

¿Cómo se cuidan los que cuidan? - Consecuencias de cuidar a otros

Findling, Liliana; Lehner, María Paula; Ponce, Marisa y Cirino, Estefanía

Instituto de Investigaciones Gino Germani – FSOC – UBA

lfindling@arnet.com.ar

1.- Introducción

El cuidado facilita tanto la subsistencia como el bienestar y el desarrollo. Abarca la indispensable provisión cotidiana del bienestar físico, afectivo y emocional a lo largo de todo el ciclo vital y busca conservar las capacidades y la autonomía en el caso de aquellas personas que, por su edad, son más frágiles, y de las que tienen alguna discapacidad (CEPAL, 2013).

La gestión del cuidado requiere organizar bienes, recursos (materiales, simbólicos y afectivos), servicios y actividades que hagan viable la alimentación, la salud y la higiene personal así como la estimulación de procesos cognitivos y sociales, tareas que involucran simultaneidad de papeles y responsabilidades dentro de las familias, en espacios y ciclos difíciles de traducir en tiempo, intensidad o esfuerzo. Estas tareas pueden realizarse de manera no remunerada por familiares, delegarse con pago en personas ajenas a la familia mediante relaciones laborales formales e informales o a través de instituciones (CEPAL, 2013; Pautassi, 2013; Martín Palomo, 2009).

La provisión de cuidados en la sociedad se organiza en torno a un diamante conformado por la familia, el mercado, el Estado y las Organizaciones No Gubernamentales (Ongs) (Razavi, 2007, Esping Andersen, 1993) y tiene fuertes consecuencias para los que acceden a cuidados y para aquellos que se encargan de cuidar. La evidencia latinoamericana muestra que la participación de los vértices del diamante de cuidado relacionados con el Estado y las Ongs resulta marginal y menor y que la estratificación en el acceso a servicios y prestaciones de cuidado se transforma en un vector de desigualdad (Rodríguez Enríquez, 2013). Asimismo la crisis del modelo de familia tradicional cuestiona las posibilidades de brindar cuidado y, en su interior, afecta particularmente a las mujeres como sus proveedoras. Ellas continúan siendo, históricamente, las principales cuidadoras del hogar y de la familia, sobre las cuales recae la responsabilidad casi exclusiva de cuidar la salud de sus integrantes.

La “economía de cuidado ampliada” se define como el sistema de reproducción social y de trabajo doméstico no remunerado realizado en el interior de los hogares y también por el sistema de provisión pública y privada de los servicios de cuidado. En ese sentido se resalta la dimensión de género, que permite observar la producción y el consumo del cuidado del

cuerpo y la vida humana en tanto prácticas y relaciones cotidianas (Camejo, 2012; Pautassi, 2007; Pautassi y Zibecchi, 2010).

Mediante el proceso de socialización de género las mujeres incorporan no sólo las normas y las prescripciones sociales y culturales que dicta cada sociedad sobre el comportamiento femenino, sino también los códigos que especifican las desigualdades de género y la división sexual del trabajo (Lamas, 1995). En ese proceso, además, las mujeres internalizan la postergación del cuidado personal como un rasgo propio del mundo femenino (Viveros, 1999), lo que puede ocasionar el retraso o el abandono de prácticas de cuidado de la propia salud en pos de cuidar la salud de otras personas.

Existen escasos trabajos sobre los posibles trastornos psicosociales que el cuidado de los familiares puede producir en las mujeres y todavía menos estudiadas han sido las consecuencias sobre la propia salud. Los estudios que analizaron la complejidad del cuidado, principalmente desde la mirada de las cuidadoras, permiten conocer que la dedicación a esas tareas tiene consecuencias en la vida y la salud física y psíquica. Los “costos invisibles” del cuidado revelan los vínculos entre las lealtades del parentesco y las necesidades personales y se manifiestan en sensaciones de cansancio, percepción global de mala salud y desgaste físico (Delicado Useros, 2003 y 2006; Julve Negro, 2006, Durán Heras, 2002).

Cuidarse consiste en anteponer las inversiones de tiempo, dinero y capital simbólico en uno mismo, muy por encima de los otros (Durán Heras, 2011). Desde el sentido común, se entiende por autocuidado aquella condición necesaria de disponibilidad para poder cuidar de los demás. La bibliografía subraya que las mujeres intentan cuidarse a sí mismas más que los varones y que las motivaciones para su autocuidado remiten al deseo de mantener una mayor autonomía para evitar convertirse en una carga para los demás (Tobío et al., 2010; ENFR, 2009).

Paralelamente cuidar a otras personas supone un gran impacto emocional con sentimientos contrapuestos, tanto positivos (satisfacción por contribuir al bienestar de una persona) como negativos (frustración, impotencia, desánimo, ansiedad, culpabilidad, soledad, tristeza). Esas tareas pueden ocasionar una reducción del tiempo libre y de la vida social, así como provocar estrés, especialmente cuando se vive como una carga, y estimular el uso de medicamentos, mientras que, paralelamente, ayuda a descubrir virtudes y adquisición de habilidades y destrezas que no se poseían al tener que enfrentar situaciones que exigen respuesta inmediata.

Desde el campo de la sociología de la salud, la antropología y el enfoque de género se señala la influencia de diversos factores sociales y culturales que deben ser tenidos en cuenta

en la percepción de riesgos en salud y en la adopción de pautas de cuidados (Castro, 2000; Corin, 1996; Evans y Stoddart, 1996; Menéndez, 1994; Boltanski, 1975). Esos factores incluyen el acceso a la información, las experiencias de atención médica y la autopercepción de la salud, los roles de género y los patrones de cuidados adquiridos en la socialización, la educación, el trabajo, la vivienda, el hábitat, la cobertura de salud, los aspectos ligados a la reproducción biológica y los recursos simbólicos (capital social y cultural).

2.- Objetivos y Metodología

La ponencia se propone analizar y comparar las prácticas de auto-cuidado encaradas por mujeres que se dedican a asistir a un familiar dependiente y de trabajadores remunerados que ejercen la tarea del cuidado hacia personas con problemas de salud¹.

La metodología contempló un diseño cualitativo y se realizaron entrevistas en profundidad mediante una muestra no probabilística de tipo intencional. Se entrevistaron a 19 mujeres (9 de estratos socioeconómicos medio-bajos y 10 de estratos medios), residentes en el Gran Buenos Aires que hubieran cuidado a algún familiar dependiente durante los últimos dos años. Posteriormente se realizaron 13 entrevistas en profundidad a trabajadores remunerados (un hombre y doce mujeres) que se dedican específicamente al cuidado de adultos mayores dependientes. El trabajo de campo se realizó durante los años 2012-2013 y se analizaron los datos obtenidos a través del programa ATLAS TI. Las dimensiones tenidas en cuenta para ambos grupos fueron: formas de cuidado de la salud, tiempo transcurrido desde la última consulta clínica y ginecológica y motivo de consulta, prácticas preventivas, autopercepción de la salud física y mental relacionada con la actividad del cuidado de otras personas, enfermedades crónicas, consumo de medicamentos, actividad física y hábitos alimenticios y de descanso, la percepción del estado de salud y los malestares propios de la tarea de cuidar.

3.- Cómo cuidan su salud las cuidadoras familiares

El estudio de la condición de salud y las prácticas de auto-cuidado se basan en una concepción amplia de *salud* -como sinónimo de bienestar y no sólo como ausencia de enfermedad- y de *cuidado* -como un conjunto de actos médicos y no médicos que incluyen controles de salud y actividades físicas y recreativas, vida social, ocio y tiempo libre.

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

3. a.- Consultas médicas, prácticas preventivas y consumo de medicamentos

Las mujeres entrevistadas de niveles socioeconómicos medio–bajos suelen realizar consultas médicas cuando perciben cambios en su salud y no por prevención: “*Cuando siento que me duele algo, corro al médico*” (Clarisa). El malestar físico dispara la concurrencia a los servicios de atención: “*Estoy descompuesta, me voy para el hospital*” (Telma).

Estas cuidadoras tienden a adoptar pautas de cuidado en función del desempeño de su rol y por el temor de que un problema propio de salud pueda alterar las tareas de asistencia o constituir un peligro para el familiar. Mercedes hizo controles de las mamas porque pensó que estaba enferma, pero además explica: “*Fui de última [al médico] porque digo -bueno, si me enfermo yo ¿quién se queda con esta mujer [su madre]?Entonces empecé a tratarme [...] y ahora [...] me hago controlar*”. Muchas veces, las mujeres asisten a la consulta médica aprovechando la oportunidad de contactar con los médicos de las personas a las que cuidan: Clarisa, por ejemplo, se hace ver por el dolor de su rodilla con el traumatólogo “*que conocí del Hospital Francés cuando la llevé*” [a su abuela]” y Rita, que sufre del estómago, le pide órdenes para estudios al “*médico de cabecera de mi mamá*”, aunque éste se las dé sin revisarla.

Cuanto mayor es el nivel de dependencia del familiar a cargo, menor es la disponibilidad de tiempo de las entrevistadas para sí mismas, situación que se refuerza por el afecto y los mandatos éticos, morales y de género que inciden en las prácticas de cuidado. A otras mujeres les resulta difícil disponer de tiempo para sí mismas en un contexto familiar que las demanda en forma continua como principales cuidadoras de otros miembros de la familia (el cónyuge, los hijos y los nietos). Élida, que es madre de 4 hijos y fue por primera vez al ginecólogo cuando nació su primera hija, relata: “[el médico] *Me hizo una placa, dijo quedentro de 15 días vuelvay no pude ir por esto de mi mamá [...] y ahora con lo de mi nuera que se enfermó, ¿qué voy a ir? Tengo que quedarme con los nenes, tengo que apoyarla*”.

Este grupo de mujeres de niveles medio-bajos ha padecido y padece diversas patologías y dolencias a través del tiempo: “*Me sacaron un nódulo mamario benigno, hace 5 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 manifiesta tener gastritis desde hace 15 años. En general no se detectan problemas de insomnio y muy pocas indican que toman medicación. Las entrevistadas sienten en sus propios cuerpos el efecto del esfuerzo de cuidar a alguien: “*No,*

bue..., 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*” se repiten en sus relatos como síntomas claros de estrés. A estos padecimientos se suman otros, que pueden darse de manera solapada pero deben ser tenidos en cuenta porque afectan gravemente las vidas de las mujeres, como la de Clarisa, cuyo principal problema son los malos tratos que recibe por parte de su marido, quien se siente desplazado cuando ella cuida a otra persona: “*Mi marido, desde que está enfermo [padece diabetes], parece una criatura también. Ada [la señora a la que cuida] necesita mucho más cuidado que él, él quiere todo [...] hubo una etapa que estaba re loco, y tuve que denunciarlo*”.

En general, estas cuidadoras manifiestan no prestar atención a la prevención de su salud; aquellas que se someten a estudios y controles, incluso los ginecológicos, suelen hacerlo en el marco de algún tratamiento por una afección concreta. La actitud displicente hacia el propio cuidado se hace notoria entre las de más edad: “*No soy de estar pendiente del doctor, de hacerme chequeos generales... yo para él [el marido] corro enseguida, en cambio para mí me dejo estar*” (Carola).

Entre las más jóvenes es posible detectar más conciencia de los beneficios de los controles preventivos: “*Me preocupo, hago más que preocuparme [...] voy a los médicos, tengo que ir*” (Fabiana), y Graciela comenta: “*El hecho de que mi mamá tenga una presión ocular hace que cada seis meses tengamos que hacer ver los ojos de nosotros. Y tratamos de cumplir [...] pero igual después de los 35 años ya es una edad que tengo que medir mi presión, el colesterol*”. Sin embargo, el cumplimiento de los controles ginecológicos no es tan estricto.

En las entrevistadas de recursos medio-bajos no se observan diferencias pronunciadas entre las que poseen un trabajo remunerado y las que no trabajan al analizar la incidencia del trabajo en el cuidado de la propia salud. Aquellas que participan del mercado laboral y, paralelamente, tienen una dedicación exclusiva a la asistencia de la salud de sus familiares, no se cuidan o lo hacen poco: son cuidadoras principales, conviven con sus familiares y no cuentan con personal remunerado en quien poder delegar ciertas tareas del cuidado. Gran parte de las mujeres que no trabajan o están jubiladas también expresan que cuidan poco o nada su salud. Hay que advertir que las razones que esgrimen para no cuidarse se refieren a cuestiones que no necesariamente tienen que ver con las cargas del trabajo de cuidado ni con sus propias ocupaciones. Por ejemplo, Graciela, si bien consultó recientemente a una dermatóloga, porque se notó problemas en los pies, y visitó al oculista por los antecedentes de

glaucoma que existen en su familia, no hizo el PAP, la colposcopia o la mamografía por miedo a esos estudios y a los médicos. Las entrevistadas que le prestan algo más de atención a su salud tampoco aducen motivos que se relacionan con la asistencia del familiar.

Las mujeres de los estratos medios, a diferencia de sus pares de sectores medio–bajos, manifiestan haberse hecho en el último año y medio un chequeo preventivo, ginecológico y clínico, como sintetiza Patricia: *“Me preocupo, hago más que preocuparme [...] voy a los médicos, me hago controles periódicos”*. Es una práctica incorporada a lo largo de sus vidas, probablemente porque tienen un alto nivel educativo (Boltanski, 1975), a lo que se suma, en más de la mitad de las entrevistadas, el haber superado los 50 años.

Las entrevistadas de sectores medios refieren que cuidan su salud ante problemas concretos (colesterol, hipertiroidismo) y se preocupan por la prevención de enfermedades. En las de mayor edad es habitual el consumo de medicamentos que regulan el colesterol, la tensión arterial, el calcio y el hipotiroidismo; colateralmente, hacen dieta *“baja en hidratos y grasas animales”* o *“comen sano”*.

Tener una cobertura médica es para algunas de estas mujeres otra forma de cuidar la salud: *“¿Cómo cuido mi salud? Obra social. Inevitable”* (Gloria); o Carmen, que sostiene: *“La única preocupación que tengo para mi jubilación es no tener una buena cobertura médica”*, o Ester, que dice cuidarse porque considera que lo puede hacer por contar con una pre-paga: *“Bueno, primero, digamos, yo hago gimnasia, camino [...] siempre he tratado de hacerlo, y después hago distintos controles, ginecológicos, clínicos, y voy al médico en cuanto tengo algo que no entiendo qué es. Y tengo una obra social, bah, una prepaga (Ester).*

En las palabras de Laura se advierte que los preceptos del cuidado de la propia salud están sólidamente asentados, se los mantiene y se los aplica al aceptar el rol de cuidadoras 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 misma 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”*.

¿Cuáles son los efectos de trabajar fuera de la casa o de estar jubilada sobre el cuidado de la salud de las mujeres de estratos medios que cuidan a familiares? La tarea simultánea de cuidar a otra persona y ejercer una actividad laboral no parece determinar una disminución de la atención de la propia salud en estas entrevistadas. La mayoría de las que reconoce que se cuidan, son cuidadoras principales de sus familiares y no conviven con ellos, trabajan en empleos remunerados y cuentan con recursos económicos suficientes para contratar a cuidadoras pagas.

Las entrevistadas que se cuidan poco, aunque sean cuidadoras secundarias, enuncian justificaciones que se vinculan con hábitos adquiridos antes de que se dedicaran a la asistencia de sus familiares. Por un lado, Marité afirma que no se cuida como debería, en parte porque fuma, un hábito adquirido en su juventud. Por su lado, Carmen sostiene que en el pasado no se le daba importancia a la prevención y, además, en el entorno social y familiar en el que creció, la consulta médica ocurría ante la aparición de problemas de salud: *“Cuido mi salud con poca cosa preventiva y mucha cosa aguda que he tratado de cambiar con el tiempo, pero sí, con una formación familiar, donde se acudía al médico cuando estabas con fiebre, o con una peritonitis [...] Pensá que yo soy inmigrante, primera generación [...] y me costó mucho cambiar eso, me costó mucho hacer prevención ‘tengo que ir al médico sin que me pase nada’, ‘tengo que hacerme el Papanicolao y el control’, todo eso lo logré con mucho esfuerzo adquirirlo”*.

3. b.- Actividad física, alimentación y dietas

Las entrevistadas de niveles medio-bajos sufren trastornos de la alimentación y dicen estar en deuda con el ejercicio físico, al que asocian con la salud, desconociendo sus aspectos recreativos. Así, por ejemplo, Élida, que pasa ocho horas en la cocina trabajando para aumentar los ingresos familiares, cuenta 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”*.

Las mujeres también tienden 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 manifiesta que *“engordó”* desde que cuida a su madre, no hace dieta y admite *“si no cenó, si no como, duermo bien”*.

La mayoría de las cuidadoras de sectores medio-bajos no hace actividades recreativas o terapéuticas. Algunas mujeres que disponen de algún tiempo para sí mismas prefieren encontrarse con familiares y amigas porque valoran esos encuentros como *“una salida de escape”* frente a las exigencias y el desgaste que implica el trabajo de cuidado, Mercedes, que cuida a su madre de 83 años, comenta: *“Le doy a mi mamá a las nueve de la noche los últimos remedios y le digo -‘Quedate en la cama y no te levantes, cuando vengo, vengo’-. Sí, a veces me voy y respiro, no te creas”*.

En el otro extremo, gran parte de las mujeres mejor situadas en la escala social hace actividades físicas a las cuales dedican al menos una hora semanal, desde caminatas hasta

Pilates, yoga, eutonía, baile o algún deporte. Algunas, como Elvira, lo practican más intensamente: *“Caminatas, casi todos los días, voy a Pilates y ahora estoy en un curso de stretching[...] estuve haciendo yoga”* y otras entrevistadas, si están muy ocupadas en sus trabajos, aprovechan ciertos 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,) y como una estrategia para mantenerse en forma y conservar la salud.

Aunque en menor medida, algunas entrevistadas han dejado de hacer actividades físicas por motivos vinculados al trabajo del cuidado del familiar u otras razones. 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. No soy muy constante para hacer actividad física y eso. Sé que lo tengo que hacer y todos los médicos me mandan, pero digo que ‘después iré’ y nunca voy”*. Esta situación es compartida por otras mujeres y puede considerarse como evidencia del problema de la postergación, que no es ajena a las mujeres de estratos medios: *“Me cuesta mucho, para hacer gimnasia o ir a la facultad y estudiar, también lo del cuidado personal. Sí, porque siempre va a estar primero ella [su mamá] y lo que le pasa. Lo de los médicos es muy loco, porque te dan un turno para tal día y vos no mirás lo que tenés para ese día. Se suspende todo por ir con tu mamá al médico”* (Marité).

Las actividades recreativas y la vida social ayudan a las mujeres a sentirse bien y algunas de ellas se sienten cuidadas por sus amistades pero, al mismo tiempo, sostienen que les resulta difícil desligarse por completo de las preocupaciones que las aquejan con respecto a sus familiares y no pueden compartirlas con sus amigos: *“Yo sé que estoy cuidada y acompañada, porque tengo gente que me banca y tengo amigos que me ayudan y ellos saben que la manera de hacerlo es –‘dejate de joder, vamos a salir, arreglá porque tenés que cortar’ [...] Pero el tiempo para tus amigos o para otras cosas terminan siendo afectados”* (Gloria). Y Marité agrega: *“Nunca te podés desconectar del todo porque siempre puede estar pasando algo [...] Así que nunca hay tiempo de ocio puro, o hay pero muy breves momentos [...] venís con todo ese mundo y las preocupaciones, que uno se las hace carne. Y después llegás a la cena de amigos y te cuesta salir de ahí, no podés hablar con tus amigos de eso, de que tu mamá se hizo pis”* (Marité).

Salir de vacaciones “*es un lío*” o un plan que puede cancelarse o postergarse debido a la carga del cuidado; algunas entrevistadas han tenido que renunciar a ese periodo de descanso para resolver urgencias con sus familiares.

3. c.- *Autopercepción de la propia salud*

¿Cómo califican las entrevistadas de sectores medio-bajos su estado de salud? Ninguna de ellas piensa 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*”. Como se desprende de estos testimonios, la percepción de la propia salud se define desde una visión medicalizada, acorde a una concepción de salud asociada a la ausencia de enfermedad y no como sinónimo de bienestar. Carola y Telma son las únicas entrevistadas que, al expresarse sobre cómo perciben su estado de salud, opinan que es “mala”, aunque al dialogar sobre otros temas dicen que gozan de buena salud.

La salud mental, en cambio, es evaluada en mejores términos, lo cual puede sorprender si se parte del supuesto de que las mujeres de los estratos medio-bajos, en comparación con las de sectores medios, suelen afrontar mayores problemas económicos: “*Creo que bien [risas], no noto nada raro [...] remedios no tomo ninguno por ahora*” (Clelia). También podría pensarse que es precisamente el poder superar algunas situaciones difíciles de vida lo que lleva a elaborar evaluaciones positivas. Así se deduce del testimonio de Clarisa que, vale advertir, es la única que menciona la intervención de un psicólogo: “*Los médicos me dijeron que eso era por el dolor del alma [en referencia al fallecimiento de una hija de corta edad], yo después trabajé con una psicóloga [...] fue el único momento que estuve mal*” (Clarisa).

Los médicos de los familiares asistidos juegan un rol importante como mediadores del cuidado de la salud de las mujeres, como en el caso de Telma, a quien el médico “*de la salita*” que atiende a su hija le aconsejó consultar a una psicóloga y esta profesional le indicó que tenía que “*aprender a pedir ayuda*” para cuidar a su hija.

Los efectos del trabajo de cuidado de la salud de las mujeres parecen agudizarse cuando las cuidadoras y los familiares residen en domicilios diferentes, debido al cansancio que trae aparejada la responsabilidad del trabajo doméstico de dos residencias y la falta de

tiempo para descansar. Esta situación, que se encuentra agravada si las mujeres trabajan y, además, se ocupan de cuidar a otros integrantes de la familia, se pone de manifiesto en el “*ir y venir*” de la vida cotidiana. A estos problemas se suma la presencia de barreras arquitectónicas, que dificultan el trabajo del cuidado. Como ejemplo puede señalarse el problema de los servicios públicos de transporte (colectivos sin rampas, ausencia de cinturones de seguridad), que condicionan el desplazamiento de las personas con discapacidad y de sus cuidadoras y causan problemas en la salud.

Las mujeres de niveles medios evalúan su estado físico y mental como muy bueno y bueno; para justificar estas calificaciones, algunas apelan a lo que consideran evidente como Elvira: “*Porque me siento bien*” y 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). Los testimonios muestran la coexistencia de distintos modos de interpretar la salud: en negativo, como ausencia de enfermedad o en positivo como sinónimo de bienestar general. Esta última perspectiva permite comprender que varias entrevistadas que tienen problemas de salud igual se sienten saludables. También es de hacer notar que algunas de estas mujeres que califican su salud como muy buena o buena identifican cierto deterioro personal al que asocian con la edad y con el trabajo del cuidado: “*A veces hasta me siento más vieja que mi mamá. Porque yo tengo muchas cosas y encima tengo a ella y a mis nietos. No sé si entedés*” (Elvira). “*Mi mamá está mejor que yo [...] porque yo tomo [medicación] para el colesterol, fumo, para la tiroides tomo 25.000 remedios, y ella no toma ninguno*” (Ana María).

La mitad de las mujeres de estratos medios recibe o ha recibido asistencia psicológica. Si bien las entrevistadas de estratos medios no piensan que su salud se haya deteriorado como consecuencia de la asistencia que brindan a otra persona, aparecen –como ya se ha anticipado– indicios de ciertos efectos que pudieran atribuirse a esta tarea independientemente de la estrategia de cuidado que hayan elegido. 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*”. Las dificultades para dormir aquejan preferentemente a las cuidadoras de los estratos medios, aunque no siempre por motivos vinculados al trabajo de cuidado, ya que Ester no duerme bien a la noche porque está “*inquieta*” por un viaje que realizará próximamente.

En otros casos, el nivel de dependencia del familiar a cargo puede incrementar el agobio que sienten las cuidadoras, como Marité, una de las más jóvenes de las entrevistadas, que admite sin reservas que la enfermedad de su madre de 63 años la hace sentirse “*más deprimida y nerviosa*”. El agotamiento, así como la frustración por no poder aliviar las dolencias de sus seres queridos, también se pone de manifiesto en las expresiones de algunas entrevistadas que “*fantasean*” con dejar de asumir el compromiso del cuidado: “*Tengo mis días [...] con la responsabilidad que cada uno tiene en su propia casa, más la rutina, el estrés, a veces me quiero ir a la mierda, pero en realidad no puedo cambiar*” (Patricia). Otros signos de agobio se hacen visibles cuando las mujeres mencionan la necesidad de “*salir a respirar*”, “*tomar un poco de aire*”, aunque ya se ha mencionado que no todas disponen de tiempo para ellas o que no se pueden desligar de las preocupaciones que les depara el trabajo de cuidado. Por ende, si bien no se advierten 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).

Así como el cuidar a otros puede tener efectos en la salud de las cuidadoras, también se observa la situación inversa: la aparición de un problema de salud lleva a algunas mujeres a hacer balance y a querer mejorar su bienestar y esto puede traer aparejado ciertos cambios en el desempeño de su rol de cuidadoras. Desde el momento en que a Laura le detectaron un cáncer de mama, ella decidió poner límites a las demandas de sus familiares y pidió ayuda para atender a su papá de 90 años: “*A veces uno por cuestiones culturales o familiares se carga con situaciones que te llevan a enfermar, entonces ahí empecé a ver, a poner a la gente que quiero en su lugar para que no sigan descansando sobre mí y hablo también un poco de mis hijos*”. Por el contrario, algunas mujeres que no tienen quien las reemplace en el cuidado de sus familiares se hacen cargo aún cuando están enfermas, sin importar los costos para su salud: “*Yo he ido con gripe [a cuidar a su madre] y mi hermana ha hecho cosas locas, como por ejemplo, mandarme con remis a buscarme por tres cuadras [...], pero para que yo no tomara frío*” (Carmen).

4.- El cuidado de la propia salud de los cuidadores remunerados

4. a.- Consultas médicas, prácticas preventivas y consumo de medicamentos

El cuidado de la propia salud entre quienes se dedican a trabajar asistiendo a personas dependientes presenta matices. Algunos entrevistados hacen regularmente chequeos debido a problemas de salud o antecedentes familiares; otros, en cambio, admiten que las exigencias laborales les juegan en contra para llevar adelante prácticas preventivas.

No obstante, todos reconocen que es *“importante”* cuidar la propia salud y en ese sentido afirman que hacen todo lo posible por no *“descuidarla”*. Es por eso que comentan que deben encontrar los huecos en sus agendas para hacer consultas médicas aprovechando los días francos.

La mayoría de los entrevistados ha hecho consultas médicas en los últimos 6 meses o en el último año y solo una de las mujeres no visita al médico desde hace cuatro años. Gran parte de las consultas fueron con médicos clínicos o con algún especialista (de columna, endocrinólogo, ginecólogo, cardiólogo, psiquiatra) debido a síntomas puntuales (desgarro muscular, fibromas, desarreglos menstruales, insomnio). Inés relata: *“El año pasado, estuve justo con un problema gástrico. A mí el tema nervioso me afecta mucho el sistema digestivo. Y en el verano estuve con un problema digestivo y consulté a un médico”*. Ofelia comenta: *“Y..., voy al médico, estoy siguiendo, que se yo, para estar bien porque tengo una hija de un año y seis meses y porque, bueno, desde que soy consciente en que tenemos que estar bien nosotros, la verdad no me gustaría que me pase algo y sobre todo para estar con una buena salud y poder trabajar”*.

Casi todas las mujeres afirman hacer consultas ginecológicas anuales (Papanicolaou y Colposcopia) y una vez por año hacen controles de presión y análisis de sangre. Las de mayor edad se hacen mamografías por indicación médica. Sin embargo, la postergación del cuidado de su propia salud es reconocida por Ofelia, que debe ir a una ginecóloga para *“hacerme una pequeña operación, tengo un fibroma fuera del útero y unos cálculos, entonces, eh, mediante los trabajos que venían seguidos, no pude hacérmela”*.

Hay que destacar que la mayoría padece diversas enfermedades (mastitis, osteoporosis, edemas, miomas, cálculos, jaquecas, hipotiroidismo, enfermedad de Crohn) con las que deben lidiar para cumplir con sus largas jornadas-o noches- de trabajo. De allí que muchas veces la administración de medicamentos aparece asociada a la adherencia a algún tratamiento para las enfermedades que padecen. Por ejemplo Gloria sufre de jaquecas y comenta que *“a veces me agarra fuerte y tengo que ir a inyectarme porque con la pastilla que me da el doctor, que la tengo que tomar de noche, no me hace nada, es para prevenir, pero de vez en cuando tengo crisis”*. A Armando le cuesta trabajar de noche por su problema intestinal: *“Me operaron el año pasado de una fístula, y estar sentado toda la noche ¡me mata!, puedo estar sentado una hora y caminar, entonces, por ejemplo en el día yo no me siento. Cuando me siento, el dolor es... muy fuerte”*.

También algunos cuidadores se automedican y recurren a medicinas alternativas y complementos alimentarios como Herbalife, Isoflavonas de Soja o aceite de chía.

4. b.- Actividad física, alimentación y dietas

Aunque conocen las ventajas para la salud y, en ocasiones, los médicos se lo han indicado, los cuidadores pagos admiten que no tienen tiempo para hacer actividad física. A Maribel el kinesiólogo le aconsejó hacer *aquagym*, pero reconoce: *“Me da vergüenza porque soy gorda”*. Analía dice: *“No encuentro el tiempo, el médico me mandó a hacer actividad física para acompañar la dieta, porque cree que me voy a sentir mejor pero todavía no logré”*. Son minoría los que sí salen a caminar, solos o con sus familiares o a pasear al perro. Susana afirma: *“Los días que tengo franco trato de caminar”*. Para Alejandra, desde hace un año, el *running* en el gimnasio se ha vuelto una práctica cotidiana que le permite bajar de peso, estar mejor y *“más que nada porque son dos horas que no pienso en todos mis problemas”*. Inés hace *“yoga, una onda muy tranquila, a veces meditación y camino, trato de ir los fines de semana”*. Dina, de 68 años, usó la bicicleta durante diez años para trasladarse desde su casa hasta el trabajo, pero ante un pequeño accidente en la bicisenda, el médico le dijo: *“Mirá, vos ya sos una persona grande, tratá de no sacar más la bicicleta”* y ahora, *“como mi nuera tiene bicicleta, a veces voy a Agronomía [uno de sus trabajos] con su bici, pero no siempre”*.

En general, los entrevistados encaran una dieta, comen sano o natural, en ocasiones se saltean la cena, controlan la ingesta de sal, de carne, de fritos, de hidratos de carbono, de dulces, de alcohol y tabaco, actitudes que pueden deberse a diferentes motivos: controlar el sobrepeso, la celiaquía o cálculos en la vesícula. A Silvia le gusta *“todo lo que sean los hidratos dulces y evito probarlos, porque yo sé que si los pruebo después no tengo fin. Después trato muchísimo de hacer, o sea, una alimentación lo más sana que pueda. No tomo alcohol, esas cosas, no fumo, bah, nunca fumé, así que, trato de cuidarme mucho”*. Ofelia intenta seguir las indicaciones médicas: *“Sí, sí, sí, hago una dieta, comer lo que tengo que comer para los cálculos: huevo, qué sé yo, por ejemplo, lechuga, zanahoria y todo eso, tampoco, todo hervido. [...] Pero a veces no le llevo el apunte a la dieta, viste, siempre una lechuguita o qué sé yo, pero bueno, sí, tengo que hacerla”*.

En contraste con otros estudios que revelan cierto maltrato en lo que se refiere a la calidad y la cantidad de los alimentos que los empleadores brindan a los cuidadores pagos (Borgeaud-Garciandía, 2013), los entrevistados de esta investigación expresan opiniones en contrario. Así, Maribel comenta que cuando los hijos de la persona que cuida vienen de visita *“traen comidas, hoy por ejemplo están ellos y con visita así comí papas fritas, y bueno, no puedo cerrar la boca, ¡soy gorda!”*. Y Susana afirma: *“Ella se preocupa por mí, quiere que*

coma y todo”; y Delia expresa que: *“comíamos juntas [...] me aburría de tanto que estaba ahí, pensaba solamente en comer”*.

Para la totalidad de los entrevistados, llevar una buena alimentación se torna complicado, ya que pasan muchas horas fuera de sus hogares y no siempre pueden elegir qué comer. El sobrepeso suele ser un problema, como en el caso de Armando, que pesa 140 kilos, lo cual, sumado a una enfermedad crónica, le provoca problemas circulatorios, cardíacos y retención de líquidos.

4. c.- Autopercepción de la propia salud

La autopercepción del estado de salud es un indicador muy valioso, ya que relaciona los aspectos físicos y mentales de la salud de las personas y se aleja de valoraciones ancladas en diagnósticos médicos a partir de la interpretación de síntomas (Rohlf et al., 2000). Entre los cuidadores remunerados la autopercepción de la propia salud –física y mental– suele ser buena, aunque luego reconozcan una serie de malestares asociados a los hábitos de vida, el trabajo y la edad, que ponen en duda esa apreciación de primer momento: *“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, y no es lo mismo [...] el colesterol lo tengo bastante alto”* (Maribel).

Como es de esperar, todos admiten que tener una buena salud es primordial para desempeñarse en sus trabajos y, en general, el énfasis está puesto en la salud mental: *“Si no hay salud, no tenés nada, [...]tenés que estar bien, con buena onda. Siempre con buena onda [risas], siempre”* (Delia); *“Siempre estoy de buen humor, para mí es fundamental ponerle la mejor, de buena energía ¿no? porque ya la persona tiene suficientes problemas para que vos vayas a llevarles más”* (Silvia).

Algunas cuidadoras se reconocen más vulnerables en el plano psicológico y lo adjudican a situaciones personales, como la pérdida de algún ser querido: *“Mi salud tiene altibajos, a veces estoy muy bien, y a veces estoy vulnerable [...] puede ser que en este momento, esté un poco bajoneada, pero es porque falleció la mamá de una amiga y el papá de otra amiga, que eran personas excepcionales, entonces... no es depresión, es melancolía lo que siento. Pero pasa”* (Gloria).

Las historias de vida inciden en la evaluación que hacen de su estado de salud mental: *“¿Mi salud? Estoy bastante bien, con la familia que tuve y que tengo... [hermana con problemas de salud mental, relación conflictiva con su ex pareja; padre violento] igual tengo problemas, algunos los puedo mejorar y otros no, pero bueno, hago lo que puedo”*

(Alejandra). Por eso buscan escapes de diferentes maneras: *“Me quiero desenchufar un poco, trato de distraerme”* (Inés). Así, salir de compras, ir a bailar, estar con la familia o los amigos, disfrutar del contacto con la naturaleza son las actividades que las distraen de sus obligaciones laborales.

Pero lo cierto es que el cuidado de una persona dependiente supone una dosis de estrés que raramente se experimenta en otros trabajos remunerados. Las cuidadoras deben poner distancia, recurrir a diversas estrategias y hacer equilibrios para desempeñarse en esta tarea. El fuerte componente relacional de la actividad de cuidar se complejiza cuando la intimidad compartida es compleja y los fuertes lazos afectivos que se tejen entre la persona cuidada y las cuidadoras dan lugar a la despersonalización de estas últimas (BorgeaudGarcíandía, 2013).

4. d.- Problemas para dormir de noche y malestares propios de la tarea de cuidar

De acuerdo con Tobío et al. (2010) el principal cuidado que uno se da a sí mismo es el sueño, que es una actividad básica de recuperación de la energía, irrenunciable e intransferible. Si no se duerme se originan serios problemas en la vida cotidiana. Casi todos los cuidadores admiten dificultades para conciliar el sueño por las noches ya que suelen tener horarios de trabajo nocturnos, situación que se agrava según las características de la persona que cuidan. Por ejemplo, Delia, que cuida a un señor con aterosclerosis que *“No duerme ni de día ni de noche”*, comenta que son varios cuidadores *“Porque uno solo te mata”*. Además ella hace *“Noche por medio, porque no dormís nada, se le aflojan las esfínteres, hay que pararlo, pasarle el papagayo, quiere agua, no duerme, es complicado”*, y agrega: *“Si trabajo de noche, duermo en el día y ponele cortado, a la mañana duermo cuatro horas, a la tarde cuatro”*. Algo similar sostiene Analía, cuando comenta *“Vamos rotando, si trabajamos en varios horarios o de noche, es imposible, no aguantas, por más que duermas en tu casa, no aguantas tantas horas despierta, en algunas tenés que estar despierta toda la noche y en otras solo acompañas”*. Pilar tampoco duerme bien de noche, porque la persona que cuida *“Tiene confundido el día con la noche, toda la noche te grita, te putea, te hace de todo, [...] ya me llegué a acostumbrar [...] creo que ya con dormir una hora ya estoy tranquila, o dos horas, no sé, ya me acostumbré a ese movimiento de vida, o mi cuerpo ya lo hizo”*.

Además, los cuidadores que han recibido algún tipo de capacitación saben que cuando terminan sus turnos no pueden abandonar a la persona cuidada hasta que llegue el relevo y eso puede ir en detrimento de sus horas de sueño. Por su parte, 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”*. Por

eso, los cuidadores que pueden, aprovechan los fines de semana para descansar. En otros casos, la vuelta a su hogar las introduce nuevamente en sus roles de madres, esposas y amas de casa, como Silvia, que cuenta que tuvo a su hija enferma y eso le afectó el sueño: *“No podía dormir y yo si no puedo descansar a la noche, no puedo rendir bien en el día y no puedo trabajar”*. A raíz de este desarreglo en el sueño consultó con un psiquiatra, que le indicó un ansiolítico para poder dormir.

El cuidar a personas dependientes ha causado a los entrevistados problemas de salud producto de la actividad como dolores musculares, contracturas, dolor de cintura o de espalda. Algunos optan por el uso de fajas o corsés y valoran las técnicas que han aprendido en los cursos de capacitación para el cuidado de los adultos mayores. Una molestia típica que mencionan es el dolor en las muñecas. Sara da cuenta de ello y atribuye los suyos al sobrepeso de la señora que cuida. Asimismo, los cuidadores admiten que cuidar en los domicilios los obliga a realizar esfuerzos en condiciones de mayor riesgo para su salud que cuando lo hacen en instituciones, porque éstas tienen condiciones apropiadas para permitir la movilidad de las personas dependientes.

También se mencionan los problemas de estrés y cansancio que provoca este trabajo. Quienes han hecho cursos de capacitación cuentan con más herramientas para enfrentar los aspectos emocionales del trabajo de cuidar y hacen referencia a *“la teoría del vínculo”* y a la necesidad de establecer una *“distancia óptima”* con el otro para poder alejarse de situaciones de tensión o dolor.

4. e.- La precariedad laboral como telón de fondo

La fragilidad de los trabajos de los cuidadores hace que enfermarse equivalga a quedarse sin trabajo, como le sucedió a Analía, que recuerda: *“Me enfermé, me quedé sin trabajo”*. Por eso cuando le duele algo: *“No lo digo, o 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 lo afirma Silvia: *“Físicamente nosotros sabemos que haciendo determinada tarea llega un momento en que ya no la vamos a poder hacer”*.

El trabajo de cuidado es una combinación de responsabilidad y lazo afectivo con la persona cuidada, por eso cuando esa persona muere, el impacto emocional suele ser muy fuerte: *“Después de cuidar a una persona tres o cuatro años, cuando falleció yo no supe cómo manejar el duelo y me afectó mucho a mí en lo personal”* (Inés). Los fuertes lazos

afectivos que se llegan a establecer en el marco de estas relaciones laborales pueden cortarse de un día para el otro por la institucionalización o la muerte de la persona cuidada.

Otro aspecto a destacar es el carácter de servicio que asume el trabajo de cuidado. Bajo esta noción se naturalizan ciertas características sociales -determinadas por el género, la etnia, la clase social y la condición de migración- que pueden orientarse trabajando en el servicio doméstico o en el cuidado de personas dependientes, mientras que otros conjuntos de población son receptores de esos servicios. Los cuidados son brindados mayoritariamente por mujeres en condiciones laborales precarias signadas a menudo por jornadas agotadoras, estrés emocional y escaso reconocimiento de derechos (Tobío et al., 2010).

Quienes cuidan asumen la tarea con mucho amor y en ocasiones descuidan la propia salud, por eso la frase de Susana es, tal vez, la que mejor refleja esta situación: *“Amo tanto la salud que me consume la salud”*. En ocasiones, el cuidado se concibe en clave de relación afectiva signada por el amor y da lugar al “olvido de sí”, que se traduce en el descuido de uno misma y remite a un modelo de feminidad basado en el sacrificio y la abnegación (Murillo, 2000; Tobío et al, 2010). Esta naturalización del cuidado como actividad femenina va en detrimento de su reconocimiento social, de allí que se lo conciba en los términos que Delia relata según los dichos de la nuera de la señora que ella cuidaba: *“Ay, son unas divinas, ustedes trabajan con el corazón, no por la plata, sino con el corazón”*. De acuerdo a Torns (2008), la ética del cuidado contrasta con la ética de la racionalidad que domina las relaciones del mercado, allí donde el amor y las emociones no tienen cabida.

5.- A modo de cierre

Los testimonios de las mujeres que cuidan a familiares permiten constatar que el trabajo de asistir a otras personas tiene consecuencias en el cuidado de la salud de las entrevistadas. El modo en que interviene el trabajo de cuidado debe valorarse en conexión con factores como el estrato socioeconómico de las mujeres y su condición de actividad, que permite distinguir pautas diferenciales de cuidado. En ese sentido, las mujeres de niveles medios que trabajan lo hacen en empleos relacionados con su profesión y se sienten satisfechas con su tarea, están más desligadas de lo que constituye el “hogar” o el plano doméstico, y es habitual en ellas manejarse en el ámbito público, en el “afuera”. En cambio aquellas cuidadoras de escasos recursos que aportan de manera importante al sostenimiento de sus hogares, trabajan en empleos relacionados 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, en ocasiones, incluyen la atención a ancianos. Se

requiere no perder de vista algunas cuestiones que surgen del análisis y que ameritan ser tenidas en cuenta a la hora de diseñar soluciones a favor de la salud de las cuidadoras. En primer lugar, deben señalarse las desigualdades en las prácticas preventivas: las mujeres de los estratos medio-bajos se cuidan menos que las de los estratos medios. Era presumible pensar que las 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. Estos indicios se expresan claramente entre las mujeres de escasos recursos: sus comportamientos preventivos apenas se esbozan entre las más jóvenes mientras que las de mayor edad sólo cuidan de sí mismas cuando el estado de su salud pone en riesgo su trabajo de asistencia. Esto hace que consulten al médico ante las urgencias, canalicen ansiedades mediante la comida y no practiquen actividades físicas, posponiendo sus necesidades frente a las de otros familiares que requieren atención inmediata. El no valorar las conductas que podrían beneficiarlas porque implicaría restar tiempo a sus deberes, sólo se permiten faltar a sus obligaciones cuando la criticidad de su estado de salud amenaza su rol de asistencia al familiar. Por el contrario las cuidadoras de sectores medios – probablemente por su mayor nivel educativo y de condiciones de vida- mantienen en general 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 la juventud que, con matices, no se alteran al desempeñar las tareas de cuidado. Además, estas mujeres están convencidas de que salvaguardar su bienestar redundará a favor de sus asistidos.

De los testimonios de los cuidadores remunerados se desprende la presencia de diversos problemas de salud: además de patologías preexistentes también informan sobre episodios 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, sólo acuden a las consultas para el tratamiento de sus enfermedades crónicas o ante la aparición de malestares que les impidan llevar a cabo su trabajo. Aquellos cuidadores que han obtenido una mayor profesionalización cuentan con más recursos para encarar el cuidado de su propia salud física y mental. A partir de ello aprenden, entre otras cosas, a movilizar a la persona dependiente con el menor costo posible para su integridad física, a manejar una distancia afectiva más saludable con el asistido y su entorno y a sobrellevar de mejor manera el deterioro y el dolor de los duelos.

En segundo término, es preciso destacar las dificultades que tienen las mujeres que cuidan a sus familiares, especialmente las de sectores medio-bajos, para adoptar pautas de

cuidados de carácter integral: la mayor parte restringe el cuidado de la salud a la realización de chequeos médicos sin contemplar otras dimensiones del cuidado (ejercicio físico, recreación, vida social, ocio) que también contribuyen a mejorar la salud y el bienestar. Las prácticas de la propia salud de las entrevistadas varía de acuerdo a las pautas de cuidados adoptadas a lo largo de la vida, los antecedentes de salud familiar, las creencias sobre las enfermedades y las maneras de evitarlas, factores que permitieron detectar algunos matices.

Es de resaltar que las prácticas del cuidado de la salud de las mujeres de estratos medio-bajos que asisten a sus familiares no difieren demasiado del auto-cuidado que los trabajadores remunerados tienen para sí en cuanto al manejo de las experiencias preventivas. Ambos grupos proceden de similares niveles socioeconómicos lo que muestra comportamientos semejantes.

El trabajo de cuidado constituye una práctica atravesada por sentimientos de amor, solidaridad y lealtad, por normas sociales, éticas y morales y por mandatos culturales y de género, que llevan a naturalizar, legitimar y reproducir el protagonismo de las mujeres en esa tarea incluso cuando tenga efectos adversos para su propia salud y su vida (Julve Negro, 2006).

6.- Referencias bibliográficas

- Boltanski, L. (1975) *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires, Editorial Periferia.
- BorgeaudGarcandia, N. (2013) “En la intimidad del cuidado de adultos mayores dependientes: la experiencia de cuidadoras “cama adentro” en la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires”, en L. Pautassi y C. Zibecchi (Coord.) *Las Fronteras del Cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires, Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y Biblos.
- Castro, R. (2000) “La experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad”, en *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Morelos, UNAM- CRIM.
- Corin, E. (1996) “La matriz social y cultural de la salud y la enfermedad”, en R. Evans, M. Barer y T. Marmor (ed.) *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Madrid, Editorial Díaz de Santos.
- Evans, R. G, y G. L. Stoddart G. L. (1996) “Producir salud, consumir asistencias sanitaria”, en R. Evans, M. Barer y T. Marmor (Ed.) *¿Por qué alguna gente está sana y*

otra no? Madrid, Editorial Díaz de Santos García-Calvente, M. M., I. Mateo-Rodríguez y G. Maroto-Navarro (2004) “El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres”, *Gaceta Sanitaria*, Vol. 18: 83-92.

- Julve Negro, M. (2006) “Dependencia y cuidado: implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora”, *Revista Acciones e Investigaciones Sociales*, Nº 1: 260-262.
- Menéndez, E. (1994) “La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?”, *Alteridades*, Año 7, Nº 7: 71-83. Murillo, S. (2006) *El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio*. Madrid, Siglo XXI.
- Rohlf, I, C. Borrell, C. Anitua, L. Artazcoz, C. Colomer, V. Escribá, M. García Calvente, A. Llacer, L. Mazarrasa, M. Pasarin, R. Peiró y C. Valls-Llobet (2000) “La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud”, *Gaceta Sanitaria* 14 (2): 146-154. Disponible en <http://www.gacetasanitaria.org/es/la-importancia-perspectiva-genero-las/articulo-resumen/S0213911100714488/> Fecha de acceso: 10/03/2007.
- Tobío, C.; T. Silveria Agulló, V. Gómez y T. Martín Palomo (2010) *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Fundación La Caixa. Colección Estudios Sociales, Núm. 28. Disponible en www.laCaixa.es/ObraSocial Fecha de acceso: 11/06/2013.
- Torns, T. (2008) “El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género”, *Empiria, Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, núm. 15, enero-junio, 2008: 53-73. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/2971/297124045003.pdf> Fecha de acceso: 11/06/2013.