

## El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento\*

**Leticia Robles Silva\*\***

*El presente es un estudio etnográfico realizado con cuidadoras de ancianos enfermos en un barrio popular urbano de Guadalajara, México. En la selección de una hija cuidadora intervienen varios factores: la edad, la presencia o no de hijas solteras, si trabaja o no, y la ultimogenitura. Cuando las hijas cuidadoras están casadas se selecciona aquella que ha concluido la fase de expansión del ciclo familiar. La designación de las cuidadoras es una función masculina o del propio enfermo. El rol de cuidadora se incorpora en el marco del resto de los otros roles sociales, y generalmente ocupa el sitio principal.*

Palabras clave: ancianos, enfermos crónicos, cuidadoras.

Fecha de recepción: 7 de noviembre de 2000. Fecha de aceptación: 28 de febrero de 2001.

## **Los ancianos: un asunto de dependencia y de cuidados**

El creciente aumento de los ancianos en nuestro país es un hecho inobjetable. Se expresa en las cifras oficiales, en los reportes académicos, y sobre todo lo advertimos en nuestras vidas cotidianas. Ellos, los ancianos, constituyen parte de nuestras familias, son nuestros padres o abuelos, o tal vez algún bisabuelo. Lo que antes era una rareza, hoy día comienza a ser un fenómeno visible.

Ser un anciano no es sólo contar con 70 u 80 años de vida, sino convertirse en un ser dependiente. Nadie niega que el envejecimiento implica una serie de incapacidades para realizar múltiples actividades de la vida cotidiana, pero a eso se le añade el hecho de padecer por lo menos alguna enfermedad crónica. Ser viejo y enfermo es una experiencia propia de la ancianidad, cuya consecuencia es que el individuo se convierta en un ser dependiente, que para sobrevivir social y biológicamente necesita la ayuda, el apoyo y los cuidados de algún

\* El trabajo contó con el apoyo financiero del SiMorelos del Conacyt, convenio 980302020. La autora agradece la ayuda de Alejandra Lizardi durante el proceso de investigación.

\*\* Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Correo electrónico: lrobles@cucs.udg.mx

miembro pues de la familia, pues de otra manera sobrevienen el deterioro y la muerte prematura.

La dependencia es un término que frecuentemente evoca el cuidado de los niños. Éste ha sido el campo privilegiado por los académicos en nuestro país y en América Latina. Sin embargo, también requieren cuidados los adultos y ancianos, y a esto casi no se le presta atención. Estudiar el cuidado de los ancianos es inusual en nuestro medio si se compara con la abundante literatura sobre el tema que se publica desde y sobre los países desarrollados. En México sólo muy recientemente han aparecido estudios sobre las redes de apoyo y cuidado en ancianos (Montes de Oca, 1998: 485-499; García, 1998: 399-418; Robles *et al.*, 2000: 557-560).

Ser dependiente es una experiencia inevitable en alguna o en varias etapas de la vida. Kittay afirma que “la dependencia es propia de la naturaleza humana” (Kittay, 1999: 1). Para esta autora son tres las causas de la dependencia: el desarrollo humano, la enfermedad, y la vejez. Cada una de ellas produce un particular tipo de dependiente, que a su vez requiere diferentes tipos de cuidado.

Ser anciano y enfermo crónico es ser doblemente dependiente. El envejecimiento implica una disminución de las potencialidades y de la funcionalidad orgánica, pero especialmente la pérdida del estatus social propio de un ser productivo y autónomo, lo cual lo lleva a convertirse en un sujeto socialmente incompleto (Minkler y Cole 1991: 42). Esta dependencia suele ir acompañada por la que ocasiona la enfermedad crónica.<sup>1</sup>

Ambas situaciones producen un tipo de dependencia muy particular. No es abrupta sino paulatina, y es tanto orgánica como social. El cuerpo orgánico pierde lentamente sus funciones corporales y llega un momento en que es incapaz de satisfacer sus necesidades más esenciales. E igual su cuerpo social, que desciende a un nivel en que ya no es capaz de mantener una continuidad en sus rutinas cotidianas ni en sus papeles sociales.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> En realidad es el envejecimiento el que se añade a la enfermedad crónica. La razón es simple: las enfermedades crónicas aparecen al final de la edad adulta, es decir, anteceden al envejecimiento.

<sup>2</sup> En 1994, 42.9% de los ancianos mexicanos presentaba algún grado de deterioro funcional que afectaba algunas de sus actividades, como movilizarse dentro y fuera del hogar, entre otras (Conapo, 1999: 58). Una enfermedad crónica como la diabetes ocasiona que se vayan perdiendo paulatinamente algunos roles sociales conforme ésta avanza; la pérdida total o parcial del empleo o el abandono parcial de las responsabilidades sociales es un proceso que suelen experimentar los enfermos (Mercado, 1996: 200-214).

De ahí la importancia del apoyo familiar y del cuidado para la supervivencia del anciano. Es innegable que la ayuda y apoyo familiar provienen de múltiples fuentes. Los hijos, los nietos, los hermanos, los sobrinos, e incluso los parientes políticos o ficticios están ahí cuando se les necesita. Pero esta ayuda o apoyo generalmente es restringido en tiempo y en actividad. Cuando la ayuda y el apoyo deben convertirse en un cuidado de largo plazo y de todos los días, no son las redes sociales quienes se involucran, sino solamente uno de sus integrantes, al cual se identifica como el cuidador primario, quien asume la responsabilidad de satisfacer y encontrar las estrategias que resuelvan las necesidades de los ancianos y los enfermos crónicos. En última instancia es quien lo mantiene vivo socialmente. El cuidador dedica una gran cantidad de su tiempo y energía a prodigar esos cuidados, ya que las necesidades del anciano no toman vacaciones ni días de descanso. Por otra parte, con el cuidado se procura resolver las necesidades del cuerpo biológico pero particularmente las del social, en un esquema de otorgamiento cotidiano y durante varias décadas de la vida. Esto es lo que constituye el cuidado del anciano en términos amplios, que en mucho rebasa los apoyos emocionales o instrumentales que una red social proporciona.

En el caso particular del anciano enfermo, el cuidado tiene dos fines: uno, ayudar a resolver las necesidades creadas por la presencia del padecimiento y las ocasionadas por el envejecimiento, y el otro, proporcionarle recursos suficientes para su sobrevivencia.

Mi perspectiva sobre el cuidado es conceptualizarlo como una acción social, recuperando la propuesta feminista, en términos de que el cuidado es trabajo, y un trabajo arduo y pesado, y además, un trabajo femenino (Kittay, 1999: 37-42; Sevenhuijsen, 1998: 69-82; Graham, 1983: 23-28). El cuidado va más allá de la ayuda que se brinda al enfermo o anciano exclusivamente en términos de actividades personales e instrumentales de la vida diaria (bañarse, vestirse, moverse, controlar los esfínteres, comer, caminar o movilizarse fuera del hogar, ir de compras, preparar sus alimentos, hacer el quehacer doméstico, y manejar las finanzas).<sup>3</sup> En mi opinión esta forma de entender el cuidado parte de una perspectiva medicalizada que deja de lado el cuidado del cuerpo social, pues se centra exclusivamente en el cuerpo biológico. Para

<sup>3</sup> Ésta es una propuesta sumamente popular en la literatura y que deriva del índice de medición para evaluar el nivel de funcionamiento físico de enfermos crónicos o ancianos sostenida por Katz *et al.* (1963: 914-919).

superar este problema me apoyo en la propuesta analítica de Corbin y Strauss (1988: 127-138), quienes para explicar el manejo del padecimiento y los problemas derivados de éste, emplean el concepto de "trabajo", al cual clasifican en tres tipos, que denominan líneas: del padecimiento, del hogar, y biográfica. Estas líneas hacen referencia principalmente al enfermo y al padecimiento, y son vistas desde la perspectiva de quien está enfermo, pero no de quien lo cuida.

Aquí retomo la idea de las tres líneas pero las modifico para el caso del cuidado. Las acciones desplegadas para el cuidado de un anciano enfermo se dan en varias esferas de la vida cotidiana. Cada una de las líneas engloba a un conjunto de acciones con fines comunes, ya sea para satisfacer demandas del propio anciano enfermo o del entorno social del mismo. Son precisamente estas líneas de cuidado las que dan sentido y contenido al rol social de una cuidadora. Podemos ubicar las líneas de cuidado en tres grupos: *a)* trabajo del padecimiento: tareas relacionadas con el manejo del propio padecimiento en cuanto al régimen prescrito, prevención y manejo de las crisis, manejo de los síntomas y el diagnóstico; *b)* trabajo de la vida diaria: tareas cotidianas que mantienen en marcha un hogar, como el aseo y la reparación de la casa, pero también la creación de un ambiente espacial y relacional propicio para el cuidado; *c)* trabajo biográfico: tareas encaminadas a ayudar al enfermo a la reconstrucción del tiempo biográfico, la concepción del yo y el cuerpo a través de los procesos de contextualización, retorno a la normalidad, reconstitución de la identidad, y rescate de la biografía.

### **Las mujeres cuidadoras: una certidumbre científica**

Hoy día se asegura que los cuidadores son mujeres. Pero no es suficiente con ser mujer; se necesita, además, poseer otras características. Los estudios cuantitativos han profundizado en el análisis de los factores demográficos que influyen en la elección de un miembro de la familia como cuidador. Del parentesco, son las hijas y las esposas las elegidas. De las hijas se afirma que son las solteras o las casadas, las que trabajan o no, las que no tienen hijos pequeños, y las que viven en la misma residencia que el anciano (Stone, Cafferata y Sangl, 1987: 616-626; Braithwaite, 1990: 40-52; Wolf, Freedman y Soldo, 1997: 102-109). En la década de los noventa unos cuantos estudios cualitativos intentaron responder a la pregunta de por qué cier-

Los integrantes de la familia deciden convertirse en cuidadores y cuáles son los factores que afectan dicha decisión. El deber filial y conyugal, el amor hacia el anciano, la imposición hecha por el anciano, porque no hay alguien más para asumir dicha responsabilidad, porque se tiene un trabajo flexible que permite un acomodo de los horarios a las demandas del cuidado, son algunas de las razones aducidas por los propios cuidadores en este tipo de estudios (Guberman, Maheu y Maille, 1992: 607-617; Harris, 1998: 342-352; Hasselkus, 1993: 717-723).

Los hallazgos han llevado a los autores a argumentar que tal decisión no es un acto individual aislado sino que se decide dentro de un contexto familiar particular. Es claro que las mujeres son preferidas como cuidadoras, pero esta preferencia va acompañada por circunstancias contextuales que permiten o exoneran a algunos integrantes de la familia para asumir dicha responsabilidad. La competencia de roles, el trabajo, el lugar de residencia, la frecuencia de los contactos, el estado civil, son elementos del entorno social que intervienen en dicha designación. Pero aun con la vasta literatura producida en torno al tema, no queda claro cuáles son los factores y las dinámicas familiares que influyen en la designación de los cuidadores desde la perspectiva de los propios actores. Tal vez la afirmación de Allen, Goldscheider y Ciambrone al inicio de su estudio resume el estado de la cuestión. "A pesar de la considerable e importante literatura acerca de las redes de apoyo social de los ancianos enfermos, pocos estudios han avanzado en el conocimiento de por qué se elige a ciertos individuos y se les confía el cuidado del otro" (Alien, Goldscheider y Ciambrone, 1999: 150).

Es precisamente, sobre las razones y los procesos por los cuales ciertos integrantes, y no otros, toman la decisión y son asignados como cuidadores, particularmente en el caso de las mujeres cuidadoras, que el presente trabajo contribuye a la discusión del tema. Ello a partir de los hallazgos de una investigación cualitativa con enfermos diabéticos en un sector popular urbano. La idea central que guía el estudio es que la designación de cuidadoras es impuesta más que negociada. Por otra parte, la designación de una hija cuidadora conlleva un proceso de selección entre las varias opciones "disponibles" a partir de una serie de características tanto personales como familiares. Finalmente, interesa indagar la competencia de roles y cómo se resuelve cuando el cuidado es incorporado a la vida de las cuidadoras.

### El estudio etnográfico del cuidado

Los datos provienen de un estudio etnográfico que se llevó a cabo en el barrio de Oblatos de la ciudad de Guadalajara, México. El objetivo de la investigación global ha sido indagar sobre la experiencia de cuidar a un enfermo adulto o anciano con diabetes.

La estrategia fue seleccionar, primero, a enfermos con diabetes, y posteriormente a sus cuidadores. A los enfermos se les localizó mediante un estudio de tamizaje en el barrio: se visitaron las 6 325 viviendas del barrio y se preguntó por los enfermos diabéticos que vivieran en dicho hogar. Así se localizaron 788 enfermos en 756 hogares. De esa lista de enfermos se seleccionó a 15 ancianos y 14 adultos.<sup>4</sup> Para efectos del presente trabajo, los resultados incluyen solamente los concernientes al grupo de los 15 ancianos que vivían en trece unidades domésticas.

El trabajo de campo se dividió en seis fases entre octubre de 1997 y febrero de 2000. Se entrevistó a los enfermos en sus hogares en tres ocasiones. Un análisis preliminar de esas entrevistas permitió identificar a sus cuidadores. Se entrevistó a los cuidadores entre dos y cuatro ocasiones. De las 97 entrevistas, 31 fueron grabadas y el resto se registró en notas de campo. Todo el material fue procesado en el programa Ethnograph. Las entrevistas fueron inicialmente organizadas por temas; posteriormente se procedió a realizar un análisis de contenido, cuyo fin era examinar las argumentaciones de los propios sujetos (Kuhn, 1991: 121-145) acerca de sus conductas o acciones y las interpretaciones que hacen de ellas.

### El barrio de Oblatos

Oblatos es un barrio del sector popular urbano en el nororiente de Guadalajara. Su población total era de 33 519 habitantes en 1997, de los cuales 5% era mayor de 65 años. El barrio contaba con todos los servi-

<sup>4</sup> Para la selección de los enfermos se agruparon en 27 subgrupos; primero se dividió el total de enfermos en hombres y mujeres; cada grupo a su vez se dividió en dos, considerando los años de evolución de la enfermedad (más y menos de 10 años); después se cuestionó si trabajaba o no, y finalmente se clasificó por parentesco (esposo/a, abuelo/a, hijo/a y pariente femenino y masculino). De este proceso combinatorio resultaron los 27 subgrupos. Para escogerlos, se enlistó a los enfermos y se seleccionó al que ocupara el décimo lugar en la lista. Cuando el enfermo rechazó participar, se escogió al siguiente en la lista y así sucesivamente.

cios públicos (agua potable, drenaje, alumbrado público, calles pavimentadas, transporte público, vigilancia policiaca). Sus habitantes estaban insertos en el mercado laboral del sector informal e industrial de la ciudad. Las viviendas albergaban 5.1 habitantes en promedio.

Los servicios de salud existentes en el barrio se distribuían en 78 espacios, tanto del modelo médico hegemónico como de la medicina alternativa. Es decir, espacios ocupados por consultorios de médicos generales y especialistas, pero también por terapeutas tradicionales como sobadores, yerberos, homeópatas; así como farmacias alópatas y homeópatas, y expendios de productos naturistas y yerberías. Además de estos servicios se ubicaban en el barrio una clínica de medicina familiar y un hospital de zona del IMSS, así como dos sanatorios particulares que ofrecían atención de segundo nivel.

Los ancianos enfermos fueron seis mujeres y nueve hombres, cuya edad oscilaba entre 60 y 92 años, con una mediana de 63 años para los hombres y 72 años para las mujeres. Todos los hombres estaban casados, con excepción de uno que era viudo; en cambio las mujeres eran viudas todas, con excepción de una de ellas que estaba casada. Las mujeres no trabajaban y sólo 44% de los hombres lo hacían a pesar de estar pensionados. Sus familias tenían 6.3 hijos vivos y 12 nietos en promedio. Los ancianos eran originarios de poblaciones del estado de Jalisco y de los estados circunvecinos. Ninguno terminó la educación primaria. Padecía una enfermedad crónica 42% de los ancianos, 23% sufría dos enfermedades y 34% más de tres enfermedades crónicas. Además de la diabetes, las otras enfermedades crónicas fueron hipertensión arterial, artritis y accidente vascular cerebral. En promedio habían padecido diabetes durante 15.2 años y durante nueve años sus otras enfermedades crónicas.

Los cuidadores de estos ancianos enfermos fueron 19. De las 15 mujeres siete eran esposas y ocho hijas. En cambio encontré cuatro hombres cuidadores, un esposo y tres hijos varones. Los ancianos eran cuidados por sus esposas, en cambio las ancianas, al ser viudas, eran cuidadas por sus hijas. Los hijos varones eran cuidadores secundarios, es decir, participaban de una manera limitada en tiempo y tipo de actividades, y más bien apoyaban a sus madres, quienes se desempeñaban como esposas cuidadoras. La edad de estos cuidadores fue en promedio: esposas, 61 años; hijas, 47 años, y los hijos varones 46.5 años. De las ocho esposas-cuidadoras, tres estaban insertas en el mercado laboral; tres de las seis hijas trabajaban, y todos los hombres cuidadores eran trabajadores. Entre las hijas solamente dos

eran solteras, las demás estaban casadas y tenían cuatro hijos en promedio.

En adelante, me centraré sólo en las 14 cuidadoras, tanto en las esposas como en las hijas.

### **La designación de las mujeres como cuidadoras**

La mayor presencia de mujeres cuidadoras en este grupo de ancianos reproduce un fenómeno ya conocido en la literatura: la feminización del cuidado. El argumento más reiterado para explicar por qué son más las mujeres que cuidan, atribuye esta costumbre a que tradicionalmente el cuidado se ha considerado como una tarea femenina y restringida al ámbito del hogar, lo cual coloca la tarea de cuidar y a la cuidadora en una posición subordinada respecto a las actividades masculinas y al hombre (Kittay, 1999: 23-48). Esta posición de desigualdad entre los géneros enmarca los procesos de designación de una cuidadora; hombres y mujeres participan en dicha designación pero con papeles diferentes. Tres son los procesos por los cuales se designa a una cuidadora entre las familias de estos ancianos de Oblatos.

El primer proceso se aplica sólo con las esposas-cuidadoras. Ésta es una designación velada por parte del propio anciano varón hacia su esposa. Entre los cónyuges ancianos existe la percepción de que cuando los hijos se casan las obligaciones de éstos son ya con su familia de procreación, y la de los padres pasa a un segundo término. Además, los ancianos argumentan que no quieren ser una "carga" para sus hijos, o se sienten avergonzados por solicitar su ayuda. En ese sentido, pedirselo a su esposa es una conducta más permisible debido a la existencia de una relación conyugal entre ellos. Esta solicitud de ayuda se da discursivamente en términos de una preferencia por la esposa. Tal relación suele manifestarse abiertamente, como en el caso de Manuel, cuando le pedía a María, su esposa que lo acompañará con el médico: "sabes que mañana me toca ir allá con el especialista [cirujano], y pos' yo creo vas a ir conmigo porque me van a encamar". O en forma de predilección, como cuando Juan explicaba a sus hijas por qué le pedía ayuda a su esposa "si me gusta que tu madre me chiquié... es que yo quiero que tu mami me atienda".

Los otros dos procesos son propios de la designación de las hijas, ya sea que alguien las escoja o ellas mismas se autoasignen el rol de cuidadoras. La designación es, por lo general, una función de la pro-



pia anciana enferma o de algún varón de la familia. Cuando las ancianas designan, lo hacen a partir de la percepción de que es necesario que alguien las cuide. Tal decisión no es negociada ni consultada con la hija designada, ni tampoco con el resto de la familia; se verbaliza en tono de orden y se refuerza con mecanismos de persuasión materiales o simbólicos en algunas ocasiones. El caso de Irma es un buen ejemplo. A ella, su madre Esther le exteriorizó su decisión un día que estaba a punto de salir a trabajar. La misma Esther narraba dicho episodio.

Orita está uno bien, al rato ya está uno ahí enfermo o se pone uno malo de un rato a otro. Como fue el día primero de este mes, ¡ay! me sentí, yo sentía que ya me iba a morir, muy mal me sentí... entonces ahí le dije a esta muchacha [Irma], la que está aquí conmigo en la casa, “¡ay hija! me siento muy mal”, ya eran casi las siete y media que se iba a trabajar, y dice “pos má' si quiere no voy”, “tú sabrás”... es más ahora le estaba diciendo que ya no la voy a dejar ir a trabajar, es que ya me canso mucho también, ya no puedo yo, le dije, ahora, le dije “yo necesito que te quedes ya aquí conmigo”. Cada día me siento más cansada, más [mala].

El hermano mayor o el primogénito varón es otro miembro de la familia que toma la decisión en forma unilateral de quién de entre las hermanas será la cuidadora. Una vez tomada la decisión, se la comunica en el marco de una cierta negociación. Armando optó por negociar con su hermana Lupe su participación como cuidadora de su madre Hermila. Debido a que la familia de Lupe pasaba por una crisis económica y su esposo no encontraba trabajo, Armando le ofreció que se fueran a vivir con ellos a la casa, y a cambio, ella cuidaría de su madre. Lupe aceptó el ofrecimiento y las condiciones.

El proceso de autodesignación es la acción de un solo actor que ejecuta simultáneamente las acciones de designar y asumirse como objeto de la designación: la hija-cuidadora. La decisión de estas hijas se apoya en la percepción de que es necesario asumir el rol de cuidadora a partir de una serie de evidencias: el deterioro físico de la madre, la evaluación de que ninguno de los hermanos puede desempeñar el papel de cuidador, y la convicción de que son ellas las únicas “disponibles” para cumplir con la responsabilidad familiar. Ante tales circunstancias se autoeligen.

Yolanda se hizo cargo de su madre, Teresa, después de un episodio de crisis. En aquel momento evaluó que los cuidados de Patricia, la sobrina de Teresa, ya eran insuficientes dada su condición de enferma mental. Además, su madre cada vez se ponía “más mala” y eran

recurrentes las visitas al servicio de urgencias. Además, no había nadie a excepción de ella para el cuidado. Eran cinco hermanos, tres mujeres y dos hombres. De sus hermanos varones, Yolanda no esperaba que cuidaran de su madre, porque “esa es una tarea de las hijas”, y sus cuñadas siempre habían mantenido una relación lejana y tensa con su madre. Alejandra, su hermana, había muerto dos años antes por una complicación de la diabetes. Su otra hermana, Socorro, vivía en Tijuana desde hacía bastantes años. En estas circunstancias, la única capaz de asumir el rol de cuidadora era Yolanda; por eso, le dijo a su madre que sería mejor que viviera en su casa, porque sería más fácil para ella cuidarla y además estaría mejor atendida. Así fue como Yolanda se llevó a su mamá a vivir con ella al barrio de San Juan Bosco.

#### De cómo seleccionar a una mujer para cuidadora

El asunto no sólo es de quién designa, sino también de cómo elegir a una cuidadora de entre varias mujeres. En el caso de las esposas-cuidadoras no hay problema, ya que tan sólo existe una, pero no con las hijas, pues ahí siempre hay varias entre las cuales elegir. Existe toda una estructura cultural que define quién es “elegible” y quién no. Tres son las características que sirven para descartar de primera intención a varias de ellas: tener un trabajo; estar en la fase de crianza de niños pequeños, particularmente infantes y preescolares, y vivir fuera de Guadalajara.

Cuando las hijas trabajan, se argumenta, no se puede esperar su ayuda cuando se les necesita, debido a los rígidos esquemas en sus horarios y días para laborar. Lupe explicaba por qué su hermana Gela —quien era cajera en un supermercado— no cuidaba a su madre Hermila “en el día no puede, como trabaja todo el día, es que tiene horario corrido de las 3 a las 10, sólo los días que descansa [nos] ayuda...”. Por este motivo, de entrada, son eliminadas de dos a cuatro de las hijas tanto de la familia como de la unidad doméstica.

Pero hubo excepciones a la regla. Esto sucedió cuando el trabajo era flexible, ya fuera por el tipo de actividad o por el horario. Margarita trabajaba en los tianguis, Irma de sirvienta, Yolanda era adornadora en el taller de su esposo que se encuentra en su casa, Consuelo vendía juguetes en la casa de su madre y en las noches hot dogs en un carrito ambulante, Angélica era edecán en eventos los fines de semana, Concepción tenía un puesto en el mercado de San Juan de Dios.

Para todas ellas sus trabajos no constituían un impedimento para ser cuidadoras precisamente por la flexibilidad de los mismos, ya fuera por la ausencia de un patrón a quien rendirle cuentas, o por la posibilidad de acomodar sus horarios a las demandas del cuidado. Otra excepción de la regla se presentaba cuando el trabajo de la hija no era valorado socialmente como indispensable porque el ingreso que contribuía era secundario o complementario. Carmen y Margarita trabajaban en el momento en que fueron designadas hijas-cuidadoras de sus madres; ambas abandonaron temporalmente sus respectivos trabajos, una como cocinera, la otra como vendedora en los tianguis. Pudieron renunciar a sus trabajos porque sus esposos eran quienes aportaban el ingreso principal del hogar. Esto hace alusión a lo que varias autoras han expuesto respecto a que los costos sociales son menores cuando la mujer abandona el mercado laboral para convertirse en cuidadora, a diferencia de cuando lo hacen los hombres (Orbell, 1996: 155-178).

La crianza de los niños pequeños o “chiquitos”, como los nombran, es un argumento reiterado tanto entre las ancianas como entre las cuidadoras. No sólo excluye a las hijas, sino también a otras mujeres de la familia como las nietas y las nueras. La presencia de niños menores de 12 años, y particularmente de cinco años o recién nacidos, fue un argumento que se esgrimió en primera y tercera persona para explicar por qué ni ayudaban ni cuidaban al anciano. Y es que cuidar a los niños y a un enfermo adulto o anciano eran tareas incompatibles. Carmen lo expresaba claramente cuando simultáneamente cuidó por unos días a su madre y a su sobrino de dos años “es que con los dos no se puede estar cuidando a mi mamá, porque está cabrón con los dos ahí... por lo menos que se lleve a Monchis, porque no puedo con mi mamá y el chiquillo”.

La situación subyacente en este argumento es que cuando las mujeres se encontraban en el tiempo de crianza de los niños, o sea, durante la fase de expansión del ciclo familiar, no podían ser desplazadas de una responsabilidad de cuidado a otra. Era una norma en este grupo la incompatibilidad de ambos roles, o sea, cuidadoras de niños y de enfermos adultos o ancianos simultáneamente. Aunque esta argumentación ha aparecido tangencialmente en la literatura, fue Burton quien analizó cómo las mujeres de la misma familia distribuyen la responsabilidad del cuidado cuando coinciden dos generaciones de dependientes: ancianos y niños menores de 10 años. Sus resultados muestran que las madresjóvenes con niños pequeños son

excluidas del cuidado de los ancianos. En cambio, las mujeres adultas que son abuelas o bisabuelas, son las principales responsables del cuidado del anciano, y ayudan secundariamente en el cuidado de los niños (Burton, 1996). Esta misma distribución de responsabilidades aparece en las familias aquí estudiadas. Eran las abuelas (esposas-cuidadoras) quienes se responsabilizaban en algunos casos de ambas generaciones de dependientes, y las hijas con niños pequeños quedaban excluidas.<sup>5</sup>

El tercer argumento de exclusión no aparece verbalizado, pero las referencias indirectas dan cuenta de ello. El que las hijas vivan fuera de Guadalajara es un motivo de eliminación inmediata de la escena del cuidado. Por lo general, la residencia de estas hijas en ciudades fronterizas como Tijuana o en ciudades de Estados Unidos hace imposible pensar en ellas como cuidadoras. Aunadas a la distancia geográfica están las pocas posibilidades que tienen de viajar a Guadalajara o de regresar al país. La coresidencia es un factor central para poder efectuar el cuidado; nadie cuida a un anciano a la distancia.

Además de estas circunstancias, algunos rasgos de las propias cuidadoras esclarecen aun más el asunto. Dos rasgos sobresalieron en este grupo de cuidadoras: la edad y el estado civil. Las cuidadoras eran mujeres adultas y casadas. Sus edades fluctuaban entre 30 y 55 años, seis estaban casadas y dos eran solteras. Pero más que la característica *per se*, son las dinámicas subyacentes a dichos rasgos lo que explica su selección.

Las familias de procreación de estas cuidadoras habían superado la fase de expansión. La crianza de niños pequeños estaba concluida para casi todas ellas. En este sentido, sus familias se encontraban en una de las tres fases siguientes: *a*) de dispersión terminada; *b*) en proceso de dispersión pero todavía había adolescentes o niños escolares, o *c*) su fase de expansión estaba concluida. Ello tiene varias implicaciones. Una es que se superaba el contraargumento de que quien tie-

<sup>5</sup> La protección del tiempo de crianza de niños para las madres, pero no para las abuelas, es una cuestión interesante. La hipótesis es que se considera necesario proteger la reproducción de la fuerza de trabajo. Es decir, los niños constituyen fuerza de trabajo en potencia, a diferencia de los enfermos adultos y ancianos, quienes son considerados agentes improductivos, lo mismo que las abuelas, tanto por estar fuera del mercado laboral como por haber concluido su etapa de reproducción biológica y de crianza de hijos. Todas las esposas-cuidadoras se encontraban en el ciclo de dispersión de sus familias. De ahí, probablemente, la concepción diferencial de proteger el tiempo de crianza de las mujeres con niños y no el de aquellas que son responsables de los enfermos.

ne niños pequeños no puede participar en el cuidado, ya que aun cuando algunas de ellas todavía los tenían, el asunto se resolvía al hacerse cargo del niño los hermanos mayores, mientras la madre cuidaba de la abuela. Otra, es que cuando había varias hijas casadas, se designaba a aquella cuya familia estaba en fase de dispersión. Esto garantizaba que si había niños pequeños, los hermanos mayores los cuidarían.

Las hijas solteras fueron la segunda opción como cuidadoras. Esta opción explica simultáneamente la designación de hijas solteras y casadas. En los casos en que se designó a una hija casada fue porque no había ninguna hermana soltera. De ahí que la única opción era escoger a una de entre las casadas. Pero cuando en la familia había una hija soltera que además vivía en el mismo hogar que el enfermo, se le designaba como cuidadora. Aquí apareció de nuevo el argumento de que cuando las hijas están casadas primero deben cumplir sus obligaciones con su familia de procreación y después con los padres. Por eso no se espera su ayuda. Esther era explícita al respecto: “na'más que las otras ya están casadas y ya no puedo mandar en ellas ¿verdad?, si las dejan venir los maridos, pues vienen y se dan una vuelta... pues a ésta [Irma] si le puedo mandar con confianza”.

En su argumentación aparecen dos referencias a una norma cultural que protege a las hijas casadas de involucrarse en el cuidado. Una es que la única violación permitida a la norma es que no habiendo hijas solteras se elija a una casada. La otra es que los padres no podían ordenar ni designar a una hija casada como cuidadora cuando había “disponibles” hijas solteras.

Si bien no hay problemas cuando únicamente hay una hija soltera, en otras situaciones, cuando dos o tres hijas solteras viven en la misma unidad doméstica, al igual que con las casadas, hay que elegir a una.

El proceso de selección de una hija soltera se dio a partir de valorarla como una persona responsable. Este ser “responsable” se califica considerando varios elementos. Uno es la edad. Cuando las solteras eran jóvenes o adolescentes, de inmediato eran descartadas, y se prefería a las solteras adultas, las mayores de 30 años. Silvia respondía al hecho de que sus hijos no la cuidaran precisamente por la edad: “Ellos nada se preocupan por uno, es que pos no, están chicos, pues no tienen experiencia de enfermedades ni nada”. Tal parece que la edad se asociaba con cierto grado de responsabilidad. El segundo elemento es que ellas fueran responsables de sí mismas, es decir, que se tratara de mujeres que trabajaran y que por lo menos cubrieran sus

gastos personales y aportaran al ingreso familiar.<sup>6</sup> Tercero, hay una relación de convivencia permanente con el anciano, es decir, habían vivido todo el tiempo con ellos. El cuarto es la ausencia de hijos propios, es decir, eran solteras y sin hijos. Este rasgo emergía cuando las esposas-cuidadoras justificaban por qué a la hija, madre soltera, que vivía en la unidad doméstica, no se le había llamado para el cuidado. El argumento no fue tanto que era soltera con hijos; el problema estribaba en su falta de responsabilidad en la crianza de sus propios hijos, ya que eran las abuelas quienes los habían criado. En este sentido, las madres solteras son valoradas y etiquetadas como hijas no adecuadas para el cuidado, o como decía María “esa es una hija fracasada”. El no haber sido responsable de la crianza de sus hijos, había sido la razón por la cual fueron eliminadas.

En esta designación de hijas solteras aparece una noción interesante sobre el tipo de mujer que se prefiere. Una y otra vez, los argumentos de los actores remitieron a una cualidad: el rol de madres. Esta cualidad es una navaja de doble filo: por un lado permite explicar la designación de algunas, pero al mismo tiempo la exclusión de otras. En la primera situación, la explicación subyacente es que cuando la mujer ha sido madre, es decir, ha cuidado a sus hijos, es poseedora de una cualidad necesaria y previa para poder ser responsable del cuidado de un enfermo adulto o anciano. No fue cualquier mujer la seleccionada, sino preferentemente aquella que ya había demostrado su capacidad para ser “madre exitosa”. Este éxito se demuestra cuando se ha concluido la crianza de niños pequeños. La segunda situación es la de las madres solteras que no cuidaron de sus propios hijos, quienes fueron descartadas de inmediato como cuidadoras. En el ambiente flotaba la pregunta de que si no cuidaron de sus propios hijos ¿podría confiárseles el cuidado de un enfermo? La respuesta era no. Nunca aparecieron como cuidadoras.

No era la experiencia previa de cuidado de ancianos o enfermos crónicos lo que las capacitaba para ser cuidadoras, sino que el haber cuidado de niños las convertía en sujetos “idóneos”. En un primer momento parecía ser que la vía para producir y reproducir cuidadoras de ancianos o enfermos crónicos es precisamente el rol de madre ligado a la crianza de los niños, pero sobre todo haber mostrado “éxi-

<sup>6</sup> Pero el ser designadas como cuidadoras no las eximía de continuar siendo responsables de sí mismas. Ello implicaba que continuaran trabajando además de ser cuidadoras. Ninguna de las solteras abandonó el trabajo, lo cual sí sucedió entre las casadas.

to" en dicha tarea. Esta formulación es compatible con un modelo explicativo impulsado por Chorodow a fines de 1970 (Graham, 1983). Una hipótesis que deberá comprobarse en el futuro.

Una característica muy discutida acerca de su influencia o no en la asignación del cuidador es el lugar que se ocupa en el orden entre los hermanos. En el grupo de cuidadoras de Oblatos hubo una preferencia por las hijas menores. No precisamente por las ultimogénitas, pero sí por la última o la penúltima de entre las mujeres.

En los pueblos mesoamericanos existe hoy día la norma de que el hijo varón ultimogénito continúa viviendo en la casa de los padres ancianos, recibe la herencia de la tierra, y tiene la obligación de cuidarlos (Robichaux, 1997: 149-171). Arias (2000: 1-17) considera que es semejante la aplicación de esta norma en las sociedades rancheras del occidente de México. En dichas sociedades la designada es la ultimogénita que permanece soltera. Dicha norma no sólo procura garantizar el cuidado y sostenimiento de los padres ancianos, sino también pretende resolver la herencia a favor del hijo o la hija más desprotegido.

La norma de la ultimogenitura es también prescriptiva para estas cuidadoras, pero sin el elemento de la herencia, de ahí que sufra algunas modificaciones cuando se aplica en el cuidado de ancianos enfermos crónicos. No es precisamente el ultimogénito quien asume la responsabilidad, sino que fueron designadas las menores de entre las mujeres. Esta prescripción apareció en la cohorte generacional de hijas-cuidadoras, pero también se presentó entre las esposas-cuidadoras. Las historias sobre aquellos que cuidaron de los padres de las esposas-cuidadoras hacen referencia a este mismo patrón. Ellas cuidaron de sus padres si fueron las menores, y si no, lo hizo la hermana menor. Ello implica que por lo menos en estas dos cohortes generacionales se aplica la norma de la ultimogenitura.

En los estudios anglosajones y canadienses se debate acerca de la importancia del orden de los hijos en la asignación del cuidador. Hay quienes sostienen que no tiene relación alguna (Matthews y Rosner, 1988: 192), y en otros estudios se especifica que son más bien las hijas mayores (Robinson, Moen y Dempster-McClain, 1995: 369), o la única hija, o la menor (Alien y Pickett, 1987: 520), quienes fungen como cuidadoras. En Japón se manifiesta que las primogénitas o las esposas de los primogénitos tienen la obligación de cuidar a los padres (Yamamoto y Wallahgen, 1997: 164-176). En este sentido, un hallazgo importante de este trabajo es la designación de la hija menor como cuidadora bajo la norma modificada de ultimoge-

nitura, lo cual no aparece como norma cultural entre las poblaciones de países desarrollados.

### **La reorganización de la vida cotidiana: la incorporación del rol de cuidadora**

Ser cuidador de un enfermo es un nuevo rol social que debe incorporarse a la vida cotidiana; por lo tanto, se hace necesaria una reorganización de la misma con el fin de asimilarlo a las rutinas preexistentes. Como ningún cuidador es eximido de sus responsabilidades devenidas del resto de sus roles sociales, esto lo obliga a “darse tiempo” para esta tarea en el contexto de otros roles.

La vida de las cuidadoras se organiza en torno a una jerarquía de tiempos para cada rol social. El trabajo remunerado dentro o fuera del hogar es un criterio fundamental para entender el sitio que ocupa el cuidado en la jerarquía de los ritmos cotidianos. Cuando la fuerza de trabajo de la cuidadora proporcionaba el principal ingreso de la familia o era una fuente indispensable para su sobrevivencia, el cuidado se organizaba como elemento subordinado al trabajo. Ello se reflejaba en una jornada dividida en dos partes: el tiempo del trabajo y el tiempo del cuidado. En estos casos siempre se respetó el tiempo del trabajo y el cuidado ocupó el tiempo libre; asimismo, el resto de los roles sociales fue organizado en forma simultánea con el cuidado. Lo importante es que el trabajo siempre ocupaba la posición más elevada en la jerarquía, y el cuidado podía estar en igual posición o por debajo, pero nunca por encima.

Cuando las cuidadoras eran exclusivamente amas de casa, el cuidado ocupaba la posición más alta de la jerarquía. Todas las esferas de la vida cotidiana se organizaban en función del cuidado y subordinadas a éste.

El tiempo biográfico es un tiempo que define la cantidad de roles que un individuo puede asumir en un momento dado de su vida personal. El asunto es importante porque bajo ciertas condiciones los roles se multiplican como parte de esta historia personal. La situación de una de las esposas-cuidadoras ejemplifica tal situación.

María de Jesús era esposa de Emiliano. Ella estaba en la quinta década de la vida. Eran padres de siete hijos y abuelos de 12 nietos. Todos estaban casados, con excepción de un hijo soltero adulto y una hija, madre soltera de un niño y un adolescente, que vivían en su



casa. María de Jesús asumió el papel de madre no sólo de sus hijos, sino también de sus nietos, los hijos de Olivia, su hija soltera. Su otra hija, Cristina, que ya estaba casada y trabajaba, le llevaba a sus dos hijas por la mañana y las recogía por las tardes. Además de ello, María de Jesús era la responsable del trabajo doméstico de la casa de su padre viudo, quien vivía a cuatro cuadras de su casa. Finalmente, trabajaba como enfermera del turno nocturno en un sanatorio particular. Su ingreso era la única fuente para el sostenimiento de ella y su esposo, por lo cual ella era la jefa de hogar.

La vida cotidiana de María de Jesús es un ejemplo del grado máximo de saturación de roles sociales que una cuidadora puede tener. Esta saturación es producto del momento en que se encontraba en su vida biográfica y familiar, casi por concluir su ciclo de dispersión familiar. María de Jesús tuvo una historia de embarazos a edad temprana y esa circunstancia la colocó a los 54 años en una situación donde confluyeron los siguientes roles: la madre, la abuela, la hija, la esposa-cuidadora, la ama de casa, la trabajadora fuera del hogar, y la jefa de familia. Siete roles sociales desempeñados simultáneamente por María de Jesús, y eso sin contar que ella también padecía diabetes, al igual que su esposo. En su caso, el respeto al tiempo del trabajo se mantuvo aun cuando era por la noche, ya que el día no se transformó en tiempo de descanso. La jornada diurna se desarrollaba como si ella no trabajara. El cuidado constituía la esfera central de la vida de María de Jesús y el resto estaba subordinado a ésta.

Las hijas-cuidadoras solteras tenían el menor nivel de competencia de roles sociales, ya que eran únicamente hijas, trabajadoras y cuidadoras. Las siguen las hijas casadas, quienes eran esposas, hijas y madres, además de cuidadoras, ello en función de que aún no entraban a la fase de dispersión de su familia. Por último, las esposas-cuidadoras fueron quienes tuvieron el mayor número de roles, y en quienes la incorporación del rol de cuidador vino a incrementar el grado de saturación de su vida cotidiana, como lo vimos con María de Jesús. Maruani (1991: 133) manifiesta que las mujeres han pasado de un ciclo de opciones —del trabajo al cuidado de niños y nuevamente al trabajo— a un ciclo acumulativo: trabajo y cuidado de niños simultáneamente. Con las cuidadoras la acumulación se incrementó más, pues son varios los roles que desempeñan. María de Jesús por lo menos era trabajadora, cuidaba niños (sus hijos o los nietos) y a un anciano, sin mencionar sus otros roles familiares, y todo al mismo tiempo.

### Conclusiones

Líneas atrás mostré el proceso de designación de cuidadoras en un grupo del sector popular urbano con la intención de dar cuenta de un proceso donde se dan relaciones de poder. Para este grupo de cuidadoras fueron los hombres o el propio enfermo quienes tomaron la decisión, siempre a partir de una posición de autoridad. Asimismo interesaba dilucidar cuáles características personales y familiares descollaban para la elección de una hija-cuidadora. Fueron la edad, la presencia o ausencia de hijas solteras, la coresidencia, el estatus laboral y la posición en el orden entre los hermanos los elementos que emergieron como factores decisivos para la selección de una cuidadora. También resaltó el hecho de que cuando las hijas cuidadoras están casadas, el haber concluido la fase de expansión las convierte en candidatas idóneas para el cuidado.

Por otra parte se observó que cuando el rol de cuidadora es incorporado a un contexto biográfico y familiar no se exonera a la persona designada de sus otras responsabilidades sociales, sino que el cuidado viene a añadirse como una tarea más. Esta incorporación se caracteriza por el hecho de que el cuidado se vuelve el centro de la vida cotidiana y en torno a él gira el resto de los roles de la cuidadora. Solamente el rol de trabajadora subordina al de cuidadora, y de ahí en más, es el de cuidadora el que subordina a los demás.

Los hallazgos de este estudio dan cuenta de lo que acontece en este pequeño grupo de cuidadoras de Oblatos y no más allá; sin embargo abre múltiples posibilidades para futuros estudios e incita a profundizar en el tema. Indagar acerca de las características de las cuidadoras de ancianos sanos y enfermos, y de diferentes tipos de enfermos crónicos, a escala nacional pero también en contextos y grupos sociales particulares, constituye una necesidad a corto y mediano plazos dado el cada vez mayor número de ancianos y enfermos crónicos. De igual forma es necesario continuar realizando estudios de tipo cualitativo para dilucidar la existencia de otros mecanismos y procesos de designación y selección de cuidadoras que difícilmente son aprehensibles vía encuestas o cuestionarios. Éstas, me parece, son apenas unas cuantas tareas para el futuro.

Me interesa además reflexionar acerca de algunas implicaciones que tiene el cuidado en torno al fenómeno del envejecimiento. Es indudable que las mujeres de estas familias han asumido la responsabilidad del cuidado de los ancianos enfermos, pero las implicaciones de

este fenómeno en la vida de las mujeres se verán modificadas con el proceso demográfico y epidemiológico que el país vive actualmente.

El cuidado a ancianos dependientes en el futuro tenderá a aumentar más que a disminuir. Dos fenómenos de carácter global hacen pensar en la posibilidad de que esta tendencia prevalezca.

Hoy día se reconoce que uno de los principales retos en todas las naciones del orbe –desarrolladas o no, del primero o del tercer mundo– es el aumento del número de ancianos, pues se estima que en 25 años habrá un incremento sostenido de viejos (Mirkin y Weinberg, 2000: 3). Además de que aumenta el número de ancianos también se incrementa la esperanza de vida, de ahí que no únicamente habrá mayor cantidad de personas mayores de 65 años, sino que la longevidad se prolongará más allá de los 75 años. En términos de dependencia es más probable que conforme nos acerquemos a los 85 años, mayor sea el número de incapacidades y limitaciones que experimentemos, por el simple hecho de ser más viejos. Así, va aumentando tanto el número de ancianos dependientes como el grado de dependencia.

Pero podría pensarse que es posible alcanzar esa mayor longevidad en mejores condiciones de salud en comparación con la actual generación de ancianos, lo cual también parece una posibilidad remota. Los cambios del perfil epidemiológico registrados en la última mitad del siglo XX y las estimaciones disponibles ofrecen pocas esperanzas al respecto. Por un lado las cargas de la muerte y la enfermedad se han desplazado de los grupos más jóvenes a los de edad avanzada, y además, son las enfermedades crónicas las que prevalecen y prevalecerán en los próximos 20 años. Conforme a los cálculos especializados, la enfermedad crónica experimentará un incremento de 20 puntos porcentuales a escala mundial (Murray y López 1997: 1501-1502), o lo que es igual, 60% de los enfermos lo será a causa de este tipo de padecimientos, la mayoría de ellos adultos y ancianos. El conocimiento y la tecnología médica actualmente disponibles, nos indican que si seguimos ciertas “conductas saludables” estaremos sólo retrasando la aparición de enfermedades crónicas, pero no evitándolas.<sup>7</sup> Si

<sup>7</sup> La esperanza de medidas preventivas que eviten la aparición de enfermedades crónicas o de terapias de curación a corto plazo es remota. Aun cuando la tecnología médica logrará dilucidar las formas de evitarlas, como por ejemplo con la terapia genómica, esto no sería accesible para todos los grupos sociales. En general, suelen ser varias las décadas que transcurren entre el descubrimiento de una cura y el acceso a ésta de toda la población, dadas las desigualdades en la posibilidad de allegarse los recursos terapéuticos.

seguimos estos lincaamientos no seremos enfermos crónicos en la adultez, pero sí seguramente, cuando lleguemos a la ancianidad. De ahí que el cuidado continuará siendo una necesidad que acompañará a la mayor longevidad y al mayor número de ancianos, por lo menos en el corto plazo.

Mucho se han encomiado los beneficios de haber disminuido las tasas de fecundidad. Ahora las mujeres tienen menos hijos y los cuidan por menos tiempo. Se dice que potencialmente se les liberó para desarrollarse en otros ámbitos de la vida. Además de eso, la reducción de la fecundidad y de la mortalidad han favorecido una mayor esperanza de vida. Viviremos más años, por lo menos esa es la promesa, pero lo que nunca nos han dicho es que será en condición de dependientes. Es decir, seremos viejos pero necesitaremos el cuidado de alguien para sobrevivir.

Al examinar el comportamiento de estas cuidadoras de Oblatos que pertenecen a la cohorte 1945-1965, advertimos que contaban con la posibilidad de elegir: eran tantas las hijas que existía la opción. Ahora, las mujeres tienen 2 o 3 hijos, y no siempre tienen mujeres; eso significa que las opciones de selección desaparecen, pues con tan pocos hijos y, sobre todo, pocas hijas, no hay de dónde seleccionar. El problema no es solamente saber quiénes cuidarán de los ancianos que hoy día son jóvenes o adultos, sino cuáles serán las implicaciones que esto tendrá en la designación de cuidadoras en el futuro. Tres, entre tales implicaciones, me parece que son dignas de reflexión.

— Primero, la posibilidad de elegir entre varias hijas se perderá y el patrón cultural se verá sometido a una reestructuración completa. Ahora existen argumentos para excluir a algunas hijas del cuidado de los padres ancianos, y con ello las no elegidas no se someten a dicha experiencia. En el futuro es probable que la misma se convierta en una experiencia normativa en los términos que Brody (1985: 22) utiliza para las mujeres anglosajonas y canadienses. O sea, una obligación de la cual casi ninguna mujer se escapa. El asunto es interesante, porque es precisamente en esos contextos donde el número de hijos se ha reducido desde hace varias décadas, lo que ha significado que las normas culturales funcionen de otra manera. Eso implica, primero, que ya no habría en el futuro de dónde elegir, pues con pocos hijos y sólo una o dos mujeres entre ellos, a casi todas las hijas les “tocará” cuidar a algún padre anciano. Además las normas culturales en que se basa la selección serían inoperantes, y tendrían que ser sustituidas por otras que reforzaran la permanencia de la hija como cuidadora.

— Segundo, al no existir opciones de mujeres para el cuidado, unas pocas se verían sometidas no a una experiencia, sino a múltiples experiencias de cuidado de ancianos. Tener dos hijos no garantiza que sean mujeres. Si una lo es, ya se resolvió el problema, pero si son sólo hombres, ¿quién asumirá el cuidado? Es posible que en una sociedad como la nuestra donde los varones no se involucran como cuidadores, ni suelen participar en las tareas de la crianza de los niños, sería ilusorio esperar que los hijos cuidaran de sus padres ancianos, pero no que lo haga una mujer, ya que finalmente ésa es la norma cultural. Y si no hay hijas, las disponibles serían entonces las nueras. En las sociedades anglosajonas las nueras son cuidadoras casi en igual número que las hijas, precisamente porque no hay hijas disponibles a causa del número reducido de descendientes. No sería de extrañar, entonces, que las familias volvieran su mirada hacia ese parentesco que hasta hoy no suele requerirse para el cuidado de los suegros ancianos. En Oblatos, múltiples eran los argumentos para eximir a las nueras de ser cuidadoras. En el futuro las normas culturales podrían modificarse para dar paso a las nueras-cuidadoras. Pero eso también tiene otras implicaciones. Esas nueras también son hijas, de tal manera que cuidarán a sus padres y seguramente también a sus suegros, y en algunos casos los tiempos del cuidado de los padres y los suegros se darán simultáneamente. He aquí una sobrecarga de roles como cuidadora para una sola mujer.

— Tercero, de acuerdo con las estimaciones de Conapo (1999: 213-229) las mujeres tienen cada vez más la posibilidad de llegar a los 50 años con hijos sobrevivientes, un esposo vivo y sus padres vivos, por no hablar de sus nietos. Ello les acarrea serias implicaciones como cuidadoras. La observación del comportamiento de las enfermedades crónicas nos permite afirmar que las mismas aparecen entre los 40 y los 50 años de edad, una década previa al tránsito a la ancianidad. Eso significa que a esa edad seguramente contarán con un esposo vivo pero enfermo crónico, unos padres ancianos, también enfermos crónicos, y probablemente, unos suegros ancianos y enfermos, y todos ellos necesitados de una cuidadora. Y sin opciones de hijas, el resultado sería que una misma mujer dedicará, sí, pocos años de su vida a la crianza de los niños, pero ese tiempo que ganó se reorientará hacia el cuidado de los adultos y los ancianos enfermos. Es decir, su vida se convertirá en una trayectoria de cuidadora permanente. En algunas esposas-cuidadoras de Oblatos ya se dio dicho fenómeno. María de Jesús es un ejemplo de ello, después de concluir la crianza de algunos

de sus hijos pasó de inmediato a ser cuidadora de su madre, después de su suegra, enseguida de su esposo, y en este momento se inicia como cuidadora de su padre. Hasta el momento han sido 29 años de cuidado de ancianos y adultos enfermos, sin contar los 25 años dedicados al cuidado de sus siete hijos, que fue simultáneo con el cuidado de su madre. ¿Será mejor pasarse la vida cuidando ya no niños, sino adultos y ancianos enfermos?

Creo que las familias ya responden a las demandas de cuidado generadas por el envejecimiento de la población mexicana, y es casi seguro que las cohortes posteriores a 1965 tendrán una experiencia de cuidado totalmente diferente a las cuidadoras de Oblatos. El asunto es que los académicos ni siquiera conocemos la experiencia actual de estas mujeres, y en nuestro medio el tema despierta poco interés por conocer cómo el tiempo de cuidado de los niños está siendo sustituido por el cuidado de los dependientes adultos y ancianos. Éste sería el tiempo de reflexionar si las mujeres realmente hemos ganado con tener pocos hijos.

### Bibliografía

- Allen, Katherine y Robert Pickett (1987), "Forgotten Streams in the Family Life Course: Utilization of Qualitative Retrospective Interviews in the Analysis of Lifelong Women's Family Careers", *Journal of Family and Marriage*, vol. 49, pp. 517-526.
- Allen, Susan, Frances Goldscheider y Desirée Ciambone (1999), "Gender Roles, Marital Intimacy, and Nomination of Spouse as Primary Caregiver", *The Gerontologist*, vol. 39, núm. 2, pp. 150-158.
- Arias, Patricia (2000), *El mundo de los amores imposibles. Residencia y herencia en la sociedad ranchera*, CEED/Universidad de Guadalajara (mimeo.).
- Braithwaite, V. A. (1990), *Bound to Care*, Sydney, Allen & Unwin.
- Brody, Emily (1985), "Parent Care as a Normative Family Stress", *The Gerontologist*, vol. 25, núm. 1, pp. 19-29.
- Burton, Linda (1996), "Age Norms, The Timing of Family Role Transitions, and Intergenerational Caregiving among Aging African American Women", *The Gerontologist*, vol. 36, núm. 2, pp. 199-208.
- Conapo (1999), *La situación demográfica en México*, en: [www.conapo.gob.mx/sit99](http://www.conapo.gob.mx/sit99)
- Corbin, Juliet y Anselm Strauss (1988), *Unending Work and Care. Managing Chronic Illness at Home*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Harris, Phyllis (1998), "Listening to Caregiving Sons: Misunderstood Realities", *The Gerontologist*, vol. 38, núm. 3, pp. 342-352.

- Hasselkus, Betty (1993), "Death in Very Old Age: a Personal Journey of Caregiving", *American Journal of Occupational Theraphy*, vol. 47, núm. 8, pp. 717-723.
- García, Hilda (1998), "Sistemas de soporte a la vejez: apoyos formales e informales en el área metropolitana de Monterrey", en Héctor Hernández y Catherine Menkes (coords.), *La población de México al final del siglo XX (V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México)*, vol. 1, México, Sociedad Mexicana de Demografía/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Autónoma de México, pp. 399-416.
- Graham, Hilary (1983), "Caring: A Labour of Love", en Janet Finch y Dulcie Groves D. (eds.), *A Labour of Love*, Londres, Routledge and Kegan Paul, pp. 13-30.
- Guberman, Nancy, Pierre Maheu y Chantal Maillé (1992), "Women as Family Caregivers: Why Do They Care?", *The Gerontologist*, vol. 32, núm. 5, pp. 607-617.
- Katz, Sidney *et al.* (1963), "Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function", *JAMA*, vol. 185, núm. 12, pp. 914-919.
- Kittay, Eva (1999), *Love's Labor. Essays on Women, Equality and Dependency*, Nueva York, Routledge.
- Kuhn, Deanna (1991), *The Skill of Argument*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Matthews, Sarah y Tena Rosner (1988), "Shared Filial Responsibility: The Family as the Primary Caregiver", *Journal of Marriage and the Family*, vol. 50, pp. 185-195.
- Maruani, Margaret (1991), "La construcción social de las diferencias de sexo en el mercado de trabajo. Economía y sociología del trabajo", *Mujer y Trabajo*, vol. 14, núm.13, pp. 129-137.
- Mercado, Francisco Javier (1996), *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara.
- Minkler, Merdith y Thomas Cole (1991), "Political and Moral Economy: Not Such Strange Bedfellows", en Meredith Minkler y Carroll Estes, *Critical Perspectives on Aging: The Political and Moral Economy of Growing Old*, Nueva York, Baywood Publishing Company, pp. 42-49.
- Mirkin, Barry y Mary Weinberger (2000), "The Demography of Population Ageing", Nueva York, Naciones Unidas, documento de trabajo núm. UN/POP/AGE/2000/1.
- Montes de Oca, Verónica (1998), "Intercambio y diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México", en Héctor Hernández y Catherine Menkes (coords.), *La población de México al final del siglo XX (V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México)*, vol. 1, México, Sociedad Mexicana de Demografía/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 485-500.

- Murray, Christopher y Alan Lopez (1997), "Alternative Projections of Mortality and Disability by Cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study", *The Lancet*, vol. 349, pp. 1498-1504.
- Orbeli, Sheina (1996), "Informal Care in Social Context: A Social Psychological Analysis of Participation, Impact and Intervention in Care of the Elderly", *Psychology and Health*, vol. 11, pp. 155-178.
- Robichaux, David (1997), "Residence Rules and Ultimogeniture in Tlaxcala and Mesoamerica", *Ethnology*, vol. 36, núm. 2, pp. 149-171.
- Robinson, Juliet, Phyllis Moen y Donna Dempster-McClain (1995), "Women's Caregiving: Changing Profiles and Pathways", *Journal of Gerontology*, vol. 50B, núm. 6, pp. S362-S373.
- Robles, Leticia *et al.*, (2000), "Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 16, núm. 2, pp. 557-560.
- Sevenhuijsen, Selma (1998), *Citizenship and the Ethics of Care. Feminist Considerations on Justice, Morality and Politics*, Londres, Routledge.
- Stone, Robyn, Gail Cafferata y Judith Sangl (1987), "Caregivers of the Frail Elderly: a National Profile". *The Gerontologist*, vol. 27, núm. 5, pp. 616-626.
- Wolf, Douglas, Vicki Freedman y Beth Soldo (1997), "The Division of Family Labor: Care for Elderly Parents", *The Journal of Gerontology*, vol. 52B, pp. 102-109.
- Yamamoto, Noriko y Margaret Wallaghen (1997), "The Continuation of Family Caregiving in Japan", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 38, núm. 2, pp. 164-176.