

Cuidados y descuidos

Percepciones sobre el auto-cuidado de la salud de dos generaciones de mujeres del gran Buenos Aires*

Lehner María Paula - Findling Liliana - Encinas Lara - Champalbert Laura

Resumen

La crisis del modelo de familia tradicional cuestiona las posibilidades de brindar cuidado y, afecta particularmente a las mujeres en tanto proveedoras. Ellas continúan siendo, históricamente, las principales cuidadoras del hogar y de la familia, sobre las cuales recae la responsabilidad casi exclusiva de cuidar a sus integrantes.

Los estudios que analizan la complejidad del cuidado, principalmente desde la mirada de las cuidadoras, permiten conocer que la dedicación a esas tareas tiene consecuencias en la vida y la salud física, y psíquica (de quienes ejercen esta labor). Se puede observar cierta ambivalencia en la actitud de las mujeres que posponen el cuidado de la propia salud, anteponiendo la de sus hijos, cónyuges u otros familiares. Pero también se subraya que las mujeres intentan cuidarse a sí mismas más que los varones y que las motivaciones para su autocuidado remiten al deseo de mantener una mayor autonomía para evitar convertirse en una carga para los demás. Paralelamente cuidar a otras personas (niñas/niños o personas mayores) supone un gran impacto emocional tanto positivo como negativo.

Este artículo se propone analizar y comparar las prácticas de auto-cuidado encaradas por mujeres de dos generaciones residentes en el Gran Buenos Aires nacidas entre 1940-55 y 1970-85, que hayan tenido hijos nacidos vivos y

participación en el mercado de trabajo remunerado.

A partir de un diseño exploratorio y cualitativo, se realizaron 25 entrevistas en profundidad a mujeres de estratos medio bajos y medios, en base a una muestra no probabilística, intencional, por cuotas según edad y nivel socioeconómico.

Las dimensiones tenidas en cuenta para ambas generaciones de mujeres fueron la auto percepción de su salud física y mental relacionada con las prácticas de cuidado, tiempo transcurrido desde la última consulta clínica y ginecológica, y motivo de consulta; consumo de medicamentos, actividad física, hábitos alimenticios y de descanso, y la percepción de cambios en los controles de salud a partir de la llegada de los hijos y el cuidado de familiares dependientes.

Palabras clave: cuidados, mujeres, auto-cuidado, salud, generaciones

Introducción

El cuidado abarca la provisión cotidiana del bienestar físico, afectivo y emocional a lo largo de la vida (CEPAL, 2012)¹. Las actividades de

* Una versión preliminar se presentó en las XIII Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y VIII Congreso iberoamericano de Estudios de Género "Horizontes revolucionarios. Voces y cuerpos en conflicto". Buenos Aires, 24

cuidado de las personas cobraron mayor relevancia en las últimas décadas a raíz de las profundas transformaciones sociodemográficas que afectan a las familias y a la división tradicional por géneros (Findling y López y, 2015)².

La crisis del modelo de familia tradicional cuestiona las posibilidades de brindar cuidado y afecta particularmente a las mujeres como proveedoras. Ellas continúan siendo las principales cuidadoras de las familias, sobre quienes recae la responsabilidad de cuidar la salud de sus integrantes (Gómez Gómez, 2002)³.

La mirada de las cuidadoras informales permite detectar que la dedicación a esas tareas tiene consecuencias en la salud física y psíquica (Tobío Soler et al., 2010)⁴. Mediante la socialización de género las mujeres incorporan no sólo las normas y prescripciones sociales y culturales, sino también los códigos referidos a las desigualdades de género y la división sexual del trabajo. En ese proceso las mujeres internalizan la postergación del cuidado personal, lo que puede ocasionar el retraso o abandono de prácticas de cuidado de su salud para cuidar a otras personas. Algunos trabajos destacan los costos invisibles del cuidado que revelan vínculos entre las lealtades del parentesco y las necesidades personales, manifestados en reducción del tiempo libre y de la vida social, estrés, sensaciones de cansancio, percepción global de mala salud y desgaste físico (Durán Heras, 2002⁵; Julve Negro, 2006⁶). Existe una concepción de la mujer cuidadora asocia-

da con el sacrificio, abnegación y privación de sí, atribuyéndole un deber ser moral y afectivo (Tobío Soler et al., 2010)⁷.

Cuidar a otras personas supone un fuerte impacto emocional. Delicado Useros (2006)⁸ alude al concepto de ambivalencia emocional como el sentimiento que mejor define los dilemas de la conciencia que experimentan las mujeres al asumir el cuidado. También aparece cuando las mujeres cuidadoras posponen el cuidado de su propia salud, anteponiendo la de sus hijos, cónyuges u otros familiares. Así, las mujeres priorizan resolver otro tipo de demandas más urgentes por las que tienen un mayor control que sobre su salud (Caleffi et al., 2010)⁹. Otras perspectivas destacan que las mujeres intentan cuidarse más que los varones. Las motivaciones para el autocuidado expresan una mayor autonomía para evitar convertirse en una carga para los demás (Tobío Soler et al., 2010)¹⁰. Asimismo se afirma que las mujeres tienden a exigirse más cuando de ellas depende el cuidado de otros. Al respecto, revelan las diferencias de género que existen en el propio cuidado o en las prácticas preventivas de la salud (Rücker-John y John, 2009)¹¹.

El autocuidado comprende las diferentes actividades de la vida cotidiana que las personas, realizan para cuidar la salud, prevenir enfermedades y limitar daños (Arenas-Monreal et al., 2011)¹². Se trata de una práctica social que involucra actividades diarias, íntimas y personales que tienen como fin mantener el funcionamiento íntegro de forma independiente, potenciar su sa-

al 27 de julio de 2017.

1 CEPAL/CELADE (2011) Observatorio demográfico: envejecimiento poblacional N°12. Disponible en internet http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/46772/OD12_WEB.pdf

2 Findling, L. y E. López (2015) De cuidados y cuidadoras. Acciones públicas y privadas. Buenos Aires, Biblos.

3 Gómez Gómez, E. (2002) Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Revista Panamericana de Salud Pública 11 (5/6), pp 327-334.

4 Tobío Soler, C.; T. Silveria Agulló, V. Gómez y T. Martín Palomo. (2010) "El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI". Colección Estudios Sociales, Núm. 28. Barcelona. Fundación La Caixa. Disponible en: https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/240906/vol28_completo_es.pdf/7426cd8e-d537-439e-b51d-1fdfe41493a1

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

6 Julve Negro, M. (2006). "Dependencia y cuidado: implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora", Acciones e Investigaciones Sociales N° 22, Extra pp. 260-282. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/134907>

7 Tobío Soler, C.; T. Silveria Agulló, V. Gómez y T. Martín Palomo. (2010) Op. cit.

8 Delicado Useros, M. V. (2006) "Características sociodemográficas y motivación de las cuidadoras de personas dependientes. ¿Perfiles en transición?", Praxis Sociológica, N°. 10, pp. 200-234.

9 Caleffi, M., R.A. Ribeiro, A.J. Bedin, J.M.P. Viegas-Butzke, F.D.G. Baldisserotto, G. Skonieski, y J. Giacomazzi (2010) "Adherence to a Breast Cancer Screening Program and Its Predictors in Underserved Women in Southern Brazil". Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention, 19 (10), pp 2673 -2679

10 Tobío Soler, C.; T. Silveria Agulló, V. Gómez y T. Martín Palomo. (2010) Op. cit.

11 Rücker-John, J. y R. John (2009) «Gender made by nutrition. Forms of social reproduction of a difference», 9th Conference of European Sociological Association, Lisboa, 2-5 de septiembre

12 Arenas-Monreal, L.; J. Jasso-Arenas y R. Campos-Navarro (2011) Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. - Global Health Promotion Vol. 18, N° 4 pp. 42: 48.

lud y prevenir riesgos (Muñoz Franco, 2009)¹³. Abarca el conjunto de actos médicos y no médicos incluyendo actividades físicas y recreativas, vida social, ocio y tiempo libre que difieren según el nivel socioeconómico, la ocupación, el género, la edad, las experiencias de enfermedad y muerte de personas cercanas (Arenas Monreal et al., 2011)¹⁴. Estos autores analizan las prácticas de autocuidado a partir de las categorías de Giddens sobre la acción: i) acciones intencionales -conductas rutinarias de la vida cotidiana- que efectúan las personas sin reflexión previa ni cuestionamientos, y ii) acciones deliberadas que se realizan con previo conocimiento y con las que se espera un resultado determinado. En las primeras la familia de origen y el grupo social influyen de manera decisiva para la conformación de hábitos cotidianos; las segundas se realizan con un fin determinado y, teniendo conocimiento previo sobre el resultado que se pretende alcanzar. Por consiguiente, las acciones deliberadas se relacionan con la pretensión normativa. Se acatan determinadas normas para evitar riesgos y consecuencias que afecten la salud. Además se tiene en cuenta la influencia de los determinantes sociales sobre las acciones de autocuidado (sean intencionales o deliberadas). La posibilidad de desarrollar comportamientos preventivos crece entre las personas de mayor nivel socioeconómico y educativo lo que conlleva al desarrollo de la capacidad médica del sujeto: cuanto menor es la distancia social entre el médico y el paciente, menor es la asimetría de la relación y mayor la capacidad del paciente para adquirir conocimientos y desarrollar acciones anticipatorias de la enfermedad (Boltanski, 1975)¹⁵. En este artículo nos proponemos analizar y comparar cómo cuidan su salud las mujeres de dos generaciones que tienen a cargo el cuidado de hijos y de familiares adultos en base a los siguientes interrogantes: ¿Cómo perciben las mujeres su estado de salud? ¿Qué acciones realizan para cuidar su salud? ¿Cómo incide el cuidar a otras personas sobre el autocuidado? ¿Cuáles son determinantes sociales que dificultan o promueven el cuidado de la salud?

13 Muñoz Franco, N. E. (2009) Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva* Vol. 5, N° 3 pp. 391:401.

14 Arenas-Monreal, L.; J. Jasso-Arenas y R. Campos-Navarro (2011) Op. Cit.

15 Boltanski, L. (1975) Los usos sociales del cuerpo, Buenos Aires, Ediciones Periferia.

Metodología

Los resultados que se presentan forman parte de un proyecto UBACyT¹⁶ que analiza y compara las prácticas de cuidado hacia niños y niñas y adultos mayores encarados por mujeres de dos generaciones residentes en el Gran Buenos Aires nacidas entre 1940-55 y 1970-85 que hayan tenido hijos nacidos vivos y que trabajen o hayan trabajado de manera remunerada. A partir de un diseño exploratorio y cualitativo, se realizaron 25 entrevistas en profundidad a mujeres de estratos medio bajos y medios, en base a una muestra no probabilística, intencional, por cuotas según edad y nivel socioeconómico. Teniendo en cuenta este tipo de muestra, los resultados tienen un carácter acotado que no tienen la pretensión de generalizar al resto de las mujeres del Gran Buenos Aires. Las dimensiones tenidas en cuenta para ambas generaciones de mujeres fueron la auto-percepción de su salud física y mental relacionada con las prácticas de cuidado, tiempo transcurrido desde la última consulta clínica y ginecológica, y motivo de consulta; consumo de medicamentos, actividad física, hábitos alimenticios y de descanso, y la percepción de cambios en los controles de salud a partir de la llegada de los hijos y el cuidado de familiares dependientes.

El trabajo de campo se desarrolló entre septiembre de 2015 a octubre de 2016. Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de las mujeres. El material registrado se desgrabó para luego codificarlo mediante el uso del programa Atlas Ti. Se interpretaron los principales contenidos temáticos en función del sentido que las mujeres otorgan a sus acciones (Castro, 1996¹⁷; De Souza Minayo, 2003)¹⁸. En la redacción se optó por recuperar verbatimims de las entrevistas

16 "Mujeres, cuidados y familias: los senderos de la solidaridad intergeneracional". Programación 2014/17 - (Secretaría de Ciencia y Técnica - Universidad de Buenos Aires). Directora: Elsa López, Co-Directora: Liliana Findling. Investigadoras: María Paula Lehner, María Pía Venturiello, Marisa Ponce, Silvia Mario, Becarias: Estefanía Cirino y Lara Encinas. Asistente de Investigación: Laura Champalbert.

17 Castro, R. (1996) "En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo". En Szasz, I. y S. Lerner (comp.) (1996) Para comprender la subjetividad. *Investigación cualitativa en salud sexual y reproductiva. México, El colegio de México.*

18 De Souza Minayo, M. C. (organizadora) (2003) *Investigación Social. Teoría, método y creatividad.* Buenos Aires, Lugar Editorial.

para ilustrar los temas que se analizan. Para preservar la identidad de las mujeres sus nombres han sido cambiados y figuran acompañados de la edad y el nivel socioeconómico.

Características de la muestra

Las entrevistadas conforman dos grupos que pertenecen a generaciones sucesivas: la primera generación (PG) está representada por once mujeres que promedian los 64 años (nacidas entre 1940/1955) y la segunda generación (SG) por catorce cuyo promedio de edad es de 38 años (1970/1985). Catorce se ubican en el estrato social medio (MM) y once en estrato medio bajo (MB).

Todas han tenido hijos y trabajan o trabajaron en forma remunerada. Entre las de más edad, siete están jubiladas, y las demás tienen ocupaciones diversas (empleada doméstica, administrativa, docente o encargada de edificio). Las entrevistadas de la cohorte joven trabajan de manera remunerada dentro y fuera del hogar.

La mayoría mantiene en la actualidad un vínculo conyugal. La viudez sólo aparece en la primera generación. El nivel educativo de las entrevistadas supera en general el secundario completo; en las mujeres de niveles más bajos el nivel educativo disminuye y está asociado a la edad. Son propietarias de su vivienda casi la mitad de las entrevistadas (cinco de la PG y siete de la SG) y el resto alquila o habita en viviendas prestadas. Viven en su mayoría en barrios del GBA cercanos a CABA y siete residen en Capital. La mayoría posee algún tipo de cobertura de salud.

En cuanto al cuidado de familiares, la mitad de las entrevistadas atendieron directa o indirectamente a sus madres y recuerdan haberse involucrado en el cuidado de sus abuelas. Sus relatos recorren la historia de cuatro generaciones de mujeres en las que se destaca la permanente presencia femenina en el cuidado: abuelas, madres, hijas y nietas pero también tías, hermanas, amigas y vecinas.

Las experiencias de vida de estas dos generaciones de mujeres reflejan cómo y por qué cuidan, cuidaron y cuidarán y, también la angustia y el conflicto que muchas soportan o tuvieron que soportar cuando las obligaciones de cuidado las demandan en forma simultánea: hijos pequeños versus padres dependientes.

Principales resultados

Autopercepción del estado de salud

La autopercepción del estado de salud se utiliza como un indicador válido del estado de salud de las personas, porque relaciona el estado físico con el mental, está poco condicionada por las interpretaciones médicas de los síntomas y resulta un buen predictor de mortalidad (Rohlf's et al., 2000)¹⁹. De manera automática casi todas las entrevistadas manifiestan que se sienten bien: *“yo estoy bien, muy bien, de salud no tengo ningún problema”* (Nina, 72, MM), *“creo que mi salud es muy buena. Las dos: física y mental”* (Malena, 44, MM). Las diferencias surgen según determinantes sociales como la edad y nivel socioeconómico. Las mujeres de la PG de estratos bajos asocian la salud con el buen funcionamiento del cuerpo y lo miden por su respuesta a los requerimientos del trabajo. En estos niveles el cuerpo se concibe como una máquina que permite la subsistencia (Boltanski, 1975²⁰; Castro, 2000)²¹ y que se repara cuando se presenta un malestar: *“cuando tengo algo voy”* (Gloria, 61, MB); *“hago acupuntura cuando estoy muy dolorida”* (Bárbara, 57, MB). La concepción fatalista de la enfermedad también subyace en la percepción de la salud, como expresa Lucía (60, MB) *“casi nunca me enfermo, por suerte”* o Elena (71, MB) que fue la única que incluyó el cuidado de la dieta y la actividad física afirmaba *“cuando llegue [la enfermedad] va a llegar, pero no porque no me haya cuidado”*. En la SG también predomina la concepción de la salud como ausencia de enfermedad; solo una mujer justifica su buen estado de salud apoyándose en acciones biomédicas: *“porque me hago todos los chequeos y no tengo nada”* (Gimena, 44, MB).

En cambio, las mujeres de sectores medios relacionan la salud con el cuidado personal tanto físico como mental y con el control médico. En la PG son prácticas que forman parte de su trayectoria vital; así aclaran: *“porque siempre me*

19 Rohlf's, I., C., Anitúa, C. y Artacoiz, I. (2000) “La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud”, *Gaceta Sanitaria* 14 (2), 2000, pp.146-155.

20 Boltanski, L. (1975) Op. Cit.

21 Castro, R. (2000) “La experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad”, en *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca, Morelos, UNAM. CRIM.

cuidé” (Marita, 61, MM), *“hace veinte años que hago yoga”* (Nina, 72, MM) y Rosana (61, MM) suma el aspecto psicológico *“Hago terapia”*. La SG confirma las prácticas de las mayores: la salud abarca la prevención bajo control médico, la comida, el descanso y el ejercicio y, se reparte entre lo físico y lo mental. Marina (42, MM) afirma *“Me cuido en ciertos aspectos, me hago lo chequeos, intento llevar una vida saludable”*.

Controles médicos

Las palabras de Aurora (62, MB) revelan nociones aprendidas sobre los controles médicos y una concepción fatalista del proceso salud-enfermedad: *“Hace muchos años que no me hago ningún control de ninguna clase (...) mi papá decía que si vos ibas al médico siempre algo te encontraba, entonces como una negación viste, de que no me encuentren algo”*. Este juicio inhibe las prácticas preventivas ya que se acude al médico ante algún síntoma: *“me estoy haciendo control porque encontré un bultito”* (Elena, 71, MB). Un grupo minoritario afirma realizar controles periódicos: *“Una vez por año me hago los estudios”* (Lucia, 60, MB) *“Cada seis meses me controlo”* (Susana, 77, MB). En la SG se observan comportamientos similares que oscilan entre los chequeos ginecológicos anuales y la omisión de la consulta médica aunque sí la practican con sus hijos: *“No me hago controles (...) No me gusta ir a hospitales, a mi hijo sí lo llevo, pero yo no”* (Sara, 30, MB).

Para las mujeres de sectores medios los controles médicos son generalmente anuales, sin distinciones por edad. Las de la PG revelan que es un conducta aprendida en su juventud: *“Voy al médico toda la vida, de por vida (...) me hago controles ginecológicos, gastroenterología...”* (Gladys, 60, MM); *“Cumpló con los controles ginecológicos una vez por año, ya hace años, también los clínicos. Como tengo obra social eso me permite organizar como un control básico anual”* (Marita, 61, MM). La mayoría de las mujeres de la PG también señalan que se trata de una práctica incorporada desde hace mucho tiempo: *“Yo el chequeo anual siempre me lo hice, desde hace muchos años voy a la misma ginecóloga”* (Lorena, 39, MM). Pero también existen quienes no los hacen y lo viven con culpa: *“Soy un desastre con los controles médicos. Le dedico poco tiempo a eso en mi vida”* (Camila, 36 MM).

Para las mujeres de sectores MM los controles médicos son acciones intencionales, rutinarias, convertidas en hábitos de la vida cotidiana que han sido aprendidas tempranamente y que pueden realizarlas gracias a tener cobertura de salud. Han incorporado la noción de prevención que contrasta con una mirada más fatalista de los sectores medios bajos, a la vez que cuentan con recursos para hacer frente al efecto disruptivo de la enfermedad.

Dieta, actividad física y descanso

La alimentación saludable, el buen descanso nocturno y la actividad física regular son principios que manifiestan sustentar todas las entrevistadas. Ellas saben lo que *“deberían”* hacer para resguardar su bienestar aunque sea para evitar preocupaciones a sus familiares: *“me cuido para no darles trabajo a los míos, quizá cuidó mi salud al cuidarlos a ellos”* (Elena, 71, MB).

Las mujeres de la PG son quienes se cuidan con mayor esmero sin distinción de pertenencia socioeconómica. Entre las de estratos medios se trata de hábitos saludables incorporados tempranamente en su ciclo vital; y entre las de estratos medios bajos, fueron adquiridos tal vez cuando peligraba la autonomía y el buen funcionamiento de sus cuerpos. Todas tienen una clara conciencia de lo que constituye el autocuidado y realizan acciones intencionales y deliberadas para mantenerse saludables. Respecto de la dieta y la actividad física mencionan hábitos aprendidos en el entorno familiar y otros que parecen incorporados más recientemente: *“saber comer, sin harinas, una alimentación sana, mucho líquido, muchas verduras, fruta, lácteos”* (Elena, 71, MB). Algo similar sucede con la actividad física ya que a las caminatas se suma natación, Yoga, Pilates, Tai Chi Chuan o estiramiento muscular.

Las dificultades para mantener una actividad física regular, que en ocasiones se asume como una prescripción médica de autocuidado, son constantes en casi todas las mujeres de sectores medios bajos. Al respecto aparecen las omisiones culposas que se expresan como una deuda consigo mismas: *“Tengo que empezar, ando con ganas de hacer natación por mis huesos, mi columna”* (Bárbara, 57, MB). Entre las mujeres de sectores medios el ejercicio físico es una acción intencional aprendida en su historia personal *“ahora estoy haciendo cinta, todos los días voy*

al gimnasio, lo hago desde hace más o menos veinte años” (Marita, 61, MM).

Las dificultades para dormir aparecen como un tema recurrente, lo consideran propio de la etapa de la vida y cada cual lo sobrelleva a su manera: “duermo tres o cuatro horas y después me despierto, depende los problemas que tenga en la mente, seis, ocho horas corridas hace años que no duermo” (Gloria, 61 MB); “a veces duermo como un tronco y otras, no me duermo...” (Gladys, 60, MM).

Las diferencias más marcadas se observan entre los grupos generacionales sin diferencias por nivel socioeconómico, ya que las mujeres más jóvenes descuidan la dieta, no hacen actividad física y duermen mal. Las exigencias del trabajo, la vida familiar y los cuidados de hijos pequeños y padres dependientes las lleva a postergar esos cuidados. Dice Lorena (39, MM): “Tendría que estar haciendo dieta pero la realidad es que como lo que puedo que, por lo general es delivery, empanadas o sangüichitos de miga, porque es más cómodo y hago más rápido. Te diría que tengo sobrepeso. Actividad física, no. Duermo muy poco, seis horas, como mucho. Ahora con esto de mi papá no estoy durmiendo nada, si tengo algún momento libre voy a verlo”; Pamela (33, MB) corrobora: “Arranqué con dieta porque me veía gorda, fui a la nutricionista, a principio de año bajé ocho kilos, no hacía gimnasia porque no podía, tenía las actividades de mis hijos, no tenía tiempo, (...) duermo poco, no soy de dormir mucho. Me acuesto tarde y me despierto a las siete y me voy a trabajar”.

A través de los relatos se desprende que no comen bien, no descansan lo suficiente, están estresadas; y aunque tengan o no enfermedades declaradas, postergan el autocuidado que aparece como una cuenta pendiente expresada en verbos en potencial “debería”, “tendría”. Las mujeres cuentan con información sobre cuáles deberían ser las acciones deliberadas para su bienestar, pero por diferentes motivos no logran encararlas. Se trata de un “deber hacer” que se incorpora a lo largo de la vida y genera omisiones que se viven con culpa por no poder cumplirlas.

Terapias alternativas y terapias psi

En general, las mujeres entrevistadas no desdeñan las terapias alternativas. Sin distinción de edades se inclinan por aquellas en las que han

podido verificar un resultado tangible y positivo como es el caso de “yuyos”, el “Reiki”, “la medicina china” y “la acupuntura”. La convicción producto de la experiencia durante años también confirma sus acciones deliberadas hacia las consultas con médicos holísticos, la homeopatía y las flores de Bach. En ocasiones combinan diferentes medicinas de acuerdo a las necesidades y los resultados que obtienen: “me hago todos los chequeos de la medicina tradicional y si me enfermo voy al médico pero practico homeopatía desde hace seis años, tomo una medicación como para equilibrar la energía vital (...) cada tanto voy a un médico chino, me hago acupuntura” (Marina, 42, MM). Finalmente, quienes nunca incurrieron en este tipo de terapias la consideran una opción llegado el caso, como Anabella (36, MM) que afirma: “no, nunca probé, siempre usé medicina tradicional pero no es que estoy cerrada, si en algún momento lo necesito lo hago”.

Las terapias psicológicas también son una práctica que se extiende a la mayoría de las mujeres entrevistadas sobre todo entre las de más edad, aunque presenta diferentes modalidades según la pertenencia socioeconómica. En estrato medio se trata de acciones intencionales que abarcan gran parte de su itinerario vital: “Hice terapia un montón de años. Distintas..., me hizo bien” (Nina, 72, MM) y ayuda a transitar cada etapa: “Hago terapia, empecé a fines de julio pasado (...) La psicóloga, gracias a Dios voy una vez por semana, me ayuda a ver dónde estoy parada...” (Rosana, 61, MM); “No hago terapia ahora pero voy a retomar” (Bárbara, 57, MB). Entre las mujeres de sectores medio bajos la consulta terapéutica son acciones deliberadas, se realizan para superar situaciones puntuales y extremas: fallecimientos, separaciones, ataques de pánico. Limitadas económicamente recurren a terapias focalizadas, cortas, en el sistema público de salud o en instituciones con tarifas bonificadas.

¿Cómo incide el cuidar a otras personas sobre el autocuidado?

La mayoría de las entrevistadas establece conexiones entre el autocuidado y el cuidado de sus familiares sea en forma directa o indirecta, consciente o no; y sus percepciones están condicionadas por el género, la generación y experiencias de asistencia.

Las mujeres de sectores medios bajos consideran que cuidar a otros no alteró sus prácticas de autocuidado. Surge un argumento para la postergación del propio cuidado de la salud que se basa en el temor a ser diagnosticada con una enfermedad que altere el normal desarrollo de la vida cotidiana. Sara (30, MB) confiesa *“la verdad que fue más por miedo a que me digan que me tengo que operar y dejar a mi hijo varios días solo”*.

En cambio, las entrevistadas de estratos medios medios revelan una noción del bienestar que no se limita al control clínico de la salud e incluye la idea del descuido en el arreglo personal: *“No sé si descuido la salud, pero es un poco como no estar tan pendiente... no me hago muchas cosa (...) me siento como abandonada... y quizás requiera que me dé un poquito más de tiempo”* (Anabella, 31, MM).

Las mujeres de la PG acusan en su estado físico y mental las consecuencias de la responsabilidad del trabajo doméstico de décadas: *“yo me acelero, corriendo de aquí para allá y todo me fue perjudicando. Yo soy nerviosa de por sí y todo eso me fue perjudicando para la presión”* (Gladys, 60, MM). No obstante, son quienes más justifican el cuidado basado en la noción de retribución como dice Marita (61, MM) *“no fue para mí ninguna carga, para nada, era mi mamá, la que hizo mucho también por nosotros”*.

Sólo algunas de las más jóvenes se animan a expresar muestras de cansancio y agobio por las tareas de cuidado, como Yenny (43, MM) que cuida a su mamá y cuenta: *“me vive peleando, me agota (...) está como muy agresiva o me tira del pelo”*; y Pamela (33, MB) reconoce: *“no tengo paciencia”*. Lorena (39, MM) al asumir el cuidado de su padre dice: *“A mí me pesa mucho. Lo veo como una obligación”*.

Estas mujeres que tienen que asumir cuidados de hijos pequeños y de padres dependientes se hallan sometidas a un tironeo constante de demandas; y hacen notar los contornos abrumadoramente parecidos que supone cuidar de los progenitores y de la descendencia: *“...de repente yo me vi comprando pañales para mi hijo y para mi papá, poniéndole nombre a la ropa para ambos, yendo a turnos médicos con ellos”* (Lorena, 39, MM).

La experiencia de estas jóvenes mujeres, zarandeadas entre el cuidado de hijos y de mayores y con obligaciones laborales, coincide con

el recuerdo que conservan las entrevistadas de la primera cohorte en cuanto al esfuerzo y el cansancio que sufrieron sus propias madres al cuidar a sus abuelas/os. En ese entonces, desde esa perspectiva infantil o adolescente aún pueden evocarse, entre líneas, demandas implícitas y tal vez insatisfechas: *“...también vivía mi abuela con nosotros, (...) la tenía que cuidar mi mamá, yo en esa época estaba en la Facultad y veía que mi mamá estaba muy agobiada”* (Rosana, 61 MM). *“...mi abuelita que vivió unos años más. (...) quedó hemipléjica así que vivió cuatro años sentada en un sillón. Yo para esto tendría 12 años, y mi mamá estaba siempre para ella, atendiéndola hasta que falleció”* (Susana, 77, MB).

A modo de cierre

Los estudios sobre la organización de los cuidados permitieron echar luz sobre las necesidades de quienes cuidan como un nuevo problema social.

En mayor o menor grado, las mujeres entrevistadas cuidan de sí mismas con matices según la pertenencia social. Para las mujeres de sectores medios la prevención es una acción intencional (Arenas Monreal et al., 2011)²² y cuentan con recursos para llevarla a cabo. En sectores medios bajos, las mujeres disponen de menor capital social para hacer frente al autocuidado y perciben la enfermedad como una fatalidad que altera el normal desarrollo de la vida cotidiana. No obstante, tienden a realizar controles periódicos pese a reticencias y miedos.

El cuidado de la salud psicológica se extiende y trasciende la edad, y la procedencia socioeconómica. En los sectores medios se trata de una acción intencional incorporada a lo largo de los años; en las de sectores medios bajos es una acción deliberada ante un acontecimiento puntual.

En general no se desdeñan los tratamientos alternativos. Las de más edad demandan eficacia, las más jóvenes se inclinan hacia medicinas no tradicionales por convicciones sobre lo que consideran saludable o mantienen en paralelo prácticas de diversa índole (alopatía más homeopatía por ejemplo).

Todas tienen conciencia de lo que significa llevar una vida saludable en lo que concierne a

22 Arenas-Monreal, L.; J. Jasso-Arenas y R. Campos-Navarro (2011) Op. Cit.

la alimentación, el descanso y el ejercicio. Las de más edad están habituadas a una buena nutrición y ejercicio físico. Pero el bienestar de la segunda generación está muy comprometido. Se advierten déficits que no ocultan tensiones por transitar una etapa de demandas de cuidado simultáneas y de alto contenido emocional y moral a las que se suma la exigencia laboral fuera del hogar. En este contexto, más de una admite que no se cuida y muestra signos de abandono. La ayuda remunerada con que cuentan las mujeres de mayores recursos económicos no representa una diferencia cualitativa. Para la segunda generación son demasiados los frentes abiertos que superan sus fuerzas más allá de lo que puedan aportarle las asistentes pagas o sus redes sociales. Respecto del autocuidado saben lo que deben hacer, pero no logran cumplir con los controles. Son estas mujeres quienes muestran con más énfasis la ambivalencia emocional (Delicado Useros, 2006)²³ y se animan a expresar su cansancio, ya que tal vez lo que fue aceptable para una generación anterior ya no lo es para otra.

Sobre las autoras

María Paula Lehner – Doctora en Ciencias Sociales (UBA) – Licenciada en Sociología (UBA) – Investigadora - Instituto de Investigaciones Gino Germani – Facultad de Ciencias Sociales – UBA. mariapaulalehner@gmail.com

Liliana Findling – Doctora en Ciencias Sociales (UBA) – Licenciada en Sociología (UBA) Investigadora - Instituto de Investigaciones Gino Germani – Facultad de Ciencias Sociales UBA. findling.liliana@gmail.com

Lara Encinas – Licenciada en Sociología (UBA) – Becaria CIN – Instituto de Investigaciones Gino Germani – Facultad de Ciencias Sociales – UBA. lara.aencinas@gmail.com

Laura Champalbert - Licenciada en Sociología (UBA) – Asistente de Investigación - Instituto de Investigaciones Gino Germani – Facultad de Ciencias Sociales – UBA. lauratcha@yahoo.com.ar

23 Delicado Useros, M. V. (2006). Op.cit.