

Cuidadores, salud y familias: las trayectorias del cuidado y su incidencia en la salud

Liliana Findling, Laura Champalbert, Paula Lehner y Estefanía Cirino

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

lfindling@arnet.com.ar - areasalud@sociales.uba.ar

INDICE

	Pág.
Resumen	2
Introducción	3
Características generales de los cuidadores	5
¿Cómo definen su trabajo?	5
Trayectoria laboral y motivación:	6
¿cómo llegaron a ser cuidadores?	
Formación: capacitación y experiencia	7
¿Qué se necesita para ser un buen cuidador?	8
Condiciones de trabajo: jornada laboral y retribución, trato y reconocimiento	9
El cuidado de la propia salud	11
A modo de cierre	13
Bibliografía	15

RESUMEN

El cuidado constituye un condición importante del bienestar, aspecto que ha cobrado mayor relevancia debido a las recientes transformaciones demográficas.

El cuidado de la salud y quien lo desempeña para sí o para otros remite al ejercicio de derechos y debe abordarse desde una perspectiva integral de salud. Diversos estudios empíricos describen trastornos psicosociales derivados de la carga de trabajo al cuidar a otro y al modo en que afecta la vida de los que se dedican a ello, en su gran mayoría mujeres. No es fácil comprender la complejidad del cuidado desde la mirada de los cuidadores, teniendo en cuenta la subjetividad, las lealtades con la familia de la persona cuidada y las implicaciones personales.

En Argentina existen escasos trabajos sobre los cuidadores remunerados de personas dependientes y aún están menos estudiadas las consecuencias de ese cuidado sobre su propia salud.

¿Cuál es la trayectoria laboral de los cuidadores? ¿Cómo se han formado en el área de cuidados? ¿Cuáles son los aspectos necesarios para cuidar a otra persona? ¿Se sienten satisfechos? ¿Cómo cuidan su salud los cuidadores que cuidan? ¿Existen consecuencias directas en su salud al cuidar a otros? Estos son algunos de los interrogantes del trabajo cuyo objetivo general es indagar sobre los itinerarios laborales de los que trabajan cuidando a personas dependientes y explorar cómo encaran sus propios cuidados de la salud.

Con un diseño exploratorio se llevaron a cabo 13 entrevistas en profundidad a personas pertenecientes a estratos socioeconómicos medio-bajos que estén cuidando actualmente por problemas de salud a algún adulto/a mayor en el Área Metropolitana de Buenos Aires. El trabajo de campo se realizó entre los meses de octubre de 2012 y marzo de 2013. Una vez desgrabado el material de las entrevistas, se procedió a analizarlo mediante el procesador de textos Atlas-Ti.

- **Introducción**

La provisión de cuidados en la sociedad se organiza en torno a la familia, el mercado, el Estado y las organizaciones no gubernamentales y tiene fuertes consecuencias para los que acceden a cuidados y para los que se encargan de cuidar (Esping Andersen, 1993)

La crisis del modelo de familia tradicional, la reducción del tamaño de las familias, la mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo y el alargamiento de la vida cuestionan las posibilidades de brindar cuidado por parte de las familias y afecta particularmente a las mujeres como proveedoras de esos cuidados.

Diversas investigaciones analizaron los “costos invisibles” del cuidado y describen trastornos psicosociales derivados de la carga de trabajo. No es fácil comprender en términos empíricos la complejidad del cuidado desde la mirada de los cuidadores teniendo en cuenta la subjetividad, las lealtades con la familia de la persona cuidada y las implicaciones personales (Delicado Useros, 2003/2006; Durán, 2002; Julve Negro, 2006).

En la región latinoamericana el conocimiento sobre el papel de los cuidadores ha sido más tardío y ha adquirido relevancia en el marco de los debates sobre las reformas de la salud y los cambios en los modelos de atención, que ocasionaron una carga de trabajo adicional para las mujeres (Aguirre, s/f). El panorama se completa con los conceptos de la economía social del cuidado, elaboradas a partir de un enfoque que subraya los rasgos esenciales del cuidado en su calidad de bien o servicio (Pautassi, 2007; Pautassi y Zibecchi, 2010). En este marco, la “economía de cuidado ampliada” se define como el sistema de reproducción social y de trabajo doméstico no remunerado que se realiza en el interior de los hogares y por el sistema de provisión pública y privada de los servicios de cuidado.

A ello hay que agregar el inicio de un proceso de mayor formación en el área de cuidados. La capacitación y el apoyo psicosocial que se brinda a los cuidadores para desarrollar su tarea adecuadamente, o atenuando o controlando sus propios riesgos de enfermar son temas actuales de debate para avanzar en la formulación y aplicación de políticas de Estado que favorezcan la responsabilidad compartida en el cuidado de personas dependientes (Fassler, 2008).

En nuestro país el trabajo domiciliario no está acabadamente definido en el plano legal: según los responsables de la Dirección de Políticas para Adultos Mayores¹ existe cierto

¹ Esta Dirección depende de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Entrevista realizada por el equipo de investigación en diciembre de 2012.

vacío regulatorio en la práctica del cuidador domiciliario. En ese sentido, la ocupación de cuidador es una de las tareas con mayor informalidad y precariedad laboral. La Encuesta Permanente de Hogares del INDEC del Primer Trimestre del 2012 releva un total de 443.226 mujeres que residen en el Área Metropolitana del Gran Buenos Aires y trabajan en ocupaciones del servicio doméstico y en el cuidado de personas. De ellas, sólo el 17% especifica su dedicación a tareas del cuidado mientras que el resto lo hace en el servicio doméstico. EL 75% de esas mujeres informa que no tiene aportes jubilatorios ni obra social, un porcentaje similar (72%) no tiene días pagos por enfermedad y dos tercios (66%) no percibe aguinaldo.

Es de prever que la Ley N° 26844, recientemente promulgada sobre Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares, intente solucionar esta precariedad laboral. La ley toma en cuenta a aquellos “que cumplen tareas de asistencia personal y acompañamiento de los miembros de la familia, como de cuidador no terapéutico de personas enfermas o con discapacidad”.

Algunos organismos del Estado dedicados al área social (tanto a nivel nacional como local) han iniciado en los últimos años acciones de formación de cuidadores domiciliarios para adultos mayores a través de instituciones educativas, sanitarias y organizaciones de la sociedad civil. Es por ello que, nuestro interés se centra en conocer las modalidades de cuidado de las personas que trabajan en esta área y hayan decidido encarar algún tipo de capacitación.

Esta ponencia forma parte de un proyecto iniciado en 2011². Su objetivo general es indagar sobre los itinerarios laborales de mujeres y hombres que trabajan cuidando a personas dependientes y explorar cómo encaran sus propios cuidados de la salud.

Con un diseño exploratorio y cualitativo, en base a una muestra no probabilística, intencional, se realizaron 13 entrevistas en profundidad a 12 mujeres y a un varón pertenecientes a estratos socioeconómicos medio-bajos que estén cuidando actualmente por problemas de salud a algún adulto/a mayor en el Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires. La inclusión en la muestra de un hombre cuidador tuvo como propósito conocer aspectos del cuidado provisto por los varones porque partimos del supuesto de que éstos tienen el mismo potencial que las mujeres para el cuidado. En un trabajo reciente se ha observado que los familiares de las personas dependientes optan por elegir

² 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

cuidadores para sus asistidos del mismo sexo para preservar cuestiones de intimidad y pudor (López, Findling, Lehner, Ponce, Venturiello y Champalbert, 2012).

La trayectoria laboral de las/los cuidadores, su formación/capacitación, la satisfacción con la tarea, los modos de cuidado de su propia salud y las posibles consecuencias ocasionadas al cuidar a otros fueron las principales dimensiones indagadas. El trabajo de campo se realizó entre octubre de 2012 y marzo de 2013. Una vez desgravado, el material de las entrevistas se analizó mediante el procesador de textos Atlas-Ti.

- **Características generales de los cuidadores.**

Los entrevistados asisten a personas que dejaron de valerse por sí mismas y que son contratados por éstas o sus familias –en forma directa o a través de agencias- para diversas tareas y por períodos de tiempo variables. Promedian los 47 años de edad y su antigüedad en esa ocupación oscila entre los 5 y los 33 años (5 de ellos superan los 15 años de trabajo). En gran parte son monotributistas, trabajan para agencias y geriátricos pero también con particulares –coinciden que de éstos obtienen una mejor retribución- y, en muchos casos, se desempeñan en el mercado informal por propia decisión. En su mayoría son argentinos, sólo 4 mujeres provienen de Uruguay, Bolivia y Perú, En cuanto al nivel de estudios, la mayoría ha alcanzado el secundario incompleto, pero se registran casos en ambos extremos de la escala educativa (desde primario incompleto hasta terciario completo/universitario incompleto). Ningún entrevistado podría encuadrarse en lo que se denomina “trabajo con cama adentro”.

- **¿Cómo definen su trabajo?**

Sorprende un poco comprobar la variedad de conceptos que manejan los entrevistados al delinear su trabajo como tal: se autodefinen como cuidadores en una gama de posibilidades que abarca desde las tareas domésticas entre las cuales se incluye la atención de una persona como explica Ofelia: *“Cuando entraba como empleada doméstica siempre en la familia había una persona mayor, entonces me ocupaba de la casa y de esa persona”* hasta una figura confusa de cuidador en la que no se distinguen claramente las funciones y responsabilidades asociadas: *“Algunos sólo hacen asistencia de enfermería y la higiene y confort pasaría a ser más una mucama. (...). No existe ni el cuidador, ni el acompañante, el cuidador terapéutico, ni el enfermero cuidador, no hay categoría, no hay escuela, vos lo hacés independientemente y por tu cuenta”* (Armando). Las palabras de Armando apuntan a que cada uno de los que ejercen la práctica del

cuidador elabora su propia idea. Gloria dice: *“Yo no lo tomaba como cuidado sino como acompañamiento (...), era apta para trabajar con cualquier clase de persona: con las que estuvieran en silla de ruedas, Síndrome de Down. Porque con dar cariño y amor, todo se puede, es la base de todo”*. En la misma línea se expresan tanto Analía: *“tengo que acompañarlo de la mejor manera posible, ése es un poquito el trabajo del cuidador formado”*, como Dina: *“Ella (la señora a la que asiste) siempre me dice: usted no es una persona que trabaja, usted es mi compañera”*; pero Silvia -que integra el plantel del Servicio de Atención Domiciliaria y Hospitalaria para Adultos Mayores dependiente de la Subsecretaría de Tercera Edad del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires- es mucho más precisa: *“A nosotras se nos llama auxiliares gerontológicas domiciliarias. No somos cuidadoras, nuestra tarea es organización de trámites, acompañarlos al médico (...) rehabilitación con las indicaciones de un profesional”*. También Pilar pretende diferenciar su trabajo y nota: *“Es muy diferente una cuidadora a una empleada doméstica (...) si yo tengo que hacer la limpieza, yo sé lo que es una limpieza a fondo (...) no es lo mismo y es mucha diferencia (la tarea) con un adulto mayor, son cosas que a esta sociedad un poco le va a costar, es otro nivel, otra profesión”*. Sin embargo no logra dar con una definición que no apele a otras ocupaciones de cuidado mejor delimitadas social y legalmente *“...la cuidadora es diferente, más o menos como la enfermera auxiliar...”*

Esta ambigüedad que se advierte entre los entrevistados a la hora de definir su ocupación, se observa también al hablar de las personas a las que asisten. Entre los que enfocan su trabajo como acompañantes experimentados en mantener confortables a los que no pueden valerse por sí mismos, la persona cuidada aparece en su relato por su nombre de pila; para aquellos que consideran que su actividad es más calificada y terapéutica –por la capacitación recibida– los asistidos pasan a ser “pacientes”, en forma genérica e impersonal como dice Analía: *“ése es mi trabajo, cuidar mi paciente”*.

- **Trayectoria laboral y motivación ¿cómo llegaron a ser cuidadores?**

La mayoría de los entrevistados inició sus actividades laborales como extensión del trabajo en el hogar. Las mujeres fueron empleadas domésticas –como contaba Ofelia, arriba citada- o Analía, que relata: *“Era jovencita cuando empecé, 22, 23 años (...) más que nada en la cocina, cuidaba siempre chicos o personas grandes”*.

Otras comenzaron en su entorno familiar como Gloria: *“Empecé con mi abuelita, yo tenía 17 años”* o adoptando a la familia para la que realizaban tareas domésticas como Dina que pasó a cuidar a la dueña de casa porque *“me fui quedando como una familia”*. Maribel

pasó del ámbito doméstico propio a otro similar pero pago: habiendo sido madre de nueve hijos, decidió buscar una salida laboral en su madurez: *“Hice el curso (de cuidadora) para salir (...) comencé bañando personas o cuidando en los sanatorios”*. Armando y Alejandra eligieron su profesión –enfermería– inspirados por sus respectivas madres que eran asistentes en geriátricos.

Cuando se indaga sobre las razones por las se dedicaron a este trabajo y lo mantienen, varios cuidadores hablan de “vocación”, que se define en términos de afinidad con gente mayor, inclinación natural a comunicarse con otros y deseo de ayudar a los demás: *“Uno va encontrando su vocación, encontré esa profesión y me gusta ayudar (...) voy a trabajar contenta”* cuenta Delia; Ofelia en sus comienzos como empleada doméstica descubrió *“la vocación de cuidar una persona porque veía que la familia no le daba atención a la persona mayor”*; en forma similar declara Gloria: *“Porque me encanta estar con gente grande, tengo afinidad y ellos se sienten bien conmigo”*. Analía se considera estimulada por los efectos de su labor sobre la persona a la que atiende: *“La verdad que me gusta, cada vez que comienzo un nuevo trabajo es un desafío. Ver hasta dónde puedo lograr que esa persona responda (...) es la reeducación del paciente”*; ideas y sentimientos que Maribel corrobora con suma sencillez: *“estoy re chocha y la persona que cuido la tengo como una muñeca la tengo”*.

- **Formación: capacitación y experiencia**

La mayoría, en algún momento de su trayectoria laboral dedicó esfuerzos y tiempo a ampliar sus conocimientos sobre el tema de los cuidados; se advierte en sus respectivos relatos que después de varios años de práctica intentaron avanzar hacia una mayor profesionalidad, en coincidencia con la oferta de cursos de diversa índole que se produjo durante los últimos años en instituciones privadas y públicas.

Tanto Delia como Ofelia, ambas peruanas, después de varios años de desempeñarse como cuidadoras cuentan: *“Hice primeros auxilios y ahora estudio Auxiliar de Enfermería (...) es importante porque aprendés a dar inyecciones, tomar la presión (...) porque tampoco podés cuidar un paciente si no sabés qué hacer* (Delia); y Ofelia aclara: *“Acá en la Argentina hice como cuidadora el curso en el Hospital Ramos Mejía en 2001”*. Analía, que se desempeñó tanto en forma independiente como a través de agencias, compara y señala la diferencia de niveles en la capacitación a la que acceden: *“la empresa (agencia) te tiene a vos y no le interesa si vos sos formada, ellos te hacen una pequeña formación, así como un curso que da una enfermera (...) no les importa si sabés cómo tratar a una*

persona, como moverla, cambiarla (...) es el negocio del momento”, en cambio, en los cursos en la Universidad pública, prosigue Analía “son casi 6 meses en la preparación, tenés gerontóloga, podólogo, psiquiatra, nutricionista...”. Desde su punto de vista, este tipo de capacitación no sólo aportó calidad a su trabajo sino que tanto ella como sus compañeras experimentaron un cambio personal que supera la adquisición de conocimientos: “Muchas de mis compañeras que no tenían la primaria completa la terminaron, muchas se dieron cuenta que éramos capaces de otras cosas, que no era cuidar viejos y nada más, sino que había otras cosas para hacer, muchas empezaron la carrera de enfermería en hospitales...”

Pilar, por su lado, destaca cómo los aprendizajes formales en Universidades y Hospitales le abren la puerta a mejores oportunidades laborales y Ofelia advierte cómo la formación adquirida le permite encarar su labor de una forma más saludable manejando con otros recursos el deterioro del adulto mayor y su impacto en la familia: *“Hay que estar en los zapatos de ellos, porque yo sé, gracias al curso, como actuar de otra manera”*

Gloria es una de las pocas que considera que el buen desempeño obedece exclusivamente a la experiencia: *“No (hice cursos) sólo leí pero es toda práctica porque esto lo hice toda la vida, acompañar gente, cuidar chicos, tengo mucha práctica y en eso me dicen que soy muy buena”*.

- **¿Qué se necesita para ser un buen cuidador?**

Si, en una hipotética oficina de recursos humanos, los entrevistados tuvieran que elaborar el perfil del cuidador ideal estableciendo las competencias, las aptitudes y los requisitos técnicos que deberían reunir los aspirantes a ese puesto, la mayoría coincidiría en estas características: amor, paciencia, empatía, firmeza de carácter y capacidad de decisión. El amor al trabajo y a las personas parece constituir una condición previa y esencial: *“Siempre digo que hay dos cosas fundamentales que tenemos que tener nosotros: amor hacia la tarea y respeto hacia el ser humano”* dice Susana; *“...No privarte tu vida pero durante las 8 horas yo trabajo para él (paciente), tenés que tener corazón”* analiza Armando y Pilar aclara: *“Estar bien mentalmente y que te guste, porque si no te gusta no podés (...) hay que tener carisma para ellos, darles amor y entender su situación”*. La paciencia y la empatía aparecen también como aptitudes imprescindibles para ejercer la labor cotidiana, sumadas a tolerancia, acompañamiento y contención emocional. En palabras de Alejandra *“hay que saber escuchar porque los ancianos tienen mucho para contar y la gente no los quiere oír...”*.

En ese camino, los entrevistados reconocen que debieron aprender *“un montón de cosas, a ellos les gusta hablar de futbol o tango...”* (Analía); *“tenés que estar actualizada en todo, este señor sabe francés, con otro hay que estar un rato con él en la compu”* (Delia).

La descripción de la figura del cuidador se completa con dos capacidades: saber poner límites y poder discernir entre la problemática personal y la de los asistidos manteniendo una sana distancia. Sobre la primera cualidad, Susana explica: *“El paciente añoso es como un niño con historias de vida. Hay que estar atentos, cerca de ellos, yo los conozco, les pongo límites, pero no con gritos, les hablo bien”*. Este tipo de discurso aparece con frecuencia entre los entrevistados como una necesidad de mantener una posición de control y autoridad sobre la persona asistida: *“Y también tener carácter para poder dominar a esa persona (...) Yo lo logro pero no me meto en sus problemas, cuando tengo que ponerle los puntos se los pongo y ella me hace caso (...) se entrega toda a mí”* (Dina); *“Yo necesito que mi paciente me responda”* (Analía).

En cuanto a la segunda capacidad, Ofelia cree beneficioso *“prepararnos más que todo mentalmente (...) entrás en una familia donde todos tienen problemas y vos también los tenés, pero hay que saber separarlos”*. No queda demasiado claro si estas competencias las consideran innatas o pueden ser adquiridas mediante cursos de formación profesional.

También aparece la facultad para decidir y actuar en situaciones críticas que es, en opinión de algunas entrevistadas, una destreza indispensable: *“estar preparado para una emergencia para actuar cuando trabajamos con adultos mayores”* (Silvia).

- **Condiciones de trabajo: jornada laboral y retribución, trato y reconocimiento**

Entre los entrevistados se perfilan dos modalidades de empleo: los que combinan el trabajo en empresas de salud con acuerdos que realizan -al margen de de las mismas- con particulares y, los que atienden a una sola persona con regularidad, empleados por ésta o su familia por recomendación de algún conocido.

En general, la jornada laboral nunca es menor a 7 u 8 horas por día, en la mayoría de los casos ronda las 10 horas y aquellos que trabajan para empresas y particulares simultáneamente, el horario puede extenderse sin límites precisos.

Las mujeres que encarar ambas modalidades se vinculan con agencias de cuidados (que a su vez son contratadas por obras sociales o empresas de medicina pre-pagas para cuidados domiciliarios), con geriátricos o con la Subsecretaría de la Tercera Edad del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y facturan como monotributistas; en cambio con

los particulares se manejan en forma independiente y “en negro”, como declara Delia: “Yo tengo arreglos con las familias (...) ellos te dicen ¿quierés que te ponga en blanco? Vos decís no, pero con la empresa, sí, aportás a una jubilación y pagás el monotributo (...). Es mejor trabajar particular que para una empresa”. A cierta altura de su trayectoria se desligan de las empresas y empiezan a funcionar como si fueran una agencia en sí mismos atendiendo a varias personas por diferentes períodos y asegurando su propio reemplazo con allegados: “Todas las que estudiamos siempre nos llamamos por teléfono y nos pasamos los pacientes” (Pilar).

Es difícil advertir cuando descansan aquellos cuidadores que suman a las horas de trabajo en empresas de salud, las horas en domicilios particulares. Por ejemplo Susana trabaja “de las 9 p.m. a las 7 a.m. de lunes a viernes (en un domicilio particular) y en el geriátrico 13 horas día por medio incluido las guardias de los fines de semana”.

El relato de Gloria describe en grandes líneas la segunda modalidad de trabajo exclusiva con particulares: “La hija quería a alguien cerca de su casa, necesitaba a alguien rápido y me llama (obtuvo sus datos a través de Cáritas), estaba 6 horas de lunes a viernes, sábados y domingos a veces cuando me necesitaba (...). Estuve dos años y medio hasta que falleció”. En el caso de Maribel también “... las hijas buscaban una persona para cuidarle a la mamá (...), trabajo 6,7 horas por día, con un franco a la semana, los martes, (...) me están pagando bien, en negro me pagan (...) me quisieron poner en blanco pero yo preferí para no tener problemas con la pensión (que cobra por viudez)”. Alejandra obtuvo su trabajo “por recomendación de la persona que la cuidaba antes” y desde hace 3 años cuida a una señora de 93 años, entre 8 a 9 horas por día, y si bien está conforme con la remuneración, no hace aportes jubilatorios ni tiene obra social.

Las entrevistadas que trabajan “de persona a persona” como dice Maribel, parecen gozar de una carga horaria menor y se sienten más satisfechas con la remuneración. De todas maneras, se detecta cierta insatisfacción salarial con matices contradictorios: “Quiero ganar más (...) aunque a mí no me importe la plata, tengo que vivir por la plata (...) más de una vez pongo el corazón y el alma, quisiera que fuera más remunerable”, justifica Armando y Analía corrobora “si bien el trabajo uno lo hace con alegría no es valorado porque si te pueden pagar \$ 5 te lo pagan y ahora está el negocio de las empresas...”

En ambas formas de trabajo e independientemente del grado de satisfacción con el pago recibido, la mayoría de los entrevistados coincide en que “la primera necesidad que tiene uno es el reconocimiento” como lo expresa Armando. También están atentos a demostraciones de agradecimiento de los familiares: “Hay gente que te reconoce con

dinero, con acciones, que te regala cosas (...) a veces siento que me tratan como si fuera una hija (...) por ahí es la valoración de la familia que no es sólo económica” (Sara).

La especificidad del trabajo de cuidador consiste - como en ningún otro tipo de empleo - en su compromiso con la intimidad tanto del asistido como de la familia de la que éste forma parte, de ahí que, en varios casos, el trato que reciben es un aspecto sumamente importante en la relación laboral: *“Era gente muy buena, muy educada (...) no hacen diferencia con nada siempre me trataron muy bien” (Delia)*

Por último, y si bien no está expresado claramente, los cuidadores perciben que su trabajo es de naturaleza inestable porque no saben por cuánto tiempo van a estar cuidando a una persona, sobre todo si ésta padece una enfermedad crónica irreversible o es de avanzada edad.

- **El cuidado de la propia salud**

El cuidado de su salud y los controles preventivos que realizan aparecen asociados a dolencias preexistentes o antecedentes familiares. Hay que destacar que varios padecen enfermedades crónicas (mastitis, osteoporosis, edemas, miomas, cálculos, jaqueca, tiroidismo, enfermedad de Crohn) con las que deben lidiar para cumplir con sus largas jornadas –o noches- de trabajo-

Los entrevistados reconocen que es “importante” cuidar la propia salud y que hacen todo lo posible por no “descuidarla”. Así, muchas utilizan los días francos para hacer consultas médicas: *“Ahora que no trabajo de día, antes no, porque trabajaba de día y de noche” (Patricia)*. La mayoría hizo consultas en los últimos 6 meses o en el último año y en un sólo caso se indica una visita médica hace 4 años. Muchas consultas fueron con médicos clínicos o con algún especialista (columna, endocrinólogo, cardiólogo, psiquiatra) por temas puntuales (desgarro muscular, desarreglos menstruales, insomnio) o por enfermedades crónicas. Las mujeres dicen hacerse anualmente controles ginecológicos (Papanicolao, colposcopia), de presión arterial y análisis de sangre.

La autopercepción de la propia salud física y mental suele ser buena aunque manifiestan una serie de malestares –algunos lo atribuyen al trabajo y otros a la edad- que ponen en duda esa apreciación: *“Mi salud es buena, no digo que es muy buena, tendría que tener unos kilos menos” (Silvia); “Porque ya no tengo 30 años, cumpliré 60, ya no es lo mismo (...) el colesterol que tengo es bastante alto” (Maribel).*

Todos admiten que tener una buena salud es primordial para desempeñarse en sus trabajos y ponen énfasis en la salud mental: *“Si no hay salud, no tenés nada, en el*

aspecto físico no hay nada, tenés que estar bien, siempre con buena onda (risas),” (Delia); *“Siempre estoy de buen humor (...) para mí es fundamental poner la mejor energía ¿no?(...) ya la persona tiene suficientes problemas para que vos les lleves más”* (Silvia).

Algunos cuidadores se reconocen más vulnerables en el plano psicológico como dice Susana *“por ahí yo no lo demuestro pero mi estómago se me va cerrando y tengo una úlcera, los nervios me matan”*. Lo adjudican a situaciones personales (pérdida de algún ser querido, fallecimiento de la persona que cuidaban, llegada de fin de año) y buscan escapes de diferentes maneras: *“me quiero desenchufar un poco (...) trato de distraerme un poco”*. Salir de compras, ir a bailar, estar con la familia o los amigos, disfrutar del contacto con la naturaleza son las actividades que les permiten tomar distancia de sus obligaciones laborales y personales. Los medicamentos que ingieren se relacionan con los tratamientos para las enfermedades que padecen, pero también toman remedios para dormir de noche, para la jaqueca y mencionan medicinas alternativas y complementos alimentarios como Herbalife, Isoflavonas de Soja y aceite de chía.

En general admiten que no tienen tiempo para hacer actividad física, aunque saben las ventajas que implica para la salud, especialmente en casos de sobrepeso. A Maribel el kinesiólogo le aconsejó hacer *aquagym* pero reconoce que *“me da vergüenza porque soy gorda”*. Analía dice *“no encuentro el tiempo, el médico me mandó a hacer actividad física para acompañar la dieta, todavía no logré”*. Pocas salen a caminar como Alejandra que desde hace un año va al gimnasio porque le permite bajar de peso, estar mejor y *“más que nada porque son dos horas que no pienso en todos mis problemas”*.

Casi todos los entrevistados tratan de cuidar la dieta, comen sano o natural, controlan la ingesta de sal, carne, fritos, hidratos, dulces, alcohol y tabaco. Ninguno realiza terapia psicológica. La mayoría tiene problemas para dormir de noche, padecimiento que puede asociarse al tipo de tarea que desempeñan en el que abundan los horarios de trabajo nocturno, y que se agravan según los problemas de la persona cuidada. Por ejemplo Delia -cuida a una persona con arterioesclerosis que *“no duerme ni de día ni de noche”*- comenta que son varios cuidadores *“porque uno solo, te mata”*, ella cubre *“noche por medio, porque no dormís nada, es complicado (...) Si trabajo de noche, duermo en el día y ponele cortado, a la mañana duermo 4 horas y a la tarde otro poco”*. En el mismo sentido Analía afirma que *“vamos rotando, si trabajamos en varios horarios o de noche, es imposible, no aguantas, a veces tenés que estar despierta toda la noche y otras sólo acompañas”*. Sara comenta: *“No tenés dos noches iguales, eso es muy variable. En*

realidad arrastro cansancio y después siempre, lo que sí, trato de descansar de sábado a domingo (risas) duermo unas cuantas horitas”.

La índole del trabajo también les causa dolores musculares, contracturas, dolor de cintura o de espalda. Por eso algunas usan fajas y valoran las técnicas que han aprendido en los cursos de capacitación para el cuidado de los adultos mayores. Una molestia típica de las cuidadoras son los problemas en las muñecas. Sara da cuenta de ello y atribuye los dolores en la muñeca derecha al sobrepeso de la señora que cuida. También se mencionan los problemas de estrés que les provoca este trabajo, así Ofelia dice estar: *“cansada mentalmente”*. Y Pilar comenta: *“Te gasta mucho eso de estar siempre con ese tipo de enfermos”* en referencia a personas con trastornos neurológicos. La combinación de responsabilidad y lazo afectivo con la persona cuidada es otro aspecto del trabajo que impacta en el estado psicofísico del cuidador: *“después de cuidar a una persona 3 o 4 años, cuando falleció yo no supe cómo manejar el duelo y me afectó mucho en lo personal.”* Los que han recibido capacitación, parecen contar con más recursos para manejar estas situaciones; *“Por eso se hace el curso, para separar el sentimiento”* (Ofelia) La precariedad laboral hace que enfermarse equivalga a quedarse sin trabajo como el caso de Analía que recuerda: *“Me enfermé, me quedé sin trabajo”*, por eso cuando le duele algo *“no lo digo, busco una medicación que me pueda ayudar y sigo, cuántas veces me he sentido mal, me costaba estar parada, despierta, y no me daba cuenta...”*. Las personas que cuidan son conscientes de que no podrán seguir por muchos años con esta tarea, como revela Silvia: *“Físicamente nosotros sabemos que haciendo determinada tarea llega un momento en que ya no la vamos a poder hacer”*.

Quienes cuidan, aprenden y se capacitan sobre la atención de otros pero para sí mismos reservan sólo los cuidados necesarios para continuar o mantener su trabajo como expresa la frase que desliza Susana al referirse a su propia salud: *“Amo tanto la salud que me consume la salud”*.

- **A modo de cierre**

El cuidado para otros asume las características de una labor que depende de lo relacional, ya que supone atención, preocupación y una alta implicación personal (Martín Palomo, s/f).

Los cuidadores abordan la definición de su trabajo con dificultades: éste aparece difuso y confuso, multifuncional, y de amplia disponibilidad, aspectos que lo hacen similar al trabajo doméstico, ámbito donde iniciaron su actividad de cuidados y que, como tal,

padece la misma invisibilidad y precariedad. Así cuidar significa enfrentar un sinfín de peligros potenciales y constituye una vigilia permanente (Borgeaud-Garciandía, 2011).

Los entrevistados definen su rol subrayando aptitudes de comunicación y de empatía con los adultos mayores, acentúan la firmeza de carácter que necesitan para ejercer un cierto dominio sobre la persona dependiente y actuar en situaciones de emergencia y enfatizan el amor, paciencia y buen humor que los motiva para justificar el trabajo que encaran. Asimismo esperan el reconocimiento y hasta el agradecimiento de los familiares.

Pese a que sólo se ha incluido a un varón en la muestra, no se observaron diferencias atribuibles al género en sus enfoques y experiencias laborales.

Con respecto a la salud de los cuidadores se detectan, además de patologías preexistentes, problemas que podrían asociarse a la tarea que realizan: trastornos musculares, falta de horas de sueño, desarreglos alimentarios y estrés. Al estar vinculados de una u otra forma con el ámbito sanitario, la mayoría de los entrevistados son conscientes de la necesidad de cumplir con chequeos para cuidar su propia salud. No obstante, acuden a las consultas para atender la cronicidad de su enfermedad o ante la aparición de malestares que les impide llevar a cabo su trabajo.

Aquellos cuidadores que a partir de su tarea han decidido buscar una mayor profesionalización cuentan con más recursos para encarar su propio cuidado, tanto físico como mental. Aprenden a movilizar a la persona dependiente con el menor costo posible para su integridad, manejan una distancia más saludable con el asistido y su entorno y sobrellevan de mejor forma el deterioro y los duelos.

El cuidado y quien lo ejerce (para sí o para otros) también se relaciona con un problema de ejercicio de derechos o de disminución de desigualdades de género como condición de una política pública. De acuerdo con Pautassi (2007) el desafío consiste en incorporar en una lógica de derechos la complejidad del cuidado, pensando estrategias de desarrollo con equidad. En ese sentido pareciera que se reproducen patrones de desigualdad tanto de género -el cuidado es mayoritariamente femenino- como socioeconómico, los de niveles medios y altos recurren a cuidadores entre los sectores de menor calificación e ingresos para ejercer las tareas más pesadas de índole doméstica.

Por otra parte se requiere precisar la tarea de los cuidadores definiendo funciones, responsabilidades, obligaciones y derechos. Pero además es necesario que esta iniciativa se enmarque en una política pública de cuidados que contemple en forma integral la protección de los derechos de los adultos mayores dependientes, habida cuenta de la reducción del tamaño de las familias y el aumento de la esperanza de vida.

- **Bibliografía**

Aguirre, R. (s/f). Familias como proveedoras de servicios de cuidados. Universidad de la República, Uruguay. Disponible en: <http://www.e-cofi.net/fichero.php?id=29&zona=1>
Fecha de acceso: 10 de agosto de 2011.

Borgeaud Garciandía, N. (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.

Delicado Useros, M. V. (2003). "Familia y cuidados de salud. Calidad de vida en cuidadores y repercusiones sociofamiliares de la dependencia. Tesis Doctoral Universidad de Alicante, España. Fecha de acceso: 17/8/2011. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/3410>

Delicado Useros, M.V. (2006). Características sociodemográficas y motivación de las cuidadoras de personas dependientes. ¿Perfiles en transición?, *Praxis Sociológica*, N° 10.

Durán, M. A. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBVA.

Esping - Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Valencia, Alfons el Magnanim.

Fassler, C. (2008). *Mesa de diálogo: Políticas de salud y cuidados. Una mirada desde el género*. Serie Políticas Públicas. Red Género y Familia; Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República:UNFPA. Durazno, Ediciones Trilce,

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

López, E., L. Findling, M. P. Lehner, M. Ponce, M. P. Venturiello y L. Champalbert (2012). Quereres y deberes: ¿cómo cuidan las mujeres su salud y la de su familia? En: Kornblit, A.L., A.C. Camarotti y G. Wald (comp.): *Salud, sociedad y derechos: investigaciones y debates interdisciplinarios*. Buenos Aires - Editorial Teseo.

Martín Palomo, M. T. (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,

Pautassi, L. (2007). *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*, Unidad Mujer y Desarrollo, Serie Mujer y Desarrollo N° 87. Santiago de Chile: CEPAL,

Pautassi, L. y Zibecchi, C. (2010). *La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias*. Serie Políticas sociales N° 159. Santiago, CEPAL.