

"Unos estamos más tiempo y otros menos..." Género, cuidado y vejez.

Iris Eréndira Aguilar Vázquez

En México existen pocos estudios que den cuenta sobre las características de la actividad del cuidado, y es menor aún la investigación cuando se trata de enlazar dicha actividad con la vejez y el género. El feminismo mexicano ha trabajado escasamente estos temas; no obstante, en algunos artículos se critica la aceptación de la obligación de las mujeres respecto a la actividad del cuidado.¹ Por otra parte, trabajos etnográficos realizados en México en los años ochenta y noventa muestran que las mujeres se asumen como cuidadoras "naturales" de la salud de la familia. Mendoza González (1994) y Álvarez Heidenreich (1987) estudiaron el proceso salud-enfermedad-atención en comunidades indígenas de los estados de Oaxaca y Morelos, respectivamente.²

En este artículo se presentan resultados de una investigación³ que examinó desde una visión antropológica diversas experiencias de hombres y mujeres que proporcionaron cuidados a parientes ancianos hospitalizados.

Las siguientes preguntas guiaron el estudio: ¿Existe participación masculina en el cuidado de enfermos/as hospitalizados? ¿Cuáles son las

¹ Vease Hartman (2000), Stack y Burton (1994) Cristina Rezza (1988, citada por Castañeda 1997), Larralde (2001), Cardaci (1990), Robles Silva (2007) y Joan Tronto (2002). Estas autoras y autores critican la actividad de cuidado delegado culturalmente a las mujeres.

² Ambas autoras describen a las mujeres, sobre todo a las madres, como las principales depositarias de la responsabilidad sobre la salud de sus hijos y su grupo doméstico, y descubren la coexistencia de formas tradicionales y alópatas de atención a la salud. Mendoza y Álvarez analizan la relación entre la medicina alópata y la tradicional a través de las acciones y creencias de las comunidades, para establecer las tendencias y los patrones de salud-enfermedad. Para ello, cada una de las autoras hace una descripción epidemiológica de las comunidades.

³ La investigación se llevó a cabo entre abril de 2004 y enero de 2005 en el área de hospitalización del Servicio de Geriátría del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en el Distrito Federal.

características que asume esa actividad tanto en hombres como en mujeres? ¿Se advierten cambios en las relaciones tradicionales de género entre los hombres y las mujeres que proporcionan cuidados a sus parientes hospitalizados? En la investigación, se prestó especial atención al papel que el género desempeña en las relaciones entre las y los cuidadores. Las estrategias, negociaciones y conflictos que surgieron entre estos fueron observados en dos ámbitos de su vida: el laboral y el familiar.

Uno de los propósitos fue establecer en qué medida el cuidado de ancianas y ancianos hospitalizados es una actividad que llevaron a cabo predominantemente las mujeres, así como develar los procesos que condujeron a algunos hombres a asumir ese tipo de responsabilidad. Al considerar a la familia como el referente central para analizar el problema, se buscó identificar su composición, así como las relaciones de género entre quienes se responsabilizaron del cuidado de los parientes mayores hospitalizados.

Se analizaron las cuidadoras y cuidadores de cuatro personas hospitalizadas que fueron pacientes geriátricos con un alto grado de incapacidad física. De ellos, dos eran mujeres amas de casa que recibían pensión y servicios médicos por viudez (Lucía y Julia) y en los otros dos casos se trataba de hombres que habían sido abogados (Pedro y Cristóbal).

Siete mujeres y seis hombres, el rostro invisible del cuidado

Las situaciones de salud de Lucía, Julia, Cristóbal y Pedro permitieron estudiar el proceso de adaptación y organización de las familias desde el ingreso al área de urgencias, pasando por la rutina de cuidado durante la hospitalización, hasta el desenlace —el "alta", en los casos de Julia y Cristóbal, y el deceso, en los de Lucía y Pedro—. Lucía tuvo como cuidador principal a su hijo Pepe, y como cuidador secundario a Luis, un camillero remunerado que laboraba en el hospital. Susana, primogénita de la familia, fue la cuidadora principal de Julia y contó con la ayuda de dos cuidadoras remuneradas. Cristóbal fue cuidado por sus cuatro hijas y dos de sus hijos: Ana, su hija, fungió como cuidadora familiar principal, y sus hermanos y hermanas como cuidadores secundarios. Pedro tuvo como cuidador principal a su hermano Raúl, en tanto que sus dos hermanas, sus dos hermanos y su "novia" ejercieron el cuidado de manera secundaria.

Las dos mujeres hospitalizadas sólo contaron con un cuidador o cuidadora familiar principal. El resto de los miembros de sus familias proporcionaba apoyo económico. Por su parte, los dos hombres tuvieron un mayor número de cuidadores y cuidadoras. Dos de los cuidadores varones

se hacían cargo también de personas con discapacidad que vivían en sus mismas casas. Pepe, hijo de Lucía, tenía una hermana de 41 años, soltera, diagnosticada con esquizofrenia y paranoia desde hacía 22 años. La esposa de Manuel, hijo de Cristóbal, se encontraba parcialmente discapacitada a causa de un infarto cerebral. Estos dos hombres distribuían su tiempo entre el trabajo remunerado, el cuidado hospitalario y la atención a otras personas enfermas en su hogar. Por otro lado, Ana, hija de Cristóbal, asistía en su domicilio a su esposo, quien padecía Corea de Huntington. Ana dividía su tiempo entre el trabajo remunerado, el cuidado de su esposo en su domicilio y el de su padre en el hospital.

Los factores de diferenciación social de quienes brindaron cuidados a las personas ancianas hospitalizadas les confirieron ciertas características que hicieron muy complejo el cuidado en el hospital. No sólo se trataba de hombres y mujeres que "se dan tiempo" para cuidar a una persona enferma, sino de individuos que desplegaron estrategias y negociaciones en las esferas laboral, familiar y hospitalaria para enfrentar exigencias especiales. Las y los enfermos geriátricos suelen encontrarse en condiciones de fragilidad física y orgánica extremas, por lo que su cuidado exige un proceso de aprendizaje, así como una vigilancia constante durante día y noche para evitar que se acentúe su deterioro. Sumado a las responsabilidades familiares y laborales, este trabajo puede conducir al agotamiento físico y emocional.

Redes sociales, negociaciones, estrategias, conflictos y género

La hospitalización de una persona anciana desencadenó la organización de redes familiares de cuidado informal, puesto que los hombres y las mujeres que asumieron la responsabilidad del cuidado se vieron en la necesidad de reestructurar sus actividades cotidianas en función del tiempo que debían dedicar a sus tareas en el hospital. Es entonces cuando surgieron estrategias, negociaciones y conflictos. Las y los cuidadores agregaron a sus actividades cotidianas el apoyo al pariente enfermo en el hospital. En cada uno de los casos, se trató de analizar si la socialización en un género determinado tiene influencia en aquellas actividades consideradas tradicionalmente como femeninas y masculinas, y si tenían peso en la distribución de las responsabilidades en el núcleo familiar. El cuidado de personas enfermas en un hospital supone una serie de arreglos que trastocan las actividades diarias. Para ilustrarlo, presento extractos significativos de las entrevistas realizadas con base en los siguientes ejes: *a) organización de la vida cotidiana*, que incluye la reorganización del trabajo remunerado y de la vida familiar

(tanto la de la familia de origen como la de la constituida), y *b) organización del tiempo de cuidado en el hospital.*

a) Organización de la vida cotidiana

Por "vida cotidiana" se entiende aquí al conjunto de actividades que los y las cuidadoras llevaban a cabo de manera habitual antes de la hospitalización de su pariente. Para analizar lo ocurrido en este aspecto de la vida de los y las cuidadoras se distinguieron dos ámbitos: el laboral y el familiar. En ambos se observaron las estrategias y negociaciones que surgieron entre los diversos actores sociales ante el evento de la hospitalización de su padre o madre.

Organización del trabajo remunerado

Las negociaciones orientadas a "acomodar" el trabajo remunerado en el marco de las nuevas responsabilidades de los cuidadores informales eran diferentes entre hombres y mujeres. En el caso de los varones, la definición del tiempo de cuidado se supeditaba a sus actividades laborales y ejercía influencia sobre las decisiones de las mujeres. Así, Ana y Sara, que desempeñaban trabajos remunerados en el campo de la educación, decían:

También tengo que pensar en ellos (los familiares hombres), porque la verdad yo tengo el tiempo, ellos no. O sea, por ejemplo, yo le digo a mi hermano: hombres quiero en la noche (...). Yo les decía eso: hombres en la noche, sí, pus con la pena, ¿no? Pero precisamente para no fastidiarlos en el trabajo... (Ana, 46 años).

Yo digo que los trabajos de los hombres son... como más pesados, porque son de más tiempo... (Sara, 53 años).

Aunque ambas cuidadoras realizaban una actividad productiva remunerada, no consideraban que sus trabajos fueran importantes. Creían que ellas sí "tenían tiempo". En todo caso, acordaban con sus jefes y compañeros de trabajo estrategias que les permitieran permanecer en el hospital cuidando al enfermo o enferma sin dejar de cumplir su responsabilidad profesional.

No es problema... Para mí no es problema. Tengo que trabajar porque tengo pendientes, tengo responsabilidades... Porque yo de tu casa me salgo, pus a la hora que quiero, la verdad. Yo no tengo un horario muy estricto. Se supone que tengo que trabajar de 10 a 3 y de 7 a 9, pero, pus, llego a la una.... Puedes echar tus mentirillas piadosas... O sea, tengo mil pretextos... Y nadie me llama la atención. Ésa es la ventaja de mi trabajo. (Ana, 46 años).

Todo indica que, en el aspecto laboral, los hombres necesitaban implementar menos estrategias y negociaciones con sus jefes y colegas que las mujeres, porque dedicaban la noche al cuidado hospitalario. No veían

afectadas de manera importante sus actividades remuneradas. Así, un hijo de Cristóbal comentaba:

A veces siento que unos estamos más tiempo y otros menos... Pero ella (Ana, su hermana, cuidadora principal) es la que organiza. Entonces, no me importa a mí lo que ella haga, sino lo que a mí me toca, ¿verdad? Para mí es mejor venir en la noche, porque así tengo el día para hacer mis labores normales. Entonces en lo único que... ¿cuál es la palabra?... en lo único que sí me lastima es en el tiempo de dormir. Pero a mi edad, ya muchas veces con unas seis o cinco horas me repongo. Y siento que sentado me repongo más fácil que acostado. Si yo me duermo aquí sentado tres, cuatro horas, es como si durmiera yo las ocho horas. Siempre he tenido buen aguante físico. Entonces, no me interesa tanto el castigo físico, con tal de estar viendo a mi papá. Ahora, mis actividades en el trabajo, cuando yo llego al trabajo se me olvida todo por la ocupación que yo tengo, y ya en la tarde pues convivo con mis tres hijos más chicos... (Manuel, 55 años).

La socialización en el género, lo que es "propio" de hombres y de mujeres, se manifestó tanto en la distribución del tiempo de cuidado de Cristóbal entre sus hijas e hijos como en el discurso explícito: el trabajo remunerado de los hombres reviste mayor importancia que el de las mujeres, puesto que aquellos "tienen la obligación", como hombres, de encargarse de la manutención de sus familias. En cambio, el trabajo remunerado de las mujeres es considerado como complementario para el ingreso familiar; por ello privilegian su papel de cuidadoras durante el día. Eran ellas quienes "acomodaban" sus horarios, pedían permisos, faltaban al trabajo o "echaban mentirillas". Eran ellas quienes asumían la responsabilidad principal del cuidado del enfermo, "naturalizándola" como una más de sus actividades cotidianas. Para los hombres no era así. Manuel decía que para él era importante "estar viendo" a su padre. En el discurso de los hombres no llegó a aparecer el cuidado como una de sus actividades relevantes. Pero por ejemplo Susana, contadora pública, hubo de desplegar importantes estrategias y negociaciones en su trabajo para poder contar con tiempo dedicado a ver por su madre. Hasta el momento de la hospitalización de su madre, Susana tenía once años trabajando por honorarios como consejera del contralor interno de una importante empresa. Además, recibía una pensión por jubilación de la Secretaría de Salud y otra más por viudez. Para dedicarse al cuidado de su mamá, llegó a diversos acuerdos con su jefe:

Él me comprende. Es muy joven, pero sí me entiende y me da permiso. A veces me habla y me dice: "Oye, hay que ir a la contraloría general, que acompáñame aquí, acompáñame allá". De hecho, me está pagando. Yo arreglo las cosas con mi mamá y me voy al trabajo... (Susana, 64 años).

Susana no veía amenazada su permanencia en el trabajo pues procuraba estar disponible cuando su jefe solicitaba su presencia. Para realizar las

actividades impostergables que el cuidado de su madre exigía y simultáneamente satisfacer las demandas laborales, contaba con la ayuda de dos cuidadoras remuneradas ajenas a la familia. Sin embargo, como suele ocurrir entre las mujeres, procuraba "estar siempre al pendiente de su mamá", ya que consideraba que "para una hija eso es lo más importante en este momento". Su superior y sus colegas del trabajo también lo entendían así.

En algunas ocasiones, los arreglos laborales resultaban más complicados y tenían consecuencias adversas en los ingresos de quienes se responsabilizaban por el cuidado de las personas enfermas. Así por ejemplo, debido a su inasistencia a la escuela donde era profesora de secundaria, Sara no recibió pago alguno el día que internaron a su padre. Sin embargo, la extensa red de cuidadores que posteriormente organizó su hermana Ana le permitió asumir responsabilidades como cuidadora secundaria durante el resto de las jornadas sin ver demasiado afectados sus ingresos.

En el caso de Pepe, cuidador familiar único de Lucía, la situación fue más compleja, pues no contaba con ningún pariente que lo sustituyera en el cuidado hospitalario. Sus jefes autorizaron explícitamente algunos ajustes en sus horarios y cargas de trabajo, permitiendo que una colega asumiera algunas de sus obligaciones a cambio de una parte significativa de su salario. Posteriormente, en la medida en la que la permanencia de su madre en el hospital se prolongó, Pepe se vio en la necesidad de contratar a un cuidador remunerado, lo cual supuso una merma adicional a sus ingresos.

Organización de la vida familiar

Para abordar este tema se tomaron en consideración los cambios de horario, así como las actividades, responsabilidades y rutinas de las y los cuidadores en relación con su familia de origen (hermanos, hermanas, padre y madre) y su familia constituida (esposo, esposa, hijos, hijas, nueras, etcétera). Se deseaba entender cómo se negociaban los cambios y si estos daban lugar a conflictos.

Negociaciones y conflictos con la familia de origen

Cuando uno de los progenitores fue hospitalizado —situación que se presentó en tres de los casos analizados—, los familiares hicieron, en primer lugar, transacciones abiertas o implícitas con sus hijos e hijas para decidir quiénes se harían cargo del cuidado del paciente y con qué grado de dedicación y responsabilidad. En los casos en los que la mayoría de los hijos e hijas de la persona enferma vivía en otros estados —o países, como los de Lucía y Cristóbal— o no se lograba concretar una distribución equitativa del

tiempo de cuidado hospitalario, el cuidador o cuidadora familiar principal emprendía diversas transacciones, buena parte de las cuales suponía hacer pagos para cubrir los gastos del familiar hospitalizado y contratar a cuidadoras o cuidadores remunerados. Sin embargo, esos gastos no aliviaban la sobrecarga de trabajo ni el estrés de los principales cuidadores familiares. Así lo manifestaba Susana, única hija mujer a la que sus tres hermanos hombres delegaron el cuidado de su madre:

Mire, a veces mis hermanos me dan que quinientos, que doscientos (pesos). Pero algo fijo, pues no. Y pueden, ¿eh? Tienen buenos puestos; si quisieran, me podrían ayudar más... Pero mire, no me quejo. Si quieren ayudarme, bien; si no, también bien. Yo creo que entre más doy más recibo. Bueno, sí, sí me dan... dinero. Pero a ellos no les interesa si tengo o no tengo quién la cuide... A veces me desespero; es lógico, ¿no? Entonces digo: "¡Ay, Diosito! ¡Ayúdame, dame calma!" Como ahorita, ellos saben que está aquí y, mire, no han venido ni siquiera para visitarla. Ellos saben que si la señora (la cuidadora remunerada) no viene y mis hijas no pueden, yo no puedo salir ni a comer. ¡Y lo saben! Pero creo que les vale. Pienso que si Dios cargó una cruz tan pesada... y yo con esta tan chiquita... no me quejo... (Susana, 64 años).

Los reclamos de Susana sobre la falta de colaboración personal y monetaria se extendían también a otras mujeres de la familia y a los sobrinos y sobrinas, pues ella esperaba una ayuda similar a la que recibía de sus propias hijas e hijo. Este último contribuía exclusivamente con dinero para el pago de las cuidadoras remuneradas.

De esta manera se reproducía la habitual división sexual del trabajo: los hombres de la familia aportaban recursos económicos —aunque en ocasiones su contribución era considerada insuficiente—, y las mujeres de todas las generaciones, independientemente de sus obligaciones laborales, escolares y domésticas, se atribuían a sí mismas y a otras mujeres la obligación de cuidar a las personas ancianas enfermas, así como a los niños y niñas de la familia. Es por ello que Beatriz y Ana, hijas de Cristóbal, decidieron asignar a varias mujeres de su familia el cuidado de otros familiares para poder tomar el lugar de su madre septuagenaria en el hospital:

Yo le sugerí a mi hermana que dejara descansar a mi mamá... porque la niña, ¿quién me la va a cuidar? Ora sí, que descanse; ya vio que está mejor mi papá y que cuide a mi hija, porque no va a poder dejarla sola. La niña se la dejó a mi mamá, porque ella es la que tiene ahorita que aguantar a mi hija. ¡Ni modo que la traiga! A la niña ahorita la va a cuidar mi mamá y las hijas de mi hermana Ana. (Beatriz, 44 años).

Ahí yo sé que mi mamá está bien. ¿Por qué? Porque está cuidada por mis hijas... (Ana, 46 años).

En el caso de Pedro, paciente soltero, abogado jubilado de 79 años y primogénito entre muchos hermanos y hermanas, la división sexual del tra-

bajo (cuidadoras *versus* proveedores económicos) no aparecía de forma tan acentuada. El estado civil y la ausencia de inserción activa en el mercado de trabajo parecían jugar un papel más importante que el género en la provisión de compañía y atención. Pedro vivía con su hermana Rosa, ama de casa de 68 años, y con su hermano Raúl, jubilado de setenta años, ambos solteros. Este último fue quien asumió el cuidado primario del enfermo en el hospital, mientras Rosa seguía realizando las labores domésticas y apoyaba de manera esporádica en el cuidado hospitalario. Aunque los otros dos hermanos y la hermana casados, así como Lulú, de 75 años, pareja con la que Pedro no habitaba, estuvieron presentes durante todo el período de hospitalización, el cuidado que proporcionaron fue complementario al de Raúl, ya que estaban presentes en el hospital solamente cuando se los permitían sus actividades laborales o domésticas. Pedro había asumido desde joven la responsabilidad de la crianza de sus hermanos y hermanas menores, hecho que lo convirtió para ellos en una figura paterna y, probablemente, evitó fricciones en sus negociaciones, ya que todos se sentían en "deuda" con él:

Él fue mi tutor, mi maestro. Es muy importante para nosotros, por lo que estar aquí para cuidarlo, todos estamos al pie. Todos, incluyendo a Lulú (novia del enfermo), estamos dispuestos a estar aquí, no hay un orden. Vamos llegando conforme nuestras actividades lo permiten, pero no tenemos problemas. Como ve, nosotros estamos muy unidos. (Federico, 63 años).

Lulú, la "novia" de Pedro, llegaba por las mañanas al hospital y permanecía ahí por espacio de dos horas aproximadamente, haciéndole compañía. Sin embargo, nunca se quedaba a solas con él, ya que en todo momento estaba acompañada por alguno de los hermanos del enfermo. En el caso de esta familia, el cuidado hospitalario se concentró en los familiares directos, quienes constituían una red sólida y compacta que no daba cabida a cuidadores secundarios sin lazos consanguíneos.

Negociaciones y conflictos con la familia constituida

Los familiares responsables del cuidado en su mayoría estaban casados, contaban con familia propia, y en algunos casos ya eran abuelos o abuelas, lo que suponía negociaciones y estrategias familiares complejas y de distinto nivel con los integrantes de sus familias constituidas. En el caso de las mujeres resultan significativas las descripciones de los "malabarismos" que debían hacer para cumplir las obligaciones que juzgaban "propias" de sus roles de madres y esposas:

Bueno, primero le comenté a mi esposo (sobre la hospitalización de su padre). Él me dio todo su apoyo; me dijo: "¡Adelante!" Que me viniera (de Acapulco). Pero entonces

tuve que organizar la escuela de mi hija. Ella está... bueno, como estamos a fines de año, de ciclo escolar, teníamos que preparar todo, todos los homenajes, las ceremonias, porque pertenezco a la mesa directiva, y entonces ya de ahí, pues rápido organicé todo, hice una lista de lo que tenía que hacer y lo llevé, pedí permiso en la escuela de mi hija y me la traje. Lo que tuve que dejar allá pendiente fue a mi marido, (risas) pero allá, con su apoyo... (Beatriz, 44 años).

Hasta hoy pude venir, saliendo de trabajar. A las dos de la tarde decidí venir, con el problema de que cuando llegue mi marido va a estar como loco (risas). No le avisé. Se preocupa mucho por mi salud, porque como ya me ve grande, entonces... este... Yo sé que ahorita que llegue vamos a tener problemas, pero bueno, yo sé que son problemas normales, creo yo. Lo que pasa es que él piensa que yo soy de su propiedad. Sí, de veras, porque muchas veces hasta... no sé, para que yo vaya a la esquina, me está preguntando que a donde voy, cuánto tiempo me voy a tardar. Sí, es muy posesivo. Siempre ha sido muy posesivo. Desde que me casé con él esos fueron mis primeros problemas. Según él, se preocupa por mí; sí, ese es el pretexto. O si tú te vas y no me avisas a la hora que vienes, él se pone nervioso, se pone irritable. Y bueno, también su trabajo. Él es gerente de la cervecería X y entonces dice que su trabajo es muy este... estresante. Como que vive con mucha presión. Entonces por lo mismo yo creo que también él está neurasténico, porque yo lo he tratado. Lo estoy llevando con el psiquiatra, lo estoy llevando a neuróticos anónimos, sí... Es la manera de demostrarle que yo lo quiero, ayudarlo, y hemos ido, yo me he dado cuenta de que trata de cambiar. Pero, como dicen, genio y figura... Por lo menos, como me quiere mucho, yo trato de tenerle mucha paciencia... (Sara, 53 años).

Además de cumplir con su trabajo remunerado, Sara consideraba que su obligación como madre se extendía al cuidado de su nieta y a procurar atención a la salud de su esposo. Ajustar las piezas del rompecabezas de su vida familiar era una tarea sumamente complicada:

Me traje a mi hija (que era madre soltera) y a mi nieta, porque siempre... Ella no tuvo clase hoy; el día de ayer presentó examen y me dijo: "Mamá, mañana no tengo examen, no tengo clases, vamos a ver a mi abuelo". Ella también quería ver a su abuelo. Ya el lunes volvemos a la rutina, yo al trabajo, ella a la escuela, y está haciendo su servicio social; entonces en la mañana ella se va al servicio social y en la tarde a la escuela. Yo me voy a mi trabajo y ya na' más paso a recoger a la niña a las tres de la tarde, porque la niña come en la escuela, en la guardería. Y ya en la tarde, pues yo me estoy con la nieta, sí... Además que también se me presentó el problema que la niña agarró una infección en las vías urinarias. También por eso antier no pude venir, porque la llevé al médico. Todo eso en la tarde, por la tarde. Sí, tuve que llevarla y ya la están tratando; le están dando medicamento y todo pero, pues los niños, cuando están enfermitos, pues es problema, y bueno, mañana pienso venirme desde temprano, desde las siete y media hasta como a las seis, ya es cuando yo me pueda retirar, sí... (Sara, 53 años).

Observamos que en la familia constituida los conflictos por "no estar" en casa eran diferentes cuando se trataba de hombres y de mujeres. Miguel comentó las dificultades que surgieron con su esposa a raíz de la hospitalización de su padre:

Yo normalmente soy el que paso por el niño al deportivo para llevármelo a la casa, y ayer se me pasó... ayer se me pasó. Pero bueno, alcancé a recogerlo bien, no tuve ningún contratiempo pero, vamos, problema mayor no hay. Por ejemplo, con mi esposa me ha generado el problema de que ella de alguna forma sí se inconforma por el hecho pues de que no estoy en la casa en la noche, que no ceno con ella. Por ejemplo, ahorita que me vine como que se molestó un poco. No lo acepta del todo, ¿no? Algo que también me ha generado un problema porque ella no lo acepta... y eso ha sido un poco difícil, ¿no? Tal vez lo más difícil de esto es mi relación con mi esposa. No, no lo logra aceptar y a mí me genera un sentimiento así de molestia, ¿no?, de impotencia un poco, de que ella no lo logre entender, ¿no? Pero bueno, yo espero que con el tiempo vaya mejorando esto y ella lo vaya entendiendo. También me genera un poco de desconcierto el hecho de que ella, por ejemplo, no venga a ver a mi papá, ¿no? Este... pues yo no sé que piensa, ¿no? Vamos, a mi papá lo conoce desde hace más de quince años. No muestra así como que mucho interés. También ella, bueno, es una mujer muy ocupada, prácticamente trabaja todo el día. Pienso que tal vez por ese motivo no ha podido, o no ha tenido la oportunidad de venir, ¿no? Pero bueno, espero que ella lo vaya entendiendo. Y finalmente, bueno, mi papá pues es mi papá, y ahora es más importante que la relación con mi esposa... (risas). (Miguel, 36 años).

La consecuencia de un proceso tradicional de socialización en el género se hizo presente en los relatos de Sara y Miguel. Ambos tuvieron conflictos con sus cónyuges por asumir el cuidado de su padre en el hospital, pero mientras que para Sara estos conflictos representaron un reajuste en sus actividades domésticas cotidianas —incluida la atención a la salud de su esposo—, para Miguel no significaron más que la "molestia" de su esposa, quien parecía no "entender" la gravedad de la situación de Cristóbal, su suegro.

En caso de discapacidad o enfermedad crónica del cónyuge, el trabajo del cuidado continuaba en el hogar y exigía un proceso más complejo de negociación con la familia constituida para organizar una amplia red de apoyo, siempre integrada por mujeres (hijas o nueras, por ejemplo). Tal era el caso de Ana, hija de Cristóbal, cuyas hijas cumplían una función de ayuda en casa:

Mi esposo está incapacitado total y permanentemente. Está diagnosticado con pérdida de memoria y Corea de Huntington... Mira, lo que pasa es que tengo el apoyo de mis hijas al cien por ciento. Mi hija la mayor no ha tenido la suerte de quedar en ninguna escuela; entonces la tengo en la casa. Las otras siguen estudiando. (Ana, 46 años).

En el caso de Manuel, también hijo de Cristóbal y cuya esposa sufrió un infarto cerebral que la incapacitó para realizar de manera autónoma cualquier actividad, el cuidado informal de la enferma en el entorno familiar incluía a la hija (que se encontraba en etapa de posparto) y se extendía hasta la nuera:

Ahorita mi hija acaba de dar a luz el 20 de mayo y tiene una incapacidad por noventa días, ¿no? Entonces, pues ahorita ella cuida a su niña y también está con mi esposa...

Claro, lo difícil va a ser cuando tenga que ir a trabajar, porque ella también trabaja en los juzgados. ¿Cómo le vamos a hacer con mi esposa? Entonces, ahorita (la esposa) está en una terapia para que sea un poco más autosuficiente. Que nos ayude en las mañanas, si es necesario, para ir al baño. Nosotros le vamos a dar de comer —digo "nosotros" porque mis hijas me ayudan—, le damos de comer, ¿no? Tengo una nuera que en la mañana está con ella. O sea, mi hijo se va a trabajar y ella se va, viven como a doscientos metros, entonces ella se va, lleva a sus hijos, o sea a mis nietos, a la escuela y la ayuda... precisamente para ir al baño. Luego se va al mercado para hacerle de comer; ella es la que le hace de comer a mi esposa mientras nosotros llegamos de trabajar. La primera que llega es mi hija, la mamá de la niña. Entonces ya cuando llegamos ya está la comida... (Manuel, 55 años).

Como se puede apreciar, las redes sociales que suministraban cuidados a las personas dependientes en el hogar estaban conformadas exclusivamente por mujeres integrantes de la familia, quienes añadían esa tarea a las actividades domésticas rutinarias. Así se constituían en una "segunda línea" de cuidadoras que permitían a Manuel compartir con sus hermanas y hermanos el trabajo de atención a su padre en el hospital.

En contraste, para Pepe, soltero y cuidador único de Lucía, la sobrecarga fue mayor, ya que la hermana que vivía con él se encontraba imposibilitada para participar del cuidado de la madre debido a su cuadro psiquiátrico. La hospitalización de Lucía significó para Pepe no sólo brindar cuidados en el hospital, sino también hacerse cargo de administrar a su hermana los medicamentos prescritos, actividad que la madre había realizado hasta entonces. Este es el único caso en el que la red social de apoyo doméstico a familiares con enfermedades invalidantes estaba constituida por personas que no formaban parte de la unidad familiar. Un inquilino y su esposa fungían como cuidadores extradomésticos de la hermana de Pepe mientras él estaba en el trabajo o en el hospital. Los otros tres hermanos, dos hombres y una mujer, radicaban en Estados Unidos y su apoyo se reducía a informarse telefónicamente sobre la salud de la madre y a enviar ayuda económica para los gastos de hospitalización y el pago del cuidador contratado.

b) Organización del tiempo de cuidado hospitalario

En este eje de análisis se incluyeron los lapsos, negociaciones y conflictos relacionados con el tiempo de cuidado en el hospital de las ancianas y ancianos enfermos. Cuando un enfermo contaba solamente con un cuidador o cuidadora, la permanencia de estas personas en el hospital se prolongaba y sus actividades cotidianas se debían reordenar constantemente. Ésta no era, sin embargo, una situación estática: las decisiones colectivas y la asunción o rechazo de responsabilidades respecto del familiar hospitalizado

fueron parte de un proceso cambiante en el que entraban en juego diversos factores, como el número de personas dispuestas a cooperar, el grado de "comprensión" que jefes, colegas y miembros de la familia constituida mostraron respecto de la necesidad de dedicar tiempo al/la paciente, la evolución del/la mismo/a y la prolongación o suspensión del internamiento. Cuando el alta se demoraba y la atención del familiar recaía exclusivamente en un cuidador o cuidadora, generalmente se hacían acuerdos con alguna persona que aceptara hacerse cargo a cambio de un estipendio, es decir, con algún cuidador remunerado no emparentado.

Esto es lo que ocurrió en el caso de Pepe, quien al principio de la hospitalización de su madre se quedaba a cuidarla durante las noches y por las mañanas salía a su trabajo. Tras dos meses de seguir la misma rutina, el agotamiento lo obligó a buscar la ayuda de un cuidador remunerado, Luis, quien era parte del personal del hospital pues trabajaba allí los fines de semana y días festivos. Luis aceptó hacerse cargo del cuidado nocturno de lunes a viernes a cambio de un pago diario. Aunque el arreglo brindó cierto alivio a Pepe, no evitó las repercusiones que sobre su vida tuvo la sobrecarga física y emocional:

Mira, después de dos meses yo ya no aguantaba. Entonces contraté a Luis, que es un camillero de aquí. Entonces yo ya pude por lo menos dormir un poco más. Como mi mamá es muy grande (en estatura y complexión), pues Luis le cambiaba el pañal y vigilaba que las enfermeras la atendieran. Eso entre semana, porque sábados y domingos me quedo yo todo el día. En la mañana yo llego a las 8:30 o 9:00 de la mañana, antes de irme al trabajo, para hablar con el doctor. Después, corriendo al trabajo. Luego regresaba a las tres de la tarde para darle una vuelta a mi mamá, y otra vez me regresaba a la delegación, y ya después en la noche llegaba a las nueve y esperaba a que llegara Luis. (Pepe, 45 años).

En las entrevistas Pepe sólo mencionó a Luis como integrante de la red de ayuda a su madre hospitalizada. Sin embargo, a través de la observación de este caso pude percatarme de que un sábado el vecino que cuidaba a su hermana había tomado el lugar de Pepe en el hospital. Esta omisión en el relato de Pepe puede haber obedecido a que la colaboración del vecino en la red informal formaba parte de un sistema invisible de cuidados de salud: invisible para el hospital y su personal, pero también para el cuidador familiar primario.

Para su cuidado hospitalario, Julia, madre de tres hijos y una hija, contaba solamente con esta última, Susana. Como en el caso anterior, Susana recurrió al apoyo de cuidadoras remuneradas, a quienes conocía porque habían dado atención a la paciente en su casa. A semejanza de Pepe, Susana

también consideraba que había actividades que no podían delegarse en ese tipo de cuidadores, y entre esas actividades ocupaba un lugar central la interacción con los especialistas para conocer la evolución y el pronóstico de la enferma. Así, Susana llegaba al hospital todas las mañanas para hablar con los y las especialistas, y se quedaba los fines de semana por las noches. Aunque afirmó que sus hijas la ayudaban ocasionalmente de día, durante las dos semanas de hospitalización de Julia no se observó la presencia de ninguna de ellas junto a su abuela. En la entrevista Susana reiteró su disposición a hacerse cargo de Julia, porque "gracias a su madre ella era quien era y tenía una profesión que le había permitido proporcionar a sus hijas e hijo educación formal". Susana consideraba que la escasa disposición de sus hermanos a atender a su madre se debía al egoísmo y a la falta de apego, cualidad esta última que Susana pensaba es difícil encontrar en los hombres.

El caso que me permitió observar una interesante distribución de los horarios de cuidado entre un número importante de participantes en la red de apoyo fue el de Cristóbal, de quien se ocupaban dos hijos por las noches y cuatro hijas durante el día, organizados por Ana, hija mayor y cuidadora principal. Ana asumió la responsabilidad y la toma de decisiones desde el principio de la hospitalización de Cristóbal:

Creo que soy la que estoy tratando de organizarnos, pero pus... todos realmente han cooperado. Y te digo que yo creo, bueno yo le dije en ese momento (el de la hospitalización) a Miguel: "¿Sabes qué, Miguel? Yo me quedo, tú vete con mi mamá". Ahí empecé yo a mandar. O sea, "ve con mi mamá, que mi mamá se la lleve...". Le digo a mi hija: "Tú llévate a mi mamá a la casa y ahí va a estar en la casa". Y ahí empecé yo, y quién se va a venir en la noche y ahí empezamos con los roles. Así vino mi hermano Manuel... (Ana, 46 años).

La responsabilidad asumida por Ana es justificada por sus hermanos con el argumento de la cercanía entre su casa y la de sus padres, lo que le podría permitir estar presente desde el momento de la hospitalización de Cristóbal.

La que medio organiza es Ana. Ella es la que está más al pendiente porque está más cerca de mi papá, está más cerca del hospital. Y ya, pues, ella nos dice: "Fíjate que no va a poder estar alguno de mis hermanos o ya estuvo y está muy cansado; vente tú". Y así, ella es la que ha estado coordinando en lo que uno llega y otro se va... (Sara, 53 años).

Beatriz reconocía el trabajo de Ana, no sólo en cuanto a la organización de los tiempos de cuidado, sino también en todas sus actividades, y se refirió a ella como una "mujer admirable" que sabía enfrentar todo tipo de contratiempos:

Pues trabaja todo el día. Ella pertenece al sindicato de maestros y entonces está en la mañana y en la tarde, pero le dan permiso de salir a comer y regresa. Y aparte tiene a su marido malito, aparte tiene a sus cuatro hijas y aparte ve a mis papás. Es una mujer admirable. ¡Y aparte nos organiza! Porque es la que ha llevado la batuta y la que nos está diciendo... (Beatriz, 44 años).

Como se desprende de las afirmaciones anteriores, el poder de Ana para organizar la distribución del tiempo de cuidado entre sus hermanos y hermanas derivó de una cadena causal construida por ellos mismos: la cercanía domiciliaria aunada al apego a los padres fueron los argumentos que les sirvieron de "coartada perfecta" para delegar en Ana el papel de cuidadora familiar principal.

Por lo demás, si bien Cristóbal, el padre, se encontraba en un estado de salud grave, no estaba imposibilitado para moverse. No era necesario el uso de pañales ni darle de comer. Sin embargo, había momentos en los que se inquietaba. Esto ocurría generalmente en el transcurso del día; por la noche se le suministraba un medicamento que lo mantenía tranquilo. Por lo tanto, el cuidado era absolutamente indispensable durante el día, cuando las hijas lo bañaban, lo ayudaban a ir al baño y platicaban con él. Por las noches el trabajo disminuía considerablemente. Sin embargo, ninguno de los hijos o hijas hizo explícita la inequidad en las responsabilidades que se asumían en cada horario. Manuel explicaba los cuidados que brindaba a su padre, y el uso de una imagen idealizada le servía para justificar el tiempo que pasaba con él:

Vale mucho la pena estar con él. Yo siempre he creído que gracias a mi padre tengo lo que tengo, tengo una carrera, tengo mi trabajo y ciertos valores de él más que (de) mi mamá, ¿eh? Yo no digo que mi mamá no me ha ayudado, pero mi papá fue determinante en mi vida. Entonces, imagínese, estar ahorita con él... para mí es lo máximo. (Manuel, 55 años).

Así pues, aparentemente en esta familia no había conflictos en cuanto al tiempo que debía dedicar cada hijo e hija al cuidado del padre enfermo: una hermana lo decidía todo. Sin embargo, cuando relataban las formas de negociación con sus familias constituidas, se podía apreciar que permanecer varias horas con Cristóbal no era fácilmente aceptado por los y las cónyuges.

¿Qué puso en evidencia nuestra investigación? Como tendencia general, que las mujeres repartían su tiempo entre el cuidado hospitalario, el trabajo remunerado, el trabajo doméstico, el cuidado de otros enfermos en casa, el de los hijos e hijas y, en un caso específico, también el de la nieta. El cuidado de pacientes hospitalizados era una actividad considerada como

competencia de las mujeres. Si bien los hombres participaban en la tarea, los tiempos y horarios que le dedicaban no eran los mismos. Se consideraba "normal" que las mujeres realizaran actividades de apoyo instrumental (cuidado), mientras que los hombres desempeñaban tareas de refuerzo y apoyo económico.

Los casos analizados y resumidos aquí representan sólo una de las caras del complejo prisma que se forma en el interior de las familias en caso de enfermedad de alguno de sus miembros. Los fragmentos de entrevistas presentados revelan el cúmulo de relaciones que se establecieron entre los cuidadores y cuidadoras, así como las estrategias que tanto ellos como ellas desplegaron en el ámbito laboral, familiar y de cuidado hospitalario. Pero esta no es una realidad fraccionada. Los tres ámbitos se entrelazaron, hilvanados por la construcción sociocultural del género.

La investigación muestra que los y las cuidadoras desarrollaron estrategias y negociaciones en los ámbitos laboral y familiar para poder cuidar a sus familiares ancianos hospitalizados. Esas estrategias y negociaciones, los conflictos surgidos de ellas y la distribución misma de las actividades y del tiempo de cuidado hospitalario están fuertemente anclados en los modelos de socialización en el género. Cuando se agudiza la enfermedad y se hospitaliza a la persona anciana, los familiares cercanos comienzan a constituir la red que le dará apoyo informal durante su estancia en el establecimiento sanitario. En los casos que se estudiaron se observó que el proceso de organización de los y las cuidadoras afectó principalmente dos de las esferas de su vida: la laboral y la familiar, y, en el caso de esta última, tanto a la familia de origen como a la familia constituida. Hombres y mujeres hubieron de hacer arreglos y modificaciones en sus rutinas cotidianas.

Sin embargo, la distribución de tiempos y responsabilidades para el cuidado de las personas hospitalizadas no dependía exclusivamente de la asunción de los roles "propios" de cada género. En algunos casos tenían mayor peso otros elementos. Así, en la decisión sobre quién sería el cuidador principal de Pedro intervinieron factores como el estado civil (soltero), el estatus familiar que ocupaba el paciente (hijo primogénito) y la falta de inserción en el mercado laboral de su hermano. En segundo plano quedó la división sexual tradicional del trabajo, que se cumplía en otros casos.

Los reacomodos a los que la hospitalización de parientes ancianos obligaba a los miembros de las familias pusieron de manifiesto en todos los casos el despliegue de extensas redes intra y extradomésticas de apoyo. Los datos obtenidos muestran que, en la medida en que la cantidad de actividades co-

tidianas aumentaba para los y las cuidadoras, éstos se veían en la necesidad de poner en juego estrategias específicas con sus familias constituidas. Fue en este espacio donde se produjo el mayor número de reacomodos y conflictos. Cuando las y los cuidadores tenían un enfermo o enferma en casa del cual se ocupaban antes de la hospitalización del pariente anciano, recurrían al apoyo de hijas, nietas o nueras para suplirlos y seguir atendiendo al enfermo o enferma en casa.

En suma, la investigación mostró la complejidad de las relaciones entre los hombres y las mujeres que asumieron el cuidado de personas mayores hospitalizadas, así como el despliegue de intrincadas estrategias y negociaciones con otros actores sociales: hijos e hijas, hermanas y hermanos, cónyuges, nueras, jefes, colegas y vecinos. El análisis de las redes informales de apoyo al familiar enfermo permitió observar las particularidades de la inserción de hombres en la actividad de cuidado hospitalario, inserción que muestra, precisamente, el modo en como opera la división sexual del trabajo, según el cual las mujeres deben realizar preferentemente actividades instrumentales —es decir, directamente relacionadas con el cuidado— y los hombres, preponderantemente, tareas de refuerzo y apoyo económico.

A lo largo de nuestra investigación fueron surgiendo nuevas interrogantes vinculadas al envejecimiento de la población, los cambios demográficos y epidemiológicos, así como a las transformaciones en la conformación y tamaño de las familias que están produciéndose en nuestro país. Nos preguntamos: ¿quiénes asumirán en el futuro el cuidado informal de enfermas y enfermos crónicos? ¿Qué alternativas surgirán ante la disminución de las redes de apoyo informales familiares? ¿Hasta qué punto toma en cuenta el Estado estos cambios y los reajustes a los que obliga la crisis de los sistemas de seguridad social? ¿Qué actores sociales presionarán para que se implementen políticas públicas que resuelvan esta problemática? Y ¿qué posición adoptarán al respecto las diversas expresiones del feminismo mexicano? ●

Bibliografía

- Álvarez Heidenreich, Laurencia, 1987, *La enfermedad y la cosmovisión en Hueyapan, Morelos*, Serie Antropología Social 74, Instituto Nacional Indigenista, México.
- Cardaci, Dora, 1990, "Educación nutricional: mujeres culpabilizando a mujeres". *Mujeres y medicina 4*, Dora Cardaci (comp.), Universidad Autónoma Metropolitana, México.

- Castañeda, Xóchitl, Raquel Castañeda, *et al.*, 1997, "Adolescencia, género y sida en áreas rurales de Chiapas", Esperanza Tuñón Pablos (coord.), *Género y salud en el sureste de México*, Ecosur/Universidad Autónoma de Tabasco, México.
- Hartmann, Heidi I., 2000, "La familia como lugar de lucha política, de género y de clase: el ejemplo del trabajo doméstico", Marysa Navarro y Catherine R. Stimpson (comps.), *Un nuevo saber, los estudios de mujeres, cambios sociales, económicos y culturales*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Larralde Corona, Selvia, 2001, "¿Quién cuida a Esteban? Familias desgastadas, unidades domésticas con enfermos crónicos", tesis, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.
- Mendoza González, Zuanilda, 1994, "De lo biológico a lo popular: el proceso de salud/enfermedad/atención en San Juan Copala, Oaxaca", tesis, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- Robles Silva, Leticia, 2007, *La invisibilidad del cuidado a enfermos crónicos*, Editorial Universitaria, Guadalajara.
- Stack, Carol B. y Linda M. Burton, 1994, "Kinscripts: Reflection on Family, Generation, and Culture", Evelyn Nakano Glenn, Grace Chang y Linda Rennie Force (eds.), *Mothering, Ideology, Experience and Agency*, Routledge, Perspective on Gender Series, Nueva York-Londres.
- Tronto, Joan, 2002, "The Value of Care", <http://bostonreview.net/BR27.1/tronto.html>