



# Guardianas de la salud: el cuidado de adultos mayores por mujeres en una colonia de la ciudad de México

CAROLYN A. MENDEZ-LUCK

UCLA, School of Public Health Los Ángeles, California.

STEVEN P. WALLACE

DAVID P. KENNEDY

Rand Corporation, Estados Unidos.

## Introducción

La población de México envejecerá rápidamente en el siglo XXI: se espera que la población mayor de 60 años llegue a 35 millones (24% de la población total) para 2050 (Naciones Unidas, 2002). La población anciana en México también está experimentando un cambio en la morbilidad y mortalidad al pasar de enfermedades transmisibles a crónicas, así como una mayor longevidad (Martínez y Leal, 2003). Se espera que el número de adultos mayores (de 65 años en adelante) por cada persona en edad laboral (de 15 a 64 años) aumente de 7.6 en 2000 a 30.0 en 2050 (Naciones Unidas, 2002), lo que indica que las necesidades de apoyo social para los adultos mayores probablemente aumenten en el futuro. Dado que el riesgo de discapacidades y enfermedades crónicas aumentan con la edad (Organización Panamericana de la Salud, 2002, 2003), estas tendencias indican que la demanda de cuidado de adultos mayores, tanto formal como informal, será abrumadora a medida que México continúe envejeciendo.

Aunque la población mexicana está envejeciendo, las opciones de cuidado a largo plazo son limitadas para adultos mayores. Los servicios formales de apoyo para esta población no están incluidos en el sistema de salud del país (Barraza-Llorens, Bertozzi, González-Pier y Gutiérrez, 2002), ni tampoco los cubre el Instituto Mexicano del Seguro Social (Gutiérrez-Robledo, Reyes-Ortega, Rocabado-Quevedo y López-Franchini, 1996). La falta de acceso a un

cuidado formal a largo plazo se ve reflejada en los bajos índices de uso de asilos para ancianos en la ciudad de México (Gutiérrez-Robledo, 2002). Estas circunstancias hacen pensar que los mexicanos ancianos no están siendo cuidados o que sus necesidades diarias son atendidas en otros lugares. En investigaciones en sociedades tanto occidentales como no occidentales se ha documentado el importante papel de las familias en la vida de sus miembros más viejos. El cuidado informal de los ancianos entra en el ámbito del cuidado de otros no remunerado, es decir, actividades que sirven a otros, requieren tiempo y energía, y no reciben una compensación financiera (Unifem, 2000).

En todo el mundo, el trabajo de cuidado de otros no remunerado se ha considerado una responsabilidad predominantemente femenina, incluido México. De acuerdo con un estudio mexicano reciente, el cuidado de los adultos mayores recae sobre todo en las mujeres porque se considera que es una labor femenina (Robles-Silva, 2000). La bibliografía mexicana sobre ocupaciones de mujeres en la esfera privada indica que se entrena o socializa a las personas en papeles que definen el cuidado de otros como una responsabilidad de la mujer (Finkler, 1994; Willis, 1993). Se sabe poco del cuidado de los adultos mayores en México y del papel de la mujer en este proceso, aunque en la abundante bibliografía sobre el cuidado de otros en América del Norte se hace una suposición implícita sobre la adaptabilidad universal de los conceptos y medidas del cuidado de otros. Sin em-



bargo, se desconoce en qué este trabajo es culturalmente universal dado el limitado número de investigaciones sobre esta actividad en otros contextos.

El presente estudio se emprendió como un paso pequeño, pero importante, para llenar una laguna de conocimiento sobre el cuidado informal de los adultos mayores en México. Los objetivos de este artículo son describir la manera en que una pequeña muestra de mujeres de bajos ingresos en una colonia de la ciudad de México conceptualizaba el papel de la cuidadora e identificaba las formas de atención que brindaban a diario a sus seres queridos ancianos. El objetivo general de nuestro estudio fue explorar cómo conceptualizan las mexicanas el cuidado de otros como un *constructo* en lo que respecta a creencias culturales, normas sociales, funcionamiento de los papeles y obligaciones familiares. Formulamos un subconjunto de preguntas de investigación, incluidas aquellas relacionadas con los propósitos de este artículo.

### **Métodos**

En este estudio se aplicó un enfoque teórico fundamentado para examinar la manera en que se construía socialmente el cuidado de los adultos mayores y se imaginaban sus componentes entre las mujeres dedicadas a esta actividad en una pequeña colonia de la ciudad de México. Nos interesaba particularmente la manera en que las mujeres organizaban su comportamiento e interpretaban sus experiencias en el cuidado de otros para crear su realidad social como cuidadoras. Aplicamos el método cualitativo de entrevistas en profundidad, que puede ser una aproximación valiosa para entender la experiencia de las cuidadoras (Abel, 1991). Las técnicas de entrevistas en profundidad pueden ser especialmente eficaces para conocer los significados emocionales y simbólicos del cuidado de los ancianos que no se detectan en los enfoques típicos para hacer encuestas (Blieszner y Hamon, 1992).

### **Fuentes de datos y procedimientos de recopilación**

El *sitio del estudio*, la ciudad de México, también conocida como Distrito Federal, se compone de 16 unidades geográficas llamadas delegaciones, cada una de las cuales se divide en colonias. El sitio del estudio específico fue la colonia Tetelpan, ubicada en la delegación Álvaro Obregón. Elegimos Tetel-

pan porque queríamos un lugar donde la mayoría de la población fuera de recursos económicos limitados para tener mayores probabilidades de hallar mujeres que asumieran el papel de cuidadoras principales. Contratar servicios a domicilio entre el sector de trabajo informal es común entre las familias de ingresos medianos y altos (Lomnitz, 1982; Lomnitz y Pérez-Lizaur, 1979). Estos servicios pueden incluir el lavado de ropa, la limpieza de la casa, el cuidado de los niños y de los adultos mayores. Aunque se dispone de datos específicos de la colonia, los datos correspondientes a la delegación indicaban que Álvaro Obregón tenía menos gente de medianos ingresos y más gente de bajos ingresos en comparación con el Distrito Federal en su conjunto. Casi dos tercios de la población de Álvaro Obregón ganaba la mitad del salario mínimo, o incluso menos, en comparación con el 61% de todo el Distrito Federal. El salario mínimo diario en esta delegación ascendía a 26.45 pesos (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1998a), que equivalen a 2.82 dólares estadounidenses.

### **Selección de la muestra**

Las mujeres que cumplían con los siguientes criterios en el momento de la entrevista eran elegibles para participar en el estudio: 1) edad mínima de 18 años, 2) identificadas a sí mismas como la principal persona responsable del cuidado general de un familiar dependiente adulto mayor y 3) la cuidadora y el anciano habitaban en la misma vivienda. Se definió familiar adulto mayor dependiente como una persona de por lo menos 60 años con parentesco sanguíneo o político que necesitara ayuda para una o más actividades de la vida diaria (funciones básicas como alimentarse, bañarse, vestirse, caminar, arreglarse y ocuparse de su higiene personal, Katz, 1983), o actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton y Brody, 1969; funciones de orden superior como transportarse, cocinar, hacer las compras, ocuparse de las tareas domésticas y administrar las finanzas). Hicimos una excepción con el requisito de la edad en dos ocasiones cuando quienes recibían el cuidado aún no tenían 60 años, pero sus cuidadoras los calificaban como "viejos".

Se seleccionó a las participantes en el estudio con base en una combinación de métodos de muestreo de bola de nieve e intencional. Ubicamos a las par-



ticipantes iniciales en el estudio por medio de personas que habían vivido toda su vida en la colonia y miembros de un grupo parroquial local como principales informantes. El muestreo de bola de nieve, técnica que sirve para reclutar participantes en un estudio por medio de referencias de otros participantes, fue de mucha utilidad para localizar a personas difíciles de ubicar con características similares (Bernard, 1995), en este caso, ser una cuidadora. Luego de las primeras entrevistas, hicimos un muestreo intencional para aumentar el número de participantes en el estudio que representarían una serie de situaciones de cuidado de otros, a fin de examinar los temas pertinentes que surgieron en entrevistas anteriores (Bernard, 1995). Este enfoque fue necesario para el estudio porque no era probable que las cuidadoras informales de bajos ingresos encontrarán trabajo en el sector laboral formal o recibieran prestaciones gubernamentales y, por consiguiente, no habría sido fácil identificarlas por medio de los datos censales o del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### *Recopilación de datos*

Obtuvimos el consentimiento informado de las participantes en el estudio, aplicando los procedimientos aprobados por la Consejo de Revisión Institucional de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA). Los datos se recopilaban por medio de entrevistas semiestructuradas para las que se usó una guía sobre los siguientes aspectos: 1) historia de cómo se llegó a ser cuidadora; 2) formas de asistencia y contextos del cuidado de otros; 3) creencias sociales y culturales sobre el envejecimiento, y 4) creencias sobre el papel del cuidador. Esta guía se elaboró inicialmente en inglés y se aplicó con tres mujeres mexicano-estadounidenses que vivían en el este de Los Ángeles. Después se revisó la guía, se tradujo al español y se puso a prueba con dos mexicanas, una que vivía en Tetelpan y otra que vivía en una colonia cercana. La guía de la entrevista pasó por varias revisiones durante el proceso de recopilación de datos a medida que surgían nuevos conceptos del proceso de análisis iterativo, el cual ocurría a la par de la recopilación de datos. Todas las entrevistas se grabaron, se hicieron en español con ayuda de un hablante nativo capacitado y duraban un promedio de 50 minutos. La investigadora principal estuvo presente durante

las entrevistas para tomar notas de sus observaciones. Un transcriptor profesional hablante nativo se encargó de transcribir textualmente las cintas de las entrevistas.

### *Análisis de datos*

Las transcripciones de las cintas se analizaron en español. Luego se interpretaron a partir de un enfoque teórico fundamentado (Strauss y Corbin, 1994) que incluía un proceso iterativo de organización taxonómica, análisis de contenidos y cartografía de códigos. Cada transcripción se codificó a mano mediante repetidos análisis del texto. Primero se dividió el texto en fragmentos y “se agrupó” en torno de palabras o frases sueltas. Los grupos de texto se codificaban y organizaban en categorías jerárquicas por niveles consecutivos de abstracción cada vez mayores para construir un contenido temático.

Luego se tradujeron las citas al inglés para su uso en este artículo. Las citas originales se pueden solicitar a los autores. Un asesor en idiomas tradujo cinco entrevistas al inglés a fin de cotejar y validar las traducciones de los investigadores.

## **Resultados**

### *Características de la muestra*

Un total de 41 mujeres cuidadoras participaron en el estudio. La muestra tendió a componerse por residentes de largo tiempo en Tetelpan con bajos niveles de ingresos y educación (cuadro 1).

Tres cuartas partes de las participantes habían vivido en Tetelpan más de dos décadas y más de la mitad había vivido ahí toda su vida. La edad promedio de las participantes era de casi 50 años, con un intervalo de 19 a 83 años. El nivel de escolaridad de las participantes en el estudio era muy variable: de 1 año (jardín de niños) a 18 años (bachillerato), con un promedio de poco menos de 8 años, el equivalente de primaria más un año de educación secundaria. Apenas poco más de la mitad de las participantes tenían niveles de escolaridad equivalentes a la primaria únicamente y 19 de ellas no la habían terminado. Aunque la mayoría de las participantes no trabajan fuera de casa, 25% tenía empleos de medio tiempo y 10%, de tiempo completo. El ingreso mensual mediano por familia era de 2 000 pesos, con una amplia variación de 800 a 10 mil pesos. El ingreso mensual familiar fue



un cálculo aproximado para toda la familia, que incluyó a las personas que trabajan fuera de casa y a las que no lo hacían. Por consiguiente, cuando se consideró el número de personas económicamente activas de la familia, el ingreso mensual promedio fue menor a 500 pesos por persona o el equivalente a 53 dólares estadounidenses.

### **Descripción de las relaciones en el cuidado de otros**

La mayoría de las participantes cuidaba a alguien que no era su cónyuge (cuadro 1). En términos generales, la edad promedio de las personas cuidadas era de 75 años, con un intervalo que iba de 56 a 92 años. La mediana de años dedicados al cuidado de estas personas era de cinco años, con una amplia variación de dos meses a 65 años, lo que refleja una combinación de situaciones de cuidado de

otros de corto y largo plazos. Dos mujeres cuantificaron el tiempo que llevaban siendo cuidadoras como “toda su vida” porque sus familiares habían vivido siempre con ellas.

### **El papel de cuidadora como guardiana de la salud**

Hicimos a las participantes en el estudio una serie de preguntas abiertas sobre lo que les gustaba y lo que no de ser cuidadoras y cuál era el aspecto que consideraban más importante de cuidar a un familiar mayor. También les preguntamos sobre la salud de su familiar y cómo había cambiado ésta a lo largo de su experiencia como cuidadoras. En nuestro análisis de las respuestas a ésta y otras preguntas, el principal tema que aparecía era la idea de las cuidadoras como *guardianas* de la salud de sus familiares. Observamos que 27 de las 41 cuidadoras se consideraban guardianas. En el cuadro 2 se presentan extractos de las entrevistas con las participantes que consideraban el papel de cuidadora como guardiana y el de aquellas que no opinaban así. Estos extractos representan varias situaciones de cuidado de otros, incluido el de cónyuges y no cónyuges, a largo y a corto plazos. Las enfermedades o condiciones que presentaban las personas cuidadas según el relato de las participantes iban de enfermedades mentales, como demencia, síntomas depresivos y esquizofrenia, a padecimientos físicos como artritis, diabetes, obesidad, afecciones cardíacas, accidentes vasculares cerebrales y edad avanzada.

Las participantes en el estudio que consideraban el papel de las cuidadoras como guardianas se veían a sí mismas como responsables directas de los cambios positivos en la salud de sus familiares mayores. Las participantes en el grupo de no guardianas también vigilaban los cambios en la salud de sus familiares mayores, pero atribuían las mejoras en su salud a otros factores, como tomar los medicamentos o recibir tratamiento médico. Al examinar estos dos grupos de participantes, identificamos diferentes modalidades en la manera en que describían el efecto de la actividad de cuidadoras en su vida. Casi todas las participantes del grupo de guardianas consideraban al cuidado de otros como un suceso que cambiaba la vida e incluía la adaptación a una rutina diaria distinta, reducir el empleo remunerado y las actividades sociales, y cambiar su forma de vida a un hogar

**Cuadro 1. Características de la muestra de las entrevistadas y las personas a las que cuidaban (N= 41)**

Características demográficas	[Desviación estándar]	
Edad promedio de la cuidadora (años)	49.8	18.2
Edad promedio de la persona cuidada (años)	75.2	10.9
Promedio de años de escolaridad de la cuidadora	7.7	4.3
Mediana del tiempo de ser cuidadoras (años)	5	18.5
Mediana del ingreso mensual de la familia (pesos)	2 000	1 893.4
Años promedio de matrimonio de las cuidadoras de su cónyuge	51	8.4
	<i>n</i>	%
<i>Situación laboral de la cuidadora</i>		
No trabajaba	25	61
Trabajaba medio tiempo	12	29
Trabajaba tiempo completo	4	10
<i>Estado civil de las cuidadoras no de su cónyuge</i>		
Casadas	15	50
Nunca se habían casado	8	27
Divorciadas o separadas	4	13
Viudas	3	10
<i>Relación de la cuidadora con la persona cuidada</i>		
Esposa	11	27
Hija	17	41
Nuera	4	10
Nieta	6	15
Hermana	2	5
Otro parentesco	1	2



## Cuadro 2. Citas ilustrativas de las guardianas de la salud

### Palabras de guardianas

"Pienso que ha mejorado porque creo que la compañía es buena para una persona mayor, en parte porque así no se sienten solas. No se sienten olvidadas, y pienso que sí, ha mejorado un poco [gracias a mí]".

"No es que sea presumida, pero los doctores me lo han dicho cuando la llevo [al consultorio]. Me dicen: 'eres una buena enfermera'. Mis vecinos, parientes y amigos que vienen de visita también me dicen que se ve bien. Me da gusto estarla cuidando bien. Ella [la doctora] me dice 'ya no está tan [flaca] y [enferma] como estaba'. No es que esté presumiendo o algo así, pero yo creo que es verdad, recibe la atención necesaria... y procuro ver que tenga las cosas [que necesita] y no le falte nada".

"Antes no podía levantarse o ir al baño [sola] y [su salud] estaba muy mal, muy mal. Pero ahora está mejor de salud. Hasta puede caminar con bastón y andadera... Sí, el cuidado y el afecto que todos le damos... y el apoyo que yo le doy [ha sido la diferencia]".

"Eso le dicen. 'Don Roberto le está echando muchas ganas, le ha ganado al azúcar gracias a los cuidados de su mujer...'. Me siento satisfecha de verlo como está [ahora]. Le ha ganado... Cuando los doctores lo estaban viendo, me dijeron '¿Cuántos años lleva enfermo don Roberto? ¿Hace 27 años? Lleva 27 años enfermo y mire qué bien está'. Yo pienso que no se ha vuelto inválido con los años [porque] me he dedicado a cuidarlo".

### Palabras de no guardianas

"Pues sí. Porque como [los doctores] me dijeron que su tratamiento –le dieron tratamiento para la enfermedad crónica que tiene [bronquitis]– era necesario. Entonces se puede decir que [ha estado mejor] por un tiempo. Eso [el tratamiento] la mejoró, la alivió".

"Se estaba sintiendo mal, entonces le dije 've a ver al doctor. No puedes seguir así. Entonces... ella [la hija] me hizo el favor de llevarlo [al doctor] y parece que está mucho, mucho mejor ahora... Sí [ya casi hace un mes que está mejor] porque le hicieron análisis... y lo recetaron. Son gotas lo que está tomando, pero gracias a Dios ya está mucho mejor".

### Contexto

Mariana, de 23 años, llevaba cuidando a su abuela, de 61 años, casi dos años y medio en el momento de la entrevista. Su abuela necesitaba mucha ayuda con funciones básicas como el aseo personal y la movilidad. Sin embargo, Mariana había decidido ser su cuidadora por la compañía y la atención que percibía que su abuela necesitaba en su vejez. Este pasaje refleja sus ideas sobre el envejecimiento y sobre el cuidado de otros como una forma de protección contra una mala salud.

Aracelia y su madre vivían juntas desde hacía 18 años. Empezó a cuidarla apenas dos años antes de la entrevista, cuando la señora, de 82 años, se quedó ciega por complicaciones derivadas de la diabetes. En este extracto, Aracelia comenta cómo sus cuidados habían logrado que mejorara la salud de su madre.

María, divorciada de 56 años sin hijos, llevaba cinco años cuidando a su madre, de 88 años, por su enfermedad cardíaca, aunque ésta no tenía ninguna deficiencia funcional y físicamente se encontraba activa. En esta cita, mostramos la respuesta de María a una serie de pregunta sobre los cambios en la salud de su madre en esos cinco años y el efecto que han tenido sus cuidados en ello.

En el momento de la entrevista, Marta tenía 45 años de casada y llevaba 30 cuidando a su esposo, de 64 años. Don Roberto sufrió un accidente vascular cerebral a los 34 años, que lo dejó con los miembros debilitados, pérdida de capacidad auditiva y dificultades para comer y caminar. Tres años antes de la entrevista, le diagnosticaron diabetes. En este extracto, Marta recordaba una conversación reciente que tuvo con los prestadores de servicios médicos de su esposo. Se destaca su opinión sobre el efecto positivo que su dedicación y cuidados habían tenido en la salida de su esposo.

### Contexto

Le preguntamos a Sara, de 55 años, si creía que la salud de su madre había mejorado con el tiempo y a qué atribuía el cambio positivo. Su madre, de 86 años, no padecía ninguna enfermedad específica, sino "la edad". En esta cita señala que Sara atribuía la mejoría en la salud de su madre a que había recibido tratamiento médico.

Ernestina cuidaba a su marido, de 64 años, que padecía obesidad y tenía problemas para caminar. En el momento de la entrevista, Ernestina llevaba tres años cuidándolo "más". Le hicimos preguntas sobre los cambios en la salud de su esposo durante ese período. Aunque le vigilaba la dieta y se aseguraba de que "su corazón no se agitara", no se atribuía la mejor salud de su esposo.





compartido. Sin embargo, esta modalidad no se identificó entre las participantes del grupo de no guardianas.

### ***Dimensiones emocionales del cuidado de otros***

Las actividades cotidianas (Katz, 1983) y las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton y Brody, 1969) miden el grado en que quienes reciben cuidados no pueden llevar a cabo tareas de cuidado personal y se usan para definir los niveles de necesidad de recibir cuidados (National Center for Health Statistics, 2006). A diferencia de las definiciones que encontramos en la bibliografía, observamos que las participantes en el estudio consideraban el cuidado de alguien dentro del contexto de las necesidades emocionales más que estrictamente físicas de sus familiares mayores. Se hicieron evidentes dos formas de asistencia en el análisis fundamentado de las respuestas sobre el cuidado de otros: *acompañar* y *estar al pendiente*. Las participantes en el estudio consideraban estas formas de asistencia como salvaguardas contra una salud precaria o un empeoramiento de la salud. Acompañar y estar al pendiente no se referían a una conducta particular de cuidado, sino a varias conductas que, examinadas en conjunto, muestran el interés especial de las participantes en impedir reveses en la salud evitando que el adulto mayor se sienta abandonado, solo o no querido.

### ***Acompañar***

Acompañar o el compañerismo era la forma más común de asistencia observada en los comentarios de las participantes en el estudio sobre el cuidado de otros. Les hicimos preguntas abiertas para que describieran un día típico y las cosas que normalmente hacían para ayudar a sus parientes. Las hicimos recordar su jornada desde el momento en que se despertaban hasta que se iban a dormir, así como describir lo que hacían en la mañana, la tarde y la noche. También les preguntamos qué actividad o parte del día disfrutaban más y cuál menos. Observamos que 36 de 41 participantes identificaban acompañar como una forma de cuidado, a lo que se referían como “convivencia” o “platicar”.

La convivencia tenía significados literales y figurados. Literalmente se refería a ocupar el mismo espacio físico o llevar a cabo una actividad en conjunto, como ir a caminar, a misa o al médico.

Algunas participantes señalaban que “desayunaban”, “hacían el quehacer”, “veían la televisión” y “tejían” con sus familiares mayores. En sentido figurado, la convivencia se refería a la cercanía o la unión entre la cuidadora y quien recibía sus cuidados. Algunas participantes describían sus días con sus familiares mayores como “estar en paz”, “convivir”, “compartir” y “ser una familia”. Los siguientes extractos ejemplifican la idea de convivir como una forma de hacer compañía: “Nosotros no hacemos lo que mucha gente, hacerlo a un lado, no. Nosotros convivimos con él muy bien. Mi hija lo quiere mucho.” “Lo que sucede es que conforme pasa el tiempo, necesita más afecto, más apoyo, más compañía. Entonces ahora pasó más tiempo con ella.” “[Lo más importante de ser una cuidadora es] pasar el mayor tiempo posible con él, convivir con él, pues, podría decirse que [son] sus últimos días y recordar la vida que ha tenido, la que yo he tenido.”

Estos extractos se refieren a los elementos literales y figurados de convivir; las participantes en el estudio pasaban físicamente tiempo con aquellos que cuidaban y la convivencia alimentaba la cercanía entre ellos.

Platicar también era una forma común de acompañar que hacía hincapié en que el adulto mayor se sintiera querido y no abandonado. Cabe señalar que las participantes elegían la palabra “platicar” con más frecuencia que cualquier otra como conversar, hablar o charlar. La elección de esta palabra nos hace pensar en charlas informales. Por ejemplo, algunas participantes señalaron que sus familiares mayores “hablaban con ellas”, “les transmitían su conocimiento” y “platicaban con nosotras”. En los siguientes extractos se ponen de relieve las ideas de las participantes sobre “platicar” como otra forma de acompañar:

“Lo que más me gusta es cuando nos platica porque nos hace reír. Eso es lo que más me gusta, cuando estamos juntos, todos juntos, como una familia y ella nos cuenta un chiste”. “Al principio le daba un poco de pena conmigo porque no le gustaba mucho que lo tuviera que bañar y le daba vergüenza. Pero con el tiempo, se acostumbró a mí, entonces ahora me tiene confianza y se siente muy a gusto conmigo, y yo también... Me platica sus secretos, cómo vivía y cuando lo baño ya no le da vergüenza, ni siquiera cuando lo veo [desnudo].”



Estos extractos indican que platicar representaba una intimidad entre la cuidadora y la persona cuidada mediante un intercambio de relatos, ideas y tiempo. También nos indican que estar juntos y platicar no se relacionaban con actividades físicas *per se*, sino que subrayan la importancia de salvaguardar la salud emocional de las personas cuidadas manteniendo una sensación de unión y cercanía mediante conductas de acompañamiento. Además, las participantes expresaban los aspectos disfrutables o placenteros de cuidar derivados de centrarse en los componentes emocional y expresivo de esta actividad. También parecían atribuir un significado positivo a aspectos de otro modo rutinarios de su vida cotidiana.

### *Estar al pendiente*

“Estar al pendiente” era la segunda forma más común de ayuda que observamos en nuestro análisis de las transcripciones: 28 de las 41 participantes en el estudio señalaron que estaban al pendiente de su familiar mayor. Por ejemplo, una de las participantes dijo: “Me gusta estar al pendiente de todos estos detalles: que su cama esté limpia, que se bañe seguido para que esté limpio y todo eso”. Otras dos participantes comentaron: “Yo veo lo mal que se pone, así que estoy al pendiente de él” y “Tengo que estar atenta y al pendiente de él [porque] necesita muchos cuidados”. Otras participantes estaban al pendiente para asegurarse de que los familiares que cuidaban estuvieran “cómodos” y no “se cayeran”, sino que “durmieran” y “comieran bien”. Otras conductas incluían preparar los alimentos, proveer una muda de ropa limpia y ayudar con el arreglo personal.

Sin embargo, estar al pendiente era más complejo que la labor física implicada por las diferentes formas de ayuda suministradas por las participantes. Observamos que “estar al pendiente” tenía que ver con las percepciones de las cuidadoras respecto al riesgo de que los adultos mayores decayeran en su estado emocional y no a la debilidad física (cuadro 3).

Más de la mitad de las participantes en el estudio que identificaron estar al pendiente como una forma de cuidado se ocupaban de cuidar a adultos mayores sin deficiencias físicas. Dicho de otra forma, las participantes consideraban que estar al pendiente era una forma de prevención para los

adultos mayores sanos que percibían en riesgo de sufrir una merma en su salud.

De las participantes en el estudio que cuidaban adultos mayores con capacidad para al menos una actividad de la vida diaria, alrededor de la mitad consideraban que estar al pendiente de ellos era cuidarlos. Una de ellas era Pat, de 46 años. Pat cuidaba a su madre, de 72 años, muy debilitada, diabética y con varios otros padecimientos. Ayudaba a su madre a bañarse, caminar, vestirse y arreglarse, y “todo el tiempo estaba al pendiente precisamente porque [su madre] ya no es autosuficiente”. Sin embargo, Pat no era la participante típica del estudio. Había dejado a su marido para cuidar a su madre enferma. Con apenas dos meses como cuidadora, admitía que “es una lucha diaria para tratar de que [ella] siga con nosotros y logremos mantener esa relación”. También afirmaba: “Estoy al pendiente para que [mi madre] no tenga consecuencias aún más graves... Lo más preciado que podemos darle a otro ser humano, sea o no de nuestra familia, es tiempo y atención.”

Si bien Pat era un caso excepcional, más de dos tercios de las participantes en el estudio constantemente estaban al pendiente para asegurarse que las personas que cuidaban estuvieran bien atendidas, desde la perspectiva emocional y física. En el aspecto físico, se aseguraban de estar constantemente al pendiente de las personas que cuidaban y de satisfacer a diario sus necesidades básicas. En lo emocional, brindaban la ayuda que consideraban haría que sus familiares mayores se sintieran lo más amados y queridos posible.

### **Análisis**

El objetivo de este artículo era describir la manera en que una pequeña muestra de mujeres mexicanas construían socialmente el cuidado de adultos mayores en lo que respecta a su papel como cuidadoras y los comportamientos que definían como cuidar de otros. Nuestros hallazgos indican que las cuidadoras se consideraban guardianas del mantenimiento o mejoramiento de la salud de sus familiares mayores mediante comportamientos de observación y espera. Las mujeres definían formas de ayuda como cuidar si esa ayuda cumplía con lo que ellas percibían que eran las necesidades emocionales de sus familiares mayores. Aunque las par-



### Cuadro 3. Citas ilustrativas de estar al pendiente

#### Cita

"Lo que pasa es que a veces me preocupo por tener que dejarla unas horas por su edad. Va al baño y a veces se marea y se puede caer. Eso es lo único de lo que hay que estar al pendiente y a veces es incómodo [para mí] dejarla sola. Justo por eso la llamo por teléfono y le pregunto '¿cómo estás? ¿Te hace falta algo?' Y estar al pendiente. Ésa es la única preocupación que me queda".

"Está un poco mejor porque estamos aquí al pendiente de él. Antes no estábamos [viviendo] aquí y lo visitaba cada semana y estaba más triste, más desarreglado, como si se le fuera la memoria. Y ahora parece un poco más tranquilo".

"Cuando estamos aquí [en la casa], tratamos de dejarla ser, de atenderla, verla, su desayuno, que se levante, que se salga de la cama... la dejamos [caminar] para que no se sienta inútil. La dejamos ser".

participantes en el estudio desempeñaban tareas tradicionalmente vinculadas con la actividad de cuidar de otros, su principal preocupación era el bienestar emocional de sus seres queridos mayores.

Pese a la escasez de bibliografía sobre el cuidado de los adultos mayores en México, podemos ubicar los hallazgos de nuestro estudio en el contexto de la abundante bibliografía sobre el funcionamiento de los papeles de género y, en particular, el marianismo en las mujeres (Bridges, 1980; Nader, 1986; Peñalosa, 1968). El marianismo se inculca desde la infancia temprana e influye especialmente en los comportamientos esperados en las mujeres de femineidad, sumisión, debilidad, reserva y virginidad. Este papel de género se basa en la emulación de la Virgen María en la religión católica y también se le conoce como el de "la madre abnegada" (Hubbell, 1993). Así, la imagen es que la madre mexicana sacrifica sus necesidades y su felicidad por sus hijos y su familia sin importar las penurias personales (Finkler, 1994; Hubbell, 1993).

El marianismo se ha examinado en la bibliografía desde el punto de vista de la relación marital y la crianza de los hijos. Aunque no preguntamos específicamente a las participantes en el estudio sobre sus ideas acerca del marianismo, nuestros hallazgos indican que este papel se extiende al cuidado de los familiares mayores porque ellas se

#### Contexto

Lupe llevaba cinco años cuidando de su abuela en el momento de la entrevista. Cinco meses antes, la abuela, de 88 años, había sufrido una embolia. Ya se había recuperado por completo, estaba físicamente sana y sólo necesitaba ayuda para entrar en la tina de baño y salir de ella. Este extracto ilustra que "estar al pendiente" conlleva elementos de preocupación e interés, y que obedecía más a la condición de la abuela de persona mayor que a su estado de salud.

Marisa, de 31 años, llevaba dos años y medio cuidando a su padre, de 56 años, que padecía esquizofrenia. Esta cita hace pensar que estar al pendiente es una manera de mejorar la salud emocional de la persona cuidada.

Esta cita de Socorro ejemplifica que estar al pendiente era fundamental para mantener activa a su abuela y que no perdiera el sentido de autosuficiencia. Asimismo, complementa el extracto de Marisa en el sentido de que mejorar la salud emocional de la persona cuidada se vincula con los comportamientos de estar al pendiente.

consideraban protectoras de la salud física y emocional de éstos. El nivel de cuidado que brindaban acompañándolos y estando al pendiente de ellos implicaba cierto grado de sacrificio para estar siempre disponibles y al pendiente de las personas que cuidaban. También parecía que las cuidadoras creaban un significado a partir de los comportamientos diarios, como preparar la comida y ocuparse del trabajo doméstico, lo que las definía como que estaban al pendiente. Creaban su realidad social como cuidadoras enalteciendo la importancia de los comportamientos diarios –como tales, desempeñaban el papel del marianismo en el contexto de su vida en general porque estos comportamientos beneficiaban a todos los miembros de la familia, no sólo al adulto mayor.

También podemos comparar los hallazgos del estudio con la abundante bibliografía de América del Norte sobre el cuidado de otros y el apoyo social. Aunque no hay una definición y una medición universales del apoyo social en la bibliografía (Muran, Reed y Sudha, 2002), la mayor parte de los estudios incorporan conceptualizaciones similares que incluyen elementos de auxilio instrumental y afectivo (House y Kahn, 1985). El auxilio instrumental se refiere al suministro de bienes tangibles, servicios y asistencia, mientras que el auxilio afectivo se refiere al apoyo expresivo o emocional, lo





que conlleva la empatía, el amor y la confianza (Mutran *et al.*, 2002). Nuestros hallazgos son muy similares a los de investigaciones anteriores sobre el auxilio afectivo (Abel, 1991; Sherman, Ward y LaGory, 1988; Spitze y Logan, 1990), en las que se documentaba la diversa gama de cuidados que las esposas e hijas brindaban a los adultos mayores débiles. El conjunto de trabajos anteriores indica que el auxilio afectivo puede ser tan importante para la salud de los adultos mayores que reciben cuidados como el auxilio instrumental. Nuestros hallazgos de que las cuidadoras se centraban en formas de asistencia que implicaban elementos emocionales se apoyan en estas investigaciones anteriores.

Si bien Abel y otros apuntan a una línea de investigación sobre el apoyo expresivo y los aspectos emocionales del cuidado de otros, las investigaciones se centran de manera predominante en la cuantificación de los aspectos instrumentales de la experiencia de cuidar a otros. De acuerdo con un metaanálisis reciente de las diferencias de género en cuanto a los factores de estrés, los recursos sociales y la salud de los cuidadores (Pinquart y Sorensen, 2006), lo más común es medir el cuidado de otros según el número de horas de cuidado, el número de tareas realizadas como parte del cuidado y el número de meses como cuidadores. Nuestros hallazgos indican que la cuantificación del cuidado de otros por tipo, duración y frecuencia de las actividades puede no abordar los aspectos emocionales del cuidado o no incorporar adecuadamente los significados de las actividades que las cuidadoras de nuestro estudio identificaban como cuidar, por ejemplo, hacer compañía o estar al pendiente.

La mayoría de las investigaciones sobre apoyo expresivo como una forma de soporte social se han centrado en la relación de apoyo para el bienestar de la persona cuidadora (Pinquart y Sorensen, 2006). Las investigaciones se han ocupado particularmente del apoyo social que reciben los cuidadores como un mediador del estrés y otras consecuencias en la salud, en vez del apoyo expresivo como una forma de cuidado. Los resultados de un estudio (Robles *et al.*, 2000) realizado en Guadalajara, México, indican que el apoyo expresivo puede ser una forma de cuidado de los mexicanos mayores. En este estudio se analizó las redes sociales y el apoyo social entre los adultos mayores pobres en la segunda ciudad más grande de Méxi-

co y se observó que la forma de apoyo social más frecuente es el apoyo emocional, más que el financiero o instrumental. Aunque Robles *et al.* midieron el apoyo social de acuerdo con un modelo de América del Norte (Barrera y Ainlay, 1983), sus hallazgos concuerdan con los nuestros.

#### *Limitaciones del estudio*

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones importantes. En primer lugar, deliberadamente excluimos a los varones. Nos percatamos de que concentrarnos sólo en las experiencias de mujeres no contribuye a nuestra comprensión de las diferencias de género en la experiencia del cuidado de otros. Sin embargo, procedimos así como una forma de iniciar el desarrollo del conocimiento de la bibliografía mexicana en esta área. Reconocemos que en respuesta a la carencia en México de provisión de cuidados a largo plazo para los adultos mayores, hay una gran disponibilidad de servicios domésticos no profesionales, incluidas las tareas caseras y el cuidado de adultos mayores en los mercados laborales informales. No obstante, la mayoría de la muestra de nuestro estudio percibía un bajo nivel de ingresos familiares y contaba con recursos limitados para la contratación de trabajadores no calificados. Por lo tanto, en este estudio no se tuvieron en cuenta las limitadas opciones de vida de las mujeres cuando se ocupan del cuidado de familiares mayores, sino más bien el significado que otorgaban a estas tareas en el contexto de su situación de vida. Además, sólo entrevistamos una vez a las participantes. Realizar entrevistas múltiples habría dado a las participantes la oportunidad de reflexionar sobre sus experiencias, lo que habría arrojado datos más ricos. Por último, las posibilidades de generalizar nuestro estudio son limitadas a causa de las características de la muestra. Las cuidadoras participantes vivían en una zona de la ciudad de México aislada de la migración transitoria y otros cambios demográficos, factores que podrían influir en su experiencia de vida y sus ideas sobre el cuidado de adultos mayores. Sin embargo, a semejanza de las participantes en nuestro estudio, muchas familias mexicanas son pobres y viven en pequeños suburbios aislados alrededor del Distrito Federal y en todo el país (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1998a, 1998b).



## Conclusión

Nuestro estudio exploratorio indica que las mujeres cuidadoras se ven a sí mismas como fuerzas instrumentales en la vida de sus familiares mayores. También es posible que las mujeres cuidaran a sus parientes mayores por necesidad, ya que el país carece de opciones de atención a largo plazo. También podía ser que las mujeres vivieran la experiencia de cuidar de otros como un papel cultivado desde la infancia temprana y desempeñado toda la vida, como madres, hijas o esposas. Esta explicación concordaría con los hallazgos en materia de poblaciones en países desarrollados y en desarrollo (Holroyd, 2001; Hsu y Shyu, 2003; Unifem, 2000; Wallhagen y Yamamoto-Mitani, 2006). Tal vez nuestros hallazgos también reflejen la mayor institucionalización de los ideales culturales dentro de la familia mexicana que impulsan a las mujeres a corresponder a la atención que ellas recibieron antes en su vida. La investigación sobre las relaciones intergeneracionales ha demostrado que las transferencias de asistencia dentro de la familia ocurren a lo largo de la vida y que el intercambio suele ser tanto instrumental como afectivo (Antonucci, Akiyama y Birditt, 2004; Lowenstein, Katz y Daatland, 2004). Por otra parte, en investigaciones realizadas en zonas rurales de China (Silverstein, Cong y Li, 2006) y cinco países europeos e Israel (Lowenstein, 2007) se ha observado que los adultos mayores se benefician de estas transferencias en el plano físico y emocional, lo que concuerda con las percepciones de las cuidadoras que participaron en este estudio.

Otra explicación de las ideas de las mujeres sobre el papel de cuidadoras puede ser su exposición a condiciones de pobreza, dependencia e impotencia. En algunas publicaciones se señala que las mujeres mexicanas constituyen un grupo social y económicamente vulnerable y, en términos generales, en menor control de su propia existencia en comparación con los hombres. En este conjunto de trabajos se argumenta que las mujeres tienen un acceso limitado al sistema político, el empleo y los cargos de poder y autoridad (Chant, 1985; de Oliveira y García, 1990), lo que lleva a una subordinación estructurada institucionalmente y racionalizada culturalmente (Browner, 1986; Finkler, 1994; García y de Oliveira, 1997; Nader, 1986). Por con-

siguiente, las mujeres tal vez se vuelvan cuidadoras en respuesta a su subordinación dentro de las esferas doméstica y social, lo que hace que le atribuyan importancia a este papel social prescrito para justificar sus acciones. En otras palabras, las mujeres que participaron en este estudio tal vez daban un significado al cuidado de otros para enaltecer su situación o responsabilidad de otro modo forzosa. Se amerita un mayor trabajo en esta área para entender los factores de fondo que motivan a las mujeres a ser cuidadoras.

Es necesaria una mayor investigación para poner a prueba los conceptos del cuidado de otros identificados en este estudio, en especial en lo que respecta a la perspectiva intergeneracional. Asimismo, nuestros hallazgos sobre los aspectos emocionales del cuidado de otros indican que esta tarea es un constructo social de formas ausentes en la bibliografía médica y de políticas en la materia. Los investigadores en México deben pensar en la forma de medir el cuidado de otros con base en instrumentos existentes antes de adaptarlos a un uso más extendido, porque las mediciones con que contamos actualmente pueden ser problemáticas cuando se aplican a la población mexicana. Recomendamos una mayor investigación para entender exactamente qué abarca el cuidado de otros –en particular, las actividades no suficientemente reconocidas de las personas cuidadoras– antes de que se puedan medir apropiadamente.

La investigación sobre el cuidado de los adultos mayores en México está en sus primeras etapas y nuestro estudio es una contribución pequeña, pero importante, para entender el papel que desempeñan las mexicanas en la vida de sus familiares mayores. El papel de las mujeres como proveedoras de cuidados para los adultos mayores, empero, probablemente evolucione con los cambios en las tendencias sociales y económicas, como la postergación de la fertilidad de las mujeres y su mayor participación en la fuerza laboral (Gutiérrez-Robledo, 1990). El análisis de la investigación sobre los cambios en las responsabilidades de los papeles de género y la familia vigentes en América Latina en los últimos cien años indica que el conflicto dentro de los hogares como resultado de estos cambios repercutirá en el cuidado de los adultos mayores (Chant, 2002). En uno de los estudios se señala que las mujeres que trabajan en México son



cada vez más renuentes a asumir la responsabilidad de ocuparse de sus familiares mayores (Varley y Blasco, 2000). Por tanto, el cambio en el funcionamiento de los papeles en la familia puede agravar una situación de por sí difícil creada por las apremiantes restricciones estructurales, como el trabajo fuera de casa y el aplazamiento de la maternidad. Además, los efectos negativos en la salud de las personas cuidadoras están bien establecidos en otros países (Pinquart y Sorensen, 2003, 2006, 2007). Los hallazgos de un estudio exploratorio señalan que las mujeres mexicanas realmente están experimentando una carga como cuidadoras (Mendez-Luc, Kennedy y Wallace, 2008). Se requiere más investigación a fin de entender las capacidades de las mujeres para cuidar a sus familiares mayores en un ambiente social cambiante y los efectos de cuidar a otros en su salud. La investigación en esta área puede sentar bases empíricas para la formulación de políticas sociales que contribuyan a las tareas de cuidado de otros por las mujeres y las apoyen en este sentido conforme ellas luchan con las demandas concurrentes de su época.

### Agradecimientos

El apoyo financiero para esta investigación fue aportado por la Beca Posdoctoral de Investigación y Desarrollo de Servicios de Salud de la Administración de Veteranos de Estados Unidos (Veterans Administration HSR&D Postdoctoral Fellowship), la Beca del Programa Regular de Adiestramiento de la Organización de los Estados Americanos núm. F56870, el Programa Fullbright para Estudiantes Estadounidenses del Departamento de Estado de Estados Unidos y la Comisión México-Estados Unidos para el Intercambio Educativo y Cultural. Vaya también nuestro agradecimiento para Elizabeth Yano, Lené Levy-Storms, Alison Moore, Leo Morales y Sarah Fox por sus valiosos comentarios sobre versiones anteriores de este artículo.

© 2009 Elsevier Ltd., *Social Science and Medicine*, vol. 68, núm. 2, enero de 2009.

Traducción: Virginia Aguirre.