cambio, Ana María justifica a su hermana por no ayudarla dado que a su vez cuida a su marido enfermo.

6. Los modos del cuidado hacia sí mismas

Las dimensiones para analizar cómo atienden su salud las cuidadoras apuntan a conocer el ejercicio de las prácticas preventivas clínicas y ginecológicas y la aparición de malestares a partir de cuidar a otra persona; se indagó también sobre actividades específicas que hacen al mantenimiento del bienestar corporal y mental (gimnasia o caminatas).

Clarisa podría ser el vocero de la mayoría de las entrevistadas de niveles bajos cuando responde medio en broma esta pregunta “*¿cómo me cuido? (se ríe), cuando siento que me duele algo, corro al médico”*. El malestar físico dispara la consulta clínica “... *estoy descompuesta, me voy para el hospital”* (Telma), y Clelia acota: “...*parecía que tenía infección en los riñones y bueno me hicieron estudios...”*

El motivo para considerar la propia salud como objeto de cuidado se realiza en función de continuar desempeñando con eficacia el rol de cuidadora, el mal estado de la salud equivale a alterar o poner en peligro al familiar asistido. Al respecto, Mercedes explica: “*Fui de última (al médico) porque digo -bueno, si me enfermo yo ¿quién se queda con esta mujer?”*- (madre). *Entonces empecé a tratarme (...) y ahora (...) me hago controlar”*. Muchas veces, la cuidadora hace la consulta médica aprovechando la oportunidad y el tiempo

de contacto que mantienen los profesionales con las personas de las que se hacen cargo: Clarisa por ejemplo atiende el dolor de su rodilla con el traumatólogo “... *que conocí del Hospital Francés cuando la llevé*” (su abuela)” y Rita, aquejada del estómago, le pide análisis al “*médico de cabecera de mi mamá que me dio la orden*”, sin revisarla a ella. Les cuesta disponer de tiempo exclusivamente para ellas en un contexto familiar que las demanda en forma continua: “...*me hizo una placa, dijo (el médico) que dentro de quince días vuelva y no pude ir por esto de mi mamá (...) y ahora con lo de mi nuera, ¿qué voy a ir? Tengo que quedarme con los nenes, tengo que apoyarla*” (Elida). En general, estas mujeres reconocen que no prestan atención a su salud; se someten a estudios, exámenes y controles, incluso los ginecológicos, en el marco de algún tratamiento originado por una afección puntual y concreta. La actitud displicente hacia el propio cuidado se hace notoria entre las de más edad “*Yo soy medio haragana para ir al médico (...) no soy de estar pendiente del doctor, de hacerme chequeos generales... yo para él (esposo) corro enseguida, en cambio para mí me dejo estar*” (Carola, 74 años), o Rita de 45 años que agrega “... *soy una persona muy descuidada con eso*”. Entre las más jóvenes es posible detectar una cierta conciencia de los beneficios que reportan los controles preventivos “*me preocupo, hago más que preocuparme (...) voy a los médicos, tengo que ir*” (Fabiana, 35 años); “*(...) el hecho de que mi mamá tenga una presión ocular hace que cada seis meses tengamos que hacer ver los ojos nosotros. Y tratamos de cumplir (...) pero igual después de los 35 años ya es una edad que tengo que medir mi presión, el colesterol...*” (Graciela, 37 años).

¿Cómo califican su estado de salud?, con realismo ninguna asegura que sea excelente: “...*diría que buena. Muy buena, no*” apunta Clarisa; “...*buena, al no consultar hace tanto tiempo al médico.... O sea, yo me siento bien, de ahí a que tenga buena salud, no*”, deduce Rita. Mercedes estima su salud “*Regular, regular (...) porque me tengo que tratar eh...*”; y Carola define: “*Mal por los huesos, no soy dueña de hacer muchas cosas, no me puedo agachar (...) las manos no me dan ni para destapar una gaseosa*” aunque con optimismo, concluye “*pero bien...*”.

La salud mental en cambio es evaluada en mejores términos: “*Creo que bien (risas), no noto nada raro (...) remedios no tomo ninguno por ahora*” (Clelia). En un solo caso se menciona la intervención de un profesional psicólogo: “*los médicos me dijeron que eso era por el dolor del alma (había muerto una hija de corta edad) (...) yo después trabajé con una psicóloga (...) fue el único momento que estuve mal*” (Clarisa).

Este grupo de mujeres ha padecido – y padece - diversas patologías y dolencias que soportan a través del tiempo: “*Me sacaron un nódulo mamario benigno, hace cuatro, cinco*

años... (...) también tuve años atrás, como un principio de Alzheimer, me perdía...” (Carola); y Telma relata: “... Yo toda la vida sufrí de la columna (...) hay veces que puedo estar toda la tarde cosiendo y ya cuando llega la noche no puedo ni mover el cuello (...) También sufro mucho de dolor de cabeza; y Rita que expresa tener gastritis hace 15 años. En general no se detectan problemas de insomnio y muy pocas aclaran que toma medicación

Estas mujeres de niveles bajos notan en su propio cuerpo el efecto que produce el esfuerzo de cuidar a alguien: “No, buen..., a veces la cintura que nunca me había dolido (...) o esos dolores por levantar a mi mamá” (Clelia). A su vez, registran cómo las afectó psicológicamente el deterioro de su familiar: conceptos como “dolor del alma”, “angustia y nervios”, “estrés residual” son síntomas que se detectan claramente.

Las entrevistadas tienen conciencia de experimentar trastornos en la alimentación y de mantener una deuda con el ejercicio físico al que asocian en forma directa con la salud desconociendo sus aspectos recreativos. Así por ejemplo, Elsa, que pasa ocho horas en la cocina trabajando para aumentar los ingresos del grupo familiar, indica que (el doctor) “me mandó a caminar (...) porque tengo colesterol alto y no camino, (...) estoy bastante pesada y gorda”. Por la gastritis Rita debe “...cuidar las comidas... no comer ácidos, no comer mucha harina... Pero como muy mal, no te como lácteos ni frutas, no te como verduras...”

También parecen propensas a canalizar ansiedades por medio de la comida: “...que me dé una panzadita viste, que me gusta la crema, entonces al otro día es un ataque de cabeza pero mal...” confiesa Telma; y Mercedes manifestó que “engordó” desde que cuida a su madre, no hace dieta y admite “... si no ceno, si no como, duermo bien”.

La mayoría no realiza actividad física ni tareas recreativas o terapéuticas, sólo Rita reconoce algo de placer cuando camina: “me gusta caminar (...) es el único ejercicio que hago, porque me relaja también: si estoy nerviosa camino y me hace bien” y Fabiana juega al fútbol una hora por semana y es vegetariana.

Al indagar sobre cómo se cuidan las mujeres de niveles medios, éstas manifiestan haber realizado durante el último año y medio antes de la entrevista, un chequeo preventivo, ginecológico y clínico. Es una práctica incorporada a lo largo de su vida probablemente por su alto nivel educativo a lo que se suma, en más de la mitad de los casos, el haber superado los cincuenta años. En el grupo de las mayores es habitual el consumo de medicamentos para tratar el colesterol, la tensión arterial, el calcio y el hipotiroidismo; colateralmente, hacen dieta “baja en hidratos y grasas animales” o “comen sano”.

En palabras de Laura, se advierte que el tema del cuidado de la propia salud es una concepción sólida entre estas cuidadoras, que mantienen y aplican al aceptar el nuevo rol que

les toca desempeñar: *“Lo más importante que tiene que saber una persona que va a cuidar a otra, es que primero se tiene que cuidar a sí mismo y cómo cuidarse, mi caso es atender la salud, respetando lo que uno necesita en cuanto a su buena alimentación, el buen descanso y su salud no solo física, sino también emocional y mental”*.

Algo menos de la mitad de las entrevistadas recibe o ha recibido asistencia psicológica, práctica que también integraron en alguna etapa anterior de su trayectoria vital: *“Y la salud mental, tengo, no sé, arriba de treinta años de terapia, viste, entonces, está buena”*. (Noemí) *“Yo iba antes con la misma que voy ahora”* (Marité). *“Me atiendo (risas), hago terapia individual y grupal, siempre hay alguna cuestión que sanear”* (Laura).

La mayoría de las mujeres hace alguna actividad física por lo menos una hora semanal, desde caminatas hasta pilates, yoga, eutonía, baile o algún deporte. Algunas, como Elvira, lo hacen más intensamente: *“Caminatas, casi todos los días, voy a pilates y ahora estoy en un curso de stretching (...) estuve haciendo yoga...”* y otras, si están muy ocupadas en sus trabajos, aprovechan momentos: *“Lo que estaba haciendo es caminata, me volvía caminando de la oficina, que es media hora”* (Laura). Se valora la actividad física como uno de los factores que contribuye a mantener el bienestar personal: *“Trato una vez por semana de hacer una horita, aunque más no sea de baile o algo para desenchufarme un poco la mente”* (Celia). Patricia expresa que su abandono de la gimnasia coincide con una demanda de mayor atención hacia su madre y reconoce una deuda consigo misma: *“Ahora no, hice mucho tiempo psicoterapia y hacía gimnasia pero ya no, no tengo más ganas, no hago nada para mí”*.

Estas mujeres juzgan su estado físico y mental en términos de muy bueno y bueno; para justificar la calificación, algunas consideran evidente el sentirse bien de salud; otras argumentan: *“Porque no tengo ninguna complicación, ni ninguna enfermedad crónica”* (Carmen); *“no tengo nada, gracias a Dios porque veo que tengo buen discernimiento”* (Celia).

Aunque ninguna de las entrevistadas piensa que su salud se haya deteriorado a consecuencia de los cuidados a otra persona, aparecen indicios de ciertos efectos que pudieran atribuirse a ellos. Por ejemplo, Laura, cuyo padre está en un geriátrico, relata: *“Las subas de colesterol siempre coinciden con momentos de tensión con mi papá”* Noemí, que sufre de insomnio desde hace mucho tiempo, supone: *“A lo mejor se incrementa lo que nosotros los psicólogos decimos el “rumiar las ideas” ¿no? En estas horas de insomnio estás con la máquina, viste”* y Carmen, corrobora: *“Creo que duermo poco. Te digo que me acuesto y me*

cuesta levantarme". Marité, una de las más jóvenes del grupo de entrevistadas, admite sin reservas que la enfermedad de su madre la hizo sentirse "*más deprimida y nerviosa*"

Si bien no se han advertido deterioros serios en su salud, se asoman ciertos síntomas de sobrecarga subjetiva y de estresores secundarios, que se definen como la percepción emocional de las consecuencias de cuidar a otros (García-Calvente et al., 2004)

7. Consideraciones finales

De la familia debe surgir quién será la persona que cuide a los miembros que necesitan atención cuando están afectados por enfermedad o discapacidad o por las limitaciones que impone el envejecimiento. Este punto parece concitar acuerdo entre las entrevistadas de sectores medios y bajos; la protección se extiende a aquellos con los cuales puede no existir un vínculo de sangre pero sí de afecto, basado muchas veces en que las personas a cuidar brindaron, en su momento, amparo y seguridad a las cuidadoras o sus familias.

El parentesco, la familia y los lazos solidarios preexistentes configuran un mandato moral que determina deberes y obligaciones. El cumplimiento de esas obligaciones se transmite a su vez como un mensaje hacia los hijos, con la expectativa de beneficiarse con el mismo trato en un sistema en el que se evidencia la acción de dar-recibir-retribuir implicada en el cuidado.

La familia, sin embargo, no es un todo indiscriminado que asume la tarea de asistencia. En la escala de valores compartida, el papel recae en las mujeres de la familia y entre ellas en las que no tienen pareja. Este tipo de selección de "cuidadores" es más evidente en las respuestas de las entrevistadas de los sectores bajos.

También pueden advertirse sutiles diferencias entre las respuestas de las entrevistadas según sea su estrato social al momento de evaluar las redes sociales en las que están insertas tanto ellas como cuidadoras principales como las que obran como secundarias: entre las de nivel bajo, la familia -extensa y próxima geográficamente- representa un apoyo incondicional y si bien contribuyen con ayudas puntuales, ellas sienten que sus miembros están presentes. Entre las de estratos medios, las mujeres no perciben que el sostén de sus familias -de por sí menos numerosas- sea fundamental: hermanos, hijos o nietos sólo aparecen en su relato para aspectos recreativos o ante una emergencia.

Las cuidadoras –independientemente de su nivel socioeconómico- comparten valores y un común rechazo a institucionalizar a sus parientes en geriátricos, pero mientras los recursos económicos de las de sectores medios les permiten una estrategia de cuidado

mediatizada por cuidadoras remuneradas, las de sectores bajos ponen “el cuerpo hasta que aguante” y, de extremarse el caso, optarían también por recurrir a otra cuidadora paga.

La trayectoria laboral de las cuidadoras de sectores bajos -que en la mayor parte de su vida han contribuido al sostenimiento del núcleo familiar- está relacionada con el ámbito privado, sea porque se desempeñan en actividades asociadas al mismo -cocinan o cosen y lo hacen en su casa- o como empleadas domésticas en hogares que, a veces, también involucran la atención a ancianos. Las mujeres de sectores medios, en cambio, tienen empleos afines a su profesión desligados de lo que constituye el “hogar” o el plano doméstico en sentido de género, y es habitual en ellas manejarse en el ámbito público, en el “afuera”.

Las mujeres de sectores bajos utilizan a fondo los recursos afectivos, los de índole moral y espiritual para sobrellevar las tareas del cuidado. Las de sectores medios comparten el imperativo moral y social que las pone en el lugar de cuidadoras principales pero alivian la carga recurriendo a otras mujeres – más desfavorecidas económicamente – para solventar el cuidado personal que demanda más esfuerzo y más tiempo. En ese sentido pareciera que se reproducen patrones de desigualdad tanto de género -el cuidado es siempre femenino- como económico-social, las de niveles medios utilizan a otras mujeres de menor calificación para ejercer las tareas más pesadas. El eje que marca contrastes gira en torno al manejo de los recursos materiales, con la oferta y consumo de bienes y servicios para el cuidado de familiares ya que la modalidad de contar con cuidadoras pagas se encuentra mucho más extendida entre las mujeres que pertenecen a las capas medias.

La diferencia más notoria entre las mujeres cuidadoras de sectores bajos y medios se observa en el cuidado que se brindan a sí mismas. Era presumible pensar que los que cuidan la salud de otro descuiden la propia por la demanda emocional y de tiempo que implica hacerse cargo del estado de un familiar enfermo o limitado por la edad avanzada. Sin embargo, las cuidadoras de sectores medios -por su elevado nivel educativo- mantienen la regularidad de sus controles preventivos, practican actividades físicas, siguen una dieta saludable y están atentas a su salud mental. Se trata de comportamientos de cuidado de la salud adoptados en períodos tempranos de la vida que, en general, no se alteran al asumir la tarea de cuidado. Además, estas mujeres están convencidas de que salvaguardar su bienestar redundará a favor de sus asistidos.

En las mujeres de sectores bajos, en cambio, los indicios de cuidado de la salud y de comportamientos preventivos apenas se esbozan entre las más jóvenes; las de mayor edad sólo cuidan de sí mismas cuando el estado de su salud pone en riesgo su trabajo de asistencia. Consultan al médico ante la urgencia, canalizan ansiedades mediante la alimentación y no

hacen actividades físicas; posponen sus necesidades frente a las de otros familiares que requieren atención inmediata y no valoran prácticas para su beneficio personal porque implican restar tiempo a sus deberes, faltar a sus obligaciones y sólo se justifican cuando la situación es crítica y amenaza el rol de cuidadora.

Por último, esta indagación permitió observar que, al menos en los sectores medios, la longevidad de los familiares asistidos indica una situación novedosa entre dos generaciones: la “tercera edad” está cuidando a la “cuarta”, tal como ejemplifica una entrevistada: “*Mis nietitos tienen bisabuelas*” haciendo notar que no recuerda precedentes. La perspectiva vital cambia y las que son abuelas cuidan a sus mayores teniendo presente el horizonte que les marca su propia edad.

Bibliografía

- Beck-Gernsheim, Elisabeth (2003). *La reinención de la familia. En busca de nuevas formas de convivencia*. Barcelona. Paidós.
- Borgeaud Garciandía, Natacha (2011). “La cuidadora domiciliaria de ancianos: de la poca visibilidad de su desempeño laboral”. Ponencia presentada en el 10º Congreso de la Asociación Argentina de Especialistas de Estudios de Trabajo, ASET – Buenos Aires.
- Carrasquer, Pilar; Teresa Torns; Elisabet Tejero y Alfonso Romero (1998). “El trabajo reproductivo” en *Papers* N° 55, Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Delicado Useros, María Victoria (2003). “Familia y cuidados de salud. Calidad de vida en cuidadores y repercusiones sociofamiliares de la dependencia”, Tesis Doctoral presentada en Universidad de Alicante, España. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/3410>. Consultado 10 de agosto 2010.
- Delicado Useros, María Victoria (2006). “Características sociodemográficas y motivación de las cuidadoras de personas dependientes ¿Perfiles en transición?” *Praxis Sociológica*, N° 10.
- Durán Heras, María Angeles (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao, Fundación BBVA.
- Esping - Andersen, Gosta (1993). *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Valencia, Alfons el Magnanim.
- Findling, Liliana, Marisa Ponce, María Paula Lehner y María Pía Venturiello (2012). Las redes del cuidado: lógicas e itinerarios de las mujeres que cuidan a familiares en la Ciudad de Buenos Aires. En: R. Pinheiro, R. Silveira, J. Lofego, A. Gomes da Silva Junior (org.):

Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS-UERJ - ABRASCO.

-Flaquer, Luis (2002). Introducción. En Flaquer, Luis (Ed.) *Políticas Familiares en la Unión Europea*, Barcelona, Institut de Ciències Polítiques i Socials.

-García-Calvente, María del Mar, Inmaculada Mateo-Rodríguez. y Gracia Maroto-Navarro (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria* 18 (Supl 2).

-Julve Negro, Milagros (2006). “Dependencia y cuidado: implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora”, *Revista Acciones e Investigaciones Sociales*. N° 22.

-Martín Palomo, María Teresa (2009). El care, un debate abierto: de las políticas del tiempo al social care. En: *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*. N° 4,

-Martins, Paulo Enrique (2006). Ação pública, redes e arranjos familiares en Fontes, Breno y Paulo Enrique Martins (Org.) *Redes, práticas associativas e gestão pública*. Recife. Editora Universitaria da UFPE (Universidade Federal de Pernambuco)

-Martins, Paulo Enrique y Roberta Bivar C. Campos (2006) Apresentacao. En; Martins, Paulo Enrique y Roberta Bivar C. Campos (Org.) *Polifonia do Dom*. Recife. Editora Universitária da UFPE

-Parreñas, Rhacel Salazar (2000). “Migrant Filipina Domesticworkers and the International. Division or Reproductive Labor” En: *Gender and Society* N° 14

-Razavi, S. (2007). *The political and social economy of care in the development context. Conceptual issues, research questions and policy options, Gender and Development Programme*. Paper N° 1, Geneva: UNRISD.

-Segalen, Martine (2006). *Sociologie de la famille*. Paris, Armad Colin.