UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

TESIS

CURSO DE VIDA DE MUJERES AL CUIDADO DE DOS GENERACIONES. REPERCUSIONES DE SALUD, ECONÓMICAS, EMOCIONALES Y FAMILIARES

PRESENTA

EMMA ALEXANDRA ZAMARRIPA ESPARZA

PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS COMPARADAS DE BIENESTAR SOCIAL

MAYO, 2019

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

TESIS

CURSO DE VIDA DE MUJERES AL CUIDADO DE DOS GENERACIONES. REPERCUSIONES DE SALUD, ECONÓMICAS, EMOCIONALES Y FAMILIARES

PRESENTA

EMMA ALEXANDRA ZAMARRIPA ESPARZA

PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS COMPARADAS DE BIENESTAR SOCIAL

DIRECTOR DE TESIS
DRA. BLANCA MIRTHALA TAMEZ VALDEZ

CODIRECTOR
DR. MANUEL RIBEIRO FERREIRA

MAYO, 2019

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

FTSDH-D-ET-01

CARTA ACEPTACIÓN DE TESIS

Los suscritos miembros de la Comisión de Tesis de Doctorado de la

Mtra. Emma Alexandra Zamarripa Esparza

Hacen Constar que han evaluado la Tesis **"Curso de vida de mujeres al cuidado de dos generaciones. Repercusiones de salud, económicas, emocionales y familiares"** y han dictaminado lo siguiente:

	APROBADA	RECHAZADA	DIFERIDA	FIRMA
Dra. Blanca Mirthala Tamez Valdez	☑	☐	☐	
Dr. Manuel Ribeiro Ferreira (Co-Asesor)	☑	☐	☐	
Dra. Sandra Elizabet Mancinas Espinoza	☑	☐	☐	Sandra E. Mancinas E
Dr. Adolfo Rogelio Cogco Calderón	☑	☐	☐	
Dra. María Concepción Arroyo Rueda	☑	☐	☐	

En vista de lo cual, hemos decidido **Aprobar** esta tesis y damos nuestro consentimiento para que sea sustentada en examen de grado del Doctorado en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social.

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Vo.Bo.

Dra. María Zúñiga Coronado
Subdirectora de Estudios de Posgrado
Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, UANL.

San Nicolás de los Garza N.L. a 11 de Febrero de 2019

Av. Universidad s/n, Ciudad Universitaria, C.P. 66455
San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México.
Tel.: (81) 83521309, (81) 8376 9177, (81) 8352 9511,
(81) 8376 5358 (81) 8329 4000 / ext: 4440

ANIVERSARIO 1933•2018

Dedicada a mis abuelas Concepción Vargas Saldaña y Gloria Hilda Badillo Granados, quienes desde mi infancia fueron un ejemplo de perseverancia, y me enseñaron a entender que el cuidado es más que un acto de amor y sacrificio.

A mis grandes pilares Ubaldo Zamarripa Vargas, Emma Esparza Badillo, Jorge Salazar Girón y Matías Salazar Zamarripa, pido a Dios por su vida todos los días de la mía, y le ruego para que la dependencia nunca nos alcance, los amo.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por contribuir al fortalecimiento de la ciencia en México, por darme la oportunidad de continuar mis estudios a través de la beca CONACYT, ya que sin este recurso no hubiera podido cumplir este sueño. De igual manera le agradezco a la Universidad Autónoma de Tamaulipas especialmente al Dr. Jesús Alberto Ramírez De León y a la Lic. Isela Santana Sánchez por impulsar el crecimiento académico de los estudiantes de la universidad de la que somos parte.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León especialmente a la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano por darme la oportunidad de cursar mis estudios de posgrado, especialmente al comité doctoral y a las autoridades administrativas, porque sin ellas este proceso no hubiera podido realizarse. Con todo mi aprecio y cariño le doy las gracias a la Dra. Mary Zúñiga, Victoria Medina y Johana García, por guiarme de inicio a fin. De igual manera le agradezco a la Universidad de Salamanca, España por recibirme y proporcionarme todas las facilidades para realizar mi estancia de investigación, de forma particular al Dr. Jesús Rivera Navarro.

Agradezco a mi comité de tesis integrado por la Dra. Blanca Mirthala Tamez Valdez (directora), al Dr. Manuel Ribeiro Ferreira (coasesor), a mis lectores la Dra. Sandra Mancinas, la Dra. Concepción Arroyo y el Dr. Rogelio Cogco Calderón, a todos ustedes gracias por su tiempo, lectura, observaciones y apoyo, y por creer que el doble cuidado es importante para las ciencias sociales.

A todas las personas que académicamente compartieron conmigo estos más de cuatro años, a mis compañeros de clase y de taller, a mis maestros todos sin duda importantes en mi crecimiento y formación; no obstante, hay personas que marcan tu vida, por eso agradezco puntualmente a la Dra. Claudia Campillo, al Dr. Héctor Mendoza, quien ha sido para mí una mano de hierro con guante de seda, mi respeto y cariño para usted; a la Dra. Sagrario Garay por motivarme a publicar el ensayo de su curso en una revista internacional; a la Dra. Sandra Mancinas por esos momentos que pasamos en taller, por las risas, ocurrencias y las grandes aportaciones académicas; a mi Dra. favorita la Dra. María Elena Ramos quien a través del seminario de género despertó en mí nuevas reflexiones, pero sobre todo por siempre tener una palabra de aliento para mí.

Todo mi agradecimiento, respeto y cariño para el Dr. Manuel Ribeiro Ferreira a quien admiro de manera profesional por todas sus aportaciones al tema de familia y de género; pero más de forma personal, admiro su congruencia, entereza y fortaleza, así como la manera en la que se entrega a su familia; le agradezco mucho a la vida la oportunidad que me dio de coincidir en este viaje, le doy gracias por todo lo que sin darse cuenta hizo por mí.

Agradezco con todo mi corazón a mi familia y amigos, porque todos siguen aquí, porque a su manera cada uno de ustedes comprendió mi ausencia, las llamadas sin contestar e incluso el temperamento inadecuado a causa del estrés, gracias a todos porque nunca me soltaron, por comprender y entender que esto sería pasajero.

Le agradezco a la vida porque siempre me sorprende, por darme la oportunidad de conocer gente maravillosa que ha hecho que mi estancia en tierras regias sea extraordinaria, y por mi gente de Tampico que no me olvida, mis amigos de la primaria, secundaria y de encuentros, por mis amigas del Félix, por mis jaibas y mis reinas, gracias a todos por acompañarme en esta aventura de la vida. Gracias a mis vecinas por su cariño y solidaridad, gracias por las risas y las desveladas, saben que cuentan conmigo.

Gracias Rosy Flores por brindarme tu amistad desde que llegué a posgrado, a Vane De los Santos por escucharme y hacer catarsis conmigo, a mi amiga Karla Salazar por darme mi primer paseo en metro y motivarme a publicar, a realizar mi estancia de investigación y a participar en diversos congresos, gracias por confiar en mi trabajo; a mi ahijado Vicente Jaramillo, gracias por todo tu cariño, por las risas y los viajes a Tampico; a mi amigo Lalo Guerrero, gracias por todos tus consejos, amistad y paciencia, te quiero mucho; gracias Silvia por tu confianza y amistad, la cual hemos fortalecido en poco tiempo y espero perduré.

A Karina Sifuentes, amiga sabes que te quiero muchísimo y te agradezco con la misma magnitud todo lo que haces por mí, sin importar, la hora, el lugar o la circunstancia. A mi profe y amigo, Rogelio Cogco, gracias por creer en mí, por ser parte de mi crecimiento académico y personal desde la licenciatura, gracias por impulsarme a crecer, gracias por estar, gracias por todo, gracias por siempre.

Gracias a mis padres por ser para mí un puerto seguro, por seguir consintiéndome a pesar del tiempo y la distancia; los amo. Gracias a mis hermanos y grandes bendiciones, Gerardo y Sarah, definitivamente ustedes son las personas que más me han hecho reír, comer y llorar, es maravilloso saber que los tengo conmigo y que cuento con ustedes, gracias por nunca decirme que no.

Gracias a mi amado esposo Jorge Salazar, gracias por tu paciencia, apoyo y amor, sin ti esto no hubiera sido posible, porque mientras yo trabajaba en esta tesis, tú sostenías mis emociones, esto es nuestro Jorge, ¡lo hicimos! Eres un hombre maravilloso, excepcional y lleno de virtudes, sin duda, eres mi premio mayor. Matías, gracias por todo hijo, por cada abrazo y sonrisa que me diste, este trabajo es por ti y para ti, te amo con toda mi alma; me encantaría que fueras Dr. y escribieras una tesis, pero quiero que tengas tus propios sueños y venzas tus batallas, cualquiera que sea tu destino personal y profesional siempre vas a contar conmigo, y estaré para apoyarte. Eres lo más hermoso que Dios me dio.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 5
1.1 El concepto del cuidado 5
1.1.1 El cuidado y su relación con la dependencia 6
1.1.2 El cuidado dirigido a niños y adultos mayores 8
1.2 Repercusiones del doble cuidado 10
1.2.1 Repercusiones de salud 10
1.2.2 Repercusiones económicas 11
1.2.3 Repercusiones emocionales 12
1.2.4 Repercusiones familiares 12
1.3 El doble cuidado en la vida de la mujer, estudios teóricos y empíricos 13
1.4 Redes de apoyo 16
1.5 Preguntas de investigación 17
1.6 Objetivo general 18
1.6.1 Objetivos específicos 18
1.7 Justificación 18
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO 20
2.1 La perspectiva teórica metodológica de curso de vida 20
2.1.1 Principios fundamentales de la teoría de curso de vida 22
a) El principio del desarrollo a lo largo del tiempo 23
b) El principio de tiempo y lugar 23
c) El principio del timing o sincronización 24
d) El principio de vidas interconectadas (linked lives) 25
e) El principio del libre albedrío (agencia humana) 26
2.1.2 Principales conceptos 26
a) Trayectorias 27
b) Transición 27
c) Puntos de inflexión o turning point 28
2.1.3 Trayectorias, transiciones y turning point de las mujeres cuidadoras de dos generaciones 28
2.2 El doble cuidado: maternidad y envejecimiento 30
2.2.1 Políticas de población en México 31
2.2.2 La fecundidad temprana y tardía 33
2.2.3 El proceso de envejecimiento actual 36

2.4 El concepto de dependencia y su tipología.....39
2.4.1 Dependencia funcional.....40
2.4.1.1 Grados de dependencia funcional.....42
2.5 Repercusiones del cuidado en la vida del cuidador.....43
2.5.1 De salud.....45
2.5.2 Económicas.....46
2.5.2.1 Gastos de cuidado.....46
2.5.2.2 Disminución del ingreso.....46
2.5.3 Emocionales.....47
2.5.4 Familiares.....48
2.6 La participación del Estado, el mercado y las familias en el cuidado.....49
2.6.1 El Estado como regulador del cuidado.....51
2.6.1.2 Políticas sociales para atender el derecho al cuidado de los niños.....53
2.6.1.2 Políticas sociales para atender las necesidades de los adultos mayores.....55
2.6.2 El papel de la familia en el cuidado de las personas dependientes.....57
2.6.2.1 Redes sociales.....58
2.6.3 El mercado como un recurso alterno del cuidado.....60
CAPÍTULO III. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS.....61
3.1 La perspectiva teórica metodológica de curso de vida y la investigación cualitativa.....61
3.2 Las técnicas de investigación.....62
3.2.1 La entrevista en profundidad.....62
3.2.2 El diario de campo.....67
3.3 Selección de los participantes.....68
3.4 Viabilidad en el acceso al campo.....69
3.4.1 Consideraciones éticas.....71
3.5 Ventajas y limitaciones del estudio.....72
3.6 Análisis de la información.....72
3.7 Cristalización.....76
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....78
4.1 Los procesos sociodemográficos y su influencia en el doble cuidado.....78
4.1.1 El aumento de la esperanza de vida.....78
4.1.1.1 La dependencia y el cuidado de las personas adultas mayores de 60 a 69 años.....79

4.1.1.2 La dependencia y el cuidado de las personas adultas mayores de 70 a 79 años 79
4.1.1.3 La dependencia y el cuidado de las personas adultas mayores de 80 años y más 80
4.1.2 La postergación de la maternidad 81
4.1.2.1 Ruptura en la secuencia de roles tradicionales 81
4.1.2.2 Disociación entre la sexualidad y la maternidad 82
4.1.3 La maternidad temprana 82
4.1.3.1 Madres adolescentes 83
4.1.3.2 Madres jóvenes 83
4.1.4 La disminución del número de hijos 83
4.1.4.1 Mujeres hijas únicas 84
4.1.4.2 Mujeres madres de un hijo 84
4.2 El curso de vida de las mujeres cuidadoras de dos generaciones 85
4.2.1 Trayectoria escolar 86
4.2.1.1 Trayectoria escolar continua 86
4.2.1.2 Trayectoria escolar discontinua 87
4.2.2 Transición, la deserción escolar 87
4.2.2.1 Deserción escolar asociada al contexto económico 88
4.2.2.2 Deserción escolar asociada al cuidado de sus padres o hijos 88
4.2.3 La trayectoria laboral 89
4.2.3.1 Trayectoria laboral continua 90
4.2.3.2 Trayectoria de ruptura 90
4.2.4 Transición laboral 91
4.2.4.1 Transición por el cuidado de los hijos 92
4.2.4.2 Transición de ajuste por el cuidado de los padres 92
4.2.4.3 Trayectoria de ajuste por relación de pareja 93
4.2.5 El turning point o punto de inflexión 94
4.2.5.1 ¿A quién cuidan las mujeres? 95
4.2.5.2 Generación posterior, los menores de quince años 96
a) Cuidadoras con niños en etapa inicial 96
b) Cuidadoras con niños en etapa de consolidación 97
c) Cuidadoras con niños en etapa de expansión 97
4.2.5.2 Generación anterior, personas adultas mayores dependientes 98
a) La dependencia y los cuidados por enfermedades crónicas 98

b) Los cuidados en la enfermedad crónica del Alzheimer 100
c) Los cuidados por deterioro físico 101
4.2.6 ¿Cómo llegó el doble cuidado a la vida de las mujeres? 102
4.2.6.1 Madres que cuidan a sus padres o abuelos 102
4.2.6.2 Mujeres que cuidan a sus padres y sobrinos o nietos 103
4.2.7 ¿Por qué cuidan las mujeres? 104
4.2.7.1 Cohabitación con la persona adulta mayor dependiente 105
4.2.7.2 Disponibilidad para el cuidado comparada con los hermanos 106
4.2.7.3 La decisión de cuidar 106
4.3 El doble cuidado, trastocando la vida de las mujeres que lo llevan a cabo 107
4.3.1 Repercusiones de salud 108
4.3.1.1 Dolores físicos 109
4.3.1.2 Las enfermedades crónicas 110
4.3.1.3 Trastornos mentales 113
4.3.2 Repercusiones emocionales 118
4.3.2.1 La responsabilidad moral 118
4.3.2.2 El agradecimiento 119
4.3.2.3 El miedo 121
4.3.2.4 La soledad 123
4.3.2.5 La culpa 125
4.3.2.6 La desesperación 127
4.3.2.7 El enojo 128
4.3.2.8 La tristeza 129
4.3.3 Repercusiones económicas 132
4.3.3.1 Repercusiones directas, gastos 132
4.3.3.2 Repercusiones indirectas, pérdidas 133
a) Abandono del mercado de trabajo 133
b) Reducción de la jornada laboral 134
4.3.3.3 Ingresos 134
a) Ingresos provenientes de las personas adultas mayores 135
b) Ingresos provenientes de la pareja e hijos 137
c) Otros ingresos 138
4.3.4 Repercusiones familiares 140
4.3.4.1 Relación con los hermanos 141

a) Relaciones solidarias 141
b) Relaciones no solidarias 143
4.3.4.2 Relación con la persona adulta mayor dependiente 145
4.3.4.3 Relación con la pareja 146
4.3.4.4 La percepción de los hijos ante el cuidado 148
CAPÍTULO V.- REFLEXIONES FINALES 151
5.1 Trayectorias de vida escolar y laboral de las mujeres cuidadoras 153
5.2 Repercusiones de salud, económicas, emocionales y familiares del doble cuidado y recomendaciones específicas ante las mismas. 159
5.3 Áreas de interés para la política pública 167
Referencias bibliográficas 170

CURSO DE VIDA DE MUJERES AL CUIDADO DE DOS GENERACIONES. REPERCUSIONES DE SALUD, ECONÓMICAS, EMOCIONALES Y FAMILIARES

INTRODUCCIÓN

El cuidado brindado a otras personas ha estado presente de manera histórica en la vida de los seres humanos, por lo que se le reconoce como un elemento clave para la reproducción biológica y social de los individuos; esta labor ha sido constante y se manifiesta de diversas maneras (Carrasco, Borderías y Torns, 2011), a través de actividades instrumentales (cuidado personal físico) o materiales (cuidado del hogar), así como apoyos emocionales (afecto, conversación y compañía) y psicosociales (vigilancia, consejos y acompañamiento) (Agulló, 2001).

El cuidado es una tarea que realizan en su mayoría las mujeres, por lo que se considera una labor feminizada y con escaso o nulo reconocimiento (Aguirre, 2007). La falta de valor económico y social que se le ha dado a la actividad del cuidado se deriva principalmente de la construcción social de la que ha formado parte, misma que se sustenta en la división sexual del trabajo, la cual lleva a las mujeres a ser las principales responsables de esta tarea (Carrasco, Borderías y Torns, 2011; Durán, 2008; Galindo, García y Rivera, 2015). Porque, mediante esta división las mujeres han quedado asignadas a realizar labores domésticas, entre las que se incluye el cuidado de los niños, adultos mayores y personas con discapacidad, por lo que se reconoce que dicha división ha sido un punto de partida, que determinó las relaciones al interior de la familia (Ariza y De Oliveira, 2002).

Asimismo, la socialización y las relaciones económicas han contribuido para que algunas mujeres asuman esta labor (Huenchuan y Saad, 2010), la cual no es natural; por el contrario, al revisar diversos contextos, tanto individuales como colectivos, se ha podido observar que las actividades que llevan a cabo las mujeres no son de fondo natas, sino que responden a una creación social, en la que impera la desigualdad en las relaciones, en las estructuras, así como en los procesos que se dan dentro y fuera del núcleo familiar (Armstrong, 2008; Loria, 2007).

Por lo anterior, es importante resaltar que el cuidado, al ser una construcción social establecida para las mujeres mediante la división sexual del trabajo, ha llevado a que, en su mayoría, sean ellas las que lo realicen. Esto se da en condiciones de desigualdad frente a sus pares varones. Esta situación permitió incluir dentro de la presente investigación la perspectiva de género, a partir de la dimensión productiva (trabajo remunerado) y reproductiva (trabajo no remunerado), que dio la oportunidad de analizar las inequidades en las cuales las mujeres llevaron a cabo el cuidado (Ferrán, 2008).

Debido a la cantidad de tareas que comprende el cuidado y a la desigualdad que existe en su desempeño, las consecuencias de éste en la vida de las mujeres han tomado relevancia y son consideradas como un nuevo problema social que repercute en un mayor desgaste físico y emocional, que afecta ámbitos de salud, económicos, emocionales y familiares. Lo anterior, derivado de que, en la actualidad, un mayor número de mujeres, por motivos personales, económicos y sociales, están incursionando en el mercado laboral, por lo que la manera tradicional en la que las familias y la sociedad respondían a las labores de cuidado ya no son

posibles, por la sobrecarga de responsabilidades que el trabajo doméstico y extradoméstico representan y tampoco son deseables[1] (Tobío, Agulló, Gómez y Martín, 2013).

Como se mencionó en párrafos anteriores, la actividad del cuidado siempre ha estado presente, pero en la actualidad el ejercicio del mismo está mostrando complicaciones a consecuencia de los cambios demográficos y sociodemográficos que se han presentado en las últimas décadas, los cuales son un eje medular de la trascendencia del tema. Dichos cambios se explican a contiuación:

- Aumento de la esperanza de vida. Esta situación se presentó en México y ha permanecido constante, debido a una disminución en las defunciones gracias al progreso de áreas vitales como la medicina, alimentación e higiene, condiciones que mejoraron la calidad de vida de la población mexicana (Tuirán, 2002; Zavala, 2014), y que han traído consigo que un mayor número de personas de mediana edad tengan a sus padres con vida (Pierret, 2006), aunque no necesariamente en condiciones óptimas de salud, ya que han aumentado las enfermedades crónico degenerativas[2] en la población de personas adultas mayores. Estos padecimientos en algunas ocasiones generan dependencia; contexto que parece indicar que la demanda de cuidado aumentará en la media que lo haga la esperanza de vida[3] (Pedrero, 2008).
- Disminución del número de hijos. Este decremento fue propiciado por la Ley General de Población de 1974 (Béjar y Hernández, 1993; Sandoval, 2014), la cual creó una serie de acciones[4] que permitieron instruir a la ciudadanía en materia de planificación familiar y el uso correcto de métodos anticonceptivos (Hernández, 2004), con lo que se propició una disminución de la fecundidad de ciertos sectores sociales (Ferráis, 2008), otorgando a las mujeres un mayor control sobre sus cuerpos y acentuando la disociación entre la reproducción y la sexualidad (Tamez, Ribeiro y Mancinas, 2011). Todo ello fue producto del constante incremento en la escolaridad (Ariza y De Oliveira, 2007) y de una combinación de factores, entre los que destacan los procesos de secularización de la familia y el matrimonio (Ribeiro, 2010), así como la centralidad del matrimonio en la pareja, ya no en la reproducción (Giddens, 1992), entre otros cambios, particularmente de tipo cultural o en el plano sociosimbólico. Esta disminución significa un menor número de hermanos con quien compartir el cuidado (Pierret, 2006).
- Postergación de la maternidad. La cual está vinculada a los cambios sociosimbólicos y culturales ligados a las transformaciones demográficas que la sociedad ha vivido; a este fenómeno lo antecede la disminución de la fecundidad, la cual inició en México a mediados de 1970; esta reducción se caracterizó porque dio inicio en mujeres que presentaban mayor educación y habitaban en las principales ciudades del país (Tuirán, 2002). De la misma

[1] Desde el punto de vista colectivo, el hecho de continuar preservando los roles tradicionales de padre proveedor y madre reproductora ubica a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad en el corto y largo plazo. La Organización de las Naciones Unidas, desde 1948, promueve, a través de sus diferentes planes, tratados y convenios, entre otras cosas una sociedad más igualitaria, en donde los derechos de todos sean respetados.

[2] Si bien es cierto, el perfil epidemiológico de la población mexicana ha cambiado en los últimos cincuenta años, pasando de la mortalidad a causa de enfermedades infecciosas a la ocasionada por enfermedades crónico-degenerativas, las cuales, de acuerdo con su intensidad pueden generar discapacidad. Entre las principales enfermedades destaca la diabetes mellitus, la hipertensión, el cáncer, los trastornos cerebrovasculares y las enfermedades relacionadas con la salud mental (Pedrero, 2008).

[3] Es importante reconocer que la vejez y la enfermedad no son sinónimos y que existe una pluralidad de condiciones que repercuten en los procesos de salud de las personas. Aunque también se presentan condiciones en la población de adultos mayores asociadas con la edad que no se pueden negar.

[4] Entre las que destaca el establecimiento del Consejo Nacional de Población, en 1974 (Béjar y Hernández, 1993; Sandoval, 2014).

manera, la postergación de la maternidad en las mexicanas tiene una correlación importante con el nivel de escolaridad y con su ingreso al mercado de trabajo. La postergación de la maternidad repercute en las actividades de cuidado, ya que sus padres son mayores, pero sus hijos todavía menores; (Pierret, 2006).

- Incorporación de la mujer al mercado de trabajo. Está asociada con el incremento en los niveles de escolaridad de la población femenina (Tamez, Ribeiro y Mancinas, 2011), pero también a las condiciones económicas y de precariedad laboral que hacen que cada vez sea más difícil garantizar la satisfacción de las necesidades básicas a través de un único proveedor. Esta incorporación ha llevado a las mujeres a la ejecución de un número considerable de tareas domésticas y extradomésticas que repercuten en un mayor desgaste físico y mental; esta duplicidad de actividades ha sido estudiada y reconocida por diversos autores como doble jornada laboral (Arriagada, 2007a; De Oliveira y Ariza, 1999; Zamarripa y Cogco, 2015). La vinculación que tienen las mujeres entre ambas jornadas de trabajo hace que cada vez sea más difícil para ellas[5] proporcionar servicios de cuidados dirigidos a los niños, adultos mayores y personas con discapacidad (Gómez, 2008; Pierret, 2006).

La salida de las mujeres del ámbito doméstico propició que el concepto del cuidado tomara relevancia a partir de los años setenta, con el propósito de satisfacer las necesidades del cuidado de los niños, quienes representaban un grupo numeroso a quien cuidar, cuando sus madres, por razones económicas, tuvieron que incorporarse al mercado laboral (Martín, 2009). Sin embargo, el proceso de envejecimiento actual, además de la carencia de condiciones laborales y familiares que incorporen la participación de los hombres a las labores de cuidado, han orientado la temática al análisis de la sobrecarga de cuidados para las mujeres que, por distintas razones tienen que cuidar a dos generaciones de manera simultánea (Allen y Stearns, 2014; Duxbury y Higgins, 2013; Pierret, 2006).

Lo mencionado en párrafos anteriores permitió identificar, de manera general, los aspectos que fueron abordados en la presente investigación y que se desarrollaron de forma particular en el planteamiento del problema, en donde se conceptualizó puntualmente el cuidado y su relación con la dependencia, así como la razón por la cual es invisible; además, se abordó, quiénes son los principales receptores del cuidado y las repercusiones que éste genera en la vida de las mujeres cuidadoras, sobre todo cuando simultáneamente están realizando labores de cuidado a niños y personas adultas mayores dependientes. Los puntos anteriores sustentaron las repercusiones de salud, económicas, emocionales y familiares que el doble cuidado lleva implícitas, igualmente, las redes de apoyo de las cuales las mujeres hacen uso para poder salir adelante. El reconocimiento de estos escenarios respaldó la relevancia del tema en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

La orientación teórico-metodológica que se utilizó fue la de curso de vida, porque se consideró relevante, la manera en que facilitó la oportunidad de identificar cómo eventos colectivos o individuales afectan las probabilidades de que ocurran otros (Blanco, 2011). Ya que, fue importante conocer la manera en que los factores demográficos y sociodemográficos mencionados en párrafos anteriores repercutieron en el doble cuidado, y cómo éste trascendió

[5] Se reconoce que las labores de cuidado no deberían de ser exclusivas de las mujeres, pero, en México, de manera tradicional, el cuidado de personas dependientes se ha canalizado al ámbito familiar y dentro del mismo la responsabilidad ha sido delegada a las mujeres (Pedrero, 2008), derivado de la tradicional división sexual del trabajo explicada en párrafos anteriores; Por tal motivo, cuando se hace mención al cuidado que las mujeres realizan, no tratamos de reproducir que son ellas las responsables, sino que por el momento son las que están padeciendo esta carga de trabajo, lo que las hace sujetos de estudio.

en la vida de las mujeres, derivado de que el proceso de envejecimiento actual constató, a través de diversos estudios (Huenchuan, 2013; Jácome, 2015; Puga, 2012; Tamez, Ribeiro y Mancinas, 2008; Tamez y Ribeiro, 2012), que son las mujeres quienes llegaron a la vejez en condiciones económicas y de salud más precarias en comparación con los varones, como consecuencia de factores en los que intervino su historia personal, laboral, familiar y social, que inciden en las desventajas, a consecuencia del rol que llevan a cabo.

En resumen, el objetivo de esta investigación fue analizar el curso de vida de las mujeres cuidadoras de dos generaciones, específicamente sus trayectorias de vida escolar y laboral, así como las condiciones que dieron lugar para que este grupo de mujeres tuviera a su cuidado a una generación anterior y otra posterior de manera simultánea, y la manera en que este doble cuidado afectó el estado de salud, económico, emocional y familiar de las mujeres que habitan en el Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo, León. Esto se realizó mediante el planteamiento teórico metodológico de curso de vida, a través de la metodología cualitativa y su técnica de entrevista en profundidad, y con una perspectiva de género.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 El concepto del cuidado

El cuidado es una actividad dirigida a cubrir las necesidades de las personas dependientes en distintos periodos de la vida (Tamez, Ribeiro y Mancinas, 2008). Por ello, es una actividad relevante para la preservación de la salud, el bienestar y la vida de las personas que reciben cuidados. La importancia de esta tarea ha hecho que se transforme en un derecho fundamental para los niños, adultos mayores y personas con discapacidad (Esquivel, Faur y Jelin, 2012). Al ser parte de los derechos, la acción del cuidado se ha convertido en una labor que comprende retribuciones y obligaciones, para la ciudadania, las instituciones y el Estado, quienes están comprometidos a realizar ciertas labores para garantizar el cuidado propio y el de los grupos vulnerables (Pautassi, 2007).

Para Batthyány, Genta y Perrota (2013) el cuidado es una tarea que permite la supervivencia de las personas dependientes, a través de la cual se garantiza su bienestar. Éste involucra aspectos físicos y en ocasiones relaciones sentimentales, ambos elementos generan una relación afectiva entre el cuidador y la persona a la que se está cuidando, esta característica hace que sea considerado algo más que una obligación legal (Aguirre, 2007); independientemente de si, son niños, adultos mayores o personas con discapacidad, se reconoce que el cuidado se presenta a corto o largo plazo[6], y de manera material o inmaterial[7] (Huenchuan, 2013).

La funcion primordial del cuidado radica en proveer a las personas que lo requieran, los elementos esenciales para la vida, mediante la satisfacción de diversas necesidades, entre las que destaca la alimentación, vestido, vivienda, seguridad fisica y emocional, teniendo como eje medular la responsabilidad en la relación con las personas dependientes (Tobío y sus colaboradores, 2013).

El cuidado puede llevarse a cabo de dos maneras: formal e informal. El primero, se da a través de las instituciones públicas o privadas, con horarios y cuotas establecidas; y el segundo, es que ofrece algún miembro de la familia, siempre que se requiera y por lo general, sin ninguna retribución económica (López y Jiménez, 2014). El cuidado informal disminuye el trabajo de los servicios de salud, pero aumenta de manera considerable el compromiso de las mujeres en

[6] Los cuidados a largo plazo son aquellas actividades y servicios que se proveen de manera formal/institucional o informal/hogar a las personas de cualquier grupo de edad que, debido a problemas de salud o limitaciones, no pueden cuidarse a sí mismas durante largos periodos de tiempo. Incluyen la atención de personas: con enfermedades crónicas –ya sean transmisibles o no transmisibles-; limitación física o mental; discapacidad asociada con accidentes; limitaciones sensoriales y problemas de salud mental, además de ancianos con pérdida funcional, limitaciones sensoriales o mentales y que son dependientes (López y Jiménez, 2014). Una gran proporción de cuidados de largo plazo se refiere a cuidados no médicos que implican ayuda para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABIVD) y representan una mayor carga, derivada de su intensidad (López y Jiménez, 2014).

[7] El cuidado material hace referencia a los "bienes y actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio" (Sunkel, 2007:106). Mientras que el cuidado inmaterial "implica vínculos afectivos, emotivos y sentimentales" (Aguirre, 2007:86).

el hogar; este panorama agudiza el papel tradicional de las mismas e incrementa las desigualdades de género (Carrasco, 2008).

La literatura (Aguirre, 2007; Robles, 2003; Vaquiro y Stiepovich, 2010) ha mostrado que aunque el cuidado se realice dentro del ámbito familiar, esta labor por lo regular termina siendo la responsabilidad de una sola persona (por lo general la madre en el caso de los hijos y una hija en el caso de los padres). Por tanto, en España, en un estudio realizado por Tobío y sus colaboradores (2013), se encontró que prevalece en la mayoría (78%) de las mujeres cuidadoras la idea de que es un deber moral que las dignifica como personas, en contraste con la minoría (22%), que expresa sentirse atrapada y considera al cuidado como una carga. Tal situación lleva a Vaquiro y Stiepovich (2010) a reflexionar sobre el derecho y el deber de cuidar dentro de un entorno desigual entre géneros, familias y Estados, en donde toman relevancia factores económicos, culturales, profesionales e incluso políticos.

De acuerdo, con el mismo estudio realizado por Tobío y sus colaboradores (2013), los autores señalan que existen cinco etapas por las cuales pasan las cuidadoras, las cuales ocurren de manera gradual y transcurren desde la negativa a realizar el cuidado, que da paso a la obligación y la resignacion y, por último, la satisfacción y la vocación, enfatizando que éste se considera el más positivo, pero a la vez el menos frecuente.

Para efectos de esta investigación se entendió al cuidado informal como una actividad feminizada, imprescindible para la subsistencia de las personas dependientes, en la cual se desarrollan vínculos afectivos y relaciones de poder y subordinación, en donde la cuidadora en ocasiones resulta ser la más vulnerable.

La importancia del cuidado radica en la contribucuón que esta tarea tiene en el desarrollo físico, cognitivo y emocional de las personas dependientes. A pesar de lo anterior, su invisibilidad persiste y se lleva a cabo sin una retribución economica, y al estar fuera del mercado no es reconocido en las estadísticas económicas (OPS, 2008). Es cierto que se ha buscado su reconocimiento a través de las Encuestas del Uso del Tiempo, mismas que dejan ver que son las mujeres quienes dedican más tiempo al trabajo doméstico, en el que se incluye el cuidado.

La invisibilidad del trabajo doméstico existe a pesar de ser vital en la producción de la subsistencia de los demás, este trabajo trasciende el valor económico, ya que también es social y afectivo (Rogero, 2010a), enmarca los cuidados directos a otros, así como los servicios que permiten que se dé la relación, de la misma manera íntegra las labores a la comunidad. En México la persistencia de los roles tradiconales de género, ha hecho que el cuidado sea naturalizado por las mujeres, subordiandolas de forma familiar y social (Gómez, 2008).

El trabajo doméstico no distingue horarios, éste se realiza de forma continua todos los días y cada que se necesite; las mujeres lo realizan de manera simultánea al trabajo de cuidado, y este esfuerzo en ocasiones permite a otras personas realizar trabajo extradoméstico (Waring, 2008). Esta invisibilidad, así como su distribución, varía según los grupos sociales, lo que lleva a generar una desigualdad entre la población, la cual se intensifica en las familias donde hay niños y adultos mayores dependientes (Rogero, 2010a).

1.1.1 El cuidado y su relación con la dependencia

En México, en las últimas décadas, se han presentado cambios demográficos en los que se reconoce el aumento de la población de adultos mayores y la disminución en menor medida, de la población infantil, del número de personas que cada grupo de edad representa, lo que

convierte a niños y adultos mayores en dependientes de la población económicamente activa que se encuentra entre los 15 y 64 años (Agudelo y Medina, 2014). Esto significa que, por cada 100 habitantes en edad de trabajar, existen 51 personas consideradas dependientes, al menos demográficamente; a nivel nacional en el año 2010 había 45 niños menores de 14 años y 9 adultos mayores, por cada 100 habitantes (INEGI, 2016).

Por lo tanto se reconocen en este país dos grupos dependientes: los niños y los adultos mayores, ambos con dependencias y necesidades diferentes. La dependencia es una combinación entre la carencia total o parcial de la autonomía, situación que impide el cuidado propio y cede a alguien más esa actividad quien se encarga de bridar cuidado y la atención; la dependencia es común en las etapas tempranas y tardías de la vida; en éstas últimas llega acompañada de inconvenientes que dañan la salud (Consejo de Europa citado por Gutiérrez y López, 2014).

De la misma manera que el cuidado, la dependencia también adquiere significados distintos que varían de acuerdo con la generación a la que se les brinde; el cuidado que involucra a los adultos mayores es entendido como una obligación, en ellos la dependencia tiende a aumentar, a diferencia de ellos, el cuidado de los menores de 15 años, se les visualiza como una inversión a futuro, en este grupo la dependencia tiende a disminuir (Agudelo y Medina, 2014).

La generación de niños menores de 14 años en alguna etapa de su vida es completamente dependiente para llevar a cabo diversas actividades, mientras que sólo un grupo de adultos mayores queda imposibilitado para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en alguna etapa de su vida. De acuerdo con Huenchuan (2014) las ABVD comprenden acciones para la supervivencia cotidiana como: levantarse de la cama, tomar alimentos, asearse e ir al baño sin ayuda; y las AIVD representan labores de mayor autonomía, como son la preparación de alimentos, el aseo de la vivienda, la responsabilidad en la toma de medicamentos, utilizar medios de transporte individuales y colectivos, manejo de dinero, entre otros; es importante resaltar que no existe un número de limitaciones que permita definir a una persona como dependiente, no obstante se reconoce que la incapacidad de realizar cualquiera de las dos ABVD y AIVD lleva a las personas a necesitar el apoyo y cuidado de alguien más.

Sin embargo, la dependencia engloba múltiples carencias que van más allá de las ABVD y AIVD desde el ámbito emocional y afectivo, hasta el económico y físico; éstas pueden presentarse solas o ir acompañadas, ya que un determinado tipo de dependencia puede desarrollar otra; asimismo, puede ser temporal o permanente (Agudelo y Medina, 2014). Por lo tanto, los mismos autores hacen una clasificación más amplia, la cual se presenta a continuación:

- <u>Dependencia funcional.</u>
  - *Dependencia física*. Es la incapacidad que tienen las personas para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD); Esta dependencia en el adulto mayor lleva implícitas complicaciones individuales (pérdida de autoestima), familiares (asignación de responsabilidades, cambios en el entorno para facilitar la movilidad) y colectivas (incremento en las demandas de los servicios de salud).
  - *Dependencia mental*. Está ligada al deterioro de las capacidades mentales que alteran la función cognoscitiva. Ésta puede darse de manera leve o bien conducir a la demencia. Tales cambios en la salud mental pueden ser crónicos, progresivos y lentos, que repercuten en "aspectos de índole cognitivo, afectivo, ansioso, psicótico, del sueño, adicciones y abuso de sustancias" (Agudelo y Medina, 2014:8). Los adultos mayores

que presentan demencia tienen probabilidades de desarrollar ansiedad y depresión, la cual, cuando se presenta de manera simultánea a la dependencia física, aumenta significativamente los costos de atención médica.

- Dependencia económica. Las personas dependientes son laboralmente pasivas; algunas, de manera involuntaria, dejan de recibir recursos que les permitan satisfacer sus necesidades básicas, por lo que la familia absorbe el costo de los mismos; los hogares en donde habita al menos un adulto mayor dependiente funcional tienen más gastos, los cuales se derivan de las consultas y/o los medicamentos.
- Dependencia psicológica. Ésta no es ocasionada por elementos físicos o mentales, por el contrario, es conductual, causada por los estigmas, prejuicios, estereotipos sociales y la personalidad. Cuando la persona es dependiente psicológicamente, se considera que de manera consciente o inconsciente acepta apoyo físico o emocional sin necesitarlo.
- Dependencia social. Está vinculada con la escasa valoración social que reciben los adultos mayores y genera repercusiones negativas en la salud y funcionalidad de las personas, ya que se les impide realizar ciertas actividades que a largo plazo los aíslan y pueden incitar el desarrollo de otras dependencias.

Las definiciones anteriores permiten conocer la complejidad de las necesidades que pueden tener las generaciones dependientes. Asimismo, es importante resaltar que, para efectos de esta investigación, se analizarán todas las dependencias para los menores de quince años como para los adultos mayores de 60 años; porque el cuidado que ambas generaciones requieren independientemente de la dependencia que presentan lleva implícito diversas tareas, que se traducen en relaciones físicas, mentales, económicas, psicológicas y sociales, entre el cuidador y la persona a la que se está cuidando. Por lo tanto, la intención del documento es analizar las repercusiones que el doble cuidado tiene en la vida de la mujer, reconociendo que cada dependencia genera sus propias necesidades.

1.1.2 El cuidado dirigido a niños y adultos mayores

Las labores de cuidado varían de acuerdo con las necesidades de cada persona, sea niño o adulto mayor; se reconocen diferencias dentro del cuidado de manera general, como los efectos y significados distintos, los cuales son en ocasiones ambivalentes; el cuidado dirigido a los niños se aprecia como una experiencia positiva; Tobío y sus colaboradores (2013:76) lo definen como "ver cómo crecen", mientras que brindar cuidado al adulto mayor, según los mismos autores, consiste en "ver cómo mueren", considerándolo como una pena.

De acuerdo con Robles y Pérez (2012), el cuidado dirigido a los menores contiene normas y expectativas las cuales se definen en una relación maternal. Además, Duxbury y Higgins (2013) enfatizan que las demandas del cuidado infantil disminuyen conforme los menores van creciendo, una de las ventajas de este cuidado es que, aunque es prolongado, tiene un patrón predecible (Pavalko y Gong, 2005, citados por Duxbury y Higgins, 2013).

Asimismo, Folbre y Yoon (2008) explican que el cuidado que se brinda a los menores puede ser: cuidado de supervisión, en el cual la cuidadora siempre está lista para responder en caso de ser necesario, el menor puede estar dormido, despierto o realizando cualquier otra actividad; el cuidado indirecto, que integra el trabajo doméstico y la administración del hogar, y el cuidado directo, en el que la cuidadora se encarga del cuidado físico y social de los menores.

Con todo, realizar las labores de cuidado destinadas a los hijos ha generado diversas problemáticas para las mujeres; en primer lugar, la dificultad para conciliar el cuidado y la vida laboral; en segundo lugar, las necesidades insatisfechas de los menores, resultado de la falta de tiempo de la madre; en tercer lugar, los obstáculos socio simbólicos sostenidos por la división sexual del trabajo, que afectan la participación de la mujer en el sector público y privado (Carbonero, 2007).

La naturaleza del cuidado lleva implícitas diversas repercusiones, debido a que su objetivo es la preservación de la vida de las personas dependientes, estos cambios en la vida de las mujeres cuidadoras, pueden ser temporales o permanentes, porque llevan a la cuidadora a tomar decisiones que afecten su vida personal, laboral e incluso ambas a largo plazo. Las principales consecuencias que genera el cuidado infantil, de acuerdo con Agulló (2001)[8], son las siguientes: falta de tiempo, cansancio físico, tensión, conflictos con la pareja, abandono del mercado de trabajo[9] y menor libertad.

Mientras que las repercusiones que emanan del cuidado que se les brinda a las personas adultas mayores[10], pueden tener varios matices; por un lado, se consideran gratificantes, ya que permiten a las personas que lo llevan a cabo consolidar relaciones filiales respaldadas en la reciprocidad (Robles y Pérez, 2012). Por el otro, generan diversas tensiones derivadas de que el cuidado de esta generación tiende a aumentar con el tiempo, en cantidad e intensidad, lo que lleva a que el cuidador no tenga conocimiento previo sobre el tiempo de su vida que dedicará al cuidado (Duxbury y Higgins, 2013).

Realizar labores de cuidado dirigidas a un adulto mayor dependiente genera efectos que trascienden la salud física y emocional del cuidador, así como el entorno personal, laboral, familiar y social del mismo. El cuidado de los adultos mayores tiene como característica principal la preservación de la vida; sin embargo, desencadena efectos económicos, físicos y emocionales[11], que emanan del grado de dependencia y de las necesidades del mismo, llevando a una alteración en la vida del cuidador que trastoca sus relaciones (Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011).

Una de las principales estrategias que las mujeres llevan a cabo para facilitar las labores de cuidado es la cohabitación, en donde el adulto mayor se traslada a la vivienda del cuidador o viceversa; así, sus necesidades son incluidas dentro del presupuesto familiar, lo que facilita el cuidado y apoyo directo, no sólo de la persona que se encarga de atenderlo, sino de otros miembros de la unidad familiar (Hakkert y Guzmán, 2004).

De acuerdo con lo anterior, la cohabitación permite en algunos casos fortalecer los lazos de solidaridad familiar, mientras que en otros desencadena una serie de conflictos, resultado del

---

[8] Con la llegada de un hijo inicia un aumento de la carga de trabajo doméstico, reduciendo considerablemente el tiempo del que la mujer dispone para cubrir sus necesidades, ya que el cansancio físico tiende a elevarse en los primeros meses de vida del menor, aumentando la tensión y los conflictos con la pareja, de la misma manera que la falta de sueño puede provocar un bajo rendimiento laboral e incluso la salida de la mujer del ámbito público, situación que las lleva a permanecer más tiempo dentro de la casa familiar, planificando las salidas. Otra de las repercusiones del cuidado de menores es la pérdida de la tranquilidad, la cual conforme aumenta la edad de los hijos se transforma en incertidumbre, debido a que los mismos, están expuestos a situaciones que las mujeres no pueden controlar (Agulló, 2001).

[9] María Agulló (2001) refiere que las mujeres no perciben como una pérdida su salida del mercado de trabajo; por lo tanto, ésta no es una consecuencia negativa para todas las mujeres. Sin embargo, esta situación sí las coloca en una posición de mayor vulnerabilidad y dependencia económica.

[10] El proceso de envejecimiento no es sinónimo de dependencia; pero si existen adultos mayores en esta situación y son a los que se hace referencia en esta investigación.

[11] Estos afectos se explican en un apartado posterior.

choque generacional que dificulta la convivencia entre los miembros del hogar, situación que repercute en el desgaste físico y emocional de las mujeres (Echarri, 2009: Montes de Oca, 1999).

1.2 Repercusiones del doble cuidado

La práctica del cuidado trasciende la vida del cuidador, quien es sometido a un estrés constante, producto del cambio en sus actividades laborales, familiares y sociales; además del cansancio, las enfermedades que emergen del esfuerzo físico y emocional, aunado a la presión económica y familiar, que se derivan de que, en su mayoría, la necesidad de cuidado surge de manera repentina (Pinto, Barrera y Sánchez, 2005).

Por lo anterior, las mujeres cuidadoras de dos generaciones se enfrentan al doble de estos apremios, entre las que destacan las físicas, económicas y sociales (Falconi y Dow, 2014). La sobrecarga de cuidados en las mujeres puede durar años, situación que las lleva a experimentar un agotamiento físico y nervioso, derivado de realizar tareas para las cuales no están ni técnica ni emocionalmente preparadas (Federici, 2015; Gómez, 2008).

De acuerdo con Huenchuan (2013) existe una correlación importante entre la etapa en la que se encuentra la familia y la cantidad de tiempo que la mujer le dedica al cuidado, explicando que en las etapas iniciales, con niños menores de 6 años, el cuidado representa mayor carga física y económica, mientras que las que se encuentran en la etapa de consolidación, con hijos entre 6 y 12 años demandan un trabajo moderado; las familias en expansión cuando los hijos tienen entre 13 y 18 años, ya dejaron la etapa más aguda; no obstante, en algunos casos, los hijos continúan dependiendo económica e incluso emocionalmente de los padres. Por último, se encuentran las familias en fase de salida, cuyos hijos menores tienen 19 años o más, son independientes físicamente, lo que hace que sea más ligera la carga de cuidado. Esto tiene un peso importante, en la ejecución del doble cuidado en la vida de la mujer, ya que probablemente en alguna fase ya esté cuidando a alguno de sus padres.

Las normas sociales han definido al cuidado familiar como una actividad feminizada que se realiza con amor y de manera desinteresada, en donde se asocia a las mujeres que lo realizan con cualidades de servicios hacia los demás, y dones como la abnegación y el sacrificio, que en épocas pasadas, dieron cierto reconocimiento social; sin embargo, esta imagen tradicional y perfecta, genera en las cuidadoras una carga de tensiones y conflictos personales que repercuten en su salud y en sus relaciones personales y familiares (Tobío y sus colaboradores, 2013).

Para efectos de esta investigación, hemos clasificado, de acuerdo con lo encontrado en la literatura, las repercusiones en cuatro grandes grupos, los cuales se describen a continuación:

1.2.1 Repercusiones de salud

Realizar una doble tarea de cuidado aumenta el riesgo de una mala salud; las mujeres cuidadoras de dos generaciones reportaron en un estudio realizado en el estado de California, en Estados Unidos (Falconi y Dow, 2014), una salud mental, física y emocional más deficiente, en comparación con las mujeres que solamente cuidan a una generación. El desgaste físico y emocional puede dar como resultado enfermedades crónicas, físicas y psicológicas (Comelin, 2014). Ya que, la responsabilidad de las mujeres cuidadoras las ha llevado a desempeñar diversas funciones que le disminuyen recursos como el tiempo y el dinero para cuidarse (Gómez, 2008).

Uno de los factores que se repite en los estudios es el estrés. En otro estudio realizado a nivel nacional en ese mismo país, Allen y Stearns (2014) encontraron, en concordancia con Falconi y

Dow (2014), un estrés prolongado que se deriva de cuidar por un largo tiempo, el cual también se asocia con el envejecimiento acelerado y la muerte prematura entre las cuidadoras. Comelin (2014) relaciona el estrés con el cambio en las actividades cotidianas del cuidador, las cuales son modificadas de acuerdo con las necesidades de la persona dependiente, así como a tener que tomar decisiones de manera continua no solamente sobre su vida, sino sobre la vida del adulto mayor.

El doble cuidado realizado por las mujeres tiene implicaciones personales en términos de tiempo y energía disponible; este grupo de mujeres utiliza días de descanso y vacaciones para atender las necesidades de sus dependientes. Por lo que estas mujeres son más propensas a experimentar agotamiento (Duxbury y Higgins, 2013).

El estrés al que las mujeres cuidadoras son sometidas las puede llevar a desarrollar el *"síndrome de burnout"* (Rogero, 2010a), "síndrome del estrés doméstico" o el "burnout del hogar" (Agulló, 2001), los cuales coinciden, ya que se derivan del agotamiento emocional y los efectos de los dos últimos enfatizan en las consecuencias que tiene el trabajo doméstico en la autovaloración y la salud de las mujeres cuidadoras (Agulló, 2001). Otro síndrome asociado a los cuidadores es el "síndrome de la sobrecarga del cuidador primario", en el cual la persona presenta de manera recurrente episodios de frustración y ansiedad ocasionados por problemas médicos, sociales y económicos relacionados con el cuidado, que la llevan a tener crisis nerviosas que evidencian la enfermedad (Domínguez, Zavala, De la Cruz y Ramírez, 2010). En la mayoría de los casos estos síndromes, aunados a otras enfermedades, son producto de que las mujeres centran toda su energía y atención en el cuidado que dedican a los demás, dejando a un lado sus propias necesidades (Gómez, 2008).

1.2.2 Repercusiones económicas

El ámbito económico también se ve afectado, ya que incrementan los gastos relacionados con la enfermedad y el cuidado (Comelin, 2014). El adulto mayor es percibido como alguien pasivo que no aporta nada, pero si genera un gasto familiar; aunque en algunos casos existen pensiones, éstas son bajas y en ocasiones no alcanzan a cubrir todas las necesidades de adulto mayor (Agulló, 2001).

Las consecuencias económicas en la vida del cuidador informal pueden ser directos o indirectos. Los primeros, son gastos provenientes del cuidado, bienes y servicios para la persona dependiente o para el mismo cuidador; mientras, que los segundos, forman parte de la pérdida de ingresos, a causa de la salida del cuidador del mercado laboral, la reducción de las horas laborales o la limitación para generar algún ingreso (Rogero, 2010b).

El que las mujeres puedan conciliar el cuidado y el empleo, tiene consecuencias en cuanto a la productividad; en Estados Unidos, 70% de las cuidadoras a nivel nacional hicieron cambios laborales debido a la prestación de cuidados, tales como recortes en las horas de trabajo (Falconi y Dow, 2014).

La salida de las mujeres del mercado de trabajo ha generado implicaciones para la autonomía de las mismas, porque restringe sus posibilidades de autonomía económica en el corto y largo plazo; esto derivado de que los ahorros para el retiro, las jubilaciones o pensiones varían de acuerdo con los años de trabajo. Ello lleva a las mujeres cuidadoras a necesitar, en etapas posteriores, servicios de cuidado para ellas mismas, a los cuales no tienen acceso de manera directa (Gómez, 2008). La misma autora señala que la dependencia económica de las mujeres

cuidadoras acrecienta su fragilidad a ser violentadas por parte de sus cónyuges, en caso de tenerlos, a la vez que disminuye su capacidad para ejercer sus derechos.

1.2.3 Repercusiones emocionales

Algunas de las repercusiones físicas del cuidado provienen de fuentes psicosociales que no siempre se analizan; por ejemplo, la sobrecarga de trabajo de cuidados deriva en una sensación de soledad, que trae consigo consecuencias psicológicas y psicosociales entre las que destacan los sentimientos ambivalentes y la falta de libertad. De la misma manera, esa soledad se traduce en enfrentar de manera individual la responsabilidad de los cuidados del adulto mayor en cuanto a un deceso del mismo (Agulló, 2001).

Otra de las causas que el doble cuidado genera en las mujeres, son los sentimientos de culpa; los cuales se presentan por dos motivos. El primero se da cuando las mujeres cuidadoras sienten que pueden y deben cumplir de manera simultánea con sus roles de hija y madre; en ese sentido, se reconoce que "la primera generación de trabajadoras, madres y cuidadoras manifiesta que no puede ni quiere renunciar a su vida profesional o de ocio por cuidar a sus progenitores". No obstante, en presenta la segunda culpa, cuando delega la responsabilidad del cuidado de sus padres o hijos a otros, esto hace que se perciba como una "mala hija, madre o cuidadora". Lo anterior, en palabras de los mismos autores, ha hecho que surja este nuevo problema social, el cual "era una obligación individual incuestionable" (Tobío y sus colaboradores, 2013:129).

Ahora bien, cuando las mujeres dejan de participar de manera activa en el mercado de trabajo para estar inmersas en el trabajo doméstico y de cuidados, no sólo dejan de percibir ingresos económicos, también restringen sus vínculos sociales con los demás, por lo que su capital social a largo plazo se puede llegar a ver afectado, así como la oportunidad de generar redes de apoyo y solidaridad para su bienestar presente y futuro (Gómez, 2008). Independientemente del nivel de dependencia de las generaciones, del doble cuidado emana una responsabilidad que impide a las mujeres desprenderse del ámbito familiar, ya que la mujer cuidadora no tiene tiempo ni libertad para realizar actividades de recreación u ocio, que le permitan relajarse o ceder por completo al descanso (Pedrero, 2008).

1.2.4 Repercusiones familiares

Las tensiones que vive la mujer cuidadora generan efectos en las relaciones intrafamiliares (Tobío y sus colaboradores, 2013). Los conflictos que se presentan al interior del ámbito familiar comprenden desde la atención desigual a otros miembros del hogar, hasta problemas asociados con la responsabilidad de una sola persona de ejercer el cuidado, lo que provoca tensiones alrededor del adulto mayor dependiente (Tamez, Ribeiro y Mancinas, 2008). Por lo que, el cuidado, no solo genera efectos en la salud física, sino también en la emocional que afecta las relaciones familiares (Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011).

Además, se reconoce que las relaciones entre el cuidador y la persona a la que se está cuidando, no siempre se dan en un clima de estabilidad y alegría, ya que, en esta relación influyen elementos familiares y culturales, los cuales ejercen una presión sobre la cuidadora y su forma de realizar el cuidado; por lo general, la mujer cuidadora, se siente juzgada por sus hermanos u otros parientes cercanos a la persona adulta mayor dependiente (Agulló, 2001; Tobío y sus colaboradores, 2013).

En ese sentido, las relaciones familiares en torno al cuidado son contradictorias y en ocasiones ambivalentes; el estado de dependencia genera una relación cercana entre el receptor y el emisor

del cuidado, pero si esa relación antes de presentarse el cuidado no era del todo armoniosa, puede desarrollar nuevos conflictos, que cruzan vivencias provenientes de la infancia, con sentimientos de amor/odio u obediencia/rebeldía que surgen como consecuencia del estrés, el cual puede aflorar otras conflictos, no sólo por parte de la cuidadora, sino por otros miembros del hogar, como la pareja[12] (Tobío y sus colaboradores, 2013).

Las repercusiones que genera el cuidado afectan, como ya se mencionó, diferentes aspectos de la vida de las mujeres cuidadoras en menor o mayor medida. Aunque en algún momento del cuidado pueden llegar a acumularse, se reconoce que no se presentan todas de manera repentina.

1.3 El doble cuidado en la vida de la mujer, estudios teóricos y empíricos

La revisión de la literatura[13] que aborda el trabajo de cuidado a nivel internacional es abundante, sobre todo la que hace referencia al cuidado dirigido a los adultos mayores o la que se enfoca en conciliar el empleo femenino con el cuidado dirigido a la población infantil.

No obstante, la temática que rige esta investigación es la que estudia a las mujeres que están cuidando de manera simultánea a dos generaciones: una anterior (adultos mayores) y una posterior (menores de 15 años). En países de habla hispana, el estudio del cuidado de dos generaciones todavía es incipiente (al contrario de los países de habla inglesa); su concepto no ha sido homologado, pero las características del mismo ya son abordadas y estudiadas por distintos investigadores. Sin embargo, esta situación, no permite conocer de manera estadística el número de mujeres que están actualmente cuidando a dos generaciones, pero teóricamente el fenómeno del doble cuidado es reconocido.

A pesar de lo anterior, investigadores como Aguirre (2007), Carrasco (2011), Gómez (2008), Hopenhayn (2007), Huenchuan (2009) Puga (2010) Robles (2003), Rodríguez (2012), Sunkel (2007) y Tobío y sus colaboradores (2013), visualizan la importancia y la dificultad del cuidado contemporáneo para las mujeres que de manera simultánea tienen que cuidar a dos generaciones, lo que las lleva a asumir retos personales, laborales y familiares.

La complicación del doble cuidado es producto del solapamiento de actividades de tres procesos: las necesidades de cuidado, el envejecimiento actual y la actividad económica de las mujeres, particularmente de las madres, lo que lleva a una mercantilización del cuidado infantil y al engrosamiento de los sistemas de salud y de seguridad social que no alcanzan a cubrir las necesidades de la población envejecida. Esta situación se traduce en una dependencia familiar de la generación descendente y ascendente (Aguirre, 2007).

De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (2016) se estima que para el año 2050 el porcentaje de población dependiente (niños menores de 15 años y adultos mayores de 65) aumentará, derivado del proceso de envejecimiento actual; aunque en el caso de los nacimientos se presentará una disminución, la población demandante de cuidados demográficamente continuará un aumento sostenido de la población dependiente (véase la gráfica 1). Esta situación, de acuerdo con Montaño (2012), generará en las mujeres mayores

[12] Tobío y sus colaboradores (2013:131) incorporaron en su libro narrativas provenientes de una investigación cualitativa, que denotan estos tipos de conflictos familiares, entre las que destacan "que la cuide mi hermana que es la preferida; lo tiene merecido porque no nos ayudó para casarnos ni para nada…".

[13] (Aguirre, 2007; Agulló, 2001; Armstrong, 2008; Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011; Batthyány, Genta, y Perrota, 2013; Esquivel, Faur y Jelin, 2012; Huenchuan, 2013; Pautassi, 2007; Tobío, Agulló, Gómez y Martín, 2013).

tareas de cuidado, ya que, ellas han sido las responsables de cuidar a los niños, niñas y personas adultas mayores dependientes.

Gráfica 1

Proyecciones de la población dependiente, por cada 100 personas en edad de trabajar en México

Fuente: CONAPO, 2016.

Las proyecciones sobre el aumento de la población de adultos mayores y la prevalencia de los nacimientos permite advertir hacia donde se dirige la tendencia demográfica y la población demandante de cuidados; sin embargo, no sucede lo mismo con la previsión de la oferta de cuidadoras, porque opuesto a lo expresado por Montaño (2012), no se puede ver a las mujeres como una categoría demográfica, sino como sujetos políticos y sociales, que responden a las necesidades de los demás, esto deja de lado, que la responsabilidad del cuidado no es de ellas, sino de la sociedad en general (Durán, 2008).

Al retomar lo expresado en la gráfica 1, Pedrero (2008) explica que el aumento de la población de adultos mayores no representa un aumento significativo en la esperanza de vida, sino cambios graduales en la estructura por edades de la población; esto en relación con las generaciones que nacieron en los periodos de alta fecundidad que se encuentran todavía en edad adulta.

Asimismo, Huenchuan (2009), en Chile, señala que en los últimos años el doble cuidado está presente en la vida de las mujeres debido a la extensión de distintos roles: es hija y madre por más tiempo. Esta situación es producto de dos procesos sociodemográficos, el primero hace hincapié en que se extiende el periodo de dependencia de los hijos hacia los padres; los primeros permanecen más tiempo en el hogar familiar o incluso fuera de éste continúan recibiendo algún tipo de apoyo por parte de sus padres; mientras que el segundo proceso se desarrolla con base en el envejecimiento actual, que lleva a que la mujer tenga a su cuidado a estos dos grupos de manera paralela en alguna etapa de su vida.

Otro de los conceptos utilizados para referirse al doble cuidado es el de “economía del cuidado”, utilizado por Carrasco (2011) en España, Rodríguez (2012) en Argentina y Gómez (2008) en

Latinoamérica, y define al cuidado como el trabajo sin pago que se realiza en el ámbito familiar para el mantenimiento de la fuerza de trabajo actual, que levanta la futura (niños) y cuida la envejecida.

El concepto de la economía del cuidado es similar al que presenta Robles (2003) en México, como triple jornada laboral, la cual es definida como el trabajo que realizan las mujeres remunerado y no remunerado; en este último se incluye el cuidado de niños y es conocido como doble jornada laboral. No obstante, el proceso de envejecimiento actual ha transformado esa doble en una triple jornada, ya que el cuidado que se dirige hacia un enfermo es muy diferente al trabajo doméstico.

De igual manera, Puga (2012) plantea que, en alguna etapa de la vida de las mujeres, se presenta una sobrecarga de cuidado, orientando esta tarea hacia los menores y adultos mayores a la vez, la cual llama *"generación sandwich"* y la conceptualiza como un momento en el que el cuidado es demandado por una generación anterior y posterior en una etapa central del curso de vida de las mujeres.

El concepto abordado por María Dolores Puga (2012) en España, también ha sido estudiado en mayor medida en países como Canadá, Estados Unidos, Italia y Reino Unido, en donde se han realizado estudios cuantitativos y cualitativos para profundizar sobre el tema; dichos estudios permiten ampliar el conocimiento empírico sobre esta nueva vertiente de cuidado[14].

El concepto de *"generación sandwich"* es utilizado en Estados Unidos desde finales de la década de 1980 para describir de manera colectiva a la generación de mediana edad[15] que tiene hijos y padres dependientes y en un sentido individual hace referencia a las personas que están en medio de las demandas simultáneas de cuidar a sus padres ancianos y sus hijos, ambos dependientes (Pierret, 2006).

Además, en el Estado de California, Falconi y Dow (2014), en un estudio más reciente que el de Pierret (2006), describen a las mujeres que integran a la *"generación sandwich"* como de mediana edad, con un nivel de estudio medio, empleadas (de tiempo completo o parcial) y con un ingreso por debajo de la media de California; las autoras también hacen referencia a un cambio en la situación personal de estas mujeres[16], quienes asumen el papel de cuidadoras de dos generaciones dentro de una composición familiar diferente (sin el apoyo económico, ni emocional, que en ocasiones puede brindar una pareja).

En Canadá, de acuerdo con Duxbury y Higgins (2013), el concepto de "*generación sandwich"* es más específico, ya que integra a las mujeres que cuidan a sus hijos a la que vez que atienden las necesidades de sus padres o suegros, pero que también realizan trabajo remunerado. Allen y Stearns (2014) explican que, en el mismo país, el trabajo extradoméstico genera en las mujeres cansancio y estrés, ya que dedican al menos 20 horas a la semana al cuidado de sus hijos y del adulto mayor.

En Reino Unido, el concepto se torna un poco más amplio, ya que incluye el cuidado de hijos o nietos y adultos mayores; otro factor importante es que las mujeres que pertenecen a la

---

[14] Aunque existe reconocimiento académico del concepto de *"generación sandwich"* en países de habla inglesa e incluso en España, para efectos de este documento se buscará homologar los conceptos en doble cuidado dirigido a niños y adultos mayores.

[15] De acuerdo con los resultados de la Encuesta Longitudinal Nacional de Jóvenes Mujeres (NLSYW), la generación de mediana edad comprende entre los 45 y 56 años de edad (Pierret, 2006).

[16] El divorcio es cada vez más común y el número de familias monoparentales va en aumento (Falconi y Dow, 2014).

"generación sandwich" están activas en el mercado de trabajo, pero reconocen que la carga de trabajo de cuidados puede ser un motivo para que las mujeres abandonen el empleo formal (Ben-Galin y Salim, 2013).

En otro contexto, Estados Unidos ha sido uno de los principales países en estudiar a las mujeres cuidadoras de dos generaciones. Pierret (2006), en un estudio cuantitativo, determinó, utilizando datos de la Encuesta Longitudinal Nacional de Jóvenes Mujeres (NLSYW), que 9% de las mujeres estadounidenses de mediana edad estaban cuidando a dos generaciones de manera simultánea, proporcionando recursos económicos y tiempo a hijos[17] y adultos mayores.

En California, Falconi y Dow (2014) realizaron un estudio que dio como resultado que aproximadamente 10% de la población de todo el estado esté cuidando de manera simultánea a dos generaciones. Un dato relevante de este estudio es que 68% de los cuidadores eran empleados, 56% lo hacía de tiempo completo y 12% lo realizaba de manera parcial. Derivado de los elevados costos que representa el cuidado, el estudio reportó que los cuidadores estaban pasando por un alto grado de dificultad financiera.

En Italia, el estudio de De Rose y Racioppi (2010) incluyó a mujeres y hombres de entre 40 y 59 años, ambos cuidadores de al menos un hijo (de cualquier edad) y uno de los padres, los tres en cohabitación. Los autores tomaron como referencia encuestas realizadas por el Instituto Nacional de Estadística Italiano (ISTAT); los resultados del estudio fueron los siguientes: los hombres que viven tanto con uno de los padres y los niños en cohabitación con una pareja no tienen comportamientos de mayor riesgo o condiciones físicas y mentales peores que la mayoría de los individuos. Sin embargo, las condiciones y el bienestar de las mujeres que viven en cohabitación con pareja, hijos y padres, resultan diferente, ya que los tres papeles (esposa, madre e hija o nuera) pueden conducir a una sobrecarga, que se traduce en mala salud, aumento del estrés y la incapacidad de encontrar un equilibrio en la vida. Otro de los estudios es el realizado en Reino Unido el cual demuestra que las mujeres cuidadoras de dos generaciones son más propensas a abandonar el mercado de trabajo (Ben-Galin y Salim, 2013).

Los resultados teóricos y empíricos permiten sustentar la relevancia del tema, no sólo a nivel nacional sino internacional, en donde los procesos de envejecimiento se han dado en otras condiciones.

1.4 Redes de apoyo

Un elemento importante que permite a las mujeres cuidadoras disminuir la sobrecarga de trabajo son las redes de apoyo, las cuales pueden ser informales (familiares y no familiares) (Agudelo y Medina, 2014) y formales (Bracamontes y Arroyo, 2015). Independiente de su clasificación son definidas por Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003) como las relaciones interpersonales entre una persona y el entorno familiar, social (a través de una práctica simbólica-cultural), estatal (políticas sociales) e incluso con el mercado; el contar con estos apoyos o con los recursos para adquirirlos mediante el mercado, le permiten a la cuidadora delegar la carga de trabajo.

---

[17] Específicamente el estudio de Pierret (2006) integra como concepto de dependencia ayudar a los niños, ya sea con residencia común o con apoyo para la universidad o las transferencias de más de 1,000 dólares o 500 horas al mes, a la vez que se ayuda al adulto mayor con la corresidencia o transferencias económicas de 1,000 dólares o 500 horas al mes. Aunque la dependencia económica será tomada en cuenta para esta investigación siempre y cuando también exista la cohabitación; Situación que no se da en el estudio de Pierret (2006), ya que sólo se toman o las transferencias o el apoyo en tiempo; sin embargo, son tomados en cuenta porque se ha tenido poco acceso a estudios empíricos que aborden el tema.

Bracamontes y Arroyo (2015), explican que, por un lado, las redes de apoyo formales proceden de instituciones estatales y pueden ser gubernamentales o no; por otro lado, las redes informales (familiares y no familiares) se presentan de acuerdo con las relaciones entre los individuos en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelva.

En el Estado de bienestar actual, la trilogía Estado, mercado y familias, ha llevado a que estas últimas sean el principal proveedor de los servicios de cuidado, y de acuerdo con los ingresos de cada una, pueden tener o no acceso a las ofertas del mercado, mientras que los servicios de cuidado que ofrece el Estado a través de las instituciones están sujetos a disponibilidad y accesibilidad (Pautassi, 2010).

Esta familiarización de los cuidados había sido aceptada de manera cultural y social, porque las mujeres se dedicaban principalmente a las actividades domésticas; sin embargo, con la incorporación de las mismas al mercado de trabajo, se inició esa creación de lazos, que han derivado en redes de apoyo para repartir el cuidado e inclusive otras actividades domésticas (Ferrán, 2008).

El acceso a los servicios que proporciona el mercado está supeditado al nivel de ingresos, ya que, en los niveles socioeconómicos altos, es más probable que se contrate niñeras, servicios de enfermería o personal de limpieza; lo anterior de acuerdo con la capacidad económica de cada familia (Durán, 2008).

Por el contrario, las mujeres cuidadoras de niveles socioeconómicos bajos no cuentan con los recursos para tener acceso a las redes del mercado, por lo que tienen que recurrir al apoyo informal, el cual depende de su composición familiar o de las redes sociales comunitarias (Ham, 1999). Dentro de las redes de apoyo informales, se destaca el apoyo y la solidaridad entre las mujeres, quienes "ante una serie de factores sociológicos, psicológicos, económicos y culturales" asumen el compromiso con sus pares (Ham, 1999:18).

La situación mostrada en párrafos anteriores lleva a concluir que cada grupo social hace uso de los apoyos que mejor se adapten a su condición económica y social, por lo que conocer estas redes resulta relevante para el tema de estudio.

1.5 Preguntas de investigación

En los apartados anteriores se presentaron los principales aspectos que se estudiaron en la presente investigación, en éstos se buscó sustentar con argumentos teóricos la importancia de las siguientes preguntas de investigación:

1.- ¿Cómo se vinculan las trayectorias de vida escolar y laboral de las mujeres cuidadoras con los procesos sociodemográficos que las llevaron a ser cuidadoras de dos generaciones?

2.- ¿Cuáles son las características de la trayectoria de vida escolar y laboral de las mujeres cuidadoras participantes?

3.- ¿Cuál es la relación que existe entre las transiciones de vida escolar y laboral que viven las mujeres con los roles tradicionales de género que ubican a las mujeres como cuidadoras de dos generaciones a la par?

4.- ¿Cuáles son las condiciones del curso de vida de las mujeres que las llevan a ser cuidadoras de dos generaciones?

5.- ¿Cómo repercute el doble cuidado en la vida[18] (estado de salud, emociones, ámbito económico y relaciones familiares) de las mujeres participantes?

1.6 Objetivo general

Analizar el curso de vida de las mujeres cuidadoras de dos generaciones, específicamente sus trayectorias de vida escolar y laboral, así como las condiciones que dieron lugar para que este grupo de mujeres sean cuidadoras de dos generaciones, y la manera en que el doble cuidado repercute en su estado de salud, económico, emocional y familiar de un grupo de mujeres que habita en el Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo, León.

1.6.1 Objetivos específicos

- Conocer cómo las trayectorias de vida escolar y laboral de las mujeres cuidadoras se vincularon con los procesos sociodemográficos que dieron lugar al fenómeno del doble cuidado.
- Analizar las trayectorias de vida escolar y laboral de las mujeres cuidadoras de dos generaciones.
- Conocer la influencia que tienen los roles tradicionales de género, en las transiciones de vida escolar y laboral de las mujeres cuidadoras.
- Analizar la manera en que las condiciones emocionales, económicas y familiares influyeron para que se presentara el *turning point* (doble cuidado) en la vida de las mujeres cuidadoras.
- Analizar las repercusiones que el doble cuidado generó en la vida de las mujeres cuidadoras, en los aspectos de salud, en su estado emocional, en el ámbito económico y en sus relaciones familiares.

1.7 Justificación

La relevancia de la presente investigación radica en la necesidad de toda la población de cuidarse, reconociendo que existen grupos que son más vulnerables, como los niños, adultos mayores y personas con discapacidad; sin embargo, esta necesidad no exime a otros grupos, como el de las mujeres cuidadoras de requerir ayuda y atención.

Se considera importante comprender que el cuidado es un objetivo, no un problema, y en la medida en que se fortalezca esta visión en las familias y sobre todo en la política social y laboral, se podrá apreciar como un derecho y una responsabilidad de todos y no sólo una obligación de las mujeres (Armstrong, 2008).

En México no existen suficientes instituciones estatales dedicadas a proporcionar servicios de cuidados a largo plazo, situación que, al unirla con el aumento de la esperanza de vida y de la población envejecida, lleva a la necesidad de conocer quiénes son las personas que están brindando servicios de cuidado informal o familiar, pero sobre todo de analizar cuáles son las repercusiones que este cuidado tiene en diferentes aspectos de su vida. Por lo que, autores como López y Jiménez (2014), consideran que avanzar en el reconocimiento de estos cuidados a través de las mujeres que los llevan a cabo, es una necesidad apremiante, porque son ellas las que adquieren la responsabilidad de cuidar durante varias etapas de su vida.

[18] Específicamente en su estado de salud físico y emocional; en el ámbito económico y en sus relaciones familiares.

Asimismo, reconocer la situación actual de las mujeres cuidadoras, permitirá, entre otras cosas, trabajar en la visibilidad de esta labor, para que esta tarea, no continúe fragilizando de manera económica, social y familiar a las encargadas de proveerlo, y así lograr una distribución más justa e igualitaria, entre las familias, el Estado y la sociedad en general (Gómez, 2008).

La desigualdad que viven las mujeres se aprecia dentro de la política social familiarizada del país, en donde las acciones que permiten la conciliación entre el cuidado y la vida laboral son exclusivas de las mujeres (guarderías de las instituciones públicas) y sólo incluyen el cuidado de niños, dejando de lado el cuidado hacia otras generaciones dependientes (Comelin, 2014).

Con lo anterior, se refuerza que el cuidado está marcado por un fuerte componente de género, situación que emerge la importancia de realizar políticas sociales incluyentes (Arriagada, 2007b), en donde la demanda de cuidados pueda ser absorbida por cualquier persona al interior del hogar; y si la familia no pudiera, el Estado debería tener las condiciones para responder ante este derecho, pero no como un complemento para los hogares, sino como un derecho para toda la ciudadanía, ya que la falta de presupuesto estatal ha focalizado los servicios para la población más vulnerable a través de distintos subsidios, dejando de lado a otros grupos sociales que deberían de ser tomados en cuenta (Pautassi, 2007).

De acuerdo con Aguirre (2007) existen razones de peso que justifican el tema del cuidado, como un problema público y objeto de política social; entre éstas destacan: el papel del cuidado como un derecho fundamental para todos; el reconocimiento público de que las personas son autosuficientes e independientes, pero también dependientes en alguna etapa de la vida; de manera general todos los individuos dependen unos de otros, y por último, la necesidad de romper con la desigualdad a través de políticas igualitarias.

Otra de las aportaciones que tiene esta investigación es que se presentarán las restricciones personales, laborales, familiares y sociales que viven las mujeres cuidadoras de dos generaciones y cómo éstas van a afectar la vida futura de este grupo, con lo que se considera que se podrían realizar acciones preventivas a favor de estas mujeres, quienes proporcionan atención gratuita a costa de su bienestar. Lo que hace que, como sociedad, tengamos la responsabilidad de trabajar para buscar crear nuevas condiciones que beneficien la prestación de cuidados a niños, adultos mayores y personas con discapacidad, remunerados o no remunerados (Armstrong, 2008).

En resumen, esta investigación se torna relevante, ya que, a través de las entrevistas a profundidad se podrán conocer de manera particular las situaciones que viven las mujeres cuidadoras, las desigualdades que presentan, el compromiso social y familiar que cada una lleva implícito, las aptitudes que les permiten conciliar, negociar y en ocasiones querer abandonar las labores de cuidado dirigidas a las personas dependientes. Asimismo, a través de la teoría del curso de vida, se podrá observar cómo los factores escolares, laborales y familiares llegan a perpetuar la vulnerabilidad de las mujeres al delegarlas al cuidado familiar.

El interés prioritario es externar las necesidades de las mujeres cuidadoras, pero también contribuir al bienestar y calidad de vida de la sociedad en general y en particular de los niños menores de quince años y de las personas adultas mayores, ambos dependientes. La importancia de conocer la situación de los mismos contribuirá al reconocimiento de las prioridades de estos grupos, así como de los beneficios que los mismos tienen de la política social como de sus carencias.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 La perspectiva teórica metodológica de curso de vida

Los primeros estudios longitudinales se realizaron en Estados Unidos entre 1920 y 1930, en la Universidad de Berkeley California, con el propósito de estudiar a los niños a través del tiempo; en estas investigaciones se observó que los niños de Oakland, iniciaron su infancia en una década próspera de 1920 para después vivir una crisis económica con periodos de estrés e inestabilidad; mientras que, los niños de Berkeley nacidos en el año de 1928 y 1929, experimentaron una infancia vulnerable, derivada de los peores años de la Gran Depresión y una adolescencia vacía que coincidió con la Segunda Guerra Mundial (Elder, 1998).

Estas investigaciones revelaron que los acontecimientos que esta población infantil vivió repercutieron en etapas posteriores de sus vidas. Sin embargo, no existía una teoría que pudiera abordar la forma en que, el contexto histórico cambiante influía en la vida individual y, al mismo tiempo, reconociera su vinculación social y los procesos personales que se dan a lo largo de la vida; a partir de lo anterior, se inició la conceptualización de los principios y conceptos claves para la teoría de curso de vida (Elder, 1998), la cual se consolida entre 1960 y 1970, con el estudio de la población envejecida; dichos estudios buscaban conocer de manera retrospectiva cómo había sido el desarrollo sanitario de dicha población (Alwn, 2012).

Conceptualmente, el curso de vida hace referencia a "…la secuencia de roles socialmente atribuidos que interconectan las etapas de la vida" (Gastrón, 2006:1) de un determinado grupo social. Oddone y Lynch (2008:123) lo definen como "un enfoque científico interdisciplinario que estudia el desarrollo de las vidas humanas y analiza e integra en un marco teórico común, las interacciones y la interdependencia entre […] el desarrollo biológico, psicológico y social de los individuos" "se refiere a una proposición imaginaria compuesta por una serie de presupuestos, conceptos y métodos interrelacionados que son utilizados con el propósito del estudio de los estratos de edad y los roles" (Gastrón, 2006:1).

En el mismo orden de ideas Lalive, Bickel, Cavalli y Spini (2011:20) definen la teoría de curso de vida como:

> El estudio del desarrollo de la vida humana (ontogénesis humana) mediante el establecimiento de puentes conceptuales entre (a) los procesos de desarrollo biológicos y psicológicos; (b) el curso de la vida como institución social, desde el doble punto de vista: el de las regulaciones sociales y culturales de la cual es objeto y de su construcción por los individuos en función de sus recursos y el de sus perspectivas biográficas; (c) el contexto sociohistórico y los cambios que éste experimenta.

Lo anterior, reafirma lo expuesto por Sepúlveda (2010), en el sentido de que los seres humanos, a lo largo de su historia, transitan por distintos momentos que le permiten el desarrollo y fortalecimiento de habilidades, inteligencias o acciones, que los identifican como sujetos con características individuales, pero que también generan rasgos de manera colectiva, en los cuales influye el medio social. Lo que hace que tome relevancia estudiar la vida de las personas de manera multidimensional, por ejemplo: a través de la familia, la escolaridad, el empleo, entre otras; porque que es así como se da el progreso de la existencia (Gastrón y Lacasa, 2009).

Igualmente, la teoría de curso de vida "propone estudiar la coyuntura entre la historia y la biografía, la dinámica de los cambios y de los eventos propios de una sociedad determinada y las trayectorias de vida de los individuos que participan en esta historia" (Oddone y Lynch, 2008:123); "analizar la manera en que las fuerzas sociales más amplias moldean el desarrollo de los cursos de vida individuales y colectivos" (Blanco y Pacheco, 2003:160); además, "constituye ciertamente una plataforma útil para el estudio de los nexos que existen entre las vidas individuales y el cambio social" (Elder, Kirkpatrick y Crosnoe, 2006; Elder y Giele, 2009, citados en Blanco, 2011:8).

La teoría, además, busca identificar la manera en que transitan las etapas características del desarrollo humano (infancia, juventud, adultez y vejez) y la influencia que tienen en las mismas la sociedad y la cultura (Gastrón y Lacasa, 2009). Lo anterior ha hecho que exista cierta confusión entre el concepto de curso de vida, ciclo vital y ciclo de vida; es el primero, como ya se ha mencionado, una perspectiva teórica y empírica que resalta la naturaleza biológica, psicológica y social de las personas, mientras que el segundo, hace referencia al ciclo biológico característico de los seres vivos: nacer, crecer, reproducirse y morir (Lombardo y Krzemiem, 2008). El tercer concepto, estudia las secuencias socialmente construidas vinculadas con la edad y la reproducción sexual (noviazgo, compromiso, matrimonio, nacimiento del primer hijo) (Alwn, 2012).

Además de lo anterior y de acuerdo con Mayer (2009 citado en Sepúlveda, 2010), la teoría de curso de vida se distingue porque presenta las siguientes características:

- Estudia la vida de las personas a largo plazo (longitudinal y retrospectiva); durante este período busca relacionar diversos momentos de la vida, entrelazándolos con eventos particulares.
- El tema de estudio se realiza con determinada población, la cual puede pertenecer a una misma cohorte o generación[19], el grupo de selección tiene que experimentar el mismo suceso en determinado lapso.
- Relaciona diversos aspectos de la vida de los individuos, entre ellos: la migración, familia, escolaridad o empleo.
- Analiza las características individuales y el desarrollo histórico y cultural, para conocer la manera en que las condiciones macroeconómicas permean la vida de las personas.

[19] "La localización de personas en cohortes por año de nacimiento proporciona una colocación histórica precisa, porque vinculan la edad y el tiempo histórico. Los cambios históricos a menudo tienen diferentes implicaciones para las personas de diferentes edades" (Ryder, 1965 citado en Elder, Kirkpatrick y Crosnoe, 2006:9). "La pertenencia a una generación vincula a las personas con la vida de otros miembros de la familia mayores o más jóvenes, es necesario considerar que el estudio por generación permite potencializar una muestra" (Elder, Kirkpatrick y Crosnoe, 2006:8).

También, Gastrón y Lacasa (2009:5) explican por qué es importante estudiar la teoría de curso de vida; dichos argumentos coinciden con el propósito de la presente investigación:

- Se enfoca en todo lo que el investigador pueda considerar importante.
- Estudia la vida como un proceso continuo, no estudia estados o eventos de manera independiente.
- Tiene un carácter integrativo que vincula todas las etapas de la vida de los sujetos […] hay sociologías especiales de la familia, el trabajo, el mercado laboral, el tiempo libre, la estratificación y la movilidad, el voluntariado, los movimientos sociales […]
- El análisis del curso de vida ha conceptualizado el tiempo […] no como un suceso físico cuyos pormenores escapan nuestra comprensión teórica […] dándole el nombre de tiempo social, el cual transita de acuerdo con las normas, que dictan que hay una edad para ingresar a la escuela, casarse o jubilarse. Este tiempo histórico puede situar a las personas en trayectorias de éxito o fracaso (Alexander y Entwisle, 1988, citados en Elder, Kirkpatrick y Crosnoe, 2006).

Es preciso resaltar que, la teoría de curso de vida tiene diferentes perspectivas de estudio, las cuales son: tiempo y edad; etapas del ciclo de vida; trayectorias, transiciones y turning point; desarrollo humano y vida temprana[20] (Alwn, 2012). La manera en la que se estudie la vida de las personas mediante esta teoría dependerá de los objetivos particulares de cada investigación.

En la presente, se utilizan los conceptos de trayectoria, transición y turning point para el análisis del curso de vida de las mujeres cuidadoras de dos generaciones, porque, con ellos se estudia la secuencia en los diferentes acontecimientos, la cual se presenta de manera involuntaria como resultado de acontecimientos previos y se reconoce que existen transiciones y cambios abruptos en la vida de las personas (Elder, 1985, citado en Alwn, 2012). Además de estos conceptos la teoría de curso de vida se refuerza con los cinco principios rectores de: desarrollo a lo largo del tiempo, tiempo y lugar, *timing,* vidas interconectadas y agencia humana. Antes de explicar cada uno de estos, se considera importante resaltar que los principios están presentes en el estudio de la vida de las personas, por lo tanto, van de la mano de los conceptos (trayectoria, transición y puntos de inflexión o *turning point*), estos últimos permiten identificar las etapas en el estudio.

2.1.1 Principios fundamentales de la teoría de curso de vida

La teoría de curso de vida provee elementos para el desarrollo conceptual de cualquier investigación sobre ciencias sociales y comportamiento; los principios que se describen a continuación dejan de lado la selección individual y la toma de decisiones (Elder, Kirkpatrick y Crosnoe, 2006) para darle un valor especial al vínculo que existe entre la vida de las personas y el tiempo histórico en el que se desarrollan, aunado a los factores y las dinámicas sociales que cambian constantemente; estos principios proporcionan una guía para la realización y el análisis de la investigación (Elder, 1994).

[20] El curso de vida como tiempo y edad estudia al individuo cronológicamente desde el nacimiento hasta la muerte; el curso de vida como etapas del ciclo de vida estudia los estados sucesivos a los cuales los individuos son llamados en varias culturas; como desarrollo humano estudia la importancia de la edad en el calendario social; como vida temprana, esta última se relaciona con la salud, porque vincula factores de vida temprana con las enfermedades de los adultos (Alwn, 2012:10,11,12).

a) El principio del desarrollo a lo largo del tiempo

En los primeros estudios longitudinales realizados para conocer el desarrollo de la población infantil se identificaron aspectos económicos, sociales y conductuales que se acentuaban conforme avanzaba su edad. Por esta razón, conocer la historia individual de las personas a lo largo del tiempo es una de las riquezas de la teoría de curso de vida, porque el proceso de desarrollo social que viven las personas es permanente comparado con el biológico que termina entre los 18 y 21 años; esto despierta el interés de analizar cómo se va dando este proceso de desarrollo individual a través de la vida tiempo y su interacción social, en entornos cambiantes, relaciones, empleo, escuelas y comunidad (Elder, Kirkpatrick y Crosnoe, 2006).

El estudio de este principio da la oportunidad de identificar la manera en la que se fueron presentando los sucesos que marcan la vida de las personas que se está estudiando y la manera en que éstos influyen en su presente y futuro (Sepúlveda, 2010). Elder, Shanahan y Jennings (2015) expresan que tanto el comportamiento y las decisiones que las personas toman en la juventud o edad adulta, responden a una serie de estímulos previos. Asimismo, resaltan la importancia de las experiencias transitorias, la iniciativa de las personas, las ventajas y desventajas en diversas situaciones y la experiencia de vida.

La teoría de curso de vida estudia, a lo largo del tiempo, la manera en que los sucesos moldean la vida de las personas, esto de acuerdo con las capacidades de resiliencia de cada uno. Las experiencias que se presentan a continuación no tienen una connotación positiva o negativa, simplemente son condiciones que demostraron tener una influencia en el desarrollo de las personas. Entre las principales se encuentra: la disolución o divorcio de los padres, situación económica precaria, empleo materno, tamaño de la familia, orden de nacimiento, condiciones de salud, capacidad intelectual, entre otras (Alwn, 2012).

Ahora bien, aplicar este principio en el desarrollo de esta investigación, permite conocer la vida de las mujeres cuidadoras y sus experiencias tempranas en relación con su vida familiar, laboral, escolar y social y en determinado momento reconocer si estas tienen una influencia en la cuestión de estudio.

b) El principio de tiempo y lugar

Este principio habla de tres conceptos vinculados que se deben considerar en la teoría de curso de vida. El primero es el que hace referencia a un tiempo histórico, el segundo a un tiempo social y el tercero a una ubicación geográfica; estos elementos se integran para una compresión de la continuidad o los cambios que presentan las personas[21]. Puesto que, existe una relación entre la vida de las personas, el tiempo y lugar en el cual se desarrollan; en este principio se torna relevante conocer el contexto histórico de las familias y los sujetos de estudio (Sepúlveda, 2010).

El tiempo histórico se refiere a las generaciones o cohortes que se utilizan para el estudio (Elder, Shanahan y Jennings, 2015). Derivado de que la sociedad es cambiante, cada cohorte o generación se enfrenta a nuevos procesos, formas de pensar y actuar, con las ventajas y desventajas que esto conlleva; al mismo tiempo, estudiar los cambios que se presentan en las

[21] El trabajo infantil podría ser un buen ejemplo, porque la valoración del mismo ha variado históricamente, en la revolución industrial los niños trabajaban, contribuían al ingreso familiar y su educación no era importante. Hoy, el trabajo infantil viola uno de los principales derechos de los niños, la educación. En el tiempo social actual, el trabajo infantil representa una condición de vulnerabilidad; sin embargo, hay lugares dentro del país en los cuales los niños están incorporados a la fuerza de trabajo.

personas de distintas generaciones da la oportunidad de reconocerlos y explicar las repercusiones que generan en su vida (Elder, 1994).

La edad de los participantes en los estudios es importante, porque representa oportunidades, limitaciones y formas de pensar diferentes (Elder, Shanahan y Jennings, 2015). No existe una edad favorable para que un hijo viva la separación o el divorcio de los padres, pero la edad de los mismos puede cambiar las consecuencias (Elder, Kirkpatrick y Crosnoe, 2006). Así lo demuestra un estudio realizado por Kerin y Beller (1988 citados en Elder, Kirkpatrick y Crosnoe, 2006) que la separación o divorcio tiene un efecto mayor si se presenta en la edad preescolar.

Otro ejemplo entre estudios de generaciones es el de los niños de Oakland y Berkeley quienes vivieron la Gran Depresión a edades distintas. Los primeros eran más pequeños y crecieron económicamente vulnerables mientras que los segundos, al ser mayores afrontaron las dificultades con una idea clara de sus objetivos profesionales, con desventajas en la educación propias de la crisis lograron terminar a mediana edad su educación (Elder, 1999, citado en Elder, Shanahan y Jennings, 2015).

El tiempo social hace referencia a "algo moldeado cultural, social y hasta individualmente, retrabajado y construido, algo con una existencia tanto objetiva como subjetiva […] el tiempo no es una realidad dada en el sentido físico, sino que ha sido construido socialmente" (Gastrón y Lacasa, 2009:5). El tiempo social le da un significado especial a la edad; la sociedad genera expectativas y sanciones informales; la normativa de tiempo social es clara y determina la edad apropiada para ingresar a la escuela, casarse e incluso tener un primer hijo (Elder, 1998). Un ejemplo, son las uniones tempranas o el embarazo (antes de terminar la universidad) ya que, pueden ocasionar dificultades económicas o incluso la deserción escolar (Elder, Shanahan y Jennings, 2015).

El lugar o ubicación geográfica es relevante en cualquier estudio, porque el contexto modifica la forma de pensar y actuar de las personas; continuando con el ejemplo de los niños, Elder (1998) explica que la percepción ante el servicio militar de los niños alemanes que vivieron durante la Segunda Guerra Mundial fue distinta a la de los niños estadounidenses.

En el presente estudio, las mujeres cuidadoras que lo integran estarán ubicadas por generación, situación que da oportunidad para incluir un mayor número de ellas; además de reconocer las ventajas y desventajas que el cuidado tiene en la edad que se presenta, el tiempo social servirá para identificar cuándo se da la maternidad, y la dependencia del adulto mayor; en cuanto a la ubicación geográfica el estudio se llevará a cabo en la zona metropolitana de Monterrey, N.L.

c) El principio del timing o sincronización

Este principio enfatiza en los cambios que se presentan en la vida de las personas a partir de que ocurren diferentes eventos. En el principio de tiempo y lugar se encuentra la importancia de la edad y el tiempo social en las consecuencias futuras; en este se estudian cuáles son estas consecuencias para así comprender cómo un evento o varios repercuten de manera distinta en la vida de las personas (Sepúlveda, 2010).

Las repercusiones de los cambios en la vida de las personas pueden ser sencillas o complejas, reconociendo que la dinámica social y familiar no es constante, por lo que tampoco lo son los patrones de conducta; por ejemplo: la disociación entre la sexualidad y la reproducción; la prevalencia del divorcio, el aumento de la monoparentalidad, son factores que influyen en la

socialización de las personas que lo viven y de las que no también (Elder, Shanahan y Jennings, 2015).

Los eventos trastocan la vida y roles de las personas en distintos aspectos, sobre todo cuando se presentan en etapas tempranas o tardías, Elder (1994:6) explica que, en la Segunda Guerra Mundial, los hombres más jóvenes no tuvieron perturbaciones familiares o laborales comparados con los de edad adulta "el impacto personal de cualquier cambio depende de dónde la gente está en sus vidas en el momento de cambio".

El principio del timing ayudará a conocer la manera en que los diferentes eventos (escolaridad, empleo, matrimonio) en la vida de las mujeres cuidadoras de dos generaciones, representaron un cambio en su vida; también permite saber si existió alguna ruptura en la continuidad de los mismos, como la deserción escolar, salidas del mercado de trabajo y alguna separación o divorcio.

d) El principio de vidas interconectadas (linked lives)

La socialización de las personas inicia desde la infancia en la familia y, con el tiempo, se suman otras instituciones y otro tipo de relaciones, en las que se da un intercambio conductual y la sucesión generacional; esta sucesión generacional resalta que la familia resulta ser heredera de oportunidades y también de problemas personales que se convierten en intergeneracionales (Elder, 1994).

> Los matrimonios y las carreras fracasadas frecuentemente llevan a hijos e hijas adultos de regreso a la casa de los padres y tienen profundas implicaciones para los planes de vida de los padres en sus últimos años. Por el contrario, los retrocesos económicos y el divorcio entre los padres de los adolescentes pueden impedir su transición a la edad adulta posponiendo el abandono del hogar, la realización de estudios superiores o el empleo y el matrimonio. Cada generación está ligada a decisiones fatales y eventos en el curso de la vida de los demás (Elder, 1985:40, citado en Elder, 1994:6).

Este principio relaciona los eventos de varias generaciones; por lo regular se transmiten de padres a hijos, como la educación, ocupación, ingresos, valores y creencias. Cuando la madre trabaja genera en las hijas cierto grado de autonomía e interés por el empleo (Elder, Shanahan y Jennings, 2015). Asimismo, las dificultades económicas traen consigo estrés que, en ocasiones, genera irritabilidad en los padres, afectando la calidad del matrimonio y la crianza de los hijos (Elder, 1998). Pero, de igual manera, los eventos de los hijos pueden afectar a los padres o incluso a los abuelos; tal es el caso de los embarazos adolescentes, porque las nuevas madres todavía se consideran hijas y esperan que sus madres les ayuden a cuidar a sus hijos, a la vez que las abuelas se encuentran en una etapa productiva (Elder, Shanahan y Jennings, 2015). Por lo que la vida se da a través de relaciones compartidas.

Además, este principio tiene la premisa de que las personas se desenvuelven a lo largo de su vida de manera colectiva, generando diversos tipos de relaciones, las cuales pueden ser personales, familiares, laborales o sociales; las relaciones estrechas tienden a influir "como un efecto de onda en los demás" (Sepúlveda, 2010:33). Por lo tanto, existe una interdependencia entre los seres humanos y sus familias; resalta cómo el fenómeno de estudio no sólo afecta a una sola persona, sino a todo su entorno (Blanco y Pacheco, 2003).

A través del principio de vidas interconectadas se podrá conocer cuáles son las redes de apoyo con las cuales cuentan las mujeres cuidadoras y la influencia de éstas en la disminución o aumento de las repercusiones generadas por el cuidado.

e) El principio del libre albedrío (agencia humana)

Si bien es cierto que existen factores sociales o familiares que influyen en las decisiones que las personas toman a lo largo de su vida, no se puede negar que son ellos quienes "construyen su propio curso de vida a través de la toma de decisiones y las opciones disponibles en el marco de oportunidades y restricciones impuestas por el contexto en que les toca vivir" (Sepúlveda, 2010:33).

En este principio, Elder (1994) introduce los conceptos de actor y de agencia humana, los cuales relacionan a las personas con la sociedad, explicando que las mismas están en un nivel plano y, mientras toman decisiones, construyen su curso de vida.

> La agencia es la capacidad de intervenir en el marco de determinadas condiciones y vías institucionales socialmente construidas. La estructura es el marco material, normativo y social que condiciona las posibilidades de desarrollo de esa capacidad, ofreciendo mayores o menores alternativas de viabilidad a la acción de los sujetos; la agencia sólo puede manifestarse como una elección y la elección sólo es posible si existen alternativas disponibles; los individuos son sujetos activos en la construcción de sus vidas (Sepúlveda, 2010:33).

Por lo tanto, la agencia humana destaca la capacidad que tienen las personas (iniciativa, ingenio, optimismo y determinación) para tomar decisiones en el transcurso de su vida (Blanco y Pacheco, 2003). Estas decisiones están basadas en las alternativas que se les presentan; cuando buscan un trabajo, lo hacen con base en sus expectativas salariales, ubicación u horarios; otro ejemplo de agencia humana es el que realizan las familias que viven en colonias conflictivas, se unen a las iglesias para minimizar riesgos en sus hijos (Elder, 1998).

De manera individual, "los objetivos, los planes y hasta los sueños de la vida pueden cambiar a medida que una persona madura se mueve en nuevas etapas de la vida, o se enfrenta a eventos significativos de la vida" a medida que crecen las personas, sus capacidades personales, habilidades, y recursos se transforman e influyen en sus decisiones (Crockett, 2002:20).

En la juventud, las personas empiezan ejercer su agencia; los jóvenes tienen nuevas oportunidades comparados con los niños, el acceso a la universidad, trabajos de medio y tiempo completo, derechos y obligaciones legales (casarse sin consentimiento, acceso a la compra de cigarros y bebidas) y cada uno ejerce la libertad de acuerdo con sus intereses (Crockett, 2002).

El principio del libre albedrío (agencia humana) permitirá entender cuáles han sido las principales decisiones que las mujeres cuidadoras han tomado en el transcurso de sus vidas, las cuales, en algunas ocasiones, son influenciadas por el contexto familiar, laboral y social.

2.1.2 Principales conceptos

La teoría de curso de vida desde sus orígenes ha tenido tres conceptos fundamentales: trayectoria, transición y turning point. Los dos primeros relacionados entre sí, porque los procesos de transición están inmersos en las trayectorias, distinguiendo la forma y el significado de las mismas; además, dentro de las mismas, se presentan eventos esporádicos y decisivos que se conocen como puntos de inflexión o *turning point*, que modifican las trayectorias y cambian el curso de vida de las personas de manera individual y colectiva (Elder,1994, citado en Sepúlveda, 2010:34). Dichos conceptos son explicados a continuación:

a) Trayectorias

Las trayectorias en la vida de las personas hacen referencia a los eventos que tienen un principio y un final; se considera una manera de conocer la vida de los sujetos a largo plazo (Sepúlveda, 2010). Gastron y Lacasa (2009) las describen como los movimientos que realizan las personas a lo largo de su vida, las cuales se componen por etapas de transición en donde se realizan cambios, para terminar con un periodo de asentamiento.

Las trayectorias son conocidas como secuencias de roles y experiencias las cuales están constituidas por los cambios que se dan en determinado momento; por ejemplo, el ingreso al mercado de trabajo, el inicio de las uniones consensuales o la maternidad o paternidad; estas trayectorias personales o laborales vienen acompañadas de obligaciones e intereses personales (Elder, Kirkpatrick y Crosnoe, 2006). Las trayectorias implican conductas coincidentes que representan un avance, en el cual no se juzga la dirección, el grado o los objetivos del mismo (Elder, Shanahan y Jennings, 2015).

Este primer concepto, trayectoria, hace alusión a la vida de las mujeres, contemplando una gran variedad de espacios que se relacionan entre sí, observando la vinculación con los demás, como puede ser la familia, la pareja y la sociedad en general (Blanco, 2011; Blanco y Pacheco, 2003). Dentro de esta investigación en el análisis de las trayectorias se estudiará: la escolaridad y la participación laboral.

b) Transición

Las transiciones se dan dentro de las trayectorias y son acciones que realizan las personas y se identifican porque presentan cambios a partir de que se dan, por ejemplo: una trayectoria es la escolaridad y una transición en la misma sería la deserción escolar o el término de los estudios; otra trayectoria es la laboral, y las transiciones son las entradas y salidas del mercado de trabajo, por mencionar algunas y todas se relacionan con el medio institucional y social (Gastrón y Lacasa, 2009).

> El concepto de transición hace referencia a eventos específicos en ciertos momentos de la vida, que establecen cambios reconocidos y reconocibles en la experiencia de los sujetos y que delimita las formas de participación y los roles que asumen los sujetos al interior de un determinado orden social (Elder,1994 citado en Sepúlveda, 2010:34).

Igualmente, estas transiciones traen consigo "cambios en el estatus o la identidad personal y social y abre así oportunidades para el cambio de comportamiento […] la naturaleza y la composición en las redes de amistad cambian dramáticamente en la juventud"; además, las transiciones tempranas o tardías tienen implicaciones en las trayectorias, porque repercuten en el largo plazo en los eventos, experiencias y transiciones posteriores (Elder, Kirkpatrick y Crosnoe, 2006:8).

Las transiciones de la vida se puedan presentar de manera rápida o en pequeños eventos, como la transición del matrimonio al divorcio, que inicia con el desencanto, periodos de separación y culmina con los trámites correspondientes; el proceso de transición es multifacético y se va dando mediante pequeñas transiciones o eventos hasta que se presenta la transición completa (Elder, Shanahan y Jennings, 2015).

Para efectos de esta investigación la transición permitirá conocer cuáles son los momentos relevantes que llevan a las mujeres a un "cambio de estado, posición o situación" a lo largo de su trayectoria; estos eventos pueden ser la deserción escolar, las entradas y salidas del mercado

laboral, estas transiciones no siempre son previsibles, porque se pueden presentar de forma repentina y simultánea, por ejemplo: la salida del mercado laboral con la llegada del primer hijo (Blanco, 2011; Blanco y Pacheco, 2003:163).

c) Puntos de inflexión o turning point

Los puntos de inflexión son cambios sustanciales que modifican la vida de las personas, ya sea de manera objetiva o subjetiva; un ejemplo es el regreso a la escuela en la edad adulta, una enfermedad repentina, un cambio de residencia (Elder, Kirkpatrick y Crosnoe, 2006). A partir de que se da el punto de inflexión o turning point las personas inician una serie de cambios en su vida habitual, que modifican y cambian el curso que se había estado trazando (Mariluz, 2013).

El *turning point* es el tercer concepto y enmarca las situaciones determinantes en la vida de las mujeres cuidadoras; en este caso el turning point está representado por el momento en el que se presenta el doble cuidado; este evento se reconoce porque provoca modificaciones sustanciales en la vida de las mujeres, las cuales las llevan a tomar decisiones que cambian la trayectoria habitual (Blanco y Pacheco, 2003).

2.1.3 Trayectorias, transiciones y turning point de las mujeres cuidadoras de dos generaciones

Estudios especializados en el tema del cuidado (Tobío y colaboradores, 2013) han demostrado que existen condiciones similares entre las mujeres cuidadoras, quienes en su mayoría son casadas, con estudios básicos y sin ocupación remunerada. Por tal motivo, la presente investigación tiene la intención de conocer las trayectorias de vida escolar y laboral de las mujeres cuidadoras de dos generaciones y comprobar si también en esta población se cumple esta premisa.

El inicio de la trayectoria escolar es la primera oportunidad que tienen las mujeres para fortalecer su curso de vida; el no tener acceso a la misma repercute en la capacidad que las mujeres pueden tener para generar recursos en la edad adulta (Puga, 2012). En la actualidad un mayor número de mujeres tiene acceso a la educación formal, pero aún la cifra de mujeres dentro del mercado laboral es menor que la de los varones; esto obedece, a dos razones: la primera es que existe un mercado laboral que discrimina a las mujeres y la segunda es que no hay suficientes servicios de cuidado que les permitan conciliar el trabajo doméstico y el extradoméstico (Montaño, 2012).

La escasa o intermitente participación laboral de las mujeres en México ha sido revelada en los estudios longitudinales (De Oliveira y Ariza, 2001), en donde se observa la relación directa entre la elevada escolaridad con la participación en el mercado de trabajo y a la inversa; otro factor importante es que la participación laboral de las mujeres casadas o unidas con o sin hijos es menor que las solteras con o sin hijos.

La deserción escolar y la salida del mercado laboral son transiciones importantes que colocan a las mujeres en una situación de desventaja económica y social (Puga, 2012). Por ello se reitera la importancia de conocer su desarrollo desde la infancia, la juventud y la vida adulta, etapas en las cuales aumenta la posibilidad de inserción al ámbito doméstico, lo que reduce las posibilidades de integrarse a un empleo remunerado y de tener acceso a capacitación (Montaño, 2012). Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos que las mujeres están haciendo para mantenerse dentro del mercado laboral, esta labor se traslapa con las tareas de cuidado familiar en edades centrales del curso de vida (Durán, 1999).

Las razones por las que las mujeres abandonan el mercado de trabajo en México son: porque se casó, se embarazó, o porque cuidaba a sus hijos; para brindar cuidados a algún familiar enfermo o adulto mayor, para buscar nuevas oportunidades y por problemas personales (INEGI, 2012).

Por lo tanto, el cuidado que las mujeres realizan condiciona su incorporación y permanencia en el mercado laboral, situación que afecta su calidad de vida, ya que, derivado de esta labor, las mujeres pueden perder o tener que renunciar a su vida laboral (Vaquiro y Stiepovich, 2010). Las mujeres cuidadoras sufren una disminución en su ingreso debido al abandono del mercado de trabajo laboral, a la reducción de la jornada laboral, a la dificultad de integrarse al mercado de trabajo, al aumento del estrés y al cansancio (Brouwer 1999, citado por Rogero, 2010a).

La salida del mercado laboral y la falta de ingresos no sólo representan un problema en el corto plazo para las mujeres cuidadoras, sino también en el largo plazo, ya que las mujeres tendrán menos recursos para afrontar su cuidado en la vejez (Puga, 2012). Igualmente, el mercado de trabajo da un valor importante a las carreras laborales ininterrumpidas, por lo que "cuando el periodo de cuidado termina, es considerado tiempo no trabajado: sin prestaciones y generalmente sin derecho a recuperar el trabajo" (Rogero, 2010a:63); esto se traduce en menos cotizaciones que en un futuro le permitan un retiro, y por tanto en menos recursos para afrontar la vejez; esto la lleva a que después de su incorporación debe permanecer, sin importar su edad, por más tiempo en el mercado laboral; esta situación fragiliza las trayectorias laborales de las mujeres (Arriagada, 2007b).

Existen elementos que llevan a afirmar que las labores de cuidado repercuten de manera significativa en el desarrollo profesional de las mujeres cuidadoras, quienes frecuentemente tienen que elegir entre el mercado laboral y las labores de cuidado; sin embargo, las que logran compaginar ambas jornadas, experimentan otras consecuencias como "la limitación de las posibilidades de progreso en su carrera profesional, el cambio de trabajo o el absentismo laboral" (García, Mateo y Maroto, 2004:90).

Por lo anterior, la educación y la participación laboral son recursos indispensables en la vida de las mujeres; la carencia de éstos reduce sus posibilidades de insertarse al mercado laboral, y limita su acceso a mejores condiciones de trabajo; estas circunstancias, acrecientan las posibilidades de que, en la vejez, las mujeres sean dependientes económicamente (Montaño, 2012). Así lo demuestran las siguientes cifras a nivel nacional, en donde las mujeres mayores de 60 años representan:

- 59.5% de la población analfabeta, es decir, un porcentaje más elevado que 40.94% de sus compañeros varones.
- 19.4% de la población económicamente activa, con respecto 80.5% de los varones.
- 15.2% recibe un ingreso por pensión o jubilación, comparado con 85.5% de los varones (INEGI, 2010).

Las mujeres toman diversas decisiones a lo largo de su vida, siendo una de las más importantes las que se relacionan con la educación; en la juventud, ellas deciden si desean prevalecer o abandonar el ámbito educativo; sin pensar que, a largo plazo el acceso a la educación otorga herramientas académicas que se traducen en económicas, las cuales les permiten generar recursos propios, mediante el acceso al mercado de trabajo; no obstante, en ocasiones su carrera educativa se ve truncada por el desarrollo personal y el cuidado familiar; sin embargo, y sin importar el motivo, estas decisiones inciden de forma indirecta en los recursos económicos con los que enfrentará la vejez, así como en las condiciones de salud emocional y de funcional (Puga,

2012). Lo que aumenta el interés de conocer las trayectorias de vida de estas mujeres cuidadoras de dos generaciones en el ámbito escolar y laboral.

No obstante, el tema central es el doble cuidado y se iniciará con el análisis del mismo a través del *turning point* que permitió, como ya se mencionó, identificar el momento en que se le presenta el cuidado de los niños y del o los adultos mayores para después analizar las repercusiones que éste ha generado en la vida de las mujeres cuidadoras.

En resumen, la teoría de curso de vida sirvió de guía en la presente investigación, porque brindó los elementos necesarios para formular cómo se va dando la relación del doble cuidado durante el curso de vida de las mujeres cuidadoras. La relevancia de esta vinculación es identificada por Hareven y Gruyere (1999) quienes exponen que los diversos estudios gerontológicos abordan los apoyos de hijos a padres, pero no la manera en que se va dando el cuidado a lo largo de la vida; ni el contexto histórico social actual. De la misma manera, dicha teoría y su estudio en el tiempo, permite conocer la forma en que el cuidado ha transitado por la vida de las mujeres que lo realizan, sus actitudes, sentimientos y formas de afrontarlo.

2.2 El doble cuidado: maternidad y envejecimiento

El doble cuidado hace referencia a las mujeres, en este caso, que están cuidando de manera simultánea a niños y adultos mayores dependientes. Estas mujeres son reconocidas en países de habla inglesa como la generación de en medio o generación *sandwich*. En Estados Unidos, este doble cuidado se empezó a estudiar en 1990, en esta época se reconoce a:

> La primera generación que experimentó la sobrevivencia de los padres después de los setenta años y enfrentó los problemas de cuidar padres […] que envejecían en un momento de su vida en que ellos mismos estaban llegando a la madurez y […] necesitaban educar a sus hijos. Este aprieto se intensificaba especialmente para las mujeres que habían desempeñado los papeles tradicionales de madres y esposas al mismo tiempo que cumplían con trabajos de tiempo completo (Hareven y Gruyere, 1999:3).

Antes de continuar, es importante señalar que la maternidad y el envejecimiento no son la causa que genera en las mujeres el doble cuidado; el que una mujer sea madre y tenga a sus padres con vida, aumenta la posibilidad, pero no da la seguridad de que la dependencia de ambas generaciones se empalme. Aunque, sí existen condiciones que propician el doble cuidado, entre ellas está la maternidad: temprana o tardía; aunada a la dependencia que algunos adultos mayores presentan en la vejez, esto pueden llevar a que se presente el doble cuidado. Sin embargo, en la mayoría de los estudios sobre doble cuidado se toma como causal la relación entre el proceso de envejecimiento actual y la postergación de la maternidad, esta última relacionada con el ingreso de las mujeres al mercado laboral. Así Moreno, Recio, Borrás y Torns (2013:3) explican que el grupo de mujeres cuidadoras que sostienen las necesidades de la generación *sandwich* está disminuyendo con tendencia a desaparecer[22], porque en su mayoría las mujeres están inmersas en el mercado de trabajo por lo que ya no pueden realizar las labores de cuidado como lo hacían antes.

[22] A esta desaparición los autores le llaman el "agujero demográfico" porque las mujeres de la generación *sandwich* quienes han sido, hasta la fecha, las encargadas de las tareas de cuidado y atención a las personas dependientes de la familia […] no han dejado de realizar el trabajo de cuidados cotidiano, a pesar de aumentar su presencia en el mercado de trabajo formal e informal; el agujero lo genera el número insuficiente de mujeres de generación sandwich, que hasta la fecha procuran ese bienestar cotidiano en el entorno familiar (Miller 1981, Williams 2004 citados por Moreno, Recio, Borrás y Torns, 2013:5).

> Los cambios mundiales de población han aumentado la esperanza de vida y el retraso en la fertilidad en las mujeres […] éstos han dado lugar a un crecimiento de la generación *sandwich* definida aquellos que tienen padres y niños dependientes […] estos cambios serán más relevantes para las mujeres que continúan desempeñando un lugar en la fuerza de trabajo extradoméstica (McGarrigle y Kenni, 2013:1).

Asimismo, Pierret (2006) explica que, el fenómeno del doble cuidado, aunque parece novedoso, no lo es, ya que, de manera histórica los adultos mayores dependientes en la mayoría de los casos eran cuidados por sus hijos dentro de una familia en donde había niños pequeños. A pesar de eso reconoce que ahora el problema de cuidar a dos generaciones radica en los cambios demográficos, no relacionados con la dependencia del adulto mayor sino con la participación laboral femenina y la disminución del número de hijos (Pierret, 2006).

En México, el doble cuidado al igual que en otros países tiene una relación directa con los procesos antes mencionados; Sin embargo, una diferencia radical podría ser que en los últimos años se ha presentado un aumento en la maternidad adolescente porque lo que en el siguiente apartado se analiza la dualidad que impera en nuestro país y en el estado de Nuevo León, donde algunas mujeres tienen hijos a edades tempranas y otras en tardías. Posteriormente, se analiza el proceso de envejecimiento y las condiciones del mismo, porque, aunque la esperanza de vida va en aumento, no garantiza que todos los adultos mayores sean independientes.

El doble cuidado, tema central de la presente investigación se deriva de dos procesos demográficos, el primero, es el cambio en los patrones de fecundidad de las mujeres, que llevan implícitos el cuidado de los niños y segundo, el proceso de envejecimiento actual que se ha originado por el aumento de la esperanza de vida y de la población de adultos mayores dependientes. Entender la manera en que se fueron presentado estos cambios en la demografía nacional permite tener una mayor compresión del problema actual. Por lo que, se consideró pertinente explicar brevemente las políticas que dieron lugar a estos procesos demográficos.

2.2.1 Políticas de población en México

La primera política de población en México surgió en la década de 1930, la cual se acompañó de una reestructuración social y política derivada del movimiento revolucionario de 1910 (Baca, 2007; Sandoval, 2012). Dicha política integró tres objetivos: uno demográfico, generado con la intención de repoblar el territorio nacional, afectado por la elevada mortalidad que se presentó durante la Revolución Mexicana; otro económico, que buscó la expansión del mercado interno, el cual demandaba mano de obra; y, otro cultural, relacionado con la integración nacional (Sandoval, 2012).

Estos objetivos fueron integrados a la primera Ley General de Población que se promulgó en 1936, de corte pronatalista, bajo el principio de "gobernar es poblar" (Baca, 2007; Benítez, 2002), que, de acuerdo con, Sandoval (2012) no contenía medidas específicas que permitieran el desarrollo de la población, sino que, por el contrario, alentaban la reproducción de la misma, mediante la exaltación de la maternidad.

Con lo anterior, inició en México la transición demográfica conceptualizada como el cambio demográfico por el cual una sociedad pasa de niveles altos de fecundidad y mortalidad a una disminución de ambos, fenómeno que provoca cambios en la estructura por edades de la población (Tuirán, 2002). Es importante mencionar que la reducción de estos procesos es paulatina y se presentó en tres etapas: en la primera, se demuestra una disminución de la

mortalidad; en la segunda, un aumento de la esperanza de vida y en la tercera la disminución de la fecundidad (Zavala, 2014).

Ya en cifras, en esta primera etapa, la población aumentó de 14.3 millones de personas en 1920 a 16.5 millones en 1930 (INEGI, 2009); esta situación se presentó, debido a una disminución en las defunciones gracias al progreso de áreas vitales como la medicina, alimentación e higiene, en este periodo la fecundidad continuó elevada, asociada con los avances en medicina preventiva, la salud reproductiva y a los cambios en los patrones de conducta de las personas, condiciones que mejoraron la calidad de vida de la población mexicana (Tuirán, 2002; Zavala, 2014).

En 1940, el país incursionó en la siguiente etapa del proceso, en la cual, la población presentó cambios en el aumento de la esperanza de vida y la fecundidad, así como una disminución en la mortalidad (Tuirán, 2002). Estas condiciones llevaron a un aumento de la población de 3.1 millones de personas, con esto los habitantes en México pasaron de ser 16.5 millones de habitantes en 1930 a 19.6 millones en 1940 (INEGI, 2001).

El aumento de la población marcó la pauta para una segunda Ley General de Población, misma que se publicó en 1947 derivada de las primeras proyecciones analizadas y difundidas por los estudiosos de los temas demográficos, quienes previeron que este crecimiento podría dificultar el desarrollo económico y social del país (Palma, 2005; Sandoval, 2014). No obstante, esta ley no presentó modificaciones sustanciales antinatalistas, lo que dio lugar a que continuara el discurso poblacionista, el cual permanecía arraigado en la sociedad (Sandoval, 2014).

A partir de 1947 la población comienza un ascenso, que alertó a los especialistas y al gobierno a establecer políticas de salud reproductiva con el fin de disminuir el crecimiento poblacional registrado hasta el momento. Ya que, en 1950 la población en México era de 25.8 millones de habitantes; en 1960 aumentó a 34.9 millones y en 1970 hubo 48.2 millones de personas en México (INEGI, 2001). La población se duplicó en solamente treinta años, con este aumento México se convirtió en uno de los países con mayores tasas de crecimiento demográfico en América Latina (Loggia, 1998).

Así, en 1972 se realizaron los primeros programas de paternidad responsable y planificación familiar (Sandoval, 2014). Los cuales consistieron en instruir a la ciudadanía en materia de planificación familiar y el uso correcto de métodos anticonceptivos (Hernández, 2004) con lo que se propició una disminución de la fecundidad de ciertos sectores sociales (Ferrais, 2008) otorgando a las mujeres un mayor control sobre sus cuerpos y acentuando la disociación entre la reproducción y la sexualidad (Tamez, Ribeiro y Mancinas, 2011), producto del constante incremento en la escolaridad (Ariza y De Oliveira, 2007) y de una combinación de factores, entre los que destacan los procesos de secularización de la familia y el matrimonio (Ribeiro, 2010) así como la centralidad del matrimonio en la pareja, ya no en la reproducción (Giddens, 1992), entre otros cambios, particularmente de tipo cultural o en el plano socio -simbólico.

Estos programas dieron la pauta para que al término de 1973 se publicara una nueva Ley General de Población, la cual tuvo como prioridad el establecimiento del Consejo Nacional de Población, en 1974 (Béjar y Hernández, 1993; Sandoval, 2014). Esta nueva ley promovió el cambio de la política natalista a una antinatalista, de igual manera "estableció las bases jurídicas que elevaron a rango constitucional el derecho de decidir, libre, informada y responsablemente el número y el momento de tener los hijos que se deseen" (Benítez, 2002:44).

Derivado de lo anterior, México logró a partir de 1974 incursionar en la tercera etapa del proceso de transición demográfica que se caracterizó por la disminución de la fecundidad, apoyado por el Plan Nacional de Planificación Familiar en 1977 el cual tenía como objetivo mantener el crecimiento de la población en menos de 1% hasta el año 2000 (Zavala, 2014). Para cumplir con la propuesta, no se buscó crear conciencia en la población sobre el control de la natalidad sino de tomar medidas rápidas que permitieran alcanzar la meta establecida (Zavala, 2014).

Las medidas permitieron transformar la situación demográfica del país, la cual a finales de la década de 1980 presentó una disminución en el número de hijos por mujer, descendiendo de 6.77 hijos en 1970 a 4.94 en 1980 (Hernández, 2004), en las siguientes décadas esta tendencia permaneció constante; asi lo dejan ver las siguientes cifras: en 1990 el número de hijos por mujer fue de 3.43, en 2000 de 2.77 (INEGI, 2009), en 2010 de 2.3 (INEGI, 2010) y en 2014 de 1.7 por mujer (INEGI, 2017).

Sin embargo, es importante destacar que México es un país marcado por la desigualdad económica y social, situación que no ha permitido que la transformación demográfica sea homogénea. Lo anterior, derivado de las diferencias en la efectividad de los programas impulsados por el sector público (Benítez, 2002) los cuales sólo han logrado disminuir las tasas de fecundidad adolescente un 1.61%, ya que, en 1990 la proporción de mujeres entre 12 y 14 años que fueron madres fue de 10.9% cifra que descendió a 7.3% en 2010 (INEGI, 2015).

Asimismo, el incremento de la esperanza de vida es enfrentado de manera distinta en la población, lo anterior producto de las desigualdades económicas, sociales y culturales persistentes en el país, ya que generalmente son en su mayoría estos grupos vulnerables los que padecen un mayor número de enfermedades crónicas, situación que los lleva a vivir más años acompañados de deterioro funcional, el cual es definido como “expansión de la morbilidad” (Wong, González y López, 2014).

De 1930 a 1970, se observó cómo el trabajo de la política de población en México, impulso de una relevante transformación de su posicionamiento en torno a las políticas demográficas, se desarrolló mediante dos políticas totalmente opuestas, la primera con la intención de poblar, duplicó a la población y colocó a México como el país más poblado de Latinoamérica; mientas que la segunda, logró contener las elevadas tasas de fecundidad de la población femenina, pero sólo de cierto grupo social. Situación que se plantea a continuación.

2.2.2 La fecundidad temprana y tardía

En la actualidad y derivado de los procesos demográficos vigentes en el país, podemos asegurar que las políticas de población aplicadas fueron exitosas (Ordorica, 2012) ya que, con ellas se logró una disminución en los índices de natalidad y un aumento de la esperanza de vida. A pesar de lo anterior, la estructura demográfica de nuestro país está presentando un proceso de cambio, el cual no ha sido uniforme entre los grupos etarios y regiones en general, ni para las mujeres en particular. Las desigualdades manifiestan una transición demográfica polarizada, en la cual los grupos de clase media y alta se ubican en las etapas avanzadas del proceso, mientras que, los de clase baja continúan rezagados en problemas relacionados a la marginación y pobreza (Tuirán, 2002). Sobre todo, en materia de salud reproductiva, en donde se ha presentado un descenso más lento en los niveles de fecundidad de las mujeres más pobres ubicadas algunas en el área rural, así como también en la población adolescente (Mier y Terán, 2014; Ordorica, 2012).

Lo anterior, podría entenderse ya que, de manera casi paralela a la primera transición demográfica inició en México la segunda fase de este proceso, la cual presenta una serie de cambios sociosimbólicos en la conducta de los individuos y sus familias. Esta transformación se vincula a cambios tecnológicos, socioeconómicos y culturales, que influyen en los valores, actitudes y comportamientos de la sociedad (Quilodrán, 2003).

Uno de los indicadores importantes de esta segunda etapa de transición es la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, asociada al incremento en los niveles de escolaridad de la población femenina, situación que dio como resultado una transformación en la vida de las mujeres y sus familias, quienes a lo largo de los años han ido logrando el cumplimiento de sus derechos a través del reconocimiento político, social, laboral y familiar; además de una serie de cambios sociosimbólicos que marcaron a la institución familiar como uno de los pilares fundamentales de esta evolución, debido a los cambios ocurridos al interior de la misma (Tamez, Ribeiro y Mancinas, 2011).

Sin embargo, parte de la desigualdad en el comportamiento en términos de fecundidad e incorporación de la mujer al mercado de trabajo que persiste en México, se relaciona precisamente con estas realidades educativas y laborales, las cuales son limitadas para algunas mujeres, que habitan en contextos sociales donde persisten los estereotipos de género que ubican a la mujer en el trabajo doméstico y subordinada a alguien más (Mier y Terán, 2014). Así lo demuestran los siguientes datos nacionales en los cuales se aprecia que, del total de nacimientos registrados en el año 2013, el 35% de las madres contaban con un nivel educativo de secundaria completa o equivalente; y el 71% no estaba integrada a ninguna actividad económica (INEGI, 2015).

Los datos nacionales coinciden con los del estado de Nuevo León, en donde para el mismo año se registró que, del total de nacimientos el 43% de las mujeres tenían un nivel de secundaria completa o equivalente; y el 63% del total mencionó no trabajar (INEGI, 2015). Además, la tendencia de los nacimientos refleja que las mujeres inician su proceso reproductivo en edades tempranas entre 15 y 19 años y continúan hasta los 35 y 39 años, a esta edad la mayoría de las mujeres (37.4%) tuvieron a su octavo hijo (véase la tabla 1). La fecundidad numerosa resulta relevante para el tema de estudio, derivado de que, la demanda de cuidados aumenta para estas mujeres además de que las características sociales, económicas y culturales repercuten en el cuidado que estas mujeres tendrán que brindar a dos generaciones, ya que es probable que en alguna etapa de su vida tengan que cuidar a dos generaciones.

Así, la fecundidad temprana y numerosa que presentan las mujeres con menores ingresos es en su mayoría producto de factores culturales, porque en estos contextos aún persisten valores arraigados en torno a la familia y la procreación, los cuales otorgan un reconocimiento social a la mujer que desempeña los roles tradicionales (Mier y Terán, 2014). De la misma manera, la autora expresa que las mujeres que presentan menor fecundidad tienen un mayor nivel de escolaridad y están inmersas en el mercado laboral, lo anterior se respalda con las cifras del estado de Nuevo León, en las cuales 12% del total de mujeres que, al momento del nacimiento de su hijo contaban con un nivel de escolaridad profesional. Además, de acuerdo con las cohortes de edad del mismo estado, 9% de las mujeres tuvo a su primer hijo entre los 30 y 34 años; 3.08% entre los 35 a 39 años y el 0.6% entre los 40 y 44 años (INEGI, 2015).

Los datos anteriores, permiten reconocer, por un lado, que existe un grupo de mujeres que ha postergado su maternidad hasta por 15 años[23](Zavala, 2014), a consecuencia de diversos factores entre los cuales destaca: el aumento en los niveles de escolaridad, de su incorporación al mercado de trabajo, del uso generalizado de métodos anticonceptivos, del reconocimiento del papel de los hijos al interior de la familia, de la conciencia del costo económico, del tiempo, esfuerzo y responsabilidad que representa un hijo, así como la autonomía que las mujeres han alcanzado en las últimas décadas (Arriagada, 2010; Quilodrán, 2003; Tamez, Ribeiro y Mancinas, 2011).

Tabla 1. Porcentaje de nacimientos registrados en Nuevo León, por grupos de edad de la madre y número de hijo, en el año 2013.

	Edad de la madre								
Número de hijo	Menores de 15 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años	50 años y más
1	0.83	34.56	31.97	17.45	9.26	3.08	0.62	0.04	0.01
2	0.02	10.35	33.49	28.22	19.63	7.10	1.04	0.02	0.00
3	0.01	2.04	20.18	31.06	29.17	14.36	2.88	0.09	0.00
4	0.01	0.51	12.40	29.13	32.53	20.58	4.36	0.19	0.00
5	0.00	0.20	6.35	22.99	34.95	27.75	7.28	0.24	0.00
6	0.00	0.00	3.82	20.53	35.53	30.00	9.47	0.39	0.00
7	0.00	0.42	1.25	15.42	31.25	36.25	15.00	0.00	0.00
Más de 8	0.00	0.76	0.00	10.69	22.14	37.40	25.19	1.53	0.00

Fuente: Elaboración propia con base en la consulta interactiva de datos del INEGI (2015).

Por otro lado, persiste un grupo de mujeres que habita en las zonas menos desarrolladas incluso de la ciudad, con menor educación e instrucción y con prevalencia de los roles familiares tradicionales, en donde impera la desigualdad social y de género (Zavala, 2014). En este contexto permanece la maternidad temprana o adolescente (menores de 15) ya que, desde 1974 hasta el año 2013, la mayoría de las mujeres mexicanas tenían a su primer hijo entre los 19 y 24 años (Benítez, 2002; INEGI, 2015).

Es indispensable entender cómo cada estrato social de manera general ha vivido estos cambios, en los cuales se da una permanencia, pero también una transformación en los procesos de fecundidad. Derivado de que, las mujeres con mayor escolaridad e ingresos llevan a cabo prácticas distintas en las relaciones de noviazgo, nupcialidad, concepción, atención a embarazos y partos, mientras que las de bajos ingresos conservan valores tradicionales sobre la sexualidad, las uniones maritales y los roles de género, situación que no les permite tomar decisiones sobre su cuerpo, sexualidad y reproducción (Szasz y Lerner, 2012:47).

[23] Esto comparado con edad promedio en que las mujeres tenía a su primer hijo en 1974 (Benítez, 2002).

Sin embargo, Jelin (2005), Ordorica (2012) y Zavala (2014) señalan que el principal problema de la desigualdad en las tasas de fecundidad por grupos de edad es la educación. Asimismo, Mier y Terán (2014) afirma que sí hay relación directa entre la fecundidad temprana y elevada de las mujeres con su nivel de educativo, porque la maternidad temprana en algunos casos ocasiona deserción escolar, pero de manera general en México los niveles de educación que presentan las mujeres han ido en aumento, lo que lleva a la autora a concluir que aun siendo madres las mujeres continúan dentro del sistema educativo (véase la tabla 2).

Tabla 2. Relación nacional entre el nivel de fecundidad y la escolaridad de las mujeres

Escolaridad	Mujeres que fueron madres	Primer hijo
1990		
Primaria Incompleta	20.69	19.95
Primaria Completa	26.76	31.92
Secundaria o equivalente	20.22	45.88
2000		
Primaria Incompleta	12.23	24.12
Primaria Completa	25.87	33.97
Secundaria o equivalente	27.26	43.18
2010		
Primaria Completa	19.55	30.38
Secundaria o equivalente	32.36	41.26
Preparatoria	16.53	50.89

Fuente: Elaboración propia con base en la consulta interactiva de datos del INEGI (2015).

Es cierto que la postergación de la maternidad en las mexicanas tiene una correlación importante con el nivel de escolaridad y su incorporación al mercado de trabajo, lo que ha llevado a que las mujeres "amplíen sus horizontes y expectativas más allá del mundo de la familia, facilitando la información necesaria para decidir cuándo y cuántos hijos tener, cambiando gradualmente de lugar el valor de los hijos y la familia" (Jelin, 2005:11).

Sin embargo, el tema central del presente documento es el doble cuidado que se está presentando en la vida de las mujeres, el cual, de acuerdo con los datos expuestos, no distingue entre estrato social o nivel de escolaridad. Para continuar enfatizando en la creciente demanda de cuidados que se está presentando, en el siguiente apartado se describe el proceso de envejecimiento actual, el cual hace referencia a la generación ascendente a la cual cuidan las mujeres.

2.2.3 El proceso de envejecimiento actual

El fenómeno del envejecimiento presente en nuestro país es una realidad respaldada por las cifras que hacen constar que la población de 60 años y más está aumentando de la misma manera que la esperanza de vida en nuestra sociedad. Por lo anterior, se considera importante reconocer la vulnerabilidad de este grupo y sus principales riesgos asociados a la dependencia, es indispensable poner atención a la salud, a la seguridad económica y a las relaciones familiares (Ham, 2005; Ham, 2012).

Cuando se habla de la población de personas adultas mayores se hace alusión a las mayores de 60 años, pero esta etapa no se concreta al hecho de cumplir cierto número de años, porque las condiciones físicas de este grupo son diversas, y traspasan los estereotipos con los que se les identificaba; por lo que, en la actualidad, se reconoce que cada individuo lleva su propio proceso de envejecimiento, en el cual sus habilidades disminuyen de manera progresiva y de acuerdo con su estado de salud; el cual puede llevar a la persona adulta mayor a un estado de dependencia económica, física o afectiva, que varía según la intensidad en leve, moderada y, severa o avanzada; esta dependencia es descrita como la necesidad de apoyo para realizar actividades de la vida diaria (Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2009).

En la etapa de la vejez las características físicas de los individuos empiezan a modificarse, esto se reconoce como un deterioro biológico natural, en el que se van perdiendo capacidades funcionales y de autonomía. Este deterioro genera una discapacidad, entendida como una disminución de las habilidades que le impiden realizar ciertas tareas, esta dependencia como se mencionó en el párrafo anterior puede aumentar, y es así como en esta última condición la persona requiere de apoyo de los otros para realizar tareas esenciales (Grynspan y Maninat, 2009).

Asimismo, este deterioro o envejecimiento fisiológico, se presenta de manera distinta en las mujeres y en los hombres. Porque, en primer lugar, son las mujeres las que representan un mayor porcentaje de la población, del 10.1% de adultos mayores de 60 años, las mujeres representan 5.4% y los varones el 4.7% (INEGI, 2015) fenómeno al que se le ha denominado feminización de la vejez y en segundo, por las precarias condiciones en que las mismas afrontan los últimos años de su vida (Wong y González, 2011).

Sin embargo, tanto para las mujeres como los varones, la enfermedad ha dejado de ser un proceso temporal que culminaba con la muerte, en la actualidad la enfermedad se ha convertido en algo crónico degenerativo, en donde las mujeres padecen un mayor número de limitaciones funcionales que los hombres (Huenchuan, 2013).

De acuerdo con el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, 2012) enfermedades como la hipertensión arterial (26%), diabetes (23.4%), artritis (21.2%), enfermedades pulmonares (6.1%), infarto (3.1%), cáncer y embolia (2%), son características de las personas adultas mayores, y aunque las padecen las mujeres y los hombres son distintos en su nivel y orden (véase la gráfica 2).

Asimismo, los resultados del Censo de Población y Vivienda (2010) reflejaron que 26.3% del total de las personas adultas mayores tienen problemas para realizar actividades de la vida diaria, es importante resaltar cómo la presencia de la dependencia se eleva en la medida en que se incrementa la edad, en la pre vejez (60 a 64 años) presenta dependencia (14.6%), mientras que en la vejez avanzada (80 años y más), tal porcentaje asciende (51.1%) , siendo la mayoría mujeres las que la presentan en los tres grupos de edad (véase gráfica 3) (INEGI, 2015).

> El incremento de la edad y del número y tipo de dependencia (s) se encuentra asociado al mayor número de enfermedades, esto coincide con una baja escolaridad y es mayor en los grupos con menores recursos, entre los que destacan las mujeres, quienes representan en mayor medida dependencias acumuladas. Esta situación indica que son estas mujeres quienes presentan un mayor deterioro físico, relacionado probablemente con la situación de enfrentar también en mayor medida de un cúmulo de padecimientos crónico-degenerativos (Tamez y Ribeiro, 2012:23).

Así, las mujeres cuentan con una mayor esperanza de vida que sus compañeros varones, con una diferencia de 5 años, la esperanza de vida para los hombres en el año 2014 era de 72 años mientras que para las mujeres de 77 años (INEGI, 2015). Igualmente, la diferencia de edad respecto a la esperanza de vida sin enfermedades crónicas e incapacitantes también es menor, lo que aumenta las necesidades de apoyo para los varones, las cuales son cubiertas en la mayoría de los casos por las mujeres (Arber y Ginn, 1996). En ese sentido, en México la esperanza de vida saludable para los varones fue en 2013 de 63.8 años, y de 67.8 años para las mujeres (Secretaría de Salud, 2015).

Fuente: INEGI, 2015.

En la actualidad ser mujer y adulta mayor se convierte en una doble vulnerabilidad, parte de esta vulnerabilidad frente a los varones, es producto de las prácticas tradicionales en las cuales las mujeres durante su juventud, edad adulta e inclusive en la vejez, se dedican a las labores domésticas, y a procurar el cuidado y bienestar de los demás. Actividades que no deberían de excluirla de alcanzar un nivel mayor de educación ni segregarla del mercado laboral (Montaño, 2012; Puga, 2012).

A pesar de las condiciones mencionadas en párrafos anteriores sobre las deficiencias en las que las mujeres llegan a la vejez, Puga (2012) y Provoste (2012) refieren que las mujeres en esa etapa continúan como proveedoras de cuidado, derivado de que la familia continua percibiéndolas como un recurso de apoyo y solidaridad, lo anterior hace evidente en voz de los mismos autores que no existe un reconocimiento personal, familiar e incluso social de las necesidades de cuidado personal que requieren las mujeres cuidadoras aun en estas etapas de su vida.

Derivado de lo anterior, la mayoría de las mujeres permanecen activas por más tiempo en comparación con los varones a pesar de sus limitaciones, cuidando en una edad avanzada a su

pareja, nietos o demás adultos mayores de su misma generación (hermanos, primos) Situación encontrada en el estudio de Tamez y Ribeiro (2012:22) “en donde se observó a mujeres de la tercera edad brindando cuidados y atención incluso con dependencia en actividades básicas de la vida diaria a personas de la cuarta edad con pérdida de funcionalidad”.

Fuente: INEGI, 2010.

La incidencia que tiene la carga de cuidados en el género femenino, lleva a reconsiderar cómo se desarrolla el contexto familiar y social que viven las mujeres, ya que son ellas las encargadas de realizar el cuidado aunado a otras actividades de trabajo doméstico y extradoméstico; pero específicamente en materia de cuidados, son las mujeres las que tienen que conciliar diferentes aspectos de su vida para poder llevar a cabo el cuidado de sus hijos y en la actualidad el de sus padres de manera simultánea (Arriagada, 2010; López, 2000; Montes de Oca, 1999).

En resumen, el proceso de envejecimiento actual reconoce que la población de adultos mayores está en aumento, junto con sus necesidades; y, el análisis de las condiciones particulares entre hombres y mujeres en esa etapa permite apreciar la influencia que tiene el curso de vida de las personas en áreas como la salud, educación y escolaridad. Otro de los aspectos que resalta en el estudio del proceso de envejecimiento actual es la visibilización de que, el cuidado es una responsabilidad de las mujeres, derivado de factores culturales que han favorecido a que sean ellas quienes sean las encargadas de llevarlo a cabo.

2.4 El concepto de dependencia y su tipología

Las necesidades de cuidado que demandan las generaciones de menores de quince años y personas adultas mayores está vinculada a algún tipo de dependencia, los motivos de ésta son diversos, así como los cuidados para su atención. Por lo anterior, para tener una mayor compresión de los requerimientos de estos grupos en este apartado se explica, qué es la

dependencia y su tipología, con la intención de entender el impacto que ésta tiene en la vida de las personas cuidadoras que la atienden.

De acuerdo con el Consejo de Europa (1998 citado en IMSERSO, 2004:16) "la dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar las actividades corrientes de la vida diaria". Esta definición explica que la dependencia se deriva de una serie de acontecimientos: el primero se reconoce, cuando la persona va perdiendo o aún no tiene la capacidad de realizar ciertas actividades, esta incapacidad da paso el segundo suceso, el cual los limita de manera temporal o permanente y origina el tercero que restringe su participación individual.

En este sentido, se entiende que los recién nacidos o niños menores no tienen la capacidad para ejecutar por ellos mismos ciertas actividades y algunas personas adultas mayores la han perdido; asimismo, esta limitación es temporal en los menores porque conforme avanza su edad también lo hace su autonomía, contrario a lo que sucede con el otro grupo, en el cual en la mayoría de los casos su dependencia tiende a aumentar.

La dependencia está relacionada con la exclusión que provoca el desarrollo de ciertas actividades reconocidas como cotidianas dentro de la sociedad; las cuales no sólo incluyen las actividades funcionales (físicas o mentales) sino también las que impiden un desenvolvimiento económico, psicológico y social independiente (Agudelo y Medina, 2014). Por lo tanto, ambas generaciones pueden ser dependientes en uno o varios aspectos de su vida, y requerir un cuidado especial para cubrir esas necesidades, el cual implica no sólo un esfuerzo físico o mental sino también un vínculo emocional, político y social (Esquivel, Faur y Jelin, 2012).

Los autores Agudelo y Medina (2014) clasifican la dependencia en funcional, económica, psicológica y social; entendiendo por funcional todas las limitaciones físicas o mentales que impiden el ejercicio de los individuos en la sociedad; los autores Fraser y Gordon (1997 citados en Esquivel, Faur y Jelin, 2012) explican que la dependencia económica se presenta cuando las personas no cuentan con un ingreso proveniente de un salario o pensión, lo que los lleva a recibir recursos económicos derivados del trabajo de otras personas, o bien es insuficiente para cubrir sus necesidades; la dependencia psicológica se presenta cuando las personas no tienen un problema funcional que les impida su desarrollo pero aceptan ayuda como si lo tuvieran (Baltes, 1998 citado en Agudelo y Medina, 2014); la dependencia social como aquella que se genera a través de estereotipos y consiste en catalogar a las personas de acuerdo con su condición de niños o adultos mayores como dependientes, sin que realmente lo sean (Fraser y Gordon, 1997 citados en Esquivel, Faur y Jelin, 2012).

La diferencia entre la psicológica y la social es que en la primera la concepción de ser dependiente y necesitar ayuda proviene del niño o del adulto mayor; mientras que en el segundo caso proviene del entorno. Sin embargo, ambas llevan a los niños y adultos mayores a la incapacidad de poder realizar algún tipo de actividad funcional por sí mismos. De acuerdo con los objetivos de esta investigación solo se tomará en cuenta la dependencia funcional que presentan las generaciones de estudio, consiguientemente, es la única que se describe a continuación.

2.4.1 Dependencia funcional

La dependencia funcional se presenta, cuando "una persona requiere ayuda durante un período prolongado de tiempo para realizar ciertas actividades cotidianas" (Casado y López, 2001:24).

Por lo tanto, el concepto de dependencia funcional tiene una relación directa con las actividades que las personas son capaces de llevar a cabo de manera independiente, con dificultad o con ayuda.

La definición de estas actividades es variada, por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud homologó la codificación de éstas creando la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud en donde se establecen nueve grupos de actividades que van determinando los tipos de dependencia que las personas pueden llegar a presentar, los cuales son:

1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento.
2. Tareas y demandas generales.
3. Comunicación.
4. Movilidad.
5. Autocuidado.
6. Vida doméstica.
7. Interacciones y relaciones personales.
8. Áreas principales de la vida (Educación /Trabajo /Economía).
9. Vida comunitaria, social y cívica. (IMSERSO, 2004:577).

De la misma manera, Rogero (2010a:27) las clasifica en:

- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): son aquellas actividades que permiten llevar una vida independiente en el propio hogar […] es un grupo compuesto fundamentalmente por actividades de autocuidado, movilidad en el hogar y comunicación.
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): son actividades que implican una mayor autonomía e interacción que las ABVD. Se incluyen aquí tareas domésticas, de movilidad en el entorno y de administración del hogar.
- Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD): valoran aspectos de sociabilidad y roles familiares, así como participar en tareas de recreo u ocupacionales. Revelan un elevado nivel de funcionalidad física.

Asimismo, la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES, 1999 citado en IMSERSO, 2004:726) desarrolla cuales son de manera específica las actividades que comprenden:

- Actividades relativas al cuidado personal, dentro de las cuales se incluyen las siguientes:
  - Asearse solo, lavarse y cuidarse de su aspecto.
  - Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio.
  - Vestirse, desvestirse y arreglarse.
  - Comer y beber.
- Movilidad en el hogar, que incluye:
  - Cambiar y mantener las diversas posiciones del cuerpo.
  - Levantarse, acostarse y permanecer de pie o sentado.
  - Desplazarse dentro del hogar.
- Tareas domésticas, que comprende:
  - Cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios.
  - Cuidarse de las comidas.

- Cuidarse de la limpieza y del planchado de la ropa.
- Cuidarse de la limpieza y el mantenimiento de la casa.
- Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia.

- Movilidad extradoméstica:
  - Deambular sin medio de transporte.
- Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas.
  - Reconocer personas y objetos y orientarse.
  - Entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas.

Cualquiera que sea la limitación o edad de la persona dependiente funcional esta se presenta al principio y al final de la vida, por lo que se le relaciona con la edad de las personas; en la etapa infantil, los niños desde que nacen hasta casi diez años después adquieren independencia y pueden desarrollar por sí mismos actividades básicas, mientras que en la vejez las personas van perdiendo autonomía y la capacidad de realizar tareas de manera independiente (Tobío y colaboradores, 2013).

Por lo anterior, la dependencia varía de acuerdo a los grupos de edad; en primer lugar, se encuentran los niños de 0 a 6 años y los adultos mayores de 85 años y más, a quienes se les considera propensos a ser dependientes; en un segundo grupo se ubican los niños de 7 a 14 años y los adultos mayores de 75 a 84 años, quienes son dependientes pero en su mayoría la cantidad de cuidados que demandan es menor al del primer grupo; en un tercer grupo, se concentra la población entre 15 y 74 años en este segmento también se encuentran las personas que necesitan cuidados pero en su mayoría las que se encargan de proveerlos (Huenchuan, 2014).

En América Latina al igual que en México, la demanda de cuidados es mayor en la población de menores de 15 años y la de los adultos mayores se está incrementando; aunque para la política social son considerados adultos mayores todas las personas de 60 años y más, estudios epistemológicos han señalado que este segmento de la población comienza a perder autonomía a partir de los 80 años (Huenchuan, 2014). Sin embargo, los autores Casado y López (2001) explican que la dependencia en los adultos mayores no siempre tiene una relación directa con la edad, sino que en las personas de edad avanzada la dependencia se relaciona con elementos sociales, económicos y culturales.

2.4.1.1 Grados de dependencia funcional

Como se mencionó en el apartado anterior, la dependencia varía de acuerdo con las necesidades y edades de las personas, sobre todo de los niños quienes transitan de una dependencia severa a moderada y leve, mientras que, en algunos casos la que se presenta en los adultos mayores se desarrolla de manera inversa (de leve a moderada y severa). Estos grados de dependencia son conceptualizados y clasificados por González, Massad y Lavanderos (2010) de la siguiente manera:

- Dependencia severa. Considera a todas las personas que por diversas situaciones no pueden: moverse de una cama por sí solos; personas que presentan demencia en cualquier grado; personas incapaces de realizar ABVD (excepto bañarse) y AIVD.
- Dependencia moderada. Incluye a todas las personas que siempre o casi siempre necesitan ayuda para: bañarse, realizar algunas de las ABVD Y AIVD.
- Dependencia leve. Toma en cuenta a todas las personas que presentan incapacidad para efectuar AIVD y siempre o casi siempre para realizar alguna de las ABVD.

A lo anterior, Tobío y colaboradores (2013:58) agregan la cantidad de ocasiones que las personas requieren ayuda para determinar su grado de dependencia:

- Dependientes moderados: necesitan ayuda para realizar actividades básicas al menos una vez al día.
- Dependientes severos o graves: requieren ayuda 2-3 veces al día.
- Con gran dependencia: necesitan asistencia permanente 24 h/día.

Así como existen los grados de dependencia, los autores De la Torre, Ruiz, Fernández, Ayuso, Miguel y Rogero (2010a:256) clasifican el cuidado en:

- Cuidados elementales: aseo, alimentación, acostarse - levantarse, vestirse, sentarse - levantarse, lavar los dientes, ir al váter, etc.
- Cuidados médicos: ir al médico, ir al hospital, control de la medicación y/o de la rehabilitación.
- Cuidados de atención doméstica: compra de alimentación, mantenimiento de ropa y limpieza, reparaciones y arreglos.
- Transporte: todo tipo de transporte.
- Otros: hacer gestiones relacionadas con el discapacitado. Acompañamiento y distracción.

2.5 Repercusiones del cuidado en la vida del cuidador

En la actualidad el tema del cuidado ha sido abordado desde varias perspectivas, todas relevantes para los niños, adultos mayores y cuidadores involucrados; estos tres principales sujetos de estudio viven la experiencia de manera distinta e importante. Sin embargo, uno de los objetivos de la presente investigación es analizar la manera en que el doble cuidado modifica la vida de las mujeres que lo realizan. Por lo tanto, se considera relevante dejar en claro que la intención del término repercusiones es conocer el cambio, sin darle al mismo una connotación de positivo o negativo, ya que la investigación empírica (Agulló, 2001; Rogero, 2010b) ha demostrado que las consecuencias del cuidado son subjetivas y cada cuidador las vive de manera distinta.

Por lo regular, en casi todas las familias donde habitan niños o adultos mayores existe una persona responsable de ellos, a quien se le conoce como cuidador informal primario, aunque no siempre es el único, es el que más tiempo y dedicación aporta a la dependencia de los grupos (De la Torre y colaboradores, 2010). Se le llama cuidador informal porque no recibe retribución económica por realizar el cuidado y las labores del mismo se llevan a cabo al interior del hogar.

Asimismo, también se encuentran los cuidadores informales secundarios, a quienes se les considera un reemplazo del cuidador principal, cuando éste no puede cumplir con las labores del mismo (Montero, Jurado, Valencia, Méndez y Mora, 2014). Y es definido como "aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones" (Flores, Adeva, García y Gómez, 1997 citados en Flores, Rivas y Seguel, 2012:30).

> Ser cuidador ha sido concebido como una "carrera inesperada" que, a diferencia de otras ocupaciones, no está dirigida principalmente por las metas que cada cual se propone, sino por aquellas que vienen impuestas por el mismo desarrollo de la problemática de la persona mayor y los niveles de dependencia que va alcanzando progresivamente (Crespo y López, 2007:23)

Las actividades que el cuidador realiza son múltiples y en ocasiones complejas y transitan entre acciones para preservar la salud hasta actividades de trabajo doméstico; por lo que se considera que el trabajo de cuidados lleva implícito un componente emocional, el cual es realizado en la mayoría de los casos por algún miembro cercano a la familia, en el caso de los niños, por la madre y en el caso de los adultos mayores por la pareja o las hijas (Rogero, 2006).

Ahora bien, el cuidado hacia las generaciones dependientes repercute en la vida del cuidador. Estas repercusiones, para su estudio, han sido diferenciadas por ámbitos (físicos y de salud, económicos, sociales e incluso emocionales) sin embargo, la experiencia ha demostrado (Agulló, 2001; Rogero 2010a) que estos cambios se relacionan entre sí, por lo que es común que el cuidado trastoque más de un aspecto de la vida del cuidador.

Sin embargo, para afectos de categorización las repercusiones han sido clasificadas por Brouwer, Van Exel, Koopwanschap y Rutten (1999, citados en Rogero, 2010b) en económicas (costos del cuidado) y no económicas (afectan la calidad de vida, el bienestar, salud física y mental, entre otros); todos estos cambios son importantes. Otro factor importante para dimensionar las repercusiones que el cuidado tiene en la vida del cuidador, es el tiempo de llevar a cabo el cuidado así como la frecuencia en que lo realiza, lo que lleva a que el cuidado presente repercusiones inmediatas o que aparezcan de manera paulatina, conforme avanza el proceso de dependencia; un ejemplo de las repercusiones directas, son los malestares físicos provenientes de realizar actividades como mover al adulto mayor, bañarlo, acostarlo o levantarlo, sobre todo cuando no se cuenta con la experiencia para hacerlo; y entre las indirectas se pueden identificar la pérdida de oportunidades laborales cuando no se tiene el tiempo y energía suficiente (Rogero, 2010b).

El mismo autor continúa explicando que las repercusiones del cuidado también pueden ser: explicitas o implícitas; las primeras se pueden ver de manera casi inmediata como los gastos, los cambios en la vida cotidiana, los dolores de espalda, por mencionar algunos; las segundas, por lo regular permanecen ocultas, ya que los propios cuidadores no las quieren observar y entre ellas están los conflictos familiares, sentimientos generados a raíz del cuidado, entre otros.

Como se mencionó en párrafos anteriores, la intención de esta investigación no es percibir a las labores de cuidado con una connotación negativa, sin embargo, no se puede negar que existe y está documentada por la literatura (Agulló, 2001; Robles, 2003; Rogero, 2006;2010a) por lo que la misma hace referencia al concepto de *sobrecarga del cuidador* o *carga de cuidado*, los autores Montorio, Fernández, López y Sánchez (1998) explican que el concepto de carga ha sido relevante en las investigaciones que abordan las consecuencias del cuidado en donde se relaciona el estado físico, mental y emocional del adulto mayor con el estado de ánimo, de salud y la manera en que el cuidador enfrenta el cuidado, dando el resultado de esta relación el sentimiento de carga.

Asimismo, la carga de cuidado tiene dos vertientes: una subjetiva y la otra la objetiva, la primera engloba la experiencia emocional de cuidar y la segunda las consecuencias y el grado que las mismas tienen en la vida del cuidador (Montorio y colaboradores, 1998). Ambas dimensiones aunadas al concepto describen al cuidado como algo que repercute de manera negativa en la vida del cuidador (Rogero, 2010b). En ese mismo orden de ideas, a continuación, se describen las consecuencias que se abordaran en esta investigación.

2.5.1 De salud

El concepto de salud es definido por la Organización Mundial de la Salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 2016); por lo tanto, es una etapa en la integral que se consolida o fragiliza a través del tiempo, de acuerdo con las condiciones de vida de las personas, en este caso de las mujeres cuidadoras.

Asimismo, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986, citada por Rogero, 2010a:19) la define "no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva [...] es un recurso para la vida, no el objetivo de la misma".

El estado de salud de las personas cambia en el transcurso de la vida, es una condición que se relaciona de manera directa con el contexto individual y social, lo que lleva a comprender que el estudio de la salud y la enfermedad se sustenta no sólo con las características fisiológicas, sino también con la experiencia que las mujeres tienen con la sociedad (Lomas, 1998, citado por Rogero, 2010a). Por consiguiente, la salud de las mujeres cuidadoras se puede ver afectada de diversas maneras como con: los trastornos en la alimentación, el estrés, las enfermedades cardiovasculares, mentales y la depresión; lo que convierte a las redes de apoyo sociales y familiares en una parte importante de protección a la salud de las mujeres cuidadoras, porque las labores de cuidado impactan de manera negativa la salud física y mental de las mismas (Rogero, 2010a).

El impacto que tiene el cuidado en la salud de las mujeres cuidadoras ha sido abordado de manera recurrente; incluso ha tomado el nombre de "síndrome del cuidador"[24] el cual engloba una gran cantidad de cambios médicos, físicos, psíquicos y psicosomáticos que desarrollan las mujeres que lo llevan a cabo (García, Mateo y Maroto, 2004), derivado de que, el trabajo de cuidado las lleva entre otras cosas a una disminución de sus actividades recreativas como de su tiempo de descanso; lo anterior afecta su salud mental e incrementa los riesgos en la salud cardiovascular (Vaquiro y Stiepovich, 2010).

Por lo tanto, cuando se presenta el cuidado familiar, inicia el proceso de adaptación entre la persona dependiente ya sean niños o adultos mayores y su cuidador, durante este periodo inician las primeras repercusiones del cuidado las cuales en su mayoría son de carácter emocional, específicamente por estrés, que deriva en alteraciones de carácter, la cuidadora siente que no tiene el control, que pierde autonomía, se deprime y genera sentimientos de culpa y frustración (Rogero, 2010a).

El cuidado dirigido a los menores varía de acuerdo a la edad de los mismos, ya que al inicio de su existencia son totalmente dependientes, las consecuencias en la vida de su cuidador están relacionadas con el cansancio producto del aumento en la carga de trabajo y la falta de sueño derivado de que, en las primeras etapas, los pequeños se alimentan en periodos muy cortos de tiempo, a esto se le puede añadir las molestias propias de los recién nacidos como los cólicos o las alergias, por mencionar algunos (Agulló, 2001).

Ahora bien, el cuidado hacia los adultos mayores representa otro tipo de repercusiones físicas, como se ha mencionado anteriormente, es una dependencia que, a diferencia de la que presentan

[24] Zambrano y Ceballos (2007:26) exponen que el concepto aún es nuevo y carece de discusión pertinente para comprobar su validez y utilidad "por lo que existen grandes deficiencias teóricas y metodológicas para su manejo".

los menores, tiende a aumentar, lo que hace que el cansancio aumente a medida que pasa el tiempo y con él, el deterioro de su propia salud física, uno de los problemas que presentan las mujeres son las lumbalgias o los dolores dorsales, ocasionadas por el esfuerzo de mover a los adultos mayores (Martínez y De la Cuesta, 2016), así como también dolores de cabeza, mareos, alteraciones en el sueño, trastornos intestinales, tensión y presión muscular, por mencionar algunos (Agulló, 2001).

2.5.2 Económicas

Aunados a los efectos físicos que provoca el cuidado, se encuentran los económicos, los cuales han sido señalados por la literatura (Agulló, 2001; Durán, 2002; Rogero, 2006) como importantes, y se dividen de acuerdo con Rogero (2010b) en directos que son los gastos ocasionados por el cuidado e indirectos ocasionados por la disminución del ingreso de la cuidadora, ambos se describen a continuación:

2.5.2.1 Gastos de cuidado

Las repercusiones económicas que genera la llegada de un bebé son considerables, no se trata solo de alimentar y vestir a otra persona, sino de adquirir todo lo que él necesita y que por lo regular no hay en la casa familiar, a menos que ya se haya tenido hijos; este factor es un condicionante para que algunas familias consideren tener menos hijos que otras (Agulló, 2001).

Sin embargo, está la otra parte, el costo de la dependencia del adulto mayor, los gastos de la enfermedad resultan ser representativos para las familias, quienes tienen que adquirir productos específicos para la enfermedad y en algunos casos realizar modificaciones a la vivienda, por mencionar algunos; hay familias que pueden solventarlos a través de ahorros o de la venta de bienes (Rogero, 2010b) pero existen otras que no, sobre todo las de menores ingresos, quienes consideran al adulto mayor como alguien que no aporta nada económicamente (Agulló, 2001) en ambos casos la dependencia económica del adulto mayor provoca conflictos entre el cuidador y su familia.

La misma autora, señala que las pensiones que reciben los adultos mayores son un elemento importante que tratar en las repercusiones, porque éstas pueden contribuir de manera favorable al ingreso familiar y de la cuidadora. No obstante, hay pensiones que son bajas y no alcanzan a ser un recurso de apoyo para las mismas.

Otro elemento, que se presenta, es la movilidad residencial cuando el cuidador se traslada a la vivienda del adulto mayor para estar más cerca y adaptarse más rápido a las nuevas demandas, lo cual, en algunos casos, es considerado como una prestación e incluso ser una futura herencia (Rogero, 2010b). Asimismo, esta movilidad se puede dar de manera inversa, cuando el cuidador se lleva al adulto mayor a vivir a su hogar, lo cual implica en algunas ocasiones redistribuir y adaptar diversas áreas de la casa, estos cambios representan costos adicionales.

2.5.2.2 Disminución del ingreso

La situación laboral de la cuidadora es un recurso económico que da la posibilidad de solventar los gastos provenientes del cuidado. Empero, existen condiciones que le permiten a la mujer cuidadora seguir trabajando, como el grado de dependencia del adulto mayor, el ciclo de vida familiar y las redes de apoyo. Existen casos complicados en donde la mujer cuidadora tiene que conciliar su empleo con el cuidado lo que repercute en: una disminución de la jornada laboral, salidas o permisos imprevistos para realizar el cuidado, una baja productividad, mayor tensión y agotamiento provocado por la sobrecarga de tareas; esta situación repercute en que no puede

tener ascensos laborales (Agulló, 2001) una realización profesional y personal, ni un mayor bienestar económico (De la Torre y colaboradores, 2010).

De la misma manera (Rogero, 2010b:4) reconoce que esta disminución de la productividad laboral obedece a:

- El abandono del trabajo.
- Una reducción de las horas de trabajo pagado.
- Mayores dificultades para abandonar el desempleo.
- Un incremento del estrés o cansancio, o
- Mayores dificultades para realizar formación en horario extralaboral.

Lo anterior, permite identificar la manera en que se van fragilizando las trayectorias laborales de las mujeres cuidadoras, y las repercusiones a largo plazo que vendrán impliciticas, como un menor ahorro para el retiro, menores ingresos para enfrentar la vejez y su cuidado (De la Torre y colaboradores, 2010; Rogero, 2010a).

2.5.3 Emocionales

Las repercusiones emocionales derivadas de cuidar envuelven diversos y polarizados sentimientos que emanan de aspectos morales y sociales, las cuidadoras reconocen que el cuidado es una tarea establecida por la familia y la sociedad que vincula sentimientos de amor y reciprocidad "pero también de enojo y frustración en donde se revela lo pesado que resulta realizar esta tarea y el deseo implícito (y a veces explícito) de querer abandonar este escenario" (Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2009:140)

La estabilidad emocional de los cuidadores es otro aspecto que cobra relevancia en los estudios sobre cuidado, la cual se expresa principalmente en tres sentimientos: soledad, impotencia y sufrimiento psicológico (De la Torre y colaboradores, 2010). Las mujeres cuidadoras no tienen con quien compartir de manera emocional los sentimientos que les genera ser cuidadoras; sienten impotencia de creer que no hacen bien las cosas o de no saber cómo reaccionar ante ciertas circunstancias, esto se deriva en un sentimiento de culpa al pensar que no pueden cuidar mejor a la persona dependiente.

De acuerdo con Agulló (2001) las mujeres cuidadoras también sienten que no tienen libertad y que están obligadas a realizar el cuidado, derivado de:

- Las propias tareas y tiempos que requieren los cuidados intensivos de las personas mayores, les absorben gran cantidad de tiempo.
- Las personas mayores exigen muchas atenciones a las mujeres.
- La falta de apoyo desde el entorno sociofamiliar a la cuidadora.

La obligación o la reciprocidad que experimentan las mujeres cuidadoras no las exime de perder la paciencia, de estar nerviosas o tensionadas, de tener cambios de humor, estar irritadas o susceptibles y en ocasiones de perder su fuerza de voluntad (Agulló, 2001); asimismo el carácter de la persona dependiente influye en el de la cuidadora, si el adulto mayor es paciente, respetuoso y está consciente de su situación será más fácil llevar a cabo el cuidado, pero si es exigente, terco o manipulador, el obstáculo y las consecuencias del cuidado serán mayores (Agulló, 2001).

La reciprocidad representa también efectos positivos para el cuidador, quien manifiesta satisfacción al tener la posibilidad de ayudar a las personas dependientes, se sienten más seguros y tienen la oportunidad de tener relaciones más estrechas (Rogero, 2010a).

La frustración es otro de los sentimientos que experimentan las mujeres cuidadoras, cuando comparan su vida anterior con la actual, sus relaciones e incluso su personalidad, enfatizando sus ganas de salir corriendo y la pregunta constante de ¿Por qué a mí? (De la Torre y colaboradores, 2010).

Las mujeres cuidadoras se sienten incomprendidas, porque los adultos mayores se vuelven niños, que lloran, se encaprichan y buscan llamar la atención; las cuidadoras se sienten desvalorizadas, presentan baja autoestima y una identidad confusa, expresando que estar cuidando a una persona dependiente adulta, no es vida; por lo anterior, es común que las cuidadoras pierdan la paciencia, y que al sentirse desbordadas aparezcan las peleas, los gritos y la pérdida del autocontrol; mientras que el cuidado de los niños no es visto como algo negativo y sus implicaciones son llevaderas (Agulló, 2001).

2.5.4 Familiares

Las relaciones familiares y sociales son un espacio que permite a las personas la convivencia con la sociedad y cuando se presenta el cuidado tienden a cambiar o disminuir, porque la mayor parte del tiempo la mujer cuidadora está al pendiente de los niños o adultos mayores, esto complica por un lado establecer nuevas relaciones y por otro, mantener las existentes; aunque en ocasiones las relaciones familiares y sociales son consideradas una red de apoyo para la cuidadora (Rogero, 2010b).

De manera interna con la llegada del cuidado, la familia se ve afectada; la dinámica habitual se modifica y todos los integrantes se ven afectados; la relación entre el cuidador y la persona dependiente, algunas veces se fragiliza, se pierde la comunicación y el diálogo (De la Torre y colaboradores, 2010). Las actitudes de ambos se modifican, los adultos mayores se vuelven más exigentes y su manera tradicional de ver y hacer las cosas no coincide con la de las cuidadoras, quienes hablan del contagioso discurso negativo y pesimista que manejan los adultos mayores contrario al optimista, inocente y alegre de los menores (Agulló, 2001). También se presentan discusiones entre hermanos u otros parientes, así como con la pareja (De la Torre y colaboradores, 2010).

Las cuidadoras dejan de tener tiempo para realizar actividades de esparcimiento, consideran que no tienen libertad ni a corto o largo plazo; han perdido vacaciones y no gozan de días de descanso (De la Torre y colaboradores, 2010). Y no es sólo el hecho de no tener tiempo para realizar actividades, sino la permanencia constante en el espacio familiar, la sensación de permanecer atada y sacrificada (Agulló, 2001).

Lo anterior, se deriva de la falta de apoyo por parte de la familia, la cuidadora se enfrenta sola al cuidado, por lo que no puede separase del adulto mayor para descansar, salir o realizar cualquier actividad personal, esto las lleva a una pérdida de la identidad (Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2009).

Los conflictos familiares se hacen más fuertes cuando hay niños y adultos mayores dependientes, entre más personas convivan en el hogar, mayores son los conflictos de roles que presenta la cuidadora, al ser hija o nuera, madre, esposa y cuidadora; la responsabilidad aumenta, las mujeres son la generación de en medio que sostiene a todos (Agulló, 2001). La mujer

cuidadora es responsable del cuidado de los niños y adultos mayores, pero en ocasiones también se le asigna el cuidado de la pareja, quien puede ser una fuente de apoyo físico y emocional para ella, sin embargo, cuando se presenta el cuidado la relación interpersonal tiende a desequilibrarse, se modifica la demostración de amor, la comunicación, el afecto y la vida sexual, entre otros (Pinto, 2004:57).

Otro factor que influye en la vida de las mujeres es la imagen social y las opiniones del entorno, la familia, los amigos y la sociedad en general, son propensos a opinar sobre la manera y la calidad del cuidado que se brinda, provocando que la cuidadora se sienta juzgada (Agulló, 2001), algunas veces la cuidadora en lugar de sentirse "apreciada, estimulada y comprendida, es criticada y no recibe apoyo del grupo familiar" (Crespo y López, 2007:41).

Con lo anterior, se puede decir que el cuidado tiene múltiples vertientes, afirman Crespo y López, 2007) que el cuidado que exige el adulto mayor es proporcional al cuidado que la cuidadora requiere. Por lo que necesita una red de apoyo que la sostenga para poder continuar con esta tarea, ya que, la cuidadora también debe ser cuidada.

2.6 La participación del Estado, el mercado y las familias en el cuidado

Las tareas que se realizan para garantizar el cuidado de las personas son esenciales para que la sociedad funcione, por lo que el cuidado se ha convertido en un derecho y una necesidad en diversas etapas de la vida de los individuos (Nieves y Robles, 2016); un derecho que no siempre se satisface y que a pesar de las leyes que lo acreditan "aún permanece en construcción desde el punto de vista de su exigibilidad" (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013:9), y que debe ser incorporado dentro de los derechos internacionales, como un derecho económico, social y cultural (Roqué, 2014). Es un derecho de todos y para todos, porque el derecho al cuidado no sólo previene que los niños sean atendidos en las primeras etapas de su vida o de garantizar que los adultos mayores dependientes reciban atención y cuidados, sino también de procurar que se respeten diversos aspectos de la vida de las personas que están cuidando; lo anterior emana del derecho de dar y recibir cuidados (Batthyány, 2015; Marco y Nieves, 2015).

La lógica de dar y recibir cuidados involucra la participación del Estado, del mercado y de las familias. En ese sentido, esta trilogía ha trabajado a favor de salvaguardar los derechos de las personas dependientes (niños y adultos mayores), a través de políticas sociales, servicios privados de cuidado (guarderías y casas de descanso) y los cuidados familiares. Sin embargo, está la parte menos estudiada y que empieza a tomar relevancia, que es dar a las personas cuidadoras alternativas para que tengan la posibilidad de decidir si desean llevar a cabo el cuidado, o hacer uso de los servicios que proporciona el Estado o el mercado; esto específicamente en el ámbito familiar en donde el cuidado se realiza de manera informal y no remunerada; es importante resaltar que no se trata de evadir la responsabilidad de brindar cuidados, sino de tener opciones que faciliten la conciliación y la participación de todos (Batthyány, 2015; Batthyány, Genta y Perrota, 2013).

Por lo anterior, el derecho al cuidado permite a los niños y adultos mayores tener la seguridad de que, en caso de dependencia, el Estado, el mercado o la familia serán responsables de atender sus necesidades para garantizar su supervivencia (Pautassi, 2007); el derecho al cuidado lleva implícitas obligaciones las cuales se transforman de manera continua. En materia política se crean o eliminan leyes, programas y servicios; en el ámbito familiar las responsabilidades dentro del hogar no son estáticas y socialmente la percepción de la infancia y la vejez es distinta; estos cambios en los derechos y las obligaciones se presentan en función del papel que cada ciudadano

tiene en torno al cuidado: cuidadores, niños y adultos mayores dependientes y la ciudadanía (Rogero, 2010a).

El mismo autor, explica cuáles son los principales derechos y obligaciones de estos tres grupos alrededor del cuidado:

- Las personas dependientes (niños y adultos mayores) tienen derecho a ser cuidados; los adultos mayores tienen derecho a decidir sobre los términos en los que se llevará a cabo el cuidado. Ambos grupos tienen la obligación de facilitarle su cuidado a las personas y/o instituciones encargadas de proveerlo.
- Los cuidadores (personas que asumen el deber de cuidar) […] Tienen derecho a establecer el modo en que cuidan, así como la cantidad de cuidado que brindan; el límite de este derecho está en el deber de cuidar de modo apropiado, satisfaciendo las necesidades de las personas dependientes a su cargo.
- Los ciudadanos tienen derecho a ser cuidados en caso de que lo necesiten. Sin embargo, les corresponden contribuir a los sistemas de protección social, así como cuidar a las personas dependientes de su entorno de acuerdo con los términos que establece la ley de cada país (Rogero, 2010a:44).

Estos derechos y obligaciones involucran al Estado, al mercado y a las familias, identificando dentro de éstos, quiénes son los beneficiarios del derecho y quiénes son los responsables de garantizarlo (Rogero, 2010a). Dentro de esta trilogía, las mujeres son en su mayoría las principales encargadas de realizar el cuidado; sin embargo, las familias que cuentan con ingresos suficientes pueden adquirir los servicios de cuidado ofrecidos por el mercado, mientras que el Estado brinda servicios de asistencia que en la mayoría de los casos no son suficientes para satisfacer la demanda de cuidados (Pautassi, 2008).

Igualmente, se reconoce que dentro de la familia no existen las condiciones para que se pueda cuidar en circunstancias de igualdad; es decir, por un lado, la política social tiene que garantizar que el acceso a los servicios de guarderías o licencias por maternidad no estén supeditados sólo a las mujeres que tienen acceso a un empleo formal; y, por otro lado, que los servicios de asistencia social y de salud de los adultos mayores no dependan de una previa trayectoria laboral (Pautassi, 2007).

Así, en palabras de la misma autora, se busca que todos los ciudadanos tengan de manera integral el derecho a ser cuidados; en un Estado ideal la sociedad debe entenderlo "como un principio inherente a la igualdad […] como un derecho propio y universal" (Pautassi, 2008:61); y no como una obligación de las mujeres y un derecho para los niños, adultos mayores o personas con discapacidad, sino para las personas que lo requieren y también para los que lo llevan a cabo (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013). Esta igualdad permitirá que las mujeres, desde su nacimiento hasta su vejez, estén protegidas (Mehrotra y Peaker, 2012); y disminuir así la ineficiencia en el cumplimiento de sus derechos que este grupo ha presentado (Montaño, 2012).

La desigualdad que presentan las mujeres en torno al cuidado está relacionada con la socialización de que son ellas las responsables del cuidado familiar; por lo tanto, resaltar esta desigualdad desde la perspectiva de género, cobra suma importancia para así poder reconocer las repercusiones que el cuidado tiene en la vida de las mujeres (Ara, 2012).

Asimismo, Jelin y Faur (2013:116) explican que para enfrentar las desigualdades que se generan alrededor del cuidado es necesario:

- Reconocer que el cuidado es central para pensar el bienestar, con la meta de ofrecer cuidado universal a todos quienes lo requieren.
- Una urgencia de respetar los derechos y necesidades de quienes dan y quienes reciben o necesitan cuidados.
- Pensar en políticas que se combinen y complementen: infraestructura y servicios sociales básicos, ingresos previsibles y confiables, servicios y programas de cuidado social, respeto por los derechos de quienes cuidan.
- Un debate público abierto y un compromiso de recolección regular de indicadores que permitan monitorear el impacto de políticas y medir las desigualdades en la distribución de las cargas y en las formas efectivas de provisión de cuidado.
- Una agenda de investigación renovada que introduzca dos cuestiones básicas: por un lado, la relación entre las transformaciones actuales en los patrones de formación de familias y de hogares y las lógicas de cuidar y ser cuidado. Por el otro, la reflexión y el debate sobre la "calidad" del cuidado: ¿quién define qué es un buen cuidado?

2.6.1 El Estado como regulador del cuidado

Al ser el cuidado un derecho para la ciudadanía es obligación del Estado que todos tengan acceso a él cuando lo requieran, por lo que debe garantizarlo a través de leyes y políticas sociales que lo respalden (Roqué, 2014). Estas acciones emanan de procesos en los cuales se estudian las necesidades de los ciudadanos, y a partir de los resultados se derivan las diversas políticas acordes a las demandas de la población (Guzmán y Salazar, 1992, citados en Batthyány, Genta y Perrotta, 2013); por esta razón las políticas públicas "no pueden ser consideradas como simples actos administrativos del poder central, sino como productos sociales procedentes de un contexto cultural y económico determinado, insertos en una estructura de poder y en un proyecto político concreto" (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013:2).

La política social se conceptualiza como el conjunto de labores realizadas por el Estado que permiten trabajar a favor de los distintos problemas sociales (Montagut, 2000). Además, Martínez y López (2005) la definen como las decisiones que el Estado toma para intervenir en la satisfacción de una demanda específica de la población; lo anterior toma relevancia debido a que dichas medidas repercuten de manera directa en la sociedad. Igualmente, Campillo (2005) la precisa como un conglomerado de tareas para el logro de metas establecidas y fundamentadas en el progreso y desarrollo social.

Es en este sentido que las acciones con las que se ejecuta la política social se materializan a través de planes, programas y estrategias que permiten prevenir y asistir los problemas sociales (Alayón, 2005) de manera integral, parcial o sectorial; los alcances van de lo universal a lo focalizado, pasando por lo regional y local, siendo sus orientaciones rurales o urbanas (Narro, Moctezuma y De la Fuente, 2013).

Por lo anterior, Aguirre (2007:197) menciona que las políticas sociales de atención al cuidado son un problema de agenda pública y deben de tratarse como tal, porque:

- Los hechos relativos al cuidado de los dependientes no son algo propio de la esfera privada, debe formar parte del debate sobre los derechos de ciudadanía y sobre la democracia.
- La concepción liberal de la democracia ha sostenido la ficción de que el ciudadano es autónomo, autosuficiente y establece relaciones contractuales. Las ciudadanas y los ciudadanos son autosuficientes y dependientes, ambas cosas a la vez, por más que hay

períodos de la vida en que prevalece la autosuficiencia y otros en lo que prevalece es la dependencia. La consideración del cuidado y de la dependencia conduce para tener en cuenta que dependemos unos de otros y que todas las personas requieren de las familias, de la sociedad y de la comunidad para que le proporcionen soporte a lo largo del curso de vida.

- Siendo las mujeres quienes contribuyen en forma desproporcionada al bienestar social a través de todos los servicios no remunerados, es justo que deban subirse los presupuestos en aquellas partidas que más directamente afectan a las mujeres como es el caso del cuidado de las personas dependientes (niños, mayores, enfermos, minusvalías).

Una de las vertientes que emanan de la política social, son las políticas en torno al cuidado, las cuales son escasas en América Latina y particularmente en México; en ambos contextos se han implementado las políticas conciliatorias para que las mujeres puedan delegar el cuidado de niños, ya que se continúa considerando que son ellas las responsables del mismo (Marco, 2010). Estas políticas son conceptualizadas por Martínez y Camacho (2007) como las acciones que permiten la incorporación laboral de las mujeres y el cumplimiento de sus derechos reproductivos, de los cuales se deriva el compromiso del cuidado de sus hijos. Estas políticas proporcionan a las mujeres los recursos monetarios, así como de espacio y tiempo necesarios para conciliar su vida laboral y familiar (Lamaute-Brissón, 2013).

Por lo anterior, las políticas de conciliación, no favorecen el bienestar de la sociedad, y para que puedan hacerlo deben incluir tanto a hombres como a mujeres, para así lograr el quiebre de la desigualdad y la prevalencia de la equidad de trato entre los mismos; asimismo, conviene que estas políticas integren en la conciliación el cuidado de todas las generaciones dependientes, no solamente de los niños, sino también a los adultos mayores, para así cubrir el derecho al cuidado de ambos grupos; por lo tanto, las políticas de conciliación entre el trabajo y el cuidado tienen que desarrollar la inclusión de todos los actores (Arriagada, 2007a; Sojo, 2007).

En la actualidad, el Estado promueve la inclusión y la utopía de una sociedad igualitaria pero no realiza acciones que permitan llevarla a cabo, sobre todo cuando el tema del envejecimiento y de las necesidades de este grupo etario están en la mesa del debate. Dados los requerimientos que en materia de cuidado se presentan, se vuelve necesaria una política de conciliación adecuada que integre a todos los sujetos sin importar su género (Tobío y colaboradores, 2013).

Porque, las políticas sociales de atención al cuidado permiten observar que han sido elaboradas con patrones tradicionales (hombre proveedor, mujer reproductora) pero modificables; identificar la manera en que estos modelos segregan a las mujeres al ámbito doméstico, da la oportunidad de trabajar a favor de la equidad; ya que, a pesar de los cambios sociales que favorecen la igualdad las actividades que realizan los varones aún tienen un valor superior en comparación con las que efectúan las mujeres, sobre todo cuando se refuerza la división sexual del trabajo, en donde los hombres obtienen ventajas, las cuales se dan a través de acceso a la educación y a mejores oportunidades de trabajo (Lorber, 1994).

Por lo anterior, la política social distingue a las mujeres como objetos que forman parte del desarrollo a quienes hay que apoyar derivado de su vulnerabilidad y no como sujetos a quienes se les atribuye una responsabilidad, pero esa misma, es una corresponsabilidad de la sociedad en general (Ramos, 1999). Por lo que, “el papel del Estado dista de ser neutral tanto en la definición de políticas orientadas al cuidado infantil, como en la regulación de relaciones laborales entre el mercado y los miembros hombres y mujeres de las familias” sin mencionar el

cuidado para los adultos mayores (CEPAL, 2012:8). Lo anterior se podrá identificar en los siguientes dos apartados.

2.6.1.2 Políticas sociales para atender el derecho al cuidado de los niños

La incorporación de las mujeres en el mercado laboral ha estado acompañada de diversas políticas públicas que están orientadas a favorecer la conciliación, y con ello cumplir con el derecho al cuidado que tiene la población infantil; esto, como se mencionó en párrafos anteriores, ha fomentado que la participación sea en su mayoría desigual entre hombres y mujeres dentro de las familias. Por tal motivo, organismos internacionales han centrado el debate en la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres en el ámbito político, social y laboral.

México, ha trabajado a favor de la igualdad entre los hombres y las mujeres, ratificando los siguientes convenios, pactos, convenciones y protocolos laborales, los cuales expresan claramente las intenciones internaciones de transformación en materia equidad:

- Convenio Internacional del Trabajo No. 100, 1952;
- Convenio sobre la Discriminación, Empleo y Ocupación, 1961;
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1981;
- Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica" 1981;
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) 1981;
- Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, 2002 (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2012). Estos convenios expresaron claramente las intenciones de igualdad laboral entre hombres y mujeres.

Asimismo, existen documentos que garantizan el derecho de la mujer a la reproducción, sustentados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual expresa, en el artículo 25 que tanto la maternidad como la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales (ONU, 1948). Aunado a lo anterior, la Organización Internacional del Trabajo en 1952 presentó el Convenio C102, sobre la Norma Mínima de la Seguridad Social, enfatizando las prestaciones de la maternidad en los artículos comprendidos del 46 al 52 (OIT, 2015a). Además, en el año 2000 se ratificó el convenio C183 con el nombre de Convenio sobre la Protección de la Maternidad, donde se agregaron los permisos para madres lactantes (OIT, 2015b).

La OIT estableció con los derechos de las mujeres, el derecho a la maternidad, y a un descanso por la misma, el cual será de doce semanas como mínimo; obligatoriamente, una parte de ese descanso se realizará después del parto; durante este periodo la mujer gozará de prestaciones económicas y médicas; en etapas posteriores al nacimiento del menor tendrá derecho a periodos de tiempo para realizar la lactancia materna (Moscoso, 2004; OIT, 2015a, 2015b). En México, las mujeres cuentan con una licencia por maternidad de 12 semanas, una por enfermedad derivada del embarazo o del parto, un tiempo de lactancia que va de 15 minutos a una hora de dos a tres veces diarias, así como prestaciones totales en relación a su salario, durante la maternidad (Martínez y Camacho, 2007); lo anterior, en ocasiones no se llevan a cabo como lo indica la ley, porque, por un lado, no todas las empresas cuentan con las condiciones para que las mujeres puedan tomar el tiempo de lactancia; por otro, estas prestaciones sólo se aplican a las trabajadoras del sector formal.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917), en su artículo primero, expresa que todos los mexicanos gozarán de los derechos humanos reconocidos en la constitución y ratificados por el país en tratados internacionales; así como también del artículo cuarto, reformado en 1962, cuyo propósito es el de reconocer la igualdad del hombre y la mujer ante la ley; asimismo, el artículo quinto enuncia que todos los mexicanos tienen derecho a desarrollar una profesión, siempre y cuando sea lícita. Esta reforma lleva implícita la supresión de los artículos 168 y 169 de la Ley Federal del Trabajo, los cuales limitaban las actividades laborales de las mujeres (Cámara de Diputados, 1962). De la misma manera, el artículo 123 reafirma el derecho de toda persona a un trabajo digno y totalmente útil (Cámara de Diputados, 1917).

La prohibición de los exámenes médicos de embarazo, que con anterioridad se requerían como tramite laboral, así como la permanencia o el ascenso a otros puestos, establecidos en el artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, quedaron prohibidos en la Ley Federal del Trabajo (Cámara de Diputados, 1917). Así como también el despido directo o indirecto por embarazo, cambio de la situación civil o por tener hijos menores a su cuidado (Cámara de Diputados, 1962).

En la actualidad se reconoce que estas medidas de control violaban los derechos de las mujeres, a la vez que las condicionaba a ejercer su derecho a la maternidad, ya que tenían que decidir entre permanecer en la esfera pública o privada. Sin embargo, estas prácticas continúan llevándose a cabo de manera sutil en el mercado de trabajo nacional.

Por otro lado, aún no es claro, cómo se llevará a cabo el cumplimiento del derecho del niño a ser cuidado, por lo que las políticas sociales tienen que brindar a la población los recursos para que se puedan resguardar los derechos de los ciudadanos, y asegurar el derecho que poseen las familias a la seguridad, protección, asistencia, cuidados y educación de sus hijos (Jusidman, 2010).

En México, en materia de conciliación laboral y de cuidados sólo existen las prestaciones de guarderías contempladas en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Cámara de Diputados, 2007); en la Ley del Seguro Social (Cámara de Diputados, 1995) y la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (Cámara de Diputados, 2003), aunque existen otras empresas que ofrecen servicio de guardería para sus trabajadores. Estas leyes continúan enmarcando la desigualdad que prevalece en la sociedad mexicana, derivado de que las únicas mujeres que pueden tener acceso a estas prestaciones son las que participan en el mercado formal y están inscritas a una institución de seguridad social ya sea el IMSS, el ISSSTE o la SEDENA, situación que deja en completa vulnerabilidad a las trabajadoras del sector informal; en reconocimiento de lo anterior, en el año 2007, el gobierno federal crea el Programa de Estancias Infantiles para apoyar a las madres trabajadoras del sector informal (SEDESOL, 2015).

En México otro de los problemas que se presenta es que , a excepción de las guarderías de la SEDESOL, las del IMSS e ISSSTE tienen horarios restringidos que frecuentemente son incompatibles con los horarios de trabajo de las mujeres, situación que representa otro problema en la política social; estos indicadores evidencian la falta de atención que prestan los hacedores de la política social a la situación de las madres, porque a pesar de lo notorio de este problema, no se han tomado las medidas necesarias para modificarlo; escenario que ha llevado a las

mujeres a que su única manera de conciliar sea mediante la acumulación de tareas (Aguirre, 2007; Sojo, 2007).

El problema de la conciliación laboral y el cuidado de los niños es multidimensional, porque no se trata solamente de buscar compaginar los horarios de trabajo ni de una política de conciliación, sino de romper con la arraigada tradición de la división sexual del trabajo, la cual se ha convertido en un obstáculo y una fuente de conflicto para las mujeres, razón por la que, la perspectiva de género cobra vital importancia con la intención de generar circunstancias para que hombres y mujeres puedan potencializar sus habilidades a favor de las familias (Arriagada, 2007b; Provoste, 2012).

Las políticas de conciliación son una herramienta que, si bien ha facilitado la incorporación de las mujeres casadas o con hijos al mercado de trabajo, también las ubica en una condición de vulnerabilidad, al ser ellas quienes continúan realizando las labores de cuidado, a costa en muchas ocasiones de su propia salud física o emocional, derivado de la presión laboral y familiar a la cual están sometidas.

En resumen, se ha criticado el enfoque tradicional de que el cuidado es una responsabilidad de las mujeres que se le ha dado a las políticas de conciliación. Por tal motivo, queda pendiente entre otras cosas, la incorporación tanto de los padres como de las madres a las mismas, para que sean las familias las que decidan cómo organizarán el cuidado de sus hijos; asimismo, es prioritario que se incluya dentro de las políticas el cuidado de los adultos mayores; y la implementación de centros de día para los mismos; sin olvidar la relevancia que toma la regulación del empleo y la garantía de que la población en general pueda contar con seguridad social y prestaciones que le permitan ejercer sus derechos productivos y reproductivos.

2.6.1.2 Políticas sociales para atender las necesidades de los adultos mayores

La Constitución Política que rige actualmente al Estado Mexicano, es el pilar fundamental de las obligaciones del Estado en beneficio de los ciudadanos y sus derechos, los cuales se transforman en políticas y programas de atención ciudadana.

En 1970, se inician en México las legislaciones correspondientes para dar atención especial al cumplimiento de los derechos del adulto mayor; por tal motivo, el 22 de agosto de 1979, durante el gobierno del presidente José López Portillo, se creó el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), dependiente de la antigua Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), hoy Secretaría de Salud (SS). En 1980 se le otorgó un presupuesto propio que le permitió al Instituto iniciar laborales formales en favor de los llamados “senectos” (población mayor de 60 años y más), a través del registro de los mismos, los cuales eran identificados mediante una credencial, con la cual obtenían los siguientes beneficios: atención médica, así como la promoción de actividades manuales, culturales y recreativas (Instituto Nacional para el Adulto Mayor, 2014).

Casi 20 años después, en 1999, durante sexenio del C. Ernesto Zedillo Ponce de León, el INSEN es integrado al Comité de Atención al Envejecimiento, conservando su nomenclatura, estructura y objetivos; y el 17 de enero del 2002, durante el gobierno de Vicente Fox, el Instituto cambia de nombre, con el propósito de darle un significado innovador al concepto de senectud, llamándole Instituto Nacional de los Adultos Mayores en Plenitud (INAPLEN) integrándose dicho organismo a la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) (INAPAM, 2014).

A principios de la década del 2000 el tema del envejecimiento a nivel mundial estaba latente, las proyecciones demográficas comenzaban a alertar a los gobiernos, y es así como en el marco

de la Segunda Asamblea sobre el Envejecimiento Demográfico de 2002, en la cual México ratificó los compromisos establecidos por la ONU, se creó en el país el 25 de junio del mismo año, la "Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores" en la cual el Instituto responsable de los adultos mayores en el país cambió de nombre, pasando de INAPLAM al Instituto Nacional para el Adulto Mayor (INAPAM), manteniendo las mismas características de beneficio social.

En el país existía ya un Instituto a favor del adulto mayor, pero no una ley mediante la cual quedaran respaldados los derechos y las obligaciones de los principales actores; con esta ley se inicia un proceso de conciencia económica, política y social del problema que se avecina; determina, cuáles son los deberes del Estado y de la familia hacia el adulto mayor, el Estado como primera instancia será la encargada de ofrecer condiciones óptimas y programas para el retiro del adulto mayor, así como la difusión de la Ley; mientras que la familia deberá cumplir con su función social, velando por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella (Cámara de Diputados, 2002).

La ley se fundamenta en una serie de acciones en favor del adulto mayor que todavía se encuentra en pleno uso de sus capacidades, lo protege de maltrato y discriminación, fomentando su recreación, trabajo y brinda ciertos apoyos económicos a los viven en condiciones de pobreza. Sin embargo, en materia de cuidados y atención, no está presente en el debate actual los diferentes tipos de dependencia que los adultos mayores pueden presentar y el cuidado que requieren (Cámara de Diputados, 2002).

De esta manera, la Ley de los Derechos de los Adultos Mayores (2016), en su artículo 5 expresa el derecho de las familias a recibir apoyos por parte de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores; Igualmente, la ley equivalente en Nuevo León, Estado donde se realiza la presente investigación, señala, en sus artículos 6, 8 y 9, que la responsabilidad de cumplir con los derechos del adulto mayor le pertenece a la familia. De forma particular en la ley estatal no se habla de ningún compromiso con la misma para llevar a cabo las labores de cuidado (Cámara de Diputados, 2002).

Este contexto sólo hace referencia a la ley; no obstante, es importante conocer cómo actúa la política social nacional y estatal a favor de los adultos mayores y sus cuidadores. Se considera vital hacer hincapié en cómo el Estado delega la responsabilidad a la familia, dejando al adulto mayor con pocas posibilidades de asegurar una calidad de vida en la vejez (Hakkert y Guzmán, 2004).

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores es aplicada a nivel nacional y estatal teniendo como objetivo garantizar el ejercicio de los derechos de los Adultos Mayores, sentando las bases para el desarrollo de la Política Social a través del INAPAM, el cual tiene como finalidad general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas (Cámara de Diputados, 2002).

En materia de cuidados y atención, el Instituto cuenta con albergues, los cuales dan el servicio para las personas que no cuentan con apoyo familiar o recursos económicos que le permitan cubrir sus necesidades básicas y ser independientes; así como también con residencias diurnas.

Sin embargo, a pesar de que la tendencia internacional en materia de cuidados señala la necesidad de apoyar al grupo vulnerable representado por los cuidadores, este todavía no está contemplado en el marco jurídico nacional, ni en el Plan Nacional de Desarrollo (PND, 2013-

2018), el cual sólo manifiesta, a grandes rasgos, las necesidades de la persona adulta mayor y los objetivos para cubrirlas, a través de generar esquemas de desarrollo comunitario mediante la participación social; articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población, y fortalecer la protección de los derechos de las personas adultas mayores para garantizar su calidad de vida (PND, 2013-2018).

En México, no existen programas de apoyo específicos que garanticen el derecho del adulto mayor a la protección, particularmente ante una situación de dependencia. Asimismo, el Estado continúa delegando toda la responsabilidad a la familia, sin asumir ningún costo. Sin embargo, el mismo Estado, puede iniciar un cambio en los programas y políticas sociales que garanticen los derechos de los adultos mayores, en los que se incluya el cuidado, así como un apoyo de manera particular a las familias en donde habitan adultos mayores dependientes. En este sentido, el fenómeno del envejecimiento debe ser visto como una oportunidad de fomentar lazos de solidaridad entre la sociedad.

Se insiste en la necesidad de que las políticas sociales a favor del cuidado empiecen a ser un tema central en la agenda gubernamental, en donde la participación del Estado debe reconocer que la inversión en el tema de envejecimiento no resulta un fondo perdido y el compromiso que él ejerce es con la ciudadanía, independiente de su edad y productividad. No se busca improvisar una política social que permita salir del problema, sino lograr que, a lo largo de la trayectoria de vida los seres humanos fortalezcan los recursos necesarios para llegar de manera satisfactoria a la vejez.

2.6.2 El papel de la familia en el cuidado de las personas dependientes

La labor del cuidado es una actividad que está presente desde el inicio de la humanidad, ya que como lo menciona Pautassi (2007), sin ésta, ningún ser humano podría sobrevivir. Por tal motivo, la actividad cumple un papel indispensable en el desarrollo natural de la humanidad y ha estado integrada de esta manera en la vida familiar. Por lo tanto, de manera histórica, la familia ha sido la encargada principal de otorgar cuidados a las generaciones dependientes (Tobío y colaboradores, 2013).

La familiarización del cuidado se sostiene en dos funciones que la familia lleva a cabo. La primera corresponde a la satisfacción de las necesidades afectivas de sus miembros y la segunda a la crianza y cuidado de los hijos (Ribeiro, 1991). Estas funciones, al ser tan específicas, se han convertido en una tarea ineludible para la sociedad y de manera natural para algunas mujeres (Esquivel, Faur y Jelin, 2012).

Sin embargo, a lo largo de la historia, la familia ha transitado por distintas formas de organización. Dumon (2008) reconoce que en este devenir histórico están presentes: la cooperación económica, la sexualidad y la reproducción como elementos indispensables en las relaciones; a este enfoque Ribeiro (1991) agrega las funciones dirigidas al cuidado de los hijos y la división sexual del trabajo, las cuales son socializadas de manera natural al interior de las familias. Esta situación ha generado una expectativa social de afecto y cuidado dentro del ámbito familiar (Jelin, 2005), la cual desarrolla bases que fortalecen el crecimiento personal de los individuos.

Estas formas de organización social y familiar han estado marcadas por una división sexual de los roles. Los cuales asignaron de manera biológica al hombre como proveedor y a la mujer en el papel de reproductor. Lo anterior, permite identificar la responsabilidad social que se le ha asignado a las mujeres como encargadas del bienestar familiar, y la manera en que las familias

conciben las tareas de cuidado como una obligación que se realiza de manera desinteresada (Rodríguez, 2007).

Igualmente, el tema del cuidado familiar lleva a pensar en la desigualdad que viven las mujeres que las segrega al cuidado diario, generacional y social de los niños y adultos mayores (Arriagada, 2007a), modificando con esto sus compromisos familiares, la distribución del tiempo y la carga de trabajo (Loria, 2007). Esta situación da como resultado que sean las mujeres las más afectadas en este proceso; la intención es enfatizar la sobrecarga de tareas que viven las mujeres cuidadoras, quienes realizan diversas actividades vinculadas con el desarrollo familiar, sin tomar en cuenta a las que por motivos económicos o personales tienen una participación en el mercado de trabajo (Arriagada, 2007b).

Se considera importante resaltar las necesidades de equidad familiar, en donde deje de prevalecer la división sexual del trabajo, y todos los miembros participen de manera activa en las actividades propias del hogar, incluyendo el cuidado y la atención de niños y adultos mayores dependientes; para esto es importante el papel que juega el Estado. En ese sentido, las políticas de cuidado se pueden ser "familistas" y "desfamilistas"; en las familistas la responsabilidad del mismo, recae en la familia y dentro de ella en las mujeres, las cuales no reciben beneficios a cambio de brindar la atención requerida al adulto mayor; en las desfamilistas, se da una mercantilización de cuidado, teniendo la oportunidad de pagar por un servicio de cuidados (Aguirre, 2007).

Este contexto político que podría resultar alentador para los involucrados, sobre todo cuando se reconoce la poca intervención del Estado en las políticas sociales en materia de cuidados. No obstante, esta discusión permanece constante ya que no se ha logrado definir a quién le corresponde esta labor, dado que en las políticas familistas y desfamilistas no se determina quién es el responsable, sino que sólo brinda la opción que permite cubrir y apoyar las necesidades de las personas dependientes, cualquiera que éstas sean.

Otro factor que no se ha tomado a consideración es que, en la actualidad, las familias son más pequeñas, por lo que hay menos redes de apoyo para el sostenimiento del cuidado, situación que aunada al contexto demográfico vislumbra una eminente crisis de cuidado, "no sólo porque el número de personas de la cuarta edad va en rápido aumento, sino también porque la reserva tradicional de cuidadores familiares está desapareciendo" (Esping-Andersen, 2010:103). A consecuencia de diversos procesos socioeconómicos y demográficos, como la participación de las mujeres en el mercado de trabajo que han dado lugar a cambios en la estructura familiar (postergación de la edad para casarse, retraso en el nacimiento del primer hijo, disminución en la fecundidad) y el envejecimiento de la población.

Por tal motivo, es necesario que se lleven a cabo políticas sociales que actúen en favor de la familia, en especial de las mujeres y los roles de género tradicionales, como es el cuidado.

2.6.2.1 Redes sociales

La tendencia demográfica que demuestra una disminución en la fecundidad vislumbra un menor número de integrantes en los hogares. Mientras que el aumento de la esperanza de vida, genera la expectativa de permanencia de los miembros y por tanto, una extensión en el número de personas que lo constituyen. Estas dos tendencias dan oportunidad de pensar en nuevas posibilidades de organización familiar para llevar a cabo el cuidado.

Una de las maneras en que las mujeres logran conciliar sus responsabilidades familiares y laborales es a través de redes de apoyo social, definidas por Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003) como una actividad cultural que involucra relaciones simbólicas entre diversas personas de la comunidad quienes apoyan a uno o varios individuos en el mantenimiento de su bienestar cuando éstos presentan algún tipo de dependencia.

Asimismo, Agudelo y Medina (2014) las describen como medios dinámicos y cambiantes, que complementan el cuidado principal de manera formal o informal de las personas dependientes.

Estas redes pueden ser la familia (abuelos, hijos o hermanos mayores, tíos), capital social (amigos, vecinos), instituciones o prestadores de servicios (guarderías, niñeras), las cuales facilitan el cumplimiento de ciertas actividades (Álvarez y Gómez, 2011). La importancia de estas redes radica en la reciprocidad que existe entre los miembros, la cual permite fortalecer el tejido social (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003)

Las dos principales redes de apoyo con las que cuentan las mujeres cuidadoras son la comunidad y la familia; ambas en la actualidad se han debilitado. La familia se ha transformado en su estructura y dinámica por lo que es difícil que se den los apoyos entre los miembros (Enríquez, 2014). Esta situación la debilita, ya que no existe un apoyo solido entre sus integrantes, debido a las complejas relaciones económicas y sociales que imperan (Arroyo, 2015). Sin embargo, "la solidaridad entre generaciones no desaparece, sino que se transforma y se abre, más allá de la familia nuclear, a las redes familiares, la sociedad y el Estado" (Tobío y colaboradores, 2013:44).

En los sectores populares, las principales redes de apoyo se dan entre las mujeres de diferentes generaciones, sobre todo cuando cohabitan o viven dentro de la misma comunidad; las hijas mayores, son otra de las redes de las que hacen uso las mujeres para cubrir las necesidades de cuidado de los niños menores, cuando sus madres tienen que incursionar al mercado de trabajo; esta situación coloca a las niñas o adolescentes en una situación de vulnerabilidad, ya que en ocasiones tienen que abandonar la escuela para poder realizar las labores de cuidado (Esquivel, Faur y Jelin, 2012)

Otra de las redes de apoyo social que existe es la vecinal, pero también se ha debilitado a consecuencia de las condiciones económicas que se presentan en algunos contextos urbanos, específicamente los más pobres, en donde ha disminuido la reciprocidad, la seguridad y la confianza entre la comunidad (González de la Rocha, 1999; Enríquez y colaboradores, 2008; Enríquez, 2008; 2009; citados en Enríquez, 2014). Estas condiciones hacen que las personas dependientes y las mujeres cuidadoras estén solas ante una situación de riesgo, por lo que resulta de vital importancia que existan relaciones de solidaridad y apoyo social entre los vecinos (Enríquez, 2014).

Sin embargo, las redes de apoyo varían en relación con el nivel de ingresos de las familias y, en la actualidad, la dinámica familiar ha presentado un proceso de cambio, que hace que tengan que recurrir a redes de apoyo formales, como las guarderías, escuelas y estancias infantiles para la atención y cuidado de los niños, y asilos y casas de descanso para los adultos mayores; o en otros casos pagar por servicio de niñera, doméstico o incluso una enfermera (Rogero, 2006). Estas redes de poyo son un recurso importante para las familias, ya que les permite continuar trabajando, pero no con esto están exentos de cuidar en algún momento del día.

2.6.3 El mercado como un recurso alterno del cuidado

La incorporación de la mujer al mercado de trabajo ha llevado a modificar el esquema en el cual se distribuía de manera tradicional el cuidado de los niños y adultos mayores. Esta situación ha llevado a las familias y a la sociedad en general a la búsqueda de nuevas dinámicas que permitan cubrir las necesidades de todos los actores. Así, el cuidado se traslada del ámbito familiar al público, esto a través de personas contratadas, guarderías y diversos servicios para el cuidado y atención para niños y adultos mayores (Aguirre, 2007).

Por consiguiente, para un gran número de personas el mercado es considerado un recurso importante que, en primer lugar, les brida la posibilidad de tener un ingreso y, en segundo, tener acceso a diferentes servicios que proporciona, entre ellos el cuidado; en esta misma idea Esping-Andersen (2010) explica la importancia que tienen lo que él llama "los tres pilares del bienestar", que son la familia, el mercado y la protección social, porque cuando uno de éstos no funciona adecuadamente se recurre de manera alterna al otro; pero enfatiza que aunque todos son importantes, el mercado no garantiza la satisfacción de todos las necesidades básicas.

No obstante, de manera histórica, así como el cuidado ha estado presente, también han estado las instituciones encargadas de proveerlo; Marco y Rodríguez (2010) agregan a la clásica trilogía del Estado, familias y mercado, las instituciones de la sociedad civil; ya que, éstas cuatro participan en la compleja organización social del cuidado (Tobío y colaboradores, 2013).

La manera en que estas instituciones se organizan para satisfacer las demandas de cuidado de la población dependiente permite que se den dos sistemas de autonomía entre las familias y los receptores del cuidado (Marco y Rodríguez, 2010). El primero, es el de "desmercantilización", el cual está vinculado con la manera en que el Estado satisface los derechos de la población sin la participación del mercado y sin que se condicionen los mismos a la participación de las personas en el mercado laboral (Marco y Rodríguez, 2010; Sojo, 2007).

El segundo sistema, es el de "desfamiliarización" que se refiere al nivel en que el Estado contribuye a que los individuos puedan alcanzar un mayor grado de autonomía en relación de sus familias y en cuanto al manejo de sus recursos (Sojo, 2007). De acuerdo con Pautassi (2010:75) "la *desfamilizarización* indicaría el grado en que la política social o los mercados, otorgan autonomía a las mujeres para poder mercantilizarse o para establecer núcleos familiares independientes".

Por lo tanto, cuando el Estado, mercado y familia se organizan en favor del bienestar de la ciudadanía, se logran situaciones que favorecen la independencia de las personas. A pesar de, cuando participa el mercado no dejan de exteriorizar situaciones en las que la desigualdad para tener acceso a diversos servicios se hace presente. Porque la mercantilización del cuidado es un recurso utilizado por las mujeres que económicamente pueden pagar servicios para la atención de las personas dependientes (Faur, 2012).

Así, las personas con mayores recursos adquieren fácilmente servicios de cuidado y disminuyen la carga de trabajo y las repercusiones que él mismo genera; mientras que las mujeres con menos recursos económicos no pueden acceder a estos servicios, por lo que tienen mayores cargas de trabajo, lo que hace que las repercusiones del cuidado sean más evidentes (Aguirre, 2007).

En esta parte, se reconoce que el mercado ha logrado cubrir de manera importante las necesidades de algunas familias, pero también no es opción para todos. Lo que lleva a la necesidad política y social de realizar acciones que resulten accesibles para todos.

CAPÍTULO III. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

3.1 La perspectiva teórica metodológica de curso de vida y la investigación cualitativa

La perspectiva teórica metodológica de curso de vida fue seleccionada para el desarrollo de esta investigación, dado que permitió estudiar las historias de los individuos en diferentes momentos (Caballero, 2007), a través de los conceptos de trayectoria, transición y *turning point* o punto de inflexión, en los cuales se fundamenta. El desarrollo de estos conceptos y de sus principios dieron la oportunidad de conocer un amplio panorama de la vida de los sujetos de estudio (Blanco, 2011), el cual fue analizado a través de la investigación cualitativa con un método biográfico empleando las técnicas de entrevista en profundidad, el diario de campo y las narrativas testimoniales.

La selección de la perspectiva teórica metodológica de curso de vida obedeció a que facilitó cumplir con el objetivo general de: analizar las trayectorias de vida escolar y laboral que dieron lugar a que las mujeres sean cuidadoras de dos generaciones, y la manera en que este doble cuidado repercute en su estado de salud, económico, emocional y familiar.

Es importante aclarar que dicha perspectiva se nutre del método biográfico, por lo que favoreció el análisis del pasado de las mujeres cuidadoras de dos generaciones mediante los principios de desarrollo a lo largo del tiempo; y el de tiempo y lugar. Con el estudio de ambos principios se pudo reconocer si la escolaridad, participación laboral, maternidad y la socialización de las mujeres incidieron en su curso de vida para que llegaran a ser cuidadoras en el momento actual. De la misma manera, los principios del tiempo y lugar, el de vidas interconectadas y el del libre albedrío favorecieron el análisis de las repercusiones físicas, económicas, psicológicas, familiares y sociales que el doble cuidado tuvo en la vida de las mujeres cuidadoras.

La decisión de utilizar la investigación cualitativa respondió a que se consideró necesario tener un acercamiento profundo con las mujeres y sus experiencias particulares. Asimismo, el análisis de los datos cualitativos llevó implícito revelar las emociones y los sentimientos que emanaron detrás de las palabras, lo que permitió darles un significado a las vivencias de las informantes (Schettini y Cortazzo, 2015). Por lo tanto, el uso de la perspectiva teórica metodológica de curso vida y la investigación cualitativa, dieron la oportunidad de:

- Adentrarse al fenómeno de estudio, de una manera abierta, con lo que se realizó un abordaje desde diferentes matices y, a partir de ahí, se dio una interpretación a la problemática (Vasilachis de Gialdino, 2006) desde la perspectiva de las mujeres cuidadoras, relacionando su experiencia con sus sentimientos, expresiones e incluso se reconocieron nuevas perspectivas de análisis.

- Comprender la problemática desde los aspectos teóricos hasta un plano sutil, el cual emanó de las percepciones de las informantes; así como también las condiciones que les permitieron adaptarse a las diversas problemáticas (Deslauriers, 1991; Mc Cracken, 1991). Las narrativas de las mujeres cuidadoras dieron la oportunidad de conocer cómo fue su experiencia a través del cuidado a dos generaciones y la manera en que lo afrontaron.
- Analizar cómo el sujeto se construyó de acuerdo con su contexto; cómo su entorno le fue generando nuevas formas de expresión, mismas que se integraron al material de análisis sobre sus experiencias (Deslauriers, 1991; Taylor y Bogdan, 1996).
- Entender la realidad social de los fenómenos que han sido poco estudiados mediante su descripción, comprensión y explicación (Deslauriers, 1991; Taylor y Bogdan, 1996), como es el caso del doble cuidado en las mujeres.
- A través de la descripción, comprensión y explicación que mencionan Deslauriers (1991) y Taylor y Bogdan (1996) se buscó ampliar el conocimiento sobre la situación de las mujeres cuidadoras de dos generaciones, para conocer cuáles son sus necesidades presentes y futuras de acuerdo con lo expresado en sus narrativas.

3.2 Las técnicas de investigación

3.2.1 La entrevista en profundidad

La información obtenida de manera empírica resultó relevante para este trabajo científico, porque dio un panorama de la realidad social del grupo de estudio. Las repercusiones generadas por la labor del cuidado en la vida de las mujeres cuidadoras fueron significativas y variadas; porque, de acuerdo con la literatura, existen mujeres que han descrito estas tareas como algo positivo, a pesar de que su bienestar económico, físico y emocional se pudo ver afectado; mientras que otras lo ha percibido como una situación negativa, evidenciando el malestar que les ocasionó llevarlo a cabo; en ese sentido, los sentimientos que generó el cuidado, vinculados al cansancio y al estrés permanente para algunas personas fueron difíciles de expresar, sobre todo cuando había vínculos afectivos entre el cuidador y el receptor de los mismos (Agulló, 2001).

Por lo anterior, se buscó una técnica que, de manera flexible, diera la oportunidad de generar un diálogo abierto con la cuidadora, en el cual se sintiera segura para poder expresar los cambios que experimentó durante el proceso del doble cuidado, para así comprender e interpretar su experiencia, por lo que se eligió como la más adecuada la entrevista en profundidad; porque es una herramienta que permitió establecer una relación cercana con las informantes y profundizar en su vida, sin dejar de lado sus sentimientos y memorias, las cuales fueron importantes para esta investigación (Taylor y Bogdan, 1996).

Las características de la entrevista en profundidad ayudaron a analizar el curso de vida de las mujeres cuidadoras de dos generaciones y cumplir con los objetivos específicos de esta investigación:

- Conocer cómo las trayectorias de vida escolar y laboral de las mujeres cuidadoras se vincularon con los procesos sociodemográficos que dieron lugar al fenómeno del doble cuidado.
- Analizar las trayectorias de vida escolar y laboral de las mujeres cuidadoras de dos generaciones.

- Conocer la influencia que tienen los roles tradicionales de género, en las transiciones de vida escolar y laboral de las mujeres cuidadoras.
- Analizar la manera en que las condiciones emocionales, económicas y familiares influyeron para que se presentara el *turning point* (doble cuidado) en la vida de las mujeres cuidadoras.
- Analizar las repercusiones que el doble cuidado generó en la vida de las mujeres cuidadoras, en los aspectos de salud, en su estado emocional, en el ámbito económico y en sus relaciones familiares.

La entrevista en profundidad, de acuerdo con Goode y Hatt (1991), McCracken (1991) y Taylor y Bogdan (1996), no sólo es una herramienta que da a los investigadores determinada información; sino que, también representó una oportunidad de reflexión retrospectiva e introspectiva para las personas entrevistadas.

Asimismo, los autores (Goode y Hatt, 1991; McCracken, 1991 y Taylor y Bogdan, 1996), explican que, la escasez de tiempo, la privacidad y las discrepancias son algunas de las desventajas de la técnica de entrevista en profundidad; sin embargo, dentro del trabajo de campo se afrontaron de la siguiente manera:

- La literatura que aborda el tema del cuidado y los cuidadores revisada en el marco teórico, indicó que las labores de cuidado absorben la mayor parte del tiempo de las mujeres que lo realizan, por consiguiente, se reconoció como una desventaja la escasez de tiempo. En un principio se pensó en afrontarla acudiendo en varias ocasiones con la informante hasta terminar la entrevista. Sin embargo, las participantes desde el inicio de la entrevista mostraron una necesidad de ser escuchadas e incluso una habilidad para expresarse.
- Otra de las desventajas que presentan los autores, es la preocupación que los informantes tienen por su privacidad, más que por ser juzgados por ser identificados, en este caso, se pensó establecer *rapport*[25] desde los primeros encuentros con las mujeres cuidadoras, con la intención de que se sintieran seguras y confiadas al contar sus experiencias; ésta segunda desventaja no se llevó a cabo, porque las mujeres participantes expresaron situaciones y sentimientos, que sólo pueden brotar en un ambiente cómodo y seguro.
- La tercera desventaja enmarca las posibles discrepancias entre lo que dicen y hacen, porque en ocasiones, los informantes son susceptibles a producir falsificaciones, exageraciones y distorsiones que caracterizan el intercambio verbal entre cualquier tipo de personas; para poder corroborar la información, al momento de la entrevista y narrativas conmovedoras o complejas, se procedió a realizar preguntas de manera estratégica en varios momentos de la entrevista, esto de manera discreta.

Ahora bien, para poder realizar la entrevista en profundidad, fue necesario exponerles a las participantes las dimensiones de interés, aunque el orden en el que se desarrollaron en ocasiones fue distinto; esto de acuerdo con Vela (2008) dependió de las circunstancias y el desarrollo de esta. Sin embargo, se contó con el apoyo de una guía de entrevista en donde estuvieron

[25] De acuerdo con Taylor y Bogdan (1996:55) establecer un rapport con los informantes es la meta de todo investigador de campo […] el cual significa: comunicar la simpatía que se siente por los informantes y lograr que ellos lo acepten como sincero; lograr que las personas se abran y manifiesten sus sentimientos respecto del escenario y de otras personas; ser visto como una persona inobjetable.

enmarcadas las dimensiones que se abordaron y de las cuales se derivaron las categorías de análisis. Estas dimensiones permitieron que las mujeres cuidadoras dieran una respuesta abierta, la cual tomó dirección de acuerdo con su experiencia, a partir de sus respuestas surgieron nuevas categorías que fortalecieron el tema de investigación.

La guía de entrevista que sirvió como base para la entrevista en profundidad, estuvo integrada por tres apartados, un primer apartado de características sociodemográficas esto con la intención de conocer el perfil de las mujeres cuidadoras y de las personas a las que están cuidando (véase tabla 3).

Tabla 3. Perfil sociodemográfico

Dato	*Descripción*
Nombre	Seudónimo con el cual será identificada.
Edad	Número de años cumplidos.
Domicilio	Municipio de residencia.
Escolaridad	Último grado académico obtenido.
Ocupación	Actividad por la cual recibe un ingreso.
Hijos	Número de hijos, edad y ocupación.
Hermanos	Número de hermanos, edad y lugar que ocupa en la familia.
Adulto mayor	Edad, enfermedad, tiempo de padecerla y parentesco.

Fuente: elaboración propia.

En un segundo apartado, se inició con la incursión al conocimiento de la historia de vida de las mujeres, esto con base en los tres conceptos en los cuales se fundamenta la perspectiva teórico-metodológica de curso de vida (véase tabla 4) y un tercer apartado, en el cual se abordaron las repercusiones que el doble cuidado ha tenido en su vida (véase tabla 5).

A partir de estas dimensiones, como se mencionó surgieron las categorías, definidas por Strauss y Corbin (2002) como los conceptos que se derivan de los datos, a los cuales se les agrupa con la intención de identificarlos y ordenarlos. En esta investigación las dimensiones relacionadas con el curso de vida presentaron categorías específicas, como se observó en la tabla 4. Sin embargo, no ocurrió lo mismo con las dimensiones de repercusiones de salud (véase tabla 6); repercusiones emocionales (véase la tabla 7); repercusiones económicas (véase la tabla 8) y las repercusiones familiares (véase la tabla 9), de las que se derivaron las siguientes categorías.

Tabla 4. Dimensión procesos sociodemográficos

Categoría	*Descripción*
Aumento de la esperanza de vida	Conocer cómo este proceso demográfico aunado a la dependencia de las personas adultas mayores repercutió en las trayectorias de vida escolar y laboral de las mujeres cuidadoras participantes.

Continua en la siguiente página

Postergación de la maternidad	Identificar si la postergación de la maternidad es uno de los elementos que se conjugan en el doble cuidado que realizan las mujeres.
Maternidad temprana (Categoría emergente)	Surge con el reconocimiento de que un grupo de mujeres fueron madres jóvenes; esto las colocó en una situación en la cual se presentó el doble cuidado.
Disminución del número de hijos	Analizar cómo influye la disminución del número de hermanos en la sobrecarga del cuidado y la disminución del número de hijos en el cuidado hacia los mismos.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Dimensión curso de vida

Categoría	***Descripción***
Trayectoria	Hace referencia a la escolaridad y participación laboral de las mujeres.
Transición	Se enfoca en conocer si existió deserción escolar y las entradas y salidas que tuvieron las mujeres del mercado de trabajo.
Punto de inflexión o turning point	Identifica el momento actual en cual se presenta el doble cuidado para las mujeres.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Dimensión repercusiones

Categorías	***Descripción***
Repercusiones de salud	Incluye todas las enfermedades crónicas y dolores físicos que presenta la cuidadora derivados del ejercer la labor del cuidado; además de los trastornos mentales.
Repercusiones económicas	Incluye los cambios económicos que la cuidadora ha tenido a partir del doble cuidado, tanto ingresos como egresos.

Continua en la siguiente página

Repercusiones emocionales	Incluye las emociones que emanan de ejercer el cuidado y las consecuencias han traído a su vida.
Repercusiones familiares	Incluye los cambios en la relación con su pareja, hijos, hermanos y otros miembros de la familia a partir del doble cuidado.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Categoría repercusiones de salud

Subcategoría	***Descripción***
Dolores físicos	Todos los dolores físicos que se le han presentado a las mujeres a consecuencia del cuidado.
Enfermedades crónicas	Hace referencia a todas las enfermedades vinculadas con la presión de cuidar.
Trastornos mentales	Identifica si las mujeres han desarrollado depresión a causa de la sobrecarga del cuidado.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 8. Categoría repercusiones económicas

Subcategoría	***Descripción***
Gastos	Se refiere a los costos materiales que la cuidadora ha tenido que asumir a partir del doble cuidado, alimentación, vestido, higiene.
Pérdidas	Hace referencia a las actividades económicas que las mujeres cuidadoras dejaron de realizar a consecuencia del cuidado; puede ser el abandono total o parcial del empleo formal o informal.
Ingresos	Incluye los beneficios económicos que las mujeres han tenido a partir de llevar a cabo el doble cuidado. No solo el ingreso monetario sino también el acceso a una vivienda, comida, agua o luz, por mencionar algunos.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 9. Categoría repercusiones emocionales

Subcategoría	*Descripción*
Emociones reflejas	Identifica las reacciones que experimentan las mujeres cuidadoras de manera momentánea o impulsiva. Como el enojo, miedo o alegría.
Emociones reflexivas	Analiza las emociones que llevan implícitos sentimientos positivos o negativos, de larga duración; como el amor, respeto o la confianza.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 10. Categoría repercusiones familiares

Subcategoría	*Descripción*
Relación con los hermanos	Aborda la manera en que los hermanos se convierten en una fuente de apoyo o conflicto para la mujer cuidadora.
Relación la persona adulta mayor	Describe la relación actual con la persona a la que se está cuidando, no solo las emociones que le genera sino el tipo de relación que han desarrollado a partir de la enfermedad.
Relación de pareja	Incluye todos los cambios que se han dado en la relación de pareja de las mujeres cuidadoras a partir del doble cuidado.
Percepción de los hijos sobre el cuidado	Analiza cuál es la visión que los hijos de las mujeres cuidadoras tienen sobre el cuidado que ellas realizan.

Fuente: elaboración propia.

3.2.2 El diario de campo

Esta técnica permite registrar información generada en el levantamiento de los datos como actitudes, emociones o alguna situación que no es fácil identificar en el audio; además en el queda plasmada la experiencia del investigador en donde se expresan las emociones sentidas que lleva implícita la vinculación con los informantes y que al revisarlo dan la oportunidad de reconocer "sesgos personales, situaciones o vivencias que pueden, de una u otra forma, incidir en el mismo" (Ameigeiras, 2006:136). El mismo autor señala que en este instrumento queda plasmado lo que siente, piensa y vive el investigador durante el trabajo de campo, y que es de esta forma como se da construcción social del conocimiento.

En ese mismo orden de ideas, Hernández, Fernández y Baptista (2010), recomiendan observar y anotar en un diario de campo o bitácora; al cual describen como un diario personal en donde

el investigador toma nota de todas las condiciones que considera son importantes para el análisis de las narrativas. No obstante, cuando se iniciaron las primeras entrevistas y con ellas las anotaciones puntuales, se observó que las entrevistadas mostraban cierto interés por conocer lo que se escribía sobre ellas, de modo que, se optó por audio grabar, las situaciones observadas, al terminar la entrevista.

3.2.3 Narrativas testimoniales

Otra de las técnicas que se realizó en la investigación fueron las narrativas testimoniales, las cuales tuvieron como objetivo ver la realidad de las participantes en un contexto diferente al que se desarrolló durante la entrevista en profundidad, es decir, que se buscó otra perspectiva de la realidad que diera la oportunidad de conocer cómo viven y sienten las participantes (Martínez, 2004).

En las narrativas testimoniales las personas expresan lo que hacen y sienten sobre determinado suceso, así como las consecuencias del mismo; esta técnica toma relevancia por la dimensión emotiva, pero a la vez compleja en la que se lleva a cabo (Bolívar y otros, 1998 citado en Hornillo y Sarasola, 2003). Es importante resaltar que las narrativas testimoniales hacen abordan un tema específico (Blanco, 2011).

En ese sentido, las narrativas testimoniales que permitieron sustentar la información recabada en las entrevistas a profundidad se realizaron en los grupos de apoyo para cuidadores de la Asociación de Alzheimer, estas sesiones son en diversos puntos de la zona conurbada una vez al mes y durante éstas las participantes expresan entre otras cosas cómo se sienten respecto al cuidado de su familiar y las repercusiones que el mismo ha tenido en su vida.

3.3 Selección de los participantes

Para cumplir con lo descrito en párrafos anteriores, fue necesario contar con la experiencia de vida de un grupo de mujeres cuidadoras de dos generaciones, quienes fueron las participantes y parte medular de la investigación, ya que, sin sus testimonios de vida el estudio y análisis de los datos no hubiera podido llevarse a cabo.

El rasgo principal fue incluir en la muestra a mujeres que estuvieran cuidando de forma informal y simultánea a niños y adultos mayores, por lo que la muestra fue intencional, pero para su selección se tomaron en cuenta una serie de características específicas que debían cubrir las mujeres participantes, conocidas como criterios de inclusión; de manera inicial, dichas especificaciones, fueron definidas de acuerdo con la teoría y los objetivos de la investigación, pero conforme se iniciaron los primeros acercamientos al trabajo empírico, éstas se fueron modificando, estos cambios se explican a continuación:

De manera inicial, y con los criterios elaborados de manera teórica, se optó por acudir al Hospital Universitario y al Hospital Metropolitano, donde se abordó a las mujeres que iban acompañadas de algún niño o adulto mayor, a quienes se les invitó a participar en la investigación. Sin embargo, la dependencia que los adultos mayores presentaban era mínima; por lo tanto, se infirió que las implicaciones del doble cuidado también lo serían. Y se decidió el siguiente criterio de inclusión: ***mujeres que al momento actual estuvieran cuidando a niños menores de 14 años y adultos mayores de 60 años con dependencia de moderada a severa.***

Este criterio hizo que se decidiera acudir a los grupos de autoayuda para cuidadores que dirige la Asociación de Alzheimer en diversos municipios de la zona conurbada de Monterrey, Nuevo León, porque el grado de dependencia que presentan las personas diagnosticadas con Alzheimer

es de moderado a severo. Asimismo, como miembro activo de los grupos, se logró identificar que el tiempo que las mujeres llevan realizando labores de cuidado influye en las repercusiones del mismo, por lo que se tomó a consideración incluir a: ***mujeres que lleven seis meses o más como cuidadoras de niños menores de 14 años y adultos mayores de 60 años.***

La cohabitación es otro de los elementos que influyen en la sobrecarga del cuidado, por tanto en un principio se buscó que ambas generaciones vivieran con las mujeres participantes del estudio, porque se pensaba en mujeres que serían madres de los menores de 14 años e hijas o nueras de los adultos mayores; pero conforme avanzó el trabajo empírico se identificó a tres mujeres que, aunque no pasaban la noche con alguna de las generaciones, realizaban cuidados importantes para ellos, por lo que, sus casos eran importantes para el estudio, esta situación llevó a modificar el criterio, quedando de la siguiente manera: ***mujeres que vivan con una generación demandante de cuidado y realicen cuidados a otra durante más de diez horas al día.***

De la misma manera que existieron los criterios de inclusión, se contó con criterios de exclusión, entre los que se integraron los siguientes:

El cuidado informal que realizan las mujeres participantes se desprende de un vínculo afectivo, el cual puede derivarse de un parentesco consanguíneo o no con ambas generaciones, por lo que fueron excluidas de la presente investigación ***mujeres que trabajan realizando labores de cuidados a niños y adultos mayores de manera simultánea y que reciben una retribución económica por el mismo, porque éstas constituyen cuidadoras formales. Y quedaron excluidas porque su característica.***

Otro de los objetivos de la presente investigación fue reconocer cómo el proceso de envejecimiento actual influye en las labores de cuidado que realizan las mujeres a generaciones distintas, por lo que tampoco se integraron a la presente investigación ***mujeres que estuvieran cuidando niños y adultos mayores, pero que éstos últimos, pertenecieran a su misma generación.***

Una vez que quedaron definidos los criterios de inclusión y exclusión, se inició el proceso de selección de la muestra, el cual se explica a continuación.

3.4 Viabilidad en el acceso al campo

Localizar a las mujeres participantes del presente estudio resultó ser un reto, derivado de las características particulares que se tuvieron que considerar. Asimismo, fue importante establecer un primer acercamiento a través de alguna institución o grupo de apoyo, la cual permitió generar un primer contacto con las mujeres cuidadoras.

Como ya se mencionó, en primera instancia se decidió acudir al Hospital Universitario y al Hospital Metropolitano; posteriormente se tuvo como segundo acercamiento al trabajo empírico participar en los grupos de autoayuda para cuidadores de la Asociación de Alzheimer, así en los meses de junio del 2017 hasta noviembre del 2017, se acudió a cuatro de los nueve grupos de apoyo que tiene la asociación.

En estos grupos se tuvo como porteros al Dr. Raúl Gutiérrez, encargado de dos grupos, uno en el área de Medicina Familiar del Hospital Universitario y otro en la Casa del Abuelo; a la Dra. Magda Garza, encargada del grupo en el área de Servicios Médicos del Hospital Universitario y a la Lic. Elsa Laura Cantú, encargada de los grupos ubicados en el Hospital San José y en el IMSS Clínica No. 31.

Dentro de los grupos de autoayuda se consiguió identificar a cuatro mujeres cuidadoras y se logró establecer una relación de confianza previa a la invitación para participar en la investigación. De esas cuatro mujeres, una de ellas accedió de manera inicial, pero por falta de tiempo de la participante, no pudo llevarse a cabo la entrevista.

Aunque de los grupos se obtuvo un número considerable de participantes fue necesario ampliar la muestra, de manera que, se tomó la decisión de realizar un póster, el cual se pudo compartir a través de redes sociales y así captar una mayor cantidad de participantes. La razón por la cual se utilizó este medio fue porque en las primeras aproximaciones a las mujeres, resultó relevante el vínculo de confianza, que ofrecían los porteros, quienes en la mayoría de los casos fueron conocidos.

Y así fue como por medio de las redes sociales y otros cinco porteros, se pudo contactar a ocho mujeres, de las cuales sólo accedieron a participar seis (véase tabla 11). Una vez que se tuvo contacto con las mujeres participantes se confirmó con ellas el cumplimiento de los criterios de inclusión y se les invitó a participar en la investigación. Es importante resaltar que todas accedieron de manera inmediata; sin ningún problema se acordó el día, lugar y la hora.

Tabla 11. Relación de porteros y participantes

Porteros	Participantes
Dr. Raúl Gutiérrez Asociación de Alzheimer	Margarita Cala
Lic. Elsa Laura Cantú Asociación de Alzheimer	Alelí
Redes Sociales	Jazmín Begonia Acacia Iris Lila Amber

Fuente: elaboración propia.

La primera parte de las entrevistas se realizó entre los meses de septiembre y noviembre del 2017, en diferentes puntos de la zona conurbada de Monterrey, con una duración promedio de 2:30 horas (véase tabla 12). Al momento de la transcripción de las entrevistas y de la categorización se identificó que en algunas entrevistas había aspectos que a pesar de haber sido abordados no quedaban del todo claro, por lo que se buscó a algunas de las participantes para una segunda entrevista[26].

Conforme se avanzó en las entrevistas en profundidad y en la transcripción de las mismas, se identificó que la experiencia de las mujeres sobre el doble cuidado era semejante, con lo que se logró una saturación de las principales categorías. No obstante, se eligió realizar un mayor número de entrevistas que pudieran dar un mejor sustento empírico a la investigación y así

[26] Las participantes que tuvieron una segunda entrevista fueron Margarita, Lila y Amber.

cumplir con el criterio que establece Morse (1994: 225 citado en Madrid, Mendoza y Ribeiro, 2016:55) sobre un mínimo de seis participantes. Una vez concluido el proceso, se establecieron las principales características de la muestra, la cual quedó integrada por nueve mujeres.

Tabla. 12. Información general de las entrevistas

Participante	Fecha de entrevista	Lugar	Duración
Margarita	11 de septiembre	Área de Medicina Familiar, HU	2:07
Alelí	29 de septiembre	Domicilio de la participante	2:20
Jazmín	2 de octubre	Starbucks Universidad	1:48
Begonia	10 de octubre	Restaurante Vips Universidad	1:46
Acacia	11 de octubre	Toks Guadalupe	2:40
Iris	12 de octubre	Domicilio de la participante	1:59
Cala	13 de octubre	Domicilio de la participante	3:12
Lila	3 de noviembre	Domicilio de la participante	1:57
Amber	4 de noviembre	Nevería “La Sultana” San Nicolás	1:52

Fuente: elaboración propia.

3.4.1 Consideraciones éticas

La ética es un principio fundamental en la vida personal y académica de las personas que participan en esta investigación. Por lo tanto, fue importante hacer uso de los principales principios éticos que plantean las ciencias sociales para el adecuado funcionamiento del proceso, con la intención de garantizar la integridad de las participantes y generar confianza en las mismas; una vez que se tuvo el contacto con las primeras mujeres informantes se procedió a explicarles que se haría uso de tres aspectos éticos que menciona el autor Christians (2011):

- El consentimiento informado. Es una herramienta en la que se explica de manera puntual el fin académico de conocer las repercusiones que el doble cuidado ha tenido en la vida de las mujeres cuidadoras y la importancia de su participación en las entrevistas, mismo al que se le agregará que, para fines prácticos, las entrevistas siempre serán audio grabadas (véase anexo 4).
- La privacidad y confidencialidad. Mantener la privacidad de las mujeres a través del anonimato es uno de los principios éticos, por lo que en todos los casos se utilizó el uso de un seudónimo. Así como también, la información de carácter personal que pudiera identificar a las mujeres por personas allegadas fue manejada con discreción, por lo que se omitieron los nombres de empresas, lugares de trabajo o colonias.
- La fidelidad. Otro de los principios básicos del trabajo de campo es la recolección e interpretación de información veraz, que represente la vida de las mujeres cuidadoras,

independientemente del tipo de cambios que el cuidado lleva implícitos. Por lo tanto, al momento del análisis de la información se procedió a regresar con las informantes para validar si la interpretación que se le dio a los datos transmite la realidad de las mujeres.

3.5 Ventajas y limitaciones del estudio

Una de las principales ventajas del presente estudio fue que se reconoció que, una problemática que al principio parecía incipiente resultó ser más común de lo que se pensaba. Con lo anterior, se pudo registrar cómo están influyendo los procesos demográficos en la vida de las mujeres y sus familias. Asimismo, se identificaron las carencias en política social respecto al cuidado de niños y adultos mayores y la manera en que cierto grupo de mujeres continúa vulnerable, derivado de su condición económica y social.

3.6 Análisis de la información

De acuerdo con Vasilachis de Gialdino (2006) existe un camino riguroso y pautado para el análisis y la interpretación desde que se recogen los primeros datos. Lo anterior admite que la "recolección, grabado, transcripción, lectura, codificación […] se debe dar en secuencia ininterrumpida y recurrente …" (Creswell, 1998 citado por Mendizábal, 2006:89). Proceso que fue tomado en cuenta para el análisis de la información de esta investigación, por lo que al término de cada entrevista se procedió a realizar la transcripción, lectura y codificación que permitieron, ir abriendo y cerrando categorías de análisis; las cuales fueron elaboradas de acuerdo con los objetivos de esta (véase tabla 13).

Tabla 13. Objetivos de investigación y su relación con las categorías de análisis

Objetivo	*Categorías*
Conocer cómo las trayectorias de vida escolar y laboral de las mujeres cuidadoras se vincularon con los procesos sociodemográficos que dieron lugar al fenómeno del doble cuidado.	• Aumento de la esperanza de vida • Postergación de la maternidad • Maternidad temprana • Disminución del número de hijos
Analizar las trayectorias de vida escolar y laboral de las mujeres cuidadoras de dos generaciones.	• Trayectoria escolar • Trayectoria laboral
Conocer la influencia que tienen los roles tradicionales de género, en las transiciones de vida escolar y laboral de las mujeres cuidadoras.	• Transición escolar • Transición laboral
Analizar la manera en que las condiciones emocionales, económicas y familiares influyeron para que se presentara el *turning point* (doble cuidado) en la vida de las mujeres cuidadoras.	• Punto de inflexión o turning point
Analizar las repercusiones que el doble cuidado generó en la vida de las mujeres cuidadoras, en los aspectos de salud, en su estado emocional, en el ámbito económico y en sus relaciones familiares.	• Repercusiones de salud • Repercusiones emocionales • Repercusiones económicas • Repercusiones familiares

Fuente: elaboración propia.

Para cumplir con lo expuesto anteriormente se hizo uso en primera instancia de las herramientas tradicionales, y de manera posterior se usaron las herramientas tecnológicas que favorecen al investigador en el procesamiento de los datos, específicamente del programa *Maxqda.* Dicho programa permitió identificar de manera rápida las diversas categorías de análisis y agruparlas por temas, las cuales se presentan a continuación:

Tabla 14. Categorías y subcategorías empíricas de la dimensión de procesos sociodemográficos

Categoría	***Subcategoría***	***Resultados***
Aumento de la esperanza de vida	Edad de las personas adultas mayores	Grupo de entre 60 y 69 años.
		Grupo de entre 70 y 79 años.
		Grupo de 80 años y más.
La postergación de la maternidad	Ruptura en la secuencia de roles tradicionales.	Mujeres que dieron prioridad a su vida profesional que a su maternidad.
	Disociación entre la sexualidad y la maternidad.	Mujeres que deciden esperar para tener a su primer hijo.
La maternidad temprana	Madres adolescentes	Mujeres que fueron madres en esta etapa.
	Madres jóvenes	Mujeres que fueron madres después de los 19 años.
La disminución del número de hijos	Mujeres hijas únicas	Mujeres sin hermanos, pero con un mayor número de hijos.
	Mujeres madres de un hijo	Mujeres con hermanos, pero solo con un hijo.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados.

Tabla 15. Categorías y subcategorías empíricas de la dimensión curso de vida

Categoría	*Subcategoría*	*Resultados*
Trayectoria escolar	Continua	Mujeres que tienen una carrera profesional u otro grado.
	Discontinua	Mujeres que no concluyeron algún nivel educativo.
Transición escolar	Deserción escolar	Mujeres que abandonaron su educación por motivos económicos.
		Mujeres que abandonaron su educación por el cuidado de sus padres o hijos.
Trayectoria laboral	Continua	Mujeres que no han interrumpido su vida laboral.
	De ajuste	Mujeres que cambiaron de empleo o horario.
	De ruptura	Mujeres que abandonaron el mercado de trabajo.
Transiciones laborales	De ajuste	Por el cuidado de los hijos.
		Por el cuidado de los padres.
		Por su relación pareja.
Turning point o doble cuidado a quién cuidan las mujeres	Cuidados para la generación posterior	Mujeres con niños en etapa inicial.
		Mujeres con niños en etapa de consolidación.
		Mujeres con niños en etapa de expansión.
	Cuidados para la generación anterior	Personas adultas mayores con enfermedades crónicas.
		Personas adultas mayores con la enfermedad del Alzheimer.
		Personas adultas mayores con deterioro físico.
Turning point cómo llega el doble cuidado	Relación con las generaciones	Madres que cuidan a sus madres o abuelos.
		Mujeres que cuidan a sus padres y sobrinos o nietos.
	Motivos del cuidado	Cohabitación con la persona adulta mayor.
		Disponibilidad comparada con otros miembros de la familia.
		La decisión de cuidar.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados.

Tabla 16. Categorías y subcategorías empíricas de la dimensión de repercusiones

Categoría	*Subcategoría*	*Resultados*
Repercusiones de salud	Dolores físicos	Dolor de cadera Lesiones en los brazos.
	Enfermedades crónicas	Estrés (dolores dorsales, trastornos en el sueño, alopecia y mareos.
	Trastornos mentales	Depresión
Repercusiones emocionales	Reflejas	Desesperación Enojo Tristeza
	Reflexivas	Agradecimiento Miedo Soledad Culpa
Repercusiones económicas	Repercusiones directas	Gastos provenientes de la persona adulta mayor
	Repercusiones indirectas	Pérdidas, abandono del mercado de trabajo.
	Ingresos	Provenientes de la persona adulta mayor Provenientes de la pareja e hijos.
Repercusiones familiares	Relación con los hermanos	Relaciones solidarias Relaciones no solidarias
	Relación con la persona adulta mayor	Relaciones ambivalentes
	Relación con la pareja	Relaciones ambivalentes
	Percepción de los hijos ante el cuidado	Relaciones de apoyo

Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

3.7 Cristalización

La cristalización es un proceso utilizado en la investigación cualitativa que permite evaluar la calidad y el rigor de los datos de una manera más acorde a la realidad social y a las características de dicha investigación, esto a través de la evidencia (Moral, 2006; Moral, 2016). La evidencia que recupera la metodología cualitativa es diferente a la que se extrae de la metodología cuantitativa, esto ha ocasionado una crisis de confianza por la carencia de datos duros que la avalen (Moral, 2016). A pesar de lo anterior, Morse (2006 citado en Moral, 2016) explica que "la evidencia cualitativa es producida, construida y representada por los sujetos que participan en la investigación".

Por tanto, la veracidad y la calidad de dicha investigación es indispensable y para garantizarla se han utilizado criterios como la triangulación y la cristalización; el objetivo de ambas es sostener la credibilidad de los datos, a través de la certeza y precisión en los mismos; siempre partiendo de los criterios que Guba y Lincoln (1985 citados en Mendizábal, 2006) definieron como: credibilidad, transferibilidad, seguridad/auditabilidad, confirmabilidad.

Como se mencionó, el rigor científico en toda investigación es indispensable porque certifica la calidad y la confiabilidad de los datos que resultaron de esta investigación. De manera tradicional en la investigación cualitativa se ha utilizado la triangulación la cual es definida por Flick (2014:67) como "… la combinación de diferentes clases de datos sobre el fondo de las perspectivas teóricas que se aplican a ellos […] que permite un excedente importante de conocimiento en diferentes niveles". Asimismo, Betrián, Galitó, García, Monclús y Macarulla (2015:6) explican que "la triangulación es un procedimiento de control implementado para garantizar la confiabilidad entre los resultados de cualquier investigación".

Además, algunos autores explican que la validez en la investigación cualitativa debería de girar en torno a un cristal y no al triángulo, porque lo que surge en el trabajo empírico es como un cristal que "crece, cambia y se modifica […] creando diferentes colores, patrones y escalas que llevan a diversas direcciones" (Richardson, 2000:934 citado en Denzin y Lincoln, 2011).

En ese sentido, el objetivo de la cristalización es exponer la realidad de los participantes sin aludir a una evocación o interpretación sesgada; no pretende buscar ambigüedades ni múltiples interpretaciones sobre el mismo hecho, sino nutrirlo con el conocimiento de diversas perspectivas, posiciones y autoridades; busca una reflexión a través de los participantes, el investigador y los expertos (Moral, 2016). Por lo anterior, se consideró que de forma particular en esta investigación la cristalización fue el método más adecuado para asegurar la calidad de los datos, porque da la oportunidad de analizar un mismo hecho desde diferentes perspectivas y reconocerlo desde distintos ámbitos, ya que, no existe un mejor análisis de los acontecimientos, sino que cada uno refleja una situación distinta e invaluable (Moral, 2006).

Así, en esta investigación la cristalización se obtuvo en primer lugar, mediante la técnica de entrevista a profundidad, que permitió conocer y analizar la situación de las mujeres cuidadoras participantes a través de las principales categorías; su interpretación dio una perspectiva amplia y sólida del problema; en segundo lugar, como otra de las miradas estuvo la técnica del diario de campo, ésta se llevó a cabo de manera simultánea con las entrevistas a profundidad, y proporcionó una mirada rápida al problema de estudio, a las vivencias y las emociones que experimentaron las participantes durante la entrevista; estas técnicas se compaginaron durante el análisis, donde se corroboró los sentimientos y el contexto de las narrativas, brindando de alguna manera dos miradas que fueron enriqueciendo y validando la información.

Una tercera observación se realizó con las narrativas testimoniales, en las cuales las mujeres compartieron sus experiencias de vida como cuidadoras en los grupos de apoyo de la Asociación de Alzheimer. Escuchar a las mujeres en otros espacios permitió confirmar sus emociones, sentimientos y vivencias sobre la práctica que ellas realizaron. Estas tres técnicas proporcionaron diversos matices, ya que el contexto de expresión, aunque fue variado siempre llevó a los mismos resultados.

La revisión de la literatura fue la cuarta técnica, y ésta ofreció una mirada que sustentó la información recogida durante el trabajo de campo, con la realidad de las mujeres cuidadoras en otros contextos, tanto nacionales como extranjeros; lo anterior, dio cuenta de las similitudes que hay en torno al cuidado y las cuidadoras.

Estas cuatro técnicas permitieron lograr evidencia sobre la veracidad de los datos que se recolectaron y con esto la cristalización, porque la información se logró observar bajo distintas miradas que dieron la oportunidad de percibir un mayor número de situaciones y emociones que desde otras técnicas pueden pasar desapercibidas.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LOS DATOS

4.1 Los procesos sociodemográficos y su influencia en el doble cuidado

Para contextualizar el tema del doble cuidado, se inició con *la dimensión de los procesos sociodemográficos*, en el cual se explicaron las *categorías* de: el aumento de la esperanza de vida, la postergación de la maternidad y la disminución del número de hijos, que de acuerdo con la literatura han llevado a las mujeres a ser cuidadoras de dos generaciones; no obstante, en el trabajo empírico surgió la *categoría emergente* de maternidad temprana o adolescente, ya que, se encontraron casos en los cuales este doble cuidado se presentó debido a esta condición, por lo que se incluyó al análisis. Vincular estás categorías con las características de las mujeres participantes y sus familias, permitió identificar los cambios que tuvieron las familias y conocer los rasgos de las mujeres cuidadoras al momento actual; con lo que se realizó un análisis holístico.

4.1.1 El aumento de la esperanza de vida

"Le pregunto que, por qué llora, ella me dice: no hija ya no me hagas caso, es la vejez […] es triste llegar a vieja, hija, me duelen mis manos" Iris

El envejecimiento es el fenómeno demográfico en el cual la población presenta un incremento de personas mayores de 60 años, derivado del aumento de la esperanza de vida; en la etapa de la vejez, en las personas el proceso de deterioro natural, físico, psicológico e incluso emocional se acentúa, por lo que, inicia una demanda de cuidado y atención en menor o mayor medida.

De manera particular, el interés de esta investigación estuvo centrado en el cuidado que las mujeres realizan para la población de personas adultas mayores dependientes, ya que, uno de los criterios de inclusión fue que las mujeres al momento de la entrevista estuvieran cuidando a una generación anterior. De manera inicial se pensó en los padres o suegros de 60 años o más de las mujeres cuidadoras entrevistadas; sin embargo, en el trabajo empírico se encontraron casos de mujeres que cuidaban a sus abuelos.

Los cuidados que requieren las personas adultas mayores son heterogéneos, así como la edad en la que se presenta la dependencia, esto se observó en el grupo de personas adultas mayores que integra la generación anterior, el cual osciló entre los 64 y 98 años, con un promedio de 77 años, el cual superó a los 75.2 años de esperanza de vida en México (INEGI, 2015). Asimismo, aunque el promedio de edad no es elevado, sí es mayor a los 63 años de esperanza de vida saludable (Secretaría de Salud, 2015); otro dato relevante fue que en este grupo fueron cuidados, 8 mujeres y 4 hombres (véase tabla 14), esta tendencia sobresale en la literatura que aborda el tema de la feminización en la vejez.

Cabe resaltar que, si bien las enfermedades son diversas hubo 4 casos de 12 con padecimiento de demencia, en éstos la edad de las personas diagnosticas fue variada; por ejemplo, la madre de Alelí tuvo un Alzheimer prematuro, porque éste se le presentó antes de los 65 años, contrario

a la edad de la madre de Margarita quién fue diagnosticada casi a los 80 años; sin embargo, en la mayoría de las personas adultas mayores, la edad y sus padecimientos no fueron similares.

Sin embargo, el objetivo de esta categoría fue reconocer cómo la dependencia de las personas adultas mayores incide en las trayectorias de vida escolar y laboral de las mujeres cuidadoras participantes, derivado de que la enfermedad de éstos se presentó en algunos casos de manera prematura (entre los 60 y 69 años) y en otros a edad avanzada (después de los 80 años). Por lo anterior, se consideró necesario ubicar a las personas adultas mayores en este apartado de acuerdo en subcategorías acordes a tres grupos de edad.

4.1.1.1 La dependencia y el cuidado de las personas adultas mayores de 60 a 69 años

En esta etapa se encuentra el grueso de la población de personas adultas mayores en México representado por 55.1% entre las principales enfermedades de este grupo se encuentra la hipertensión la cual requiere ciertos cuidados, pero no impide a las personas que la padecen realizar ABVD ni AIVD (Gobierno de la República, 2015).No obstante, las enfermedades de las personas adultas mayores que fueron cuidadas por las participantes sí requerían cuidados básicos por el tipo de enfermedad que padecían.

La persona adulta mayor más joven fue la madre de Alelí con 65 años y diagnosticada con la enfermedad del Alzheimer, la cual entre en el grupo de las demencias; dicha enfermedad según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) solamente se presenta en 3.9% de las personas en esta edad; y aunque la persona físicamente se encuentra bien, no pueden realizar actividades básicas como quedarse solos en casa o preparar alimentos sin supervisión, por lo que se considera una enfermedad que genera discapacidad y por tanto, atención y cuidados especiales (Gobierno de la República, 2015).

La madre de Amber también es considerada una persona adulta mayor joven ella contaba con 67 años y padeció insuficiencia renal, por lo que requería de diálisis; y una serie de cuidados específicos, a causa de la limpieza que el proceso requiere y de la continuidad del mismo, que impiden a la cuidadora ausentarse.

En este grupo, por último, estuvo la madre de Begoña[27], de 69 años que padeció osteoartritis, esta enfermedad le permitió hacer su vida normal, sin embargo, ella presentaba síntomas depresivos que le impedían a la persona adulta mayor ser un apoyo para Begoña en el cuidado de su padre.

4.1.1.2 La dependencia y el cuidado de las personas adultas mayores de 70 a 79 años

Este grupo de personas adultas mayores constituye en México 29.8% de la población mayor de 60 años (Gobierno de la República, 2015). Aunque el porcentaje disminuye, las enfermedades y los padecimientos en algunas personas adultas mayores aumentan y en algunos casos, una persona padeció varias enfermedades de forma simultánea.

En ese orden de ideas, estuvo Lila, quien cuidaba a su madre de 74 años, diabética y que presentó deterioro físico, ella tenía problemas para sostenerse y mantener el equilibrio, esta situación hizo que tuviera caídas recurrentes, por lo que tuvo que usar silla de ruedas, y no podía realizar ninguna actividad básica de la vida diaria, ya que quería ayuda para ejecutar cualquier actividad.

---

[27] El cuidado principal que realizaba Begoña como se verá más adelante era para su padre; sin embargo, se incluye a su madre porque ella se consideró cuidadora de los dos, derivado de las necesidades emocionales que su madre demandaba.

La diabetes es una enfermedad frecuente 25.1% de las personas entre 70 y 79 años la padecen, razón por la cual no se considera extraño que esté presente en las personas adultas mayores que fueron cuidadas; no obstante, no sucede los mismo con la embolia enfermedad que solo afecta al 4.1% del mismo grupo (Gobierno de la República, 2015), y que fue enfrentada por dos de las personas que pertenecían a la generación posterior.

El siguiente caso fue el Amber[28], su padre al momento de la entrevista tenía 72 años y le habían dado dos embolias cerebrales, además de que era diabético. Derivado de éstas, necesitaba apoyo para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria, por lo que su dependencia era severa.

Otra de las participantes fue Begoña, ella cuidaba a su padre de 78 años quien tuvo una embolia y no lograba realizar por sí mismo actividades básicas de la vida diaria, a pesar de lo anterior, la complicación se agudizo por la abstinencia de su padre al alcohol, ésta hizo que se le presentaran alucinaciones y que el padre se tuviera conductas violentas.

4.1.1.3 La dependencia y el cuidado de las personas adultas mayores de 80 años y más

En México con todo y los avances en la salud y medicina preventiva solo 15.1% de la población de personas adultas mayores sobrepasa los 80 años (Gobierno de la República, 2015). Sin embargo, en este grupo fue el más numeroso en cuanto a las personas que fueron cuidadas por las participantes.

Así, estuvo el caso de Jazmín quien cuidaba a su padre de 84 años quien padeció arteriosclerosis una enfermedad cardiaca que se caracteriza por el endurecimiento de las arterias, y a su madre de 80 años que fue diagnosticada con la enfermedad del Alzheimer, ambos padecimientos requerían de cuidados, sin embargo, como se mencionó los que demanda la enfermedad del Alzheimer fueron los que generaron una mayor carga de trabajo físico y emocional.

Margarita también cuidaba a su madre de 83 años diagnosticada con Alzheimer; Además, se contó con el caso de Cala, ella cuidaba a su madre de 83 años, enferma de diabetes y síntomas depresivos, estos últimos ocasionaban que la persona adulta mayor no quisiera estar sola en su casa, que necesitara motivación para realizar actividades básicas como comer y bañarse.

En este grupo, se encuentran las mujeres cuidadoras de sus abuelos; en ese orden de ideas, estuvo Acacia quien atendió a su abuelo de 83 años, quien a partir del fallecimiento de su esposa presentó síntomas depresivos y deterioro físico y cognitivo; por lo anterior, el señor requirió ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Iris fue otra de las mujeres que cuido a su abuela de 98 años, y ella contó "*gracias a Dios que la abuela no está enferma, ella no toma medicamentos, estoy más enferma yo"* (Iris), aunque la persona adulta mayor no estuvo enferma requería de vigilancia para realizar actividades básicas de la vida diaria, ella podía ir al baño pero requirió de ayuda para asearse; comía sola pero ya no lograba cocinar por si misma; por tanto, siempre necesitaba estar acompañada.

Como se apreció en las *subcategorías* anteriores, la edad no fue una condición para que las personas adultas mayores presentaran algún tipo de dependencia (Querejeta, 2004); sin embargo, el que ésta se presente de manera temprana, aumenta las probabilidades de que algunas mujeres sean cuidadoras de dos generaciones, porque es posible que los hijos de las mujeres aún sean menores cuando se inicie este proceso de dependencia funcional de la persona adulta mayor

[28] Cuidadora de ambos padres.

(Duxbury y Higgins, 2013; Pierret, 2006). En ese sentido, las personas adultas mayores no tienen que tener determinada edad para que ser dependientes.

La premisa anterior, puede variar de acuerdo con el contexto y la edad en la que las mujeres fueron madres, por lo que, se consideró que un proceso sociodemográfico que incidió en el doble cuidado fue la *categoría* de postergación de la maternidad, misma que se analizó a continuación.

4.1.2 La postergación de la maternidad

La postergación de la maternidad es un hecho sociodemográfico que se asocia al aumento de la escolaridad de las mujeres y a la incorporación de las mismas al mercado de trabajo, en el entendido de que, las mujeres con mayor instrucción tienen conocimiento y acceso a diferentes métodos anticonceptivos, a la vez que le otorgan un significado distinto a la maternidad, pero sobre todo porque la secuencia de escuela, matrimonio e hijos deja de ser un patrón socialmente establecido en su ciclo de vida (Montilva, 2008).

Por lo anterior, conforme a lo descrito por la literatura, la cual define al doble cuidado como aquel que se brinda a una generación anterior y posterior en etapas centrales de la vida; se planteó que la postergación de la maternidad podría ser una condición para el doble cuidado, por lo que, se pensó en mujeres que tuvieron hijos al término de su educación superior, aproximadamente después de los 24 años, no obstante, cada historia de vida es distinta, y se pudieron apreciar dos *subcategorías*, la primera fue la ruptura en la secuencia de roles tradicionales y la segunda de la disociación entre la sexualidad y la maternidad. Ambas se analizan en los siguientes apartados.

4.1.2.1 Ruptura en la secuencia de roles tradicionales

En primera instancia, se describieron los casos de Acacia, Iris, Jazmín y Margarita. Acacia fue una de las participantes del estudio que coincidió con la premisa de Montilva (2008) porque tenía una mayor escolaridad y cambiaron la línea tradicional de escuela, matrimonio e hijos; esto derivado además de su incursión al mercado de trabajo. Ella postergó su maternidad hasta los 36 años, y contó en la entrevista: *yo me divertí mucho, pasee mucho, mi abuelita me dijo: oye mi hijita y ¿para cuándo te casas?" y yo espérame, espérame que me la estoy pasando bien padre y bueno tuve a mi hijo a los 36 años (Acacia).*

En segundo lugar, estuvo el caso de Iris, ella fue madre a los 26 años, además ella cambió la trayectoria tradicional de: escuela, matrimonio e hijos, por la de: escuela, empleo e hijos; cuando decidió ser madre sin tener una pareja.

El caso de Jazmín fue particular, porque ella cuidada a su sobrina, hija de su hermana que sí postergó su maternidad, cuando Jazmín se enteró que iba a ser tía, trabajaba en Francia, ella narró lo siguiente: *"mi hermana se casó grande, pero tardó mucho tiempo en embarazarse entonces claro que sí me hacía ilusión regresar para ver a la bebé".* Además, Jazmín explicó que le hubiera gustado ser madre y que sentía un arrepentimiento porque no tomó la decisión en el momento preciso. No obstante, de manera tradicional existían hace algunos años prejuicios morales que influían en la toma de decisiones de las mujeres, independientemente de si trabajaban o no, estas reglas implícitas llevaron a Jazmín a sentir miedo y rechazo por parte de su familia si expresaba su deseo de ser madre soltera, con sus palabras, expresó: "*Me arrepiento sí, pero yo creo que por algo pasan las cosas […]soy de una generación un poquito anterior, ahorita pues se embarazan y no hay ningún problema, mi generación todavía hubo mucho prejuicio […]"*

El último caso de esta subcategoría fue el de Margarita, ella igual que Acacia, Iris y Jazmín cambio su secuencia de roles por la de: trabajo, matrimonio e hijos, su narrativa tomó relevancia porque su madre la tuvo a edad avanzada, ella es la menor de once hermanos[29]. Esto, aunado a la postergación de la maternidad repercutió en el doble cuidado, porque la madre de Margarita tenía más de cuarenta años cuando ella nació, así la participante, expresó durante la entrevista: *"yo no lo tuve tan grande a los 44 años, como mi mamá, pero ya tengo 38 y mi hijo va a cumplir 5 añitos apenas".*

En los casos mencionados, estuvo presente la postergación de la maternidad por motivos relacionados a la ruptura en los roles tradiciones de género que se derivó en parte de su nivel de escolaridad y su incursión al mercado de trabajo. El quiebre de los roles establecidos socialmente permitió observar que la trayectoria de vida de estas mujeres se estaba fortaleciendo porque le estaban dando prioridad a su vida profesional; no obstante, ésta se fragilizó, como se aprecia en apartados posteriores, cuando surgió el cuidado de la persona adulta mayor.

4.1.2.2 Disociación entre la sexualidad y la maternidad

Otra subcategoría que se consideró como una razón que emana en la postergación de la maternidad es la disociación entre la sexualidad y la maternidad, ésta puede derivarse de la mayor educación sexual que recibieron las mujeres y sus parejas, la cual les permitió tener un conocimiento sobre diferentes métodos anticonceptivos, a diferencia de las generaciones anteriores; porque en la actualidad algunas de las parejas, en su mayoría las de mayor edad, perciben a la maternidad o paternidad como una responsabilidad (Montilva, 2008).

En este orden de ideas, se observó que dos de las mujeres participantes, postergaron el nacimiento de su primer hijo, aun cuando contrajeron matrimonio en edades tempranas, por lo que la unión de las parejas en algunos casos no coincide con el nacimiento de su primer hijo. En relación con lo anterior, estuvo el caso de Begoña, quien contó lo siguiente: *"me caso de 23 años, tengo una hija tres años después, a los 26 años".* Además, estuvo la narrativa de Amber quien describió en su entrevista: "*me casé a los 26 años, y tardé seis años para tener a mi niño, tuve dos, los tuve grande"*, no obstante, la generación posterior que ella cuidaba no pertenece a sus hijos, sino a sus nietos.

Como se describió, no hay una razón especifica en este grupo, por la cual las mujeres decidieron postergar su maternidad, simplemente lo ven como un proceso normal que ocurre en determinado momento de su vida.

4.1.3 La maternidad temprana

Ahora bien, contrario a la postergación de la maternidad estuvo la *categoría emergente* del grupo de mujeres cuidadoras participantes que tuvo una maternidad temprana. En las últimas décadas el tema de la maternidad adolescente tomó relevancia, no sólo en México sino en diversos países, derivado de las consecuencias inmediatas y futuras que trae consigo la responsabilidad de cuidar a un menor (Secretaría de Educación Pública, 2013). En este sentido, son consideradas madres adolescentes las mujeres que tienen a su primer hijo entre los 15 y los 19 años.

[29] Al hijo menor que proviene de una familia numerosa se le reconoce como hijo tardío (Álvarez, 2013).

4.1.3.1 Madres adolescentes

En esta categoría, estuvo el caso de Alelí, quien fue una de las mujeres cuidadoras participantes que cumplió con estas características, ella expresó: "*yo me casé a los 15 años, porque estaba embarazada [...]tuve a mis tres hijos, tenía veinte años, cuando tuve a mi bebé la chiquita".* Alelí fue la mujer participante más joven, a pesar de su edad, a ella se le presentó el doble cuidado por dos razones: la primera es que fue hija de una madre que postergó su maternidad, así contó: *"mi mamá tenía 38 años cuando se casó, iba a cumplir 39 cuando me tuvo;* la segunda, es que la etapa moderada de la enfermedad del Alzheimer que tuvo su madre, se le presentó a edad temprana.

4.1.3.2 Madres jóvenes

Por último, emanó la categoría de madres jóvenes, en donde se describen los casos de Cala y Lila, ambas tuvieron una maternidad temprana pero como fue después de los 19 años, no se consideró adolescente, aunque fueran jóvenes. El primer caso es el de Lila, quien contó: "*yo me embaracé de mi hija a los 20 años, fui madre soltera",* Lila tuvo a su hija joven; además, la madre de Lila fue considerada una madre adolescente, porque la tuvo a los 19 años; sin embargo, el doble cuidado se le presentó a Lila por la enfermedad de su madre, pero también porque su hija presentó una maternidad temprana, por lo que ella empezó a cuidar a su nieta y a su madre.

El segundo caso es el de Cala, su matrimonio estuvo relacionado con el nacimiento de su hija, en la entrevista comentó: *"yo me embaracé de mi primera hija y no teníamos nada, salí embarazada a los 21 años"*. Cala al igual que Margarita, es una hija tardía, la penúltima de diez hermanos, su madre la tuvo cuando tenía 37 años, por lo que, a pesar de que Cala tuvo a sus hijos joven, se le presentó el doble cuidado a consecuencia de la enfermedad y la edad de su madre.

Con lo anterior, se aprecia que la postergación de la maternidad estuvo presente en la mayoría de las mujeres que participaron en la investigación, y que las *subcategorías* de ruptura en la secuencia de los roles tradicionales y la disociación entre la sexualidad y la maternidad, si llegaron a tener una relación importante en la maternidad. Otro de los fenómenos sociodemográficos que se asoció al doble cuidado, fue la categoría de disminución del número de hijos, misma que se analiza en el siguiente apartado.

4.1.4 La disminución del número de hijos

"Me quedé con muchas ganas de tener otro hijo, con muchas […] no me atreví ahora digo: chin donde come uno, comen dos" Acacia

En México la fecundidad ha ido disminuyendo derivado de las políticas de control natal pero también del aumento de la escolaridad, de la educación sexual y del ingreso de las mujeres al mercado de trabajo, por lo que existe una relación directa entre el nivel educativo y la mayor o menor fecundidad (Jelin, 2005). Esta categoría en particular tiene como objetivo reflejar cómo las familias cada vez se integran por un menor número de miembros que pueden participar en el cuidado de las personas dependientes, además de visibilizar el significado que las mujeres dan a sus hijos, y por consiguiente comprender la manera en que les afecta no poder dedicarse solamente a ellos.

El significado de los hijos en la sociedad no ha cambiado, ellos continúan teniendo un valor especial dentro de la familia; sin embargo, en la actualidad, al disminuir el número de hijos las mujeres los perciben como algo "casi mítico y sagrado […] las familias tienen menos hijos pero

quieren darles mucho" (Ribeiro, 2012:201), sin esperar nada a cambio, a diferencia de lo que ocurría en generaciones anteriores, para quienes los hijos representaban un medio de donde obtener diversos recursos para la vejez (Álvarez, 2013).

La incidencia de la disminución del número de hijos en el doble cuidado es debido a que demográficamente las familias tienen menos miembros que participen en el cuidado de las personas adultas mayores. No obstante, se reconoce que, al interior de la familia, las dinámicas son diferentes, y el tener muchos hijos o hermanos no es una situación que garantice una distribución adecuada del cuidado o la colaboración de todos, al momento que se presenta la dependencia del adulto mayor.

4.1.4.1 Mujeres hijas únicas

De manera particular se observó una disminución en el número de integrantes, cuando se comparó a la familia de origen (papás y hermanos) con la nuclear (pareja e hijos), de las mujeres cuidadoras participantes (véase gráfica 4).

Gráfica 4. Disminución del tamaño de la familia, de acuerdo con el número de hijos

Fuente: elaboración propia.

Como se percibe en la gráfica, sólo se tiene el caso de Alelí como hija única, ella reflejó una sobrecarga emocional derivada del cuidado que brinda a su madre y de la soledad en la que vive, al inicio de la entrevista se describió con una voz llena de nostalgia "*soy hija única […] cuando yo tenía ocho años mi papá muere, entonces nos quedamos mi mamá y yo solas";* a pesar de que su madre tuvo nueve hermanos ninguno la apoyaba con el cuidado; cabe resaltar que además, Alelí fue la que tuvo un mayor número de hijos en comparación con las otras participantes, aunado como ya se mencionó a que es la más joven.

4.1.4.2 Mujeres madres de un hijo

Ahora bien, se consideró importante resaltar que cinco de las nueve mujeres fueron madres de un sólo hijo. Esta situación derivada del contexto de cuidado en el que se han desarrollado las hizo pensar en lo que pasaría con sus hijos si ellas se vuelven dependientes, generando

preocupación y angustia. En este sentido, Begoña contó en su narrativa: *"me angustia el hecho de tener una sola hija; si aquí somos cuatro y económicamente nos repartimos cómo le va a hacer mi hija que está sola […] claro a veces es mejor tener un hijo a no tener ninguno"*.

De igual manera Acacia expresó su deseo de cuidarse para seguir atendiendo a su hijo, porque reconoce que al no contar con el apoyo de su pareja su única opción es su madre, en sus palabras narró: "*Tengo miedo de enfermarme, que me pase algo […] porque te pones a ver opciones y dices: bueno que se quede con mi mamá; pero mi mamá ya es una persona mayor, ella no le va a tener la paciencia […] qué va a ser de la vida de mi hijo, siempre es ese temor […]"*.

Como se aprecia en los casos de Begoña y Acacia, las mujeres cuidadoras no solo están al tanto de los cuidados de las personas adultas mayores, por el contrario de manera conjunta piensan en el cuidado de sus hijos, en el bienestar presente y futuro de los menores, además en su propio cuidado y en la dependencia que pudieran presentar en etapas posteriores de su vida.

De acuerdo con los resultados de la *dimensión los procesos sociodemográficos*, se pudo identificar que éstos han diversificado la estructura de las familias, resaltando que, en la actualidad no siempre es la madre la cuidadora principal de los hijos; ni la hija la cuidadora de los padres; porque, además de estos arreglos tradicionales, existen tías cuidando sobrinos, abuelas cuidando nietos, y nietas cuidando abuelos, los tres grupos con edades y necesidades diferentes.

4.2 El curso de vida de las mujeres cuidadoras de dos generaciones

En la sociedad latinoamericana son las mujeres en mayor medida las que han pasado por procesos de exclusión social, educativa y laboral, que las segregan por motivos culturales al trabajo doméstico y al cuidado familiar (De Oliveira y Ariza, 1999). Por lo anterior, conocer la *dimensión de curso de vida* de las mujeres cuidadoras dio la oportunidad de profundizar en estos aspectos, a través de las *categorías* de trayectoria escolar y laboral; transición escolar y laboral; y el *turning point* que emanan del enfoque teórico metodológico de curso de vida.

El análisis de las trayectorias de vida reconoce la manera en que las personas inician, transitan o terminan alguna etapa importante de su desarrollo personal; por lo anterior, en este apartado se analizó la *categoría* de trayectoria escolar y laboral de las mujeres cuidadoras. La primera, hace referencia a su nivel educativo, el cual permitió conocer las *subcategorías* de trayectoria continua y discontinua, esto indicó la siguiente categoría denominada de transición que hizo referencia al momento en el que abandonaron sus estudios y los motivos de su deserción escolar, si es que la hubo; asimismo, la *categoría* de trayectoria laboral contribuyó al reconocimiento de las *subcategorías* de trayectorias continua, de ajuste o de ruptura que caracterizan el empleo de las participantes. Además, es significativo recordar que el enfoque teórico de curso de vida da la oportunidad de estudiar las condiciones en las que se vinculan las dimensiones sociohistóricas, familiares y culturales en la vida de las personas (Alcañiz, 2017).

Por lo anterior, estas dimensiones toman relevancia en los conceptos del curso de vida porque se vinculan a los roles tradicionales de género y cuidado que regulan las dinámicas sociales y familiares, las cuales dan a las mujeres desventajas laborales que, en la mayoría de los casos repercuten en su situación económica y en el acceso a la seguridad social; esta desigualdad entre los hombres y las mujeres en los hogares, que se sustenta en la división sexual del trabajo, se ha evidenciado en el estudio de las trayectorias laborales (Longo, 2009).

El análisis de la escolaridad y la participación laboral de las mujeres fueron dos aspectos que permitieron evidenciar esta desigualdad, por lo que, el estudio de estas categorías se tornó relevante. Así, en este apartado se observó el modo en el que la trayectoria de vida escolar y laboral de las mujeres cuidadoras fue tomando su curso, el cual en algunos casos se fragilizó; por ejemplo, por un lado, en el ámbito laboral, las mujeres con menor educación ingresaron al mercado de trabajo obteniendo menores ingresos; por otro lado, se observó cómo el curso de vida de las que tenían un mayor nivel de escolaridad se fortaleció.

4.2.1 Trayectoria escolar

La escolaridad de las mujeres en México es similar a la de sus pares varones; en 2015 las mujeres sumaban 9 años de escolaridad contra 9.3 años de los varones (INEGI, 2015); la educación que reciben las personas no solamente les da mayores oportunidades para alcanzar un mejor empleo sino también es un vínculo "para la socialización, la transmisión de la cultura, una palanca y motor para la movilidad y la transformación social" (Román, 2013:34). Aunque en la actualidad, esto podría ser cuestionado, derivado de las crisis económicas y la de la precarización laboral que se vive en el país, sin embargo, no se descarta que la educación aunado a otros elementos, es un medio que permite un mejor nivel de desarrollo económico y social.

Pese a lo anterior, la incursión y permanencia en el mercado de trabajo de las mujeres es incierta (Abramo y Valenzuela, 2006). Se podría pensar que existe una correlación directa entre una mayor educación y la permanencia laboral; sin embargo, esto no es así, porque los roles de género tuvieron un peso importante en las decisiones de continuidad laboral, no sólo en las mujeres casadas y con hijos, sino también en la participante soltera de este estudio.

Así, como ya se mencionó, la educación genera mayores oportunidades de obtener un trabajo mejor remunerado, así como relaciones sociales, conocimiento y cultura; las personas desarrollan ciertas habilidades, como la confianza, que permite afrontar la vida de manera distinta.

4.2.1.1 Trayectoria escolar continua

De modo particular en esta investigación sólo tres de las nueve mujeres cuidadoras participantes formaron parte de la subcategoría de trayectoria escolar continua, ya que, concluyeron sus estudios a nivel profesional, y sus características se describen a continuación:

En primera instancia estuvo el caso de Iris, la cuidadora con mayor escolaridad: "*hice la licenciatura en enfermería quirúrgica y después la maestría en educación […]";* igualmente se sumó Jazmín: "s*oy químico farmacéutico, tipo biólogo"* y por último, Acacia, quien narró: *"estudié la carrera de psicología, mis sueños eran … así también como tú de hacer una maestría".*

Estos tres casos son importantes porque representan un nivel de escolaridad y participación laboral distinto al de las otras participantes, sin embargo, estas mujeres no estuvieron exentas de ser cuidadoras de dos generaciones, ni de los roles tradicionales de género y cuidado que, en algún momento de su vida, las llevaron al abandono del mercado de trabajo (estos casos se analizaron en apartados posteriores). Ahora bien, en el siguiente apartado se profundizó en las mujeres que presentaron deserción escolar en algún momento de su trayectoria, se enfatizó en este grupo, derivado de la importancia que la escolaridad representa en la vida de las personas.

4.2.1.2 Trayectoria escolar discontinua

La subcategoría de trayectoria escolar discontinua permitió conocer el nivel de escolaridad en el cual las mujeres participantes abandonaron sus estudios. En ese sentido, estuvo la trayectoria de Amber quien tuvo una escolaridad de primaria incompleta; además, la de Alelí, Cala y Lila, quienes terminaron la secundaria; y, por último, estuvieron los casos de Begoña y Margarita, ellas dejaron inconclusa su carrera profesional.

La discontinuidad escolar fragiliza las trayectorias de vida de las mujeres, porque, la educación es un factor que ofrece diversos aprendizajes que nutren el curso de vida de las personas, mediante su desarrollo social, cultural y personal; además, la deserción es considerada como un elemento de desventaja laboral, ya que, trunca la preparación para alcanzar un mejor empleo; a su vez limita la posibilidad de movilidad social y las opciones para generar mayores recursos económicos (Abril, Román, Cubillas y Moreno, 2008).

Las consecuencias de la deserción escolar en la trayectoria de vida de las mujeres se ven reflejadas en el corto plazo, pero están presentes en todo su curso de vida y se agudizan en la etapa de la vejez; al momento de estudiar las trayectorias de vida de las mujeres, se observó que el abandono escolar es un elemento que fragilizó la obtención de un mejor salario o incluso de ingresos propios durante su curso de vida, generando en ellas dependencia económica desde etapas tempranas de su vida (Puga, 2012). Ahora bien, los motivos asociados a esta discontinuidad se analizan en el siguiente apartado.

4.2.2 Transición, la deserción escolar

En la categoría de transición escolar se analizó la *subcategoría de deserción* en el ámbito educativo que tuvieron las mujeres cuidadoras participantes. El abandono escolar es una de las transiciones más importantes en la vida de los seres humanos porque fragiliza las trayectorias de vida laboral y las futuras oportunidades. Las razones por las que las personas no terminan sus estudios son variadas; sin embargo, de manera general, se ubican las económicas asociadas con la pobreza y marginalidad, así como también el ingreso temprano al mercado de trabajo (Román, 2013); estas decisiones varían entre hombres y mujeres, ya que los roles de género asociados al cuidado tienen un peso importante en la deserción escolar.

Asi lo demuestran las siguientes cifras que indican que en México las mujeres entre 15 y 19 años que no asistieron a la escuela lo hicieron en mayor medida por: falta de dinero o trabajo (34.5%); no quiso o no le gustó estudiar o logró su meta educativa (26.2%) porque se casó o unió (13.1%); se embarazó o tuvo un hijo (10.1%); otros[30] (16.1%). Los hombres porque: no quiso o no le gustó estudiar o logró su meta educativa (40.8%); por falta de dinero o trabajo (37.6%); problemas personales o académicos en la escuela, o no había cupo (10.5%); se casó o se unió (3.5%); otros[31] (7.6%) (INEGI, 2016).

En ese sentido, los resultados que emanaron de la subcategoría de deserción escolar indican que los elementos de esta estuvieron asociados a la situación económica y al cuidado de sus padres o hijos. Con esas decisiones las mujeres cuidadoras de dos generaciones participantes fragilizaron su trayectoria de vida, ya que, en lugar de ir sumando recursos en el ámbito

[30] Problemas personales o académicos en la escuela; o no había escuela o cupo; por enfermedad y/o discapacidad o no tenía la edad cumplida; nunca había ido a la escuela u otros motivos.

[31] Su pareja se embarazó o tuvo un hijo; por enfermedad y/o discapacidad o no tenía la edad cumplida; nunca había ido a la escuela u otros motivos.

educativo empezaron a restarlos. Los motivos asociados a estas decisiones coinciden con los datos mencionados en el párrafo anterior y se explican a continuación:

4.2.2.1 Deserción escolar asociada al contexto económico

La principal causa de deserción escolar a nivel nacional estuvo vinculada a problemas económicos estructurales, como la falta de ingresos (INEGI, 2016); una situación semejante llevó a Begoña y Lila a abandonar sus estudios. En el caso de Begoña, aunado a lo económico se observó que su padre era quien tomaba las decisiones, eso la llevó a estudiar una carrera que no era de su agrado. Esto hizo que Begoña no se sintiera dominada y siempre expuesta a las decisiones de su padre, ella contó: "*estudié hasta quinto semestre de Contador Público porque fue lo que mi papá me dijo: tú vas para esta carrera; […]"*

En ese mismo orden de ideas, estuvo la familia de Lila que era de escasos recursos, ella sólo terminó la secundaria y se integró al mercado de trabajo; los motivos estuvieron asociados con el cuidado de su padre, ella contó: "*mi papá era albañil y dejó de trabajar porque estuvo varias veces en riesgo su vida […] se tomó la decisión de que mejor ya no trabajara; mis hermanos mayores empezaron a trabajar, y yo también […]".* A pesar de lo anterior, y derivado del contexto familiar en el que creció, ella no se arrepiente de la decisión y en su narrativa, describió: "*Sólo llegué a la secundaria salí a los 15 años, no seguí estudiando por falta de recursos […] tuve la oportunidad de trabajar y estudiar porque así lo hizo un hermano, pero la verdad […]no me decidí hacerlo".*

Por último, se cuenta con la narrativa de Amber; quien en su entrevista explicó: "*Me quedé nada más en la primaria […] mis papás […]no tenían solvencia económica".* Su experiencia coincide con lo expuesto por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) la cual hace referencia a las repercusiones que el trabajo extradoméstico y de cuidado que asumen los hijos cuando la situación familiar es precaria y los padres tienen que trabajar; reconociendo que, aunque los hijos son un recurso de apoyo, este trabajo tiene como consecuencia el bajo rendimiento escolar e incluso llega a ser una condición para la deserción escolar (OIT-PNUD, 2009). Evidentemente las familias no alcanzan a dimensionar los efectos que a largo plazo el abandono educativo generará en sus hijas.

4.2.2.2 Deserción escolar asociada al cuidado de sus padres o hijos

Como ya se mencionó, la deserción escolar está vinculada a los roles de género tradicionales que indican que son las mujeres las responsables del cuidado de los padres o de los hijos. Buquet y Moreno (2017) explican que la dificultad que representa para las mujeres la conciliación laboral y familiar se exterioriza de manera inicial cuando están estudiando, ya que algunos de los casos de deserción escolar se presentaron porque las mujeres no pudieron compaginar su educación con las labores domésticas, en las cuales se incluye el cuidado.

En este sentido, se contó con el caso de Margarita, quien cuando estuvo en la universidad tuvo que dejar su carrera trunca para cuidar a su padre; así en su discurso, explicó: *"me quedé en quinto semestre de la carrera, porque ya no iba a poder, o sea cuidaba a mi papá y de paso a mi mamá […]".* La deserción escolar es una transición escolar importante en la vida personal y laboral de Margarita, por el nivel educativo que ya había alcanzado y las repercusiones laborales y emocionales que esta decisión le generó.

El embarazo adolescente es un problema de salud y educación en México que ha ido en aumento, en el año 2009 había en el país 69 embarazos por cada 1 000 mujeres en 2017 esta cifra creció

a 77 embarazos por cada 1 000 mujeres (SEP, 2012). Aunque el embarazo no es una condición para la deserción, para algunas de las adolescentes esta va implícita en la maternidad, algunas de las causas por las que no regresaron a la escuela fueron: por vergüenza y miedo al rechazo (SEP, 2012).

De forma particular en esta investigación las mujeres cuidadoras que fueron madres adolescentes tuvieron deserción escolar, pero en sus narrativas expresaron que no continuaron sus estudios porque ingresaron al mercado de trabajo. En ese sentido, Alelí describió: "*entré a una preparatoria con carrera técnica, obviamente no la terminé porque me casé, porque estaba embarazada"*. Al igual que Alelí, la participante Cala no continua con su vida escolar por el nacimiento de su hija y aunque estudiaba para ella fue más importante su vida familiar, y durante la entrevista, ella contó: "*En un tiempo quise haber estudiado Ciencias de la Comunicación o una licenciatura en Derecho […] no seguí mi carrera, porque yo después salgo […]".* Al igual que Margarita, Cala siente arrepentimiento porque no logró continuar estudiando.

Conocer las trayectorias de vida escolar de las mujeres cuidadoras, permitió dar cuenta de los momentos de quiebre de cada una, de sus decisiones y de manera posterior de las repercusiones que éstas representan; por ejemplo, en el ámbito educativo las nueve ingresaron a la educación primaria, pero ocho a la secundaria, y de esas seis a la preparatoria; cinco a la licenciatura, y concluyeron tres, y una ingresó a un posgrado. En el siguiente apartado, se analizaron las trayectorias laborales de las participantes, en éstas se muestra un panorama laboral que resaltó la importancia que tuvo la educación en la obtención de un mejor empleo y de las ventajas presentes y futuras que el mismo trae consigo.

4.2.3 La trayectoria laboral

"Si lo que buscas es trabajo, es más fácil encontrarlo cuando no tienes estudios" (Alelí)

El estudio de las trayectorias laborales femeninas ha estado presente en México y autoras como De Oliveira y Ariza (2001) las han dividido para su categorización en dos: las primeras son las continuas y se refieren a la permanencia perene en el mercado de trabajo (caso de Iris, que se explicó en el apartado anterior); y las segundas las llamadas discontinuas, y se describen con las entradas y salidas constantes del mercado de trabajo; estas transiciones se presentan en mayor medida cuando las mujeres se casan o tienen hijos. Esta discontinuidad es reconocida en el enfoque de curso de vida como transiciones y hace referencia a los cambios que se presentan dentro de las trayectorias.

En ese sentido, Alcañiz (2017) sostiene que las trayectorias laborales femeninas están condicionadas a los roles tradicionales de cuidado como los de esposa y madre, y que las mujeres de acuerdo con su situación buscan alternativas para lograr vincular su vida laboral y familiar. Para explicar lo anterior, la autora divide las trayectorias laborales de las mujeres en: de ruptura, de ajuste y de continuidad. Las de ruptura hacen hincapié al abandono por periodos de tiempo o de manera definitiva del empleo por motivos del cuidado familiar (caso de Alelí); mientras que en las de ajuste, las mujeres cambian sus actividades laborales (horario o tipo de empleo) para compaginar ambas jornadas; así, el concepto de las trayectorias de continuidad que presenta Alcañiz (2017) es semejante al propuesto por De Oliveira y Ariza (2001).

La participación laboral de las mujeres en México ha ido en aumento[32]; los motivos de ésta obedecen a razones económicas, políticas, sociales y culturales. El ingreso de las mujeres al mercado de trabajo es una trayectoria cada vez más frecuente en su curso de vida; sin embargo, esta incursión no garantiza su permanencia en el mismo, por lo que las entradas y salidas del ámbito público al doméstico son una constante en la carrera laboral de las mujeres (De Oliveira y Ariza, 2001). De manera particular en esta investigación, todas las participantes ingresaron al mercado de trabajo en etapas tempranas de su vida; Lila cuando tenía 16 años; Margarita, Alelí, Cala y Amber a los 17 años; Begoña, Acacia e Iris lo hicieron a los 21 y Jazmín hasta que finalizó su carrera a los 24 años. Ellas presentaron trayectorias labores continuas, de ajuste y de ruptura y todas se explican a continuación.

4.2.3.1 Trayectoria laboral continua

En la *subcategoría* de trayectoria laboral continua solo se contó con el caso de Iris, la cuidadora con mayor escolaridad, ella ha tenido continuidad laboral; y se incorporó al mercado de trabajo por razones económicas cuando estudiaba el segundo semestre de enfermería y contó: *"mi papá me dice que ya no me puede pagar la carrera, y me meto a trabajar; para pagarme la carrera hacía guardias, cuidaba a viejitos o a niños los fines de semana, que era cuando me tocaba descansar"* (Iris).

En el caso de Iris, resultó relevante resaltar, su actitud porque a pesar de la situación económica, ella buscó la manera de solventar sus estudios y no abandonarlos, por lo que desde que estaba estudiando su vida profesional ha pasado por varias transiciones favorables para su desarrollo, ya que desde quinto semestre empezó a trabajar como enfermera, ella contó: " *Cuando voy a pasar a quinto semestre […] me meto a trabajar al Hospital Universitario […] de ahí me fui a Muguerza al área de pediatría […] me salí y me metí a secretarías; entré por honorarios […]"*. Actualmente, trabaja de base en secretarías, esto hizo que fuera la única participante con empleo formal y la de mayores ingresos.

Particularmente, en la vida de Iris, se logró apreciar la relevancia del tiempo histórico en México; a ella le tocó crecer en la década de 1990, en la que la escolaridad de las mujeres iba en aumento, por lo que su historia no fue la excepción. Esto le dio mejores oportunidades de empleo y, por consiguiente, de un mejor salario y prestaciones laborales.

4.2.3.2 Trayectoria de ruptura

Alelí y Jazmín fueron las únicas participantes en la *subcategoría* de trayectoria de ruptura. En primer lugar estuvo Alelí, como se mencionó en el apartado anterior, ella se embarazó en la adolescencia y no logró terminar el bachillerato, sin embargo, empezó a trabajar después de tener a su segunda hija, porque no les alcanzaba el dinero, y señaló en su narrativa: *"Nada más me alivié y empecé a trabajar […]me gustaba mucho mi trabajo […] después yo ya salí embarazada de ella (señala a su hija menor) […]me alivié y a los cuarenta días […] la dejé encargada y seguí trabajando"*.

---

[32] En 1970, 19.03% de la población económicamente activa eran mujeres; en 1980 ascendió a 27.83%; en 1990 fue de 23.45 presentando una ligera disminución; en 2000 aumentó a 34% y en 2010 a 43.1%; esta cifra no ha variado de manera significativa en 2016 43.4%; a pesar del elevado incremento que la participación de las mujeres ha tenido con el paso de los años, todavía son más los varones que están en el mercado de trabajo (INEGI, 2017).

Alelí siempre se empleó en el mercado de trabajo informal, ella sólo tenía el título de secundaria por lo que se empleaba en trabajos de ventas de cambaceo, los cuales exigen escolaridad mínima; en este orden de ideas, Alelí describió lo siguiente: "*trabajé en muchos lugares como vendedora de cambaceo, pero empecé trabajando en Axtel vendiendo líneas de teléfono casa por casa, las comisiones eran buenas, pero tenías que trabajar mucho para poder sacar dinero suficiente para llevar a la casa".*

No obstante, Alelí abandonó el mercado de trabajo por completo para dedicarse al cuidado de su madre enferma de Alzheimer; se podría pensar que tuvo el apoyo de su pareja, pero no fue así, ya que el padre de sus hijos nunca se hizo responsable de ellos; además, tampoco tuvo hermanos con quien compartir el cuidado de su madre, pero si tías, no obstante, éstas se hicieron cargo de su abuela quien padeció la misma enfermedad, cuando su madre enfermó.

> *Yo trabajaba de lunes a sábado, mi mamá trabajaba viernes, sábado y domingo. Y entre nosotras nos acomodábamos para cuidar a mi abuelita para trabajar ella, para trabajar yo, para cuidarme los niños, para yo ayudarle en el negocio, cuando mi mamá empieza con la enfermedad del Alzheimer […] ya no puedo trabajar, ya no puedo (Alelí).*

Jazmín fue otra de las mujeres participantes que después de varias transiciones abandonó el mercado de trabajo por motivos asociados al cuidado, aunque cuando se presentó la dependencia de su abuela ella trabajo para pagar el sueldo de la enfermera que la cuidaba; tiempo después ella presentó una trayectoria de ruptura, al renunciar el mercado de trabajo por tener que cuidar a su padre, ella explicó

> *En 2010 programan la operación de papá y mi abuelita estaba en el hospital y mi mamá se volvía loca; mis hermanos pues estaban casados y tenían sus obligaciones, pues como que pensé: sabes que me voy a salir de trabajar; entonces con todo el dolor de mi corazón por segunda vez dejo un trabajo que me gusta, verdad (Jazmín).*

El abandono del mercado de trabajo es una respuesta a las necesidades del cuidado familiar que condiciona la vida profesional de las mujeres y las segrega de manera temporal o definitiva al ámbito doméstico, así lo sustentan los resultados de la ELCOS (2012 citados en Zamarripa, Tamez y Ribeiro, 2017) que explican que 44.44% de las mujeres cuidadoras de personas con limitaciones permanentes dejó de trabajar para cuidar a un familiar enfermo o persona adulta mayor dependiente.

4.2.4 Transición laboral

El tiempo de cuidado que las mujeres realizan para su familia (esposo, hijos y padres) las ha llevado a tomar decisiones que afectan su trayectoria laboral; por lo que, es una minoría la que logra compaginar ambas tareas y casi siempre lo hacen con el apoyo de su pareja, hijos o hermanos (García, 2016). Los cambios que las mujeres realizan en su trayectoria laboral son conceptualizados por el enfoque teórico metodológico de curso de vida como transiciones, porque solo modifican la trayectoria, sin que se dé un quiebre de la misma (Blanco, 2011; Elder, Kirkpatrick y Crosnoe, 2006; Gastrón y Lacasa, 2009). Ahora bien, los motivos por los cuales las mujeres participantes tuvieron transiciones laborales estuvieron relacionados con el cuidado familiar y se agruparon para su análisis en las siguientes *subcategorías*: transiciones por el cuidado de los hijos; transiciones por el cuidado de los padres; transiciones vinculadas a su relación de pareja.

4.2.4.1 Transición por el cuidado de los hijos

El cuidado de los hijos es el primer motivo por el que las mujeres abandonan o ajustan su jornada laboral; en México 50.16% de las mujeres cuidadoras de menores de 15 años expresaron, que dejaron de trabajar porque se casaron, embarazaron o para cuidar a sus hijos (ELCOS, 2012). Sin embargo, renunciar al ámbito público no es la única estrategia y menos en la actualidad, en donde la situación económica juega un papel importante en la toma de ese tipo de decisiones.

Así, en esta investigación, las participantes Begoña y Cala realizaron transiciones de ajuste en su proyecto laboral para poder cubrir las necesidades de crianza y cuidado de sus hijos. La primera transición profesional que tuvo Begoña ocurrió tras su segundo embarazo el cual no llegó a término; después de esta pérdida, ella tomó la decisión de hacer una pausa su vida profesional para dedicarse por completo al cuidado de su hija, esta idea de que el cuidado es exclusivo de las madres ha llevado a las mujeres a tomar decisiones laborales independientemente de su nivel de escolaridad, tipo de empleo o ingresos (Buquet y Moreno, 2017). sin embargo, con el paso de los meses se dio cuenta que debía buscar otra alternativa que le permitiera compaginar su vida profesional con la maternidad, ella describió: "*Trabajé en el banco 10 años […]era todo el día en el banco […] me salgo de trabajar […] tres meses después mi hermana me consigue un trabajo en la SEP de un contrato […]de secretaria en una secundaria y trabajo de 7:00 a 12:40".*

Al igual que Begoña, Cala tuvo que realizar ajustes en su trayectoria laboral para cumplir con la responsabilidad del cuidado de su hijo; ella reconoció que tenía un futuro próspero en la empresa donde trabajaba, pero no podía desatender al menor; esta transición repercutió en su vida laboral, porque en la actualidad no tiene acceso a un empleo formal y tampoco a ningún tipo de prestaciones, ella contó lo siguiente: *"… preferí salirme de trabajar y estar más al pendiente […] vendo productos por mi cuenta"*

En las expresiones de las participantes se observó como la forma en que los horarios de trabajo no son acordes a las necesidades familiares. A lo anterior, se le suma la narrativa de Cala en su narrativa explicó: *"imagínate […] entraba a las 6:30 de la mañana, pero no tenía hora de salida, había veces que salía a las nueve de la noche, imagínate desde allá en camión y yo llegaba aquí a las 10:30 u 11:00 de la noche, y en la mañana párate temprano y vete a trabajar".* Ambos casos reflejan la manera en la que las jornadas laborales extensas obstaculizan el ejercicio laboral y personal de las mujeres.

Además, en las entrevistas Begoña y Cala, reconocieron la importancia de su empleo, no solo como una fuente de ingreso, sino también como una forma de realización personal y profesional. Y contaron *"… me salgo de trabajar, pero me doy cuenta de que estoy acostumbrada a trabajar, entonces tres meses aguanté y era deprimente …" (Begoña)*. Además, Cala expresó *"yo tenía un trabajo excelente; me encantaba ese trabajo, tenía mucho dinero, siempre me ganaba los bonos".* Esta transición laboral que frena las expectativas de desarrollo laboral de las mujeres coincide con lo conceptualizado metafóricamente en la literatura como techo de cristal (Ardache y Celiberti, 2011; Burín, 2008; Carvalho y Verde, 2018; Torres, 2010) dicho término es utilizado para exhibir como el mercado, la sociedad y la cultura limitan de manera sutil el crecimiento profesional de las mujeres.

4.2.4.2 Transición de ajuste por el cuidado de los padres

El empleo en la vida de las mujeres ha sido considerado un recurso de apoyo secundario en el ingreso familiar (Burín, 2008; Longo, 2009), esto dio la pauta para que las transiciones (entradas

y salidas del mercado de trabajo), como ya se mencionó, fueran una constante en la vida de las mujeres. En este orden de ideas, Margarita, quien vivía en casa de sus padres, contó que su ingreso era para sus gastos; porque su padre era pensionado y no tenían problemas económicos, esta situación le permitió renunciar en el momento que él enfermó, sin dimensionar las consecuencias que esta decisión tendría para ella en el futuro, cuando dejó su empleo, ella tuvo su primera transición laboral, la cual describió de la siguiente manera:

> *[…] un día mi papá se cayó, le dio una embolia, al final fue parálisis de medio cuerpo […] él sabía desde un año atrás que tenía cáncer terminal […] me salgo de trabajar porque ya no iba a poder (se refiere a trabajar y cuidar a su padre) […]después ya no trabajé, puse mi negocio de comidas, me casé y ya no pude trabajar, porque mi mamá ya empezaba con sus cosas del Alzheimer (Margarita).*

El empleo informal (microempresas) es un recurso al que recurren las mujeres porque representa una oportunidad de generar ingresos y conciliar el cuidado del hogar derivado de la flexibilidad del mismo, porque en la mayoría de los casos se realiza en la vivienda (Espino, 2012). Sin embargo, esto no significa que las personas que dejan el mercado de trabajo formal vean a la informalidad como su mejor opción. En ese caso particular Margarita reflexionó a través de la entrevista que durante su vida tomó decisiones pensando en los demás, no en su bienestar presente o futuro, sino en su madre cuando su padre enfermo y en sus hermanas cuando su madre presentó la enfermedad del Alzheimer.

Otra de las mujeres presentó una transición laboral de ajuste por el cuidado de los padres dependientes fue Amber, quien tuvo que dejar su empleo de 17 años en un comedor; no obstante, al igual que Margarita, se incorporó al empleo informal como mesera en eventos sociales, esto fuera del ámbito familiar y contó: "*A mí siempre me ha gustado trabajar, siempre me hablan de banquetes […]antes iba más seguido, y ahorita yo pienso que ya se acabó todo esto, porque ya no puedo.*

Amber mostró entusiasmo cuando habló de su trabajo; le gustaba salir y convivir con las personas. Es importante recordar que cuando habla de sus padres es porque vivía con ellos, pero sólo su padre era dependiente y su madre se encargaba la mayor parte del tiempo de su cuidado; sin embargo, a partir de que su madre se enfermó de insuficiencia renal, Amber se hizo cargo del cuidado de ambos[33].

4.2.4.3 Trayectoria de ajuste por relación de pareja

El abandono del mercado de trabajo asociado a la pareja se vincula en diversos estudios y encuestas, al cambio en la situación conyugal, porque en menor medida las mujeres dejan sus empleos por haberse casado. Lo anterior, dio lugar al análisis de las siguientes narrativas, en las cuales la transición laboral de las mujeres estuvo asociada a la pareja, más no al matrimonio, pero donde la situación cultural tomó gran relevancia.

En primera instancia, estuvo Acacia. Ella conoció a su marido a los 35 años (una edad considerada por algunas personas ya avanzada para formar una familia tradicional); esto la llevó a sentir presión por parte de su abuela, y tras conocer a su pareja, que vivía en Ciudad del Carmen, Campeche; decidió renunciar a su plaza estatal en donde tenía una antigüedad de 14 años; con esa decisión Acacia tuvo su primera transición; estando en otra ciudad ella ajustó su vida laboral y continúo generando ingresos, tal como se aprecia en su narrativa, sin embargo, su

[33] Se considera importante resaltar que tres meses después de que se realizó la entrevista, ambos padres fallecieron.

vida profesional como se analiza en apartados posteriores, no ha sido la misma, ella explicó: *"empiezo a trabajar dónde vivía, un condominio de 25 casas, entonces me ofrecen que sea administradora […] entre el niño, el marido, la casa, ¡ay no!, la verdad sí hubo momentos que si me generó demasiado estrés, era demasiada carga".*

El empleo informal tiene múltiples matices en el caso de Acacia ella fue contratada por una empresa formal para realizar trabajo administrativo en su domicilio (sin horario, capacitación, ni prestaciones laborales). Por lo que es considerado por la Organización de Estados Americanos (OEA) como una actividad precaria en la cual las personas que lo llevan a cabo están desprotegidas y reciben menores ingresos; a pesar de, el mayor problema reside en la sobrecarga que este representa para las mujeres dentro del hogar (como fue la experiencia de Acacia) en donde ellas tienen que cumplir con la responsabilidad de madres y trabajadoras, derivado de los roles tradicionales de genero asumidos de manera implícita, en los cuales los hombres no se involucran en las actividades domésticas (OEA, 2011).

Además, estuvo el caso de Lila; ella tuvo su primera transición laboral cuando se embarazó, su expareja trabajaba en la misma empresa y ella no quiso exponerse a los rumores y chismes por lo que decidió, salirse de trabajar, en ese sentido, ella describió que:

> *Mi primer trabajo fue en Axa Yazaki ahí duré 4 años y medio, pero fue cuando me embaracé; de hecho, por eso me salí, como fui madre soltera, y ahí trabajaba el papá me dio mucho miedo enfrentar todo, ya que no tuve el apoyo de él (Lila).*

A partir de ese momento la trayectoria de Lila empezó a ajustarse, las causas estuvieron relacionadas con el embarazo y con los primeros años de vida de su hija; no obstante, después se incorporó y logró continuar en el mercado de trabajo, y contó lo siguiente: "*Empecé a trabajar cuando mi hija tuvo 7 meses […] después conseguí otro de planta que duré 10 años 9 meses […] después entré de operaria, trabajé 25 años, dejé de trabajar por cuidar a la niña".*

En resumen, se observó que en la que la mayoría de los casos (8 de 9) se presentaron cambios en las trayectorias laborales, producto de la labor del cuidado; también se analizó que todas las mujeres tuvieron una transición del mercado formal al informal, encontrando en este último una fuente de ingresos que se adaptó a sus necesidades. En ese sentido, se consideró importante resaltar lo expuesto por Espino (2012) quien describe cómo el empleo informal repercute en la vida de estas mujeres, ya que por su condición de vulnerabilidad familiar y social aceptan bajos salarios, largas jornadas de trabajo y una sobrecarga de tareas cuando son empleadas por cuenta propia; la misma autora afirma que la flexibilidad que caracteriza estos empleos se ve mermada por la sobrecarga de trabajo que traen consigo.

4.2.5 El turning point o punto de inflexión

"…mi papá me absorbe, como si yo tuviera un bebé y mi hija" Begoña

El *turning point* o punto de inflexión, es la tercera categoría de la dimensión de curso de vida y explica el tema central del doble cuidado. Para poder comprender este cuidado de manera integral se presentaron las siguientes tres *subcategorías;* la primera, a quién cuidan las mujeres que buscó explicar las características y el tipo de cuidado que están brindando; la segunda subcategoría, el doble cuidado, explicó cómo llegó éste a la vida de las mujeres y la tercera, analizó los motivos por los cuales las mujeres se convirtieron en cuidadoras de dos generaciones.

4.2.5.1 ¿A quién cuidan las mujeres?

La pirámide poblacional está presentando un proceso de cambio, derivado del aumento de la esperanza de vida y de la disminución del número de hijos. Esta situación llevó a que en el año 2015 el grueso de la población estuviera centrado en los jóvenes y adultos de 15 a 64 años (INEGI, 2015); no obstante, desde 1970 hasta el año 2005 en México había más niños menores de 15 años que personas jóvenes, adultas y adultas mayores (Partida, 2005).

En la actualidad esto se ha modificado, y el grupo de menores de quince años representa el segundo grupo con más personas seguido del de los adultos mayores de 65 años, ambos grupos dependientes de la mayoría de la población. Esto podría significar que en su mayoría las mujeres tienen a su cuidado a menores de 15 años; y en menor medida a personas adultas mayores dependientes, lo anterior derivado del número de personas que cada grupo representa. En este sentido, las mujeres cuidadoras de dos generaciones que participaron en la presente investigación tuvieron a su cuidado a uno o varios menores de quince años, y a uno o más personas adultas mayores dependientes (véase la tabla 17).

Tabla 17. Datos sociodemográficos de ambas generaciones

			Generación anterior		Generación posterior	
Participante	**Edad**	**Tiempo[34]**	**Parentesco**	**Edad**	**Parentesco**	**Edad**
Margarita	38 años	3 años 1/2	Madre	83 años	Hijo	4 años 1/2
Alelí	25 años	3 años	Madre	65 años	Hijos	9, 6 y 5 años
Jazmín	54 años	1 año 3 meses	Padre Madre	84 años 80 años	Sobrina	14 años
Begoña	39 años	1 año 1/2	Padre	78 años	Hija	13 años
Acacia	45 años	2 años	Abuelo	83 años	Hijo	9 años
Iris	30 años	2 años 1/2	Abuela Madre	98 años 64 años	Hija	4 años 1/2
Cala	46 años	16 años	Madre	83 años	Hija	15 años
Lila	45 años	1 año 6 meses	Madre	64 años	Nieta	1 año 6 meses
Amber	52 años	17 años	Padre Madre	72 años 67 años	Nietos	4 años 1 año 2 meses

Fuente: elaboración propia.

[34] De realizar el doble cuidado.

4.2.5.2 Generación posterior, los menores de quince años

Sin duda, existe una diferencia entre las actividades de cuidado para los menores de quince años y las de las personas dependientes mayores de sesenta y cinco años, por lo anterior, el cuidado es valorado y percibido de manera distinta; las razones son diversas, algunas de ellas están vinculadas a la dependencia de la persona adulta mayor, ya que, su cuidado requiere cierto grado de capacitación, tiempo, dedicación y esfuerzo; mientras que las labores que solicitan los niños han sido vistas como una tarea simple que se realiza como parte del trabajo doméstico (Durán, 2018).

Lo anterior, permitió observar que, la mayoría de las mujeres no disciernen entre el trabajo doméstico y las actividades de crianza y cuidado que realizaban para este grupo, las narrativas dejan ver que ellas cumplían el cuidado de la generación posterior, de manera natural y cotidiana y que éste no fue percibido como un esfuerzo adicional al compararlo con el cuidado de la persona adulta mayor dependiente.

Sin embargo, los menores independientemente del parentesco (hijos, sobrinos o nietos), requieren de alguien que les prepare sus alimentos, lave su ropa, tenga limpio el espacio donde habitan, los lleve a la escuela, compre su comida y otros enseres que requieran. Así, las mujeres cuidan a la población infantil y adolescente a través del trabajo doméstico, pero también educan enseñando normas y valores mediante la crianza (Aguirre, 2008). Tanto la crianza como los cuidados dirigidos a la población infantil por lo regular son proporcionados por la madre, el padre u otro miembro de la familia que por lo regular es una mujer (hermana, tía, abuela) y en menor medida son adquiridos en el mercado (Pautassi y Nieves, 2011).

Además, el cuidado que realizan las mujeres para los menores engloba múltiples tareas las cuales varían con la edad de los niños o adolescentes, pero de manera general se engloban en: actividades relacionadas con la alimentación, higiene y ocio; las de vigilancia y atención durante el día y la noche; el acompañamiento a la institución educativa; planificación educativa y otras actividades vinculadas con el aprendizaje (Agulló, 2002).

El aumento o disminución de estas demandas de cuidado se relaciona con la etapa del ciclo de vida familiar. De esta forma, conocer el ciclo de vida familiar permitió identificar los requerimientos de cada familia de acuerdo con la edad de los menores (Huenchuan, 2013); a continuación, se mostró la clasificación de la autora y se relacionó con la etapa en la que se encontraban las familias participantes.

a) Cuidadoras con niños en etapa inicial

La etapa inicial del ciclo de vida familiar y comprende a los hogares en los cuales el niño primogénito tiene menos de cinco años, en esta fase estuvo la familia de Margarita, Iris, Lila y Amber. Los cuidados en ésta son variados, porque cuando el menor es recién nacido requiere cuidados continuos, y esta situación va cambiando conforme aumenta su edad (Hein y Cassirer, 2010). Otra de las características de esta etapa es que en su mayoría los menores no asisten a la escuela, por lo que las madres que trabajan deben de buscar algún recurso de apoyo para su cuidado, el cual proviene como ya se había mencionado de las abuelas o las tías.

Los niños que no asisten a la guardería o escuela están todo el día con su cuidadora, por lo que las personas encargadas de su cuidado no tenían tiempo libre para realizar otro tipo de actividades que no estuvieran relacionadas con el trabajo doméstico. En este sentido Amber (abuela cuidadora) contó: *"Me la traen desde las 8:00 a.m. y salen ellos a las 6:00 o 7:00 p.m.*

te digo, yo la tengo todo el día. Y, a mi nieto […] en el kínder […] en la mañana llegan, voy lo dejo a las 9 […] me llevo a la niña en la carriola"

Otra de las participantes cuidadoras de un menor de 5 años fue Lila, quien cuidaba a su nieta, y durante la entrevista refirió: *"la niña está todo el día, aquí está, aquí vive conmigo […] le hago de todo, la duermo, la cambio, la baño".*

Como se observó, en esta etapa se encontraban dos abuelas cuidadoras y fueron ellas las que en su discurso enfatizaron sobre las actividades que realizaban para el cuidado de sus nietos. Por lo que, el aumento de la esperanza de vida trae consigo transformaciones marcadas por ambigüedades, las personas viven más, algunas de ellas se convierten en dependientes y otras en recursos de apoyo y solidaridad para las familias (Marín y Palacio, 2015). Lo anterior, porque las abuelas constituyeron un recurso de soporte familiar, los motivos del cuidado se analizan en apartados posteriores; sin embargo, se consideró importante enfatizar cómo en algunos casos las abuelas son cuidadas y en otros son cuidadoras.

b) Cuidadoras con niños en etapa de consolidación

En esta etapa, el niño mayor de la familia tiene entre 6 y 12 años, por ser más grandes, son más independientes y pueden realizar actividades sin supervisión, esto hace que demanden un trabajo de cuidado y atención moderado (Huenchuan, 2013). Además, para los niños de estas edades, ya es obligatoria la asistencia escolar, la cual se puede considerar como un recurso de cuidado; no obstante, todavía hay que atenderlos antes y después de la escuela. En este sentido, Acacia, madre de un niño de 9 años, comentó: *"Todos los días me levanto a las seis de la mañana […] y ando todo el día en friega […] a veces me acuesto a la una de la mañana y como quiera me tengo que levantar a las seis".*

De la misma manera, Alelí describió como es su rutina cuando los niños asisten a la escuela, ella es madre de tres hijos (un niño de 9 años y dos niñas de 6 años y 5 años respectivamente), y platicó lo siguiente: *"Yo me levanto calentando agua para ellos, para que se bañen, mi mamá se levanta a las 9:00 de la mañana […] les hago de almorzar […]ven un ratito la tele y se van a la escuela, y ya no regresan hasta las 6:30 p.m."*

Alelí fue la cuidadora con mayor número de hijos, en su discurso se pudo resaltar como aumentó la demanda de atención y el desgaste, no sólo físico sino emocional derivado del cuidado, esto cuando describió: *"Cuando hay vacaciones ¡por favor hijos! casi me falta poquito para hincármeles, quiero ir al baño, quiero que me dejen en paz 10 minutos […]".*

Evidentemente, las condiciones variaron de acuerdo con cada familia. De manera particular, el hijo de Acacia y los de Alelí, sólo son cuidados por su madre, porque ninguna de las dos tenía el apoyo del padre de los menores, a esta situación se le sumó que tampoco contaban con un trabajo formal, por lo que no podían adquirir algún servicio de cuidado adicional.

c) Cuidadoras con niños en etapa de expansión

En esta etapa el hijo mayor debe tener entre 13 y 18 años, las demandas de cuidado son distintas, los que están por cumplir 18 años, ya dejaron la etapa más aguda; esto no significa que los hijos hayan dejado de depender de forma económica e incluso emocionalmente de los padres. Igualmente, la edad podría marcar la pauta para que los menores pudieran estar solos en casa, a la salida de la escuela o en el periodo vacacional, situación que no deslinda a las madres de alguna preocupación, por lo que, el cuidado continúa en la adolescencia (Hein y Cassirer, 2010). En esta etapa se encontraban las familias de Begoña, Cala y Jazmín.

De manera especial, Begoña fue la única mujer participante de esta etapa, que hizo referencia a las actividades extracurriculares vinculadas al aprendizaje que su hija de 13 años realizó y al tiempo que ella como madre dedicó, para llevarla y traerla a las mismas, así explicó: "*Mi hija […] me absorbe […] la vivo que si el tráfico, la casa de mi mamá y mi casa".*

Además, estuvo Cala quien era madre de una hija de 21 años y un hijo de 15 años, a pesar de la edad reconoció que todavía tenía que estar recordándoles que realizaran ciertas actividades de limpieza sobre todo de sus recámaras; ella contó: *"ahorita si tienen su desmadre porque yo les digo: yo nada más voy a limpiar abajo, a mí me vale madres si ustedes quieren vivir entre las ratas (se refiere a sus recámaras)".*

Por último, estuvo Jazmín, quien cuidaba a su sobrina, de 13 años; ella refirió que es tranquila y no sentía que fuera un conflicto su cuidado, lo único a lo que Jazmín aún no se acostumbraba es al ruido, y en su entrevista ella contó: *"Cuando la veía nada más los fines de semana ¡ay, que tranquilita es la niña!, y cómo se cambió a la casa, híjole […] todo el día, es que, pues en la casa ya era todo tranquilo […]sí tardamos un poquito en acomodarnos".*

La intención principal de este apartado fue presentar las etapas en las que se encuentra la familia de acuerdo con la edad de los menores y algunos de los cuidados que demandan, para así conocer los efectos en las mujeres que se encargaban de su cuidado; ahora bien, en el siguiente apartado se explicaron las características de las personas adultas mayores, la dependencia que presentaron y el tipo de enfermedad de los mismos.

4.2.5.2 Generación anterior, personas adultas mayores dependientes

La dependencia que van presentando algunas personas adultas mayores va implícita en el proceso natural de envejecer, aunque los grados de la misma varían de acuerdo con las personas, durante este camino disminuye en mayor o menor medida la autonomía de las mismas, por lo que empiezan a necesitar algún tipo de ayuda y atención, para satisfacer ciertas necesidades básicas (Agudelo y Medina, 2014). La dependencia aunada a la demanda de cuidados se puede presentar de manera súbita derivada de alguna enfermedad o paulatina, además conforme avanza su edad la persona va perdiendo ciertas habilidades funcionales, emocionales y cognoscitivas (Fernández y Herrera, 2016).

Una de las principales causas de la dependencia funcional es la que se relaciona con el deterioro en las condiciones de salud de los adultos mayores, por lo que, en algunos casos, la población de la tercera edad que comprende de los 65 a 74 años presentan mejores condiciones de salud y funcionalidad comparados con los mayores de 75 años (Rivera y Benito, 2009). El deterioro en la salud de los adultos mayores es el producto de una "disminución de los mecanismos de respuesta y eficacia para conservar el equilibrio interno" (Wong, González y López, 2014:193).

Así, la dependencia que padeció la generación anterior que fue cuidada, fue funcional y las causas de esta pérdida de autonomía responden a: enfermedades crónicas, enfermedades mentales aunadas a una enfermedad crónica y dependencia funcional causada por el deterioro natural de la vida, estos padecimientos se describen a continuación en las siguientes subcategorías:

a) La dependencia y los cuidados por enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas son definidas como los cambios en el organismo de las personas, que los lleva a modificar sus hábitos alimenticios y funcionales por el resto de su vida; estas

enfermedades en la mayoría de los casos son incapacitantes más no fatales (Pérez, Oropeza, Colunga, López y Ávalos, 2014).

Los accidentes cerebrovasculares o embolias se presentan cuando la sangre no logra llegar al corazón o cerebro, algunas de las razones por las cuales se presentan son: mala alimentación, vida sedentaria, tabaquismo y alcoholismo; la persona que sufre una embolia pierde movilidad en la mitad de su cuerpo, ocasionándole problemas para caminar y una pérdida del equilibrio corporal (OMS, 2018a).

En el estudio participaron dos mujeres cuidadoras de personas adultas mayores que sufrieron un accidente cardiovascular, el primero fue el padre de Begoña, él antes de tener el accidente era alcohólico y fumaba en exceso, ella contó: "*A mi papá le dio una embolia […] tiene enfisema pulmonar su cuerpo está maltratadisimo, lo único que nos da [el médico] son tranquilizantes para que tenga una calidad de vida y pueda vivir su abstinencia" (Begoña).*

La segunda mujer cuidadora fue Amber, quien cuidaba a su padre, a diferencia de Begoña, ella manifestó que la embolia de su padre fue ocasionada por un coraje; además, cuidaba a su madre que padeció insuficiencia renal enfermedad que se caracteriza por la pérdida progresiva, permanente e irreversible del riñón, órgano encargado de realizar la depuración de la sangre, el tratamiento que lo sustituye es la diálisis (Gómez, Arias y Jiménez, 2015).

> *A mí papá le dio una embolia […]estuvo en cuidados intensivos. A raíz de ahí, a él se le desarrolló el azúcar y luego de ahí le vino el derrame […]. Cuando a mi mamá le detectaron la insuficiencia renal fue cuando empezó lo difícil, porque ya son los dos (Amber).*

Otras de las enfermedades comunes que padecen los adultos mayores es la hipertensión y diabetes, las cuales pueden generar otros padecimientos, como la depresión. La hipertensión se da cuando los vasos sanguíneos presentan una tensión elevada de manera persistente, mientras más alta es la tensión, mayor es el esfuerzo que realiza el corazón para enviar la sangre a todo el cuerpo, algunos de los síntomas son: cefaleas, dificultad para respirar y vértigos, si no está controlada puede provocar un infarto de miocardio y en el largo plazo una insuficiencia cardiaca (OMS, 2018b).

En la diabetes, la persona es diagnosticada cuando el páncreas no produce insulina suficiente o no utiliza de manera correcta la insulina que genera (OMS, 2018b). Con estos dos padecimientos estuvo diagnosticada la madre de Lila, aunque ambos estuvieron controlados, lo que le ocasionó la dependencia y pérdida de funcionalidad fue una caída. El riesgo de que una caída cambie la vida del adulto mayor es latente, ya que puede generar lesiones moderadas como moretones y hasta rupturas de diversas partes del cuerpo (Gutiérrez, Rivera, Shamah, Oropeza y Hernández, 2012). Ella contó: "*mamá tiene presión alta y azúcar, y ya sabes que el azúcar ya cuando te deprimes te da para abajo" (Lila).*

La madre de Lila y la de Cala padecieron depresión, la cual es definida por la OMS (2018c) como un trastorno en el que la persona presenta sentimientos de tristeza y culpa, que afectan su autoestima y el interés de realizar actividades básicas, además de generar cambios en el sueño y la alimentación; la vida laboral, familiar y social de las personas que la padecen puede verse afectada, cuando la depresión es severa las personas pierden el interés por la vida. En ese orden de ideas Cala contó: *"[…]al año que fallece mi papá […] mi mamá se queda solita […] se me queda en pañales literal "en pañales" tuvo una depresión muy fuerte y ahora es diabética".*

b) Los cuidados en la enfermedad crónica del Alzheimer

La demencia es un padecimiento que se presenta en mayor medida en los adultos mayores (pero no forma parte del envejecimiento), se caracteriza por una alteración en la estructura y funcionamiento cerebral, algunas características de la enfermedad son: la pérdida de la memoria, cambios en la conducta y la funcionalidad, lo que ocasiona dependencia (Gutiérrez, Rivera, Shamah, Oropeza y Hernández, 2016), existen diferentes manifestaciones de la demencia[35], sin embargo, la enfermedad del Alzheimer es una de las más frecuentes (OMS, 2018d).

La enfermedad al ser progresiva se presenta en tres etapas: temprana, media y avanzada; el diagnóstico temprano es poco común porque los olvidos de la persona que la padece pueden considerarse comunes, las personas presentan dificultad para encontrar palabras en una conversación, pérdida de la noción del tiempo, se les complica tomar decisiones o realizar tareas domésticas, situaciones que descontrolan a la persona con Alzheimer y generan cambios de humor, depresión y ansiedad (OMS, 2018d). Por lo regular, la familia cercana es la primera en percibir los cambios en la conducta, así fue el caso de Margarita: *"Mi mamá tenía alrededor de 78, cuando ya la empecé a notar, pero sus olvidos eran muy distintos […]"*.

La segunda etapa de la enfermedad incluye un aumento en la pérdida de la memoria, por lo que a la persona le resulta difícil recordar algo que terminó de hacer, nombres de personas cercanas, olvidan espacios y actividades de higiene personal, también tienen trastornos en la conducta, como alucinaciones, alteraciones del sueño, desinhibición y agresión (OMS, 2018d).

Por último se encuentra la tercera etapa, en ésta la persona no tiene noción del tiempo ni del espacio, difícilmente reconoce a las personas, sus nombres y el de los objetos a su alrededor, y necesita ayuda para alimentarse (en algunos casos se presenta la dificultad para deglutir), asimismo, el paciente puede presentar incontinencia y la incapacidad de controlar esfínteres, en otros casos el paciente no es capaz de caminar por lo que se encuentra en silla de ruedas o encamado, en esta fase es común que aumenten las agresiones hacia el cuidador (OMS, 2018d).

En esta investigación participaron tres mujeres cuidadoras de enfermos de Alzheimer, un caso relevante fue el de la madre de Alelí quien formó parte de las estadísticas, las cuales refieren que entre 2% y 10% de las personas presentan demencia antes de los 65 años (OMS, 2018d). Además, existen factores genéticos, demográficos, médicos y epifenómenos[36] que aumentan el riesgo de padecer la enfermedad; sin embargo, los genéticos son los que alertan a estas mujeres y sus familias, ya que, dentro de éstos se encuentra el sexo femenino, porque ser mujer es un factor de riesgo, ellas son las que tienden a padecer en mayor medida la enfermedad, la cual se transmite en línea directa de madres a hijas (Tuneu, Rojas, Sardans, Paredes y Gaona, 2015). En los casos que se presentan a continuación la enfermedad fue heredada por la abuela a la madre de las mujeres cuidadoras participantes. Alelí describió lo siguiente: *"Mi abuelita, por parte de mi mamá empieza con los primeros síntomas de Alzheimer y también mi abuelita por parte de mi papá, entonces viví el Alzheimer desde hace muchos años […]*.

---

[35] Otras enfermedades menos comunes que también son demencia son: la demencia vascular, la demencia con cuerpos de Lewy, y la demencia frontotemporal (OMS, 2013).

[36] Genéticos: APOE e4, trisomía 21, otros polimorfismos (cromosomas 6,9,10 y 12, sexo femenino, etnia, historia familiar de Alzheimer; demográficos: edad avanzada, coeficiente intelectual, nivel educativo, reserva cerebral, medio rural, dieta sin antioxidantes; médicos: depresión, menopausia, andropausia, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hiperhomocisteína; epifenómenos: deterioro cognitivo ligero, imagen cerebral preclínica, marcadores biológicos (Martínez y Moya, 2003 citados por Tuneu, Rojas, Sardans, Paredes y Gaona, 2015).

La madre de Jazmín tenía antecedentes genéticos (género e historia familiar), a los que se le sumaron los médicos, siendo uno de los principales la depresión, en ocasiones ésta se deriva de la conciencia que tiene el adulto mayor ante los olvidos y empieza a deprimirse y aislarse, en otras como en el caso de la madre de Jazmín la depresión puede venir de factores diferentes como la pérdida de un ser querido.

> *[…] mi abuelita, la mamá de mi mamá padeció Alzheimer y su mamá también lo había padecido […] muere mi abuelita y mi mamá se deprime […] pasaron casi ocho meses y me decidí llevarla al doctor […] y me dijo el doctor: no es regaño, pero una persona con el antecedente de su mamá del Alzheimer y con esta depresión; la depresión también desencadena el Alzheimer" y desgraciadamente eso pasó (Jazmín).*

c) Los cuidados por deterioro físico

Cumplir ochenta años sin ninguna enfermedad crónica podría sonar como el resultado de una vida exitosa, sin embargo, conforme avanza la edad la dependencia funcional se hace presente, como ya se mencionó, de forma natural a partir de esta edad las necesidades de los adultos mayores aumentan, no obstante, algunas personas de este grupo conservan perfectamente la calidad de su vista, oídos y lenguaje (Wong, González y López, 2014). El aumento de la esperanza de vida ha ocasionado que en una familia convivan cuatro o cinco generaciones, a esto se le conoce como: "verticalización familiar o familia multigeneracional", los miembros de éstas tienen a su cargo la responsabilidad de cuidar a sus hijos, padres y abuelos, otra de las características de estas familias es la escasa presencia de generaciones jóvenes (Pérez, Oropeza, Colunga, López y Ávalos, 2014:49).

La familia de Iris es multigeneracional, entre ella y su madre enferma, cuidaban a su abuela, ella asumió el cuidado de las dos (madre y abuela) pero reconoció que su madre es un recurso de apoyo para el cuidado de su abuela; además, Iris era madre de una niña de cuatro años, por lo que, en una misma familia, estaban conviviendo cuatro generaciones de mujeres. La abuela de Iris tiene 98 años y su estado de salud es bueno, aunque si había perdido funcionalidad y un poco de memoria.

> *Yo le agradezco mucho a Dios que ella se mueve y todo. Yo la veo ya como una niña, ella es de las que se levanta y agarra su andadera, ella no se orina […] ella sola levanta la tapa del baño ya nada más estoy al pendiente porque ella ya no se limpia, no puede […] (Iris).*

Otra de las participantes fue Acacia, ella cuidaba a su abuelo y aunque eso se podría interpretar como una familia multigeneracional, no lo fue, porque los hijos de su abuelo o sus padres no estaban presentes en el ámbito familiar, por lo que no se dio una convivencia de cuatro generaciones. El abuelo de Acacia no sobrepasaba los noventa años, él tenía 83 años al momento de la entrevista, además de buena salud, sin embargo, después del fallecimiento de su pareja, su situación cambió y eso le trajo consecuencias emocionales.

> *[…] es prediabético, porque tiene genes diabéticos, pero si a raíz de que murió mi abuelita, fueron 63 años de casados, pues si le vino una depresión fuertísima y todo, ya salió adelante, pero se toma medicamentos antidepresivos, más los de la diabetes […] está empezando con una demencia, […] tiene alucinaciones visuales, auditivas, de todo tipo. A veces si se pone un poco violento, y dice: ¡sáquenme de aquí! ¡no estoy en mi casa! […] le explicó yo, y le trato de explicar y eso le genera mucha angustia […] (Acacia).*

A medida que las personas envejecen lo hace su generación (pareja, familiares y amigos), por lo que, la pérdida de los mismos repercute en su salud emocional y en sus relaciones sociales;

las personas adultas mayores empiezan a sentirse solas, sobre todo cuando se presenta el fallecimiento del cónyuge, esta pérdida se considera una de las más importantes; además, los hijos u otras personas que se encuentran cercanos al adulto mayor, al no saber en algunos casos cómo reaccionar, empiezan a tomar decisiones por él; entre las que destacan llevarlo a vivir a otro lugar, rotarlo por la casa de sus hijos y obligarlo a realizar actividades recreativas (Pérez, Oropeza, Colunga, López y Ávalos, 2014:49), todo con la intención de mejorar el estado de ánimo del adulto mayor, sin embargo, pocas veces la familia toma en cuenta sus necesidades.

4.2.6 ¿Cómo llegó el doble cuidado a la vida de las mujeres?

En la mayoría de los casos las mujeres que fueron madres ya cuidaban a sus hijos y la enfermedad del adulto mayor fue la que duplicó el cuidado; en otros, fue la llegada a su vida del cuidado de un menor, el parentesco con éste pudo variar, ya que en esta investigación participaron una tía y dos abuelas. La descripción de cómo se presentó el doble cuidado en la vida de las participantes se llevó a cabo en las siguientes dos *subcategorías*: madres que cuidan a sus padres o abuelos y mujeres que cuidan a sus padres y sobrinos o nietos.

4.2.6.1 Madres que cuidan a sus padres o abuelos

En esta primera subcategoría estuvo Margarita, quien contó la manera en la que ella empezó a notar cambios en la conducta de su madre, y en la que de un año a otro la enfermedad avanzó; otro de los aspectos que se rescató de su narrativa es la forma en la que el personal médico minimizó la enfermedad y el sentir del cuidador; por último, y derivado de la edad del menor, se reflejó en el discurso la sobrecarga que el doble cuidado de manera inmediata generó en su vida.

> *[...] en el Seguro Social no tienen idea de lo que es el Alzheimer, o sea, los doctores sí saben que es una enfermedad, pero que les da a los viejitos […] cuando se le dispara la enfermedad a mi mamá a mi como que se me junta todo […] ya no veía la puerta, cuidar a mi bebé, cuidar a mi mamá […] ya no puedo salirme de mi casa […] no puedo dejar a mi mamá ni un instante sola (Margarita).*

El siguiente caso fue el de Alelí; ella, junto con su madre, cuidaba a su abuela quien también padeció la enfermedad del Alzheimer; ellas estaban organizadas para atender tanto a los niños de Alelí como a su abuela; en un principio Alelí, al igual que Margarita, identificó cambios en la conducta de su madre, los cuales justificó por el cansancio que ambas vivían, hasta que la señora presentó un episodio de demencia, Alelí contó:

> *[…] mi abuelita empieza de que ya no dormía en las noches […] se la pasaba hablando, peleando con los juguetes, hablando con niños, imaginándose cómo cuando sus hijos estaban chiquitos […] después de esto empieza mi mamá [...] ¿a qué vine aquí? ¿dónde está mi cartera? […] decíamos: está cansada […] de repente un día mi mamá fue a la frutería que estaba derecho a dos cuadras de la casa, y ya no supo cómo regresar (Alelí).*

Además, estuvo el caso de Begoña, a quien se le presentó el doble cuidado cuando su padre se enfermó; a partir de ese momento cambiaron distintos aspectos de su vida, el más afectado fue su papel de madre, porque como se explicó en párrafos anteriores para Begoña ejercer la maternidad había sido algo importante, incluso como se expresó en apartados anteriores, ella tuvo una transición laboral que le permitió estar más tiempo con su hija, situación que se modificó con la enfermedad de su padre, ella refirió lo siguiente:

> *Tengo una adolescente […] de julio del año pasado para acá fue cuando a mi papá le dio una embolia, es como que mi vida ha cambiado mucho y ya no he podido ir a mis clases,*

> *mi hija se me enoja porque dice: no vienes por mí a tiempo […] y yo: pos si mi hijita pero a tu abuelito no le pasaba la medicina, tu abuelita así como que nerviosa me dice: ¿ya te vas, me vas a dejar? y yo: pues sí, porque tengo que ir por mi hija y luego tengo que ir allá regresar acá, o sea mil vueltas, de mi casa salgo de las 7:00 a.m. y llego a mi casa a las 10:00 de la noche todo el tiempo, eso sí como que se me ha complicado (Begoña).*

La situación de Acacia fue especial porque ya había sido cuidadora de dos generaciones; primero cuidaba de su abuela y su hijo, después del fallecimiento de ésta, se quedó como responsable del cuidado de su abuelo. La diferencia entre el cuidado de ambos adultos mayores dependientes radicó en que su abuela, mientras estaba enferma, recibía doble ingreso por pensión, por lo que las condiciones económicas favorecían el cuidado; por lo que no existían preocupaciones en torno al dinero.

Iris, al igual que Acacia, cuidaba a su abuela; la persona adulta mayor estuvo siendo atendida por la tía de Iris; sin embargo, las condiciones no eran favorables para la abuela, por lo que Iris y su madre iban una vez por semana a verla, hasta que decidieron que lo mejor para todos era que estuvieran en la misma casa; es importante recordar que Iris es enfermera de profesión, lo que se consideró una ventaja al momento de atender a la persona dependiente. Iris en su entrevista contó: *"La abuela estaba con mi tía […] Mi tía es ludópata, ella se va desde las 6 de la tarde hasta la madrugada y la dejaba solita todos los días […]hasta que un día mejor decidimos traernos a la abuela"*.

Por último, estuvo la participante Cala, ella al igual que el caso de Acacia y Amber, fue cuidadora de dos generaciones en etapas previas al cuidado que se estudia en esta investigación. Primero cuidó a su padre quien padeció cáncer de próstata; el tiempo que duró la enfermedad de su padre fue breve, esto ocasionó que Cala no tuviera repercusiones personales significativas, contrario a las que ha tenido por el cuidado de su madre, a quien atiende desde hace más de una década; y ella describió:

> *Cuando mi papá fallece […] ella cae en una depresión severa […] un día me dice: hija, por favor báñame, es que desde que tú te fuiste no me han bañado, no me dan de comer […] yo no quiero que te vayas de mi casa, porque si tú no estás, a mí me tratan muy mal Te digo, hace 12 o 13 años de eso y hasta hoy… (Cala).*

Como se observó en este epígrafe en su mayoría las mujeres cuidadoras de dos generaciones son madres que cuidan a sus padres o abuelos, la premisa anterior es respaldada por algunos estudios (Aguirre, 2007; Robles, 2003; Vaquiro y Stiepovich, 2010) que han evidenciado que el cuidado de los menores de 15 años es realizado por la madre y de las personas adultas mayores dependientes por una hija. Situacion que se repite en el doble cuidado (Aguirre, 2007; Carrasco, 2011; Gómez, 2008; Puga, 2010; Rodríguez, 2012; Tobío y colaboradores, 2013).

4.2.6.2 Mujeres que cuidan a sus padres y sobrinos o nietos

La segunda subcategoría inició con el caso de Jazmín; ella cuidaba a su madre enferma de Alzheimer, y el doble cuidado empezó para ella cuando su hermana se divorció y regresó a vivir a la casa familiar con su hija adolescente; ella contó su experiencia *"en noviembre del año pasado mi hermana se separó de su esposo, hubo violencia física así que sácate a la goma, se vino con su niña obviamente, y pues están las dos ahí en la casa"*.

Por último, estuvieron los casos de las abuelas que cuidaban a sus nietos. En primera instancia se contó con el caso de Lila; ella fue madre soltera y vivió con su madre hasta que se casó. Lila consideró que el dejarla sola le provocó la depresión*, "mi mamá tiene azúcar y ya sabes que el*

azúcar ya cuando te deprimes te da para abajo". A partir de que su madre se enfermó, Lila regresó a vivir de manera temporal con ella y se llevó a su nieta, ella describió cómo fue su situación: *"Batallaba con la niña y con mi mamá […]a mi mamá tenía que llevarla hasta el baño, ahorita ya está mejor […] ¡ay! pero ¿cómo la pasé?, no, muy difícil […] yo dije: yo. No trabajo, y no puedo aportar económicamente".*

Amber fue otra abuela cuidadora, que, en etapas anteriores, también fue cuidadora de dos generaciones, cuando cuidó a sus hijos y a sus padres, ya que ella, desde que se casó, cuidaba a su padre, después a su madre y tras el nacimiento de su nieta, empezó de nueva cuenta a cuidar a dos generaciones; Amber reconoció que, por cuidar a sus padres, no estuvo con sus hijos en momentos importantes y una manera de compensarlos fue cuidando a sus nietos, ella relató lo siguiente:

> *Fue muy difícil porque no estuve al cien con él cuando se casó, no estuve al cien cuando nació mi nieta, y yo le digo a él: una disculpa mi hijo, no puedo estar contigo, porque pues tengo que atender […] uno como madre, no le puedes decir que no a los hijos. Entonces, yo no quería que mi hijo la metiera en una guardería a la niña. Me dicen mis hermanos que yo tengo la culpa porque me eché más trabajo, les dije: discúlpame, le dije, pero para mí mis niños, no son trabajo (Amber).*

Las narrativas de Amber, Acacia, Margarita, Jazmín y Cala permitieron resaltar la forma en la que el cuidado ha transitado por la vida de las mujeres participantes; esta afirmación se da en México (Robles, 2003) y en España (Puga, 2010) en donde se reconoce que esta labor inicia con el cuidado de los abuelos, hijos, padres, nietos y pareja. Agregando en este estudio a los hermanos y sobrinos en etapas previas al cuidado de los abuelos.

Estos primeros apartados dieron la oportunidad de conocer la manera en la que el contexto sociodemográfico, familiar y cultural colocó a las mujeres en medio de dos generaciones demandantes de cuidado, a estas condiciones externas se le sumaron las circunstancias personales de cada una de las mujeres, las cuales se analizaron a través de las *categorías* de trayectoria escolar y laboral, así como las respectivas transiciones. Algunas de las características que fragilizaron la trayectoria de vida de las mujeres participantes fueron: una menor escolaridad, entradas y salidas del mercado de trabajo, jornadas laborales cortas y los empleos inestables; lo anterior, se conoció a través del análisis del enfoque teórico metodológico de curso de vida, el cual dio lugar a que se llegara al momento actual del doble cuidado (*turning poin*t) y dar paso a las repercusiones que el mismo generó en la vida de las mujeres, las cuales se analizaron en los siguientes epígrafes.

4.2.7 ¿Por qué cuidan las mujeres?

Las mujeres son las principales cuidadoras no sólo en esta investigación sino en México y otras partes de la región, no obstante, surge la interrogante sobre si ¿existen condiciones que llevan a las mujeres a ser cuidadoras de dos generaciones? ante esta premisa, la respuesta que brinda la literatura es: sí. ¿Quién cuida en la familia? Para empezar en la mayoría de los casos como ya se mencionó, una mujer, con un vínculo afectivo de hija o pareja (Montes de Oca y Hebrero, 2009; Robles, 2001), esta hija puede ser la menor, la que vive en casa, la que no trabaja, la que trabaja poco o por cuenta propia, la que está soltera o simplemente la hija única; otras mujeres que cuidan son las nueras o hermanas del adulto mayor dependiente (Pérez y colaboradores, 2014) y en menor medida las nietas (Domínguez, Zavala, De la Cruz y Ramírez, 2010).

Si bien es cierto, el perfil sociodemográfico de las mujeres cuidadoras en diversos países de habla hispana es similar: mujer sin empleo, con baja escolaridad y familiar directo de la persona dependiente (Rogero, 2006; Ruiz y Moya, 2012; Vaquiro y Stiepovich, 2010); estudios de corte cuantitativo expresan que la edad promedio de las cuidadoras oscila entre los 45 y 55 años; sin embargo, este dato difiere de acuerdo con el contexto, ya que la mayoría de estos estudios son realizados sólo con cuidadores de adultos mayores.

Las características sociodemográficas de las mujeres que participaron en esta investigación son las siguientes: el promedio de edad es 41.5 años, la menor tiene 26 años y la mayor 54 años; el nivel de escolaridad es de 13 años, la cuidadora con menor escolaridad tiene primaria completa y la de mayor escolaridad nivel maestría; todas cuidan a un familiar directo padre, madre o abuelo. Además de lo anterior, la decisión del cuidado que brindan las mujeres va acompañada de una serie de elementos contextuales, que las colocan en una posición de vulnerabilidad para aceptar la responsabilidad del cuidado (Robles, 2001), estas características varían de acuerdo con cada historia familiar.

4.2.7.1 Cohabitación con la persona adulta mayor dependiente

Actualmente se reconoce que los hijos permanecen por más tiempo en el hogar familiar, por motivos económicos, escolares o por la falta de autonomía; sin embargo, este fenómeno hace unas décadas era común o sigue siendo en ciertos sectores sociales, en los cuales por motivos económicos los hijos después de casarse y en lo que formaban un patrimonio habitaban con los padres o suegros. La corresidencia lleva a establecer diferentes vínculos emocionales entre las personas que reciben el beneficio y las que lo brindan.

En ese sentido, entre las participantes destacaron cinco casos, en los cuales las mujeres cuidadoras habitaban en casa de la persona adulta mayor antes de la dependencia, esta corresidencia fue el principal motivo que las llevó a realizar las labores de cuidado. En el caso de Margarita, ella vivía con su madre al momento que se presentó su enfermedad, pero también es la hija menor y narró: *"he vivido toda la vida con mi mamá […]soy la más chica de once hermanos y después de ocho años a la anterior a mí, ya no me contaban, yo era el tumor con patas dentro de mi mamá" (Margarita).*

El componente que aborda los estereotipos de género está presente en la familia y en las cuidadoras, tal fue el caso de Jazmín quien por ser soltera no abandonó la casa familiar y terminó siendo la responsable del cuidado de su madre y comentó: *"soy la hija mayor […] soy soltera, la mayor y no me caso, entonces digo, pues sí, a lo mejor no es lo que tú eliges y te va orillando la vida" (Jazmín).*

Los abuelos de Acacia fueron un recurso de apoyo económico para ella y su hijo, al momento de la enfermedad de su abuela ella vivía con ellos, por lo que se hizo responsable de su cuidado hasta que muere, después de ese acontecimiento se quedó a cargo de su abuelo que inició con una depresión, Acacia en su entrevista describió lo siguiente: *"Mis abuelos son como mis padres, yo viví muchos años con ellos […] es una cercanía muy fuerte […] soy la única que vive aquí (en Monterrey), por la situación me quedé a cargo de mi abuelito después de que muere mi abuelita.*

Al igual que Margarita y Jazmín, Amber siempre había vivido con sus padres, cuando ella se casó a su padre le dio una embolia y decide quedarse para apoyar a su madre con el cuidado de su padre, tiempo después su madre enferma y sus hermanos le delegan el cuidado de ambos padres, ella contó: *"Yo me casé y estuve con ellos […] o sea ahí nacieron mis hijos, ahí*

crecieron […] cuando enferma mi mamá mis hermanos empezaron: es que yo no me la puedo llevar para allá y es que yo… pretextos" (Amber).

Como se puede observar los adultos mayores fueron en alguna etapa de la vida de las mujeres cuidadoras un recurso de apoyo, proporcionándoles en algunos casos una vivienda para ellas y sus familias, esta acción de solidaridad intergeneracional hizo que ellas realizaran las labores de cuidado para agradecer el apoyo recibido. Además, en el caso de Alelí, ella cumplió con el perfil del cual hablan otros estudios, es mujer, hija única, con poca escolaridad y con trabajos en el sector informal. Ella se fue a vivir con su madre después de que se separa de su pareja, y expresó: *"soy hija única […] me casé a los 15 años, terminé la secundaria […]es lo que me tocó a mí y yo tengo que estar batallando".*

Por otro lado, estuvieron las mujeres que no cohabitan o cohabitaban con el adulto mayor dependiente al momento de que se presentaron las demandas de cuidado, pero que tienen características particulares que las llevaron a ser ellas las cuidadoras principales, las cuales se describen a continuación:

4.2.7.2 Disponibilidad para el cuidado comparada con los hermanos

La autonomía de las personas es indispensable para su bienestar porque permite que éstas organicen su tiempo y actividades de acuerdo con sus expectativas; no obstante, cuando se presenta el cuidado quedan completamente dependientes a las necesidades de los demás (Eternod y Jácome, 2018). En ese sentido, Begoña refiere que sus hermanos le han delegado el cuidado de su padre, porque consideran que ella tiene mayor tiempo para realizarlo, disponiendo de sus actividades y deseos, ella contó: *"Trabajo de 7:00 a 12:40 […] pero ya no sé si es bueno o es malo, porque luego mis hermanos, me dicen: como tú no trabajas entonces tú atiéndelos, tú da las vueltas, tú ayúdale a mi mamá".*

Al igual que a Begoña, los hermanos delegaron en Cala el cuidado de su madre, quien además ejerció cierta presión sobre ella (una especie de chantaje) para que dejara la casa donde vivía con su esposo y sus hijos y se fuera a vivir con ella, la participante describió: " *habla conmigo mi hermano […] y mi mamá me dice a mí llorando: es que yo quiero que te vayas a mi casa, porque si tú no estás a mí me tratan muy mal […] éstos me agarraron de su pendeja".*

La narrativa de Begoña y Cala describen una situación de inconformidad por la pérdida de su autonomía. Lo anterior resulta importante porque ellas no logran obtener un nivel de satisfacción por la labor que llevan a cabo, ya que no la pueden combinar con otras actividades fuera del ámbito doméstico; así la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo (INEGI, 2014 citada en Eternod y Jácome, 2018) explicó que 26.3% de las mujeres que participaron preferirían dedicar mayor tiempo a realizar actividades de su agrado y no domésticas y de cuidado familiar. Sin embargo, en las narrativas se pudo discernir que hay una posición social que llevó a las mujeres a cuidar, por lo que el cuidado no fue una elección en su vida, sino sus circunstancias las llevaron a ser cuidadoras.

4.2.7.3 La decisión de cuidar

En esta última subcategoría se exponen las narrativas de dos mujeres participantes que eligieron cuidar; la primera de ellas fue Lila quien contó: "*yo si me eché a cuestas el cuidado de ella y de la niña, ¡yo! [enfatiza] nadie me obligó, yo quise de corazón. Vi que nadie se quiso mover, así que dije: yo le entro".* Sus razones estuvieron vinculadas a la relación que tuvo con su madre, ya que, ellas siempre vivieron juntas hasta que se casó, a consecuencia de su cambio de

residencia Lila dio por hecho que la salud de su madre se vio deteriorada, esto la llevó a sentir culpa, y cuidarla cuando ella se cayó e inició su dependencia física.

A pesar de lo anterior Jiménez y Moya (2018) explican que estas decisiones están basadas en la naturalización del cuidado, socializado desde etapas tempranas de la vida, esto hace que las mujeres se apropien de la responsabilidad y sientan culpa en caso de no lograr ejecutarlo. Además de Lila, estuvo la narrativa de Iris, las condiciones de esta participante, quien también decide cuidar, corresponden al tipo de profesión que ella desempeño, ella contó que al visitar a su abuela observó que sufría maltrato, no obstante, su tía la cuidadora de su abuela en ese entonces recibía la pensión de la persona adulta mayor, por lo que no dejaba que alguien más la cuidara, ya que perdería el recurso económico, casualmente a Iris se le presentó la oportunidad llevarse a su abuela a vivir con ella, y narró:

> *Es que en verdad de Dios que mi tía no la bañaba, le aventaba el plato de la comida cuando íbamos […] mi tía la descuidaba mucho. Íbamos cada semana, íbamos a bañarla yo la bañaba en la cama, le dije no tía no se apure, yo vengo y la baño […] un domingo mi tío me habla: hija, a tu tía la tienen internada […] no pues ándale que vamos por la abuela (Iris).*

La profesionalización del cuidado ha sido en el caso de Iris un recurso para efectuar el cuidado de la persona adulta mayor dependiente y también fue lo que le dio la oportunidad de poder sentir la confianza de cuidar a su abuela, ya que, sabía que contaba con una preparación para poder ejecutar ciertas tareas.

4.3 El doble cuidado, trastocando la vida de las mujeres que lo llevan a cabo

"A veces le pregunto a Dios ¿por qué en este momento? cuando mis niños están chiquitos […] cuando ellos me necesitan más, es que me toca dividirme" Alelí

El cuidado que realizaban las mujeres de manera simultánea para la preservación de la vida de los menores de quince años y de las personas adultas mayores dependientes fue conceptualizado en esta investigación como doble cuidado[37], el cual enmarca una cantidad de tareas que permitieron la supervivencia de ambas generaciones; lo anterior, derivado de que en la mayoría de los casos que se analizaron los hijos o nietos de las mujeres cuidadoras son menores de cinco años, por lo que todavía ocupaban ayuda para satisfacer sus necesidades básicas, de la misma manera que las personas adultas mayores quienes también eran dependientes en nivel moderado y/o severo.

Por lo tanto, las mujeres cuidadoras de dos generaciones que participaron, como se expresó en apartados previos, dedicaron una etapa de su vida a satisfacer las demandas de cuidado de ambos grupos; dicha actividad generó en ellas diversos cambios en su salud física y emocional, en su situación económica y en sus relaciones familiares[38]. Derivado del interés de analizar las características anteriores, surgió la *dimensión de repercusiones* del doble cuidado, porque se reconoció a través de la literatura que éstas emergieron por el esfuerzo que implicó cuidar, el cual, de acuerdo con el análisis de las narrativas, las colocó en una posición de vulnerabilidad que se categorizó en estado de salud, emocional, económico y familiar.

---

[37] En capítulos anteriores se presentan los conceptos de cuidado multigeneracional, economía del cuidado, *generación sandwich*, generación de en medio y triple jornada que han sido utilizados en diversos países para describir el mismo fenómeno.
[38] Todos estos cambios se explicaron en los siguientes apartados.

Ahora bien, las repercusiones de salud que emanaron del doble cuidado, se analizaron a partir de los estudios existentes (Bódalo, 2010; Flores, Rivas y Seguel, 2012) que explicaron la carga del cuidador, éstos las dividen en: objetivas y subjetivas; las primeras estuvieron relacionadas con las actividades físicas que realizó la cuidadora principal y el tiempo invertido en las mismas, mientras que las segundas, se vincularon a la respuesta emocional que el cuidado generó en su vida; aunque en esta investigación se presentó un apartado de repercusiones emocionales, no se pudo dejar de lado la subjetividad y las emociones que se exteriorizaron en las otras dimensiones. Por lo tanto, en las repercusiones económicas y familiares, estuvieron presentes algunas de éstas, producto de la desesperación, incomprensión o la falta de solidaridad que fue percibida por las mujeres participantes.

En ese mismo orden de ideas, en primera instancia se llevó a cabo el análisis de la categoría de repercusiones de salud, del cual emergieron las subcategorías de dolores físicos, enfermedades crónicas y trastornos mentales; en segundo lugar se analizó la categoría de repercusiones emocionales, entre las que destacaron las subcategorías de: agradecimiento, miedo, soledad, culpa, desesperación, enojo y tristeza; en la dimensión repercusiones económicas se analizaron las categorías de: gastos, pérdidas e ingresos; y por último, en la dimensión de repercusiones familiares las categorías de: relación con los hermanos, relación con la persona adulta mayor dependiente y relación con la pareja; en estas categorías se exploraron los vínculos de solidaridad, conflictos y las redes de apoyo que surgieron a partir de la llegada del doble cuidado.

La intención de las categorías que emanaron de la dimensión de repercusiones es mostrarlas de manera individual y lograr así un acercamiento puntual a las subcategorías, ya que de éstas se deprenden situaciones complejas que al analizarse en conjunto podrían llegar a generar confusión y distorsionar el objetivo de la presente. Sin embargo, al final de cada categoría se muestra una figura que engloba la vinculación de la categoría de análisis con las demás.

4.3.1 Repercusiones de salud

La salud es un elemento primordial para el bienestar de los individuos; sin embargo, no todas las personas presentan buenas condiciones en ese ámbito, ya que, la enfermedad se hace presente en alguna etapa del ciclo de vida, la cual varía de acuerdo con el género, el ambiente físico, las contextos económicos, culturales y educativos (INEGI, 2017). En ese sentido, las mujeres presentan mayor vulnerabilidad porque tienen un menor acceso a los servicios de salud y al cuidado (Blazquez, 2014). El menor acceso al cuidado y a los cuidados no es lo único que merma sus condiciones de salud, otra de las causas es la falta de tiempo para realizarse un autocuidado, que incluye el ejercicio, el descanso y la recreación (Eternod y Jácome, 2018).

Por tanto, cuando las mujeres dedican gran parte de su vida a satisfacer las demandas de cuidado de las personas dependientes (niños y adultos mayores) descuidan su propio cuidado, porque en su mayoría no tienen tiempo para realizar ejercicio, no duermen lo suficiente, ni realizan actividades de distracción o esparcimiento (Eternod y Jácome, 2018). A estas condiciones se le suma que las labores de cuidado generan otros problemas de salud ocasionados por la falta de capacitación para movilizar al paciente o por el estrés que el cuidado lleva consigo, estas repercusiones han sido evidenciadas en diversos estudios realizados en Chile, España y México (Crespo y López, 2006; Losada y colaboradores, 2006; Rascón, 2014; Rogero, 2010a).

En ese sentido, en Chile, 82.8% de las cuidadoras han presentado deterioro en la salud física, 69.7% mencionó tener problemas osteoarticulares (dolor de piernas, espalda, cansancio y dolor de cabeza (Toro y Rivas, 2016). En España, el cansancio fue otro de los padecimientos que

manifiestan las cuidadoras (32.7%), expresando un deterioro en su salud física y emocional (27.5%), el cual las llevó a realizar diversos tratamientos médicos (11.8%) (IMSERSO 2005 citado por Losada y colaboradores, 2006). Otro estudio en ese contexto reveló que 84% de las cuidadoras tuvieron problemas físicos y 30% padeció dolores de cabeza y cansancio; y más del 50% trastornos del sueño, así como problemas relacionados con la carga física (Crespo y López, 2006).

Además, algunos estudios en México expresan que las mujeres cuidadoras (48%) presentaron algún tipo de enfermedad física, entre las que destacan las vinculadas con el aparato digestivo (15.3%), cardiovasculares (13%), endocrinas (9.2%), sistema óseo (9.2%) y neurológicas (5.3%) y otras (5.0%) (Rascón, 2014). Otro estudio se explicó que 56% de los cuidadores expresaron haber tenido cambios negativos en su vida, por el aislamiento que el cuidado generó, este los limita a salir o realizar algún tipo de actividad física (De Valle, Hernández, Zúñiga y Martínez, 2015). Estos resultados exponen el deterioro en la salud física y emocional de los cuidadores. En cuanto a la mortalidad se reconoció que las mujeres cuidadores tienen un 63% más de posibilidades de morir en un plazo de 4 años, comparadas con las que no son cuidadoras (Losada y colaboradores, 2006; Rogero, 2010a).

Como se observó en los datos, el cuidado repercute de forma directa en la salud física de las mujeres que lo llevan a cabo, lo que las convierte en algunos casos en cuidadoras que también necesitan cuidados. Por lo anterior, el cuidado, fue percibido de diversas maneras por las mujeres participantes, derivado de esto se puede decir que el cuidado generó múltiples emociones, las cuales ubicaron a las mujeres participantes en una especie de laberinto en donde, lejos de encontrar la salida a sus afectaciones físicas o emocionales, éstas se fueron acumulando, haciendo que fuera cada vez más difícil continuar. Asimismo, las repercusiones físicas que el cuidado llevó implícitas estuvieron asociadas a las actividades que las mujeres realizaban para cubrir las necesidades de dos generaciones, por lo que las consecuencias físicas y emocionales se multiplicaron; así, en su relato, Jazmín refirió: *"... ellos están en una edad en la que necesitan atenciones (se refiere a sus padres) […] y luego yo con mis achaques de menopausia y […] ahora una jovencita que también trae sus hormonas de fuera […] tienes tres picos de tres generaciones, entonces de repente eso es lo que ...¡aaay!"*

Derivado de la narrativa de Jazmín, quien habló de satisfacer los requerimientos de sus padres y de las emociones de la menor, se consideró importante recordar que el cuidado abarca aspectos materiales que ayudan a las personas a satisfacer sus necesidades de alimentación, educación e higiene (Sunkel, 2007), e inmateriales de los cuales se derivan los sentimientos que compensan las necesidades afectivas (Aguirre, 2007), por lo que existe una vinculación entre los aspectos físicos y emocionales que se derivan de los cuidados y que no pudieron ser analizados por separado.

4.3.1.1 Dolores físicos

"Me duele todo esto, el cuello […] la espalda […] mi vida es una vida que no le deseo a nadie" Amber

De modo particular, en esta investigación, los cuidados varían entre el apoyo para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria para los menores y adultos mayores dependientes, hasta tratamientos médicos asociados al funcionamiento de órganos vitales (diálisis); ambas actividades, aunque parecen extremas, requieren de un nivel de práctica y conocimiento. El que los cuidadores no contaran con la preparación adecuada para realizarlas, afectó su salud física,

a lo cual se le sumo la sobrecarga de tareas de muchas de ellas, como fue el caso de Acacia, quien reconoció que su dolor de cadera se debió a la manera inapropiada en la que cambiaba a su abuelo; ella expresó lo siguiente:

> *Me duele la cadera […] porque como yo lo tengo que cambiar acostado […] la cama que usa es cama de hospital, está muy bajita, entonces es agacharte, poner todo […] tienes que hacer toda la fuerza para levantarlo, él te quiere ayudar, pero no tiene fuerzas (Acacia).*

Para los cuidadores la prioridad de su trabajo radica en satisfacer las demandas de las personas dependientes, tanto ellos como las políticas de atención a sus necesidades procuran salvaguardar su integridad; no obstante, la salud física de las cuidadoras queda expuesta por la falta de capacitación y el desinterés personal, familiar y social sobre estas repercusiones (Montes de Oca, Garay y Arroyo, 2018).

Así, el dolor físico representa un inconveniente para realizar diversas actividades; éste puede ser provocado como en el argumento de Acacia, por alguna actividad física mal realizada y repetida, que le llevó a realizar un esfuerzo considerable, o incluso por padecimientos previos (Villarejo, Zamora y Casado, 2012), tal fue el caso de Lila, quien estuvo lesionada de sus brazos y piernas, esto le dificultó cargar a su nieta, ella expresó:

> *Estoy lastimada de los brazos y de las piernas […] yo creo que todo eso se me acumuló (se refiere a su dolor, más el cuidado de su madre y de la niña) […] a veces la tenía que subir, levantarla del baño, ya ves que cuando se suelta pesan bastante. Y me decía ella: pero es que no hagas tanta fuerza, le digo a mi mamá: tu déjame, ya si me desconchinflo ya será otra cosa, en lo que decida déjame […] aunque no estés fuerte sacas fuerzas de donde no las tienes (Lila).*

Evidentemente los dolores físicos que presentaron las cuidadoras están relacionados con la dependencia física de las personas adultas mayores y el esfuerzo que las cuidadoras hacen para cambiarlos o trasladarlos; derivado de lo anterior, la mayoría de los cuidadores consideran que su estado de salud va en decremento (Crespo y López, 2007). Además de los casos de Acacia y Lila, estuvieron los de las otras mujeres participantes; este otro grupo presentó dolores dorsales, trastornos en el sueño, alopecia y mareos, todos originados por el estrés, los cuales se analizaron de manera particular en el siguiente apartado.

4.3.1.2 Las enfermedades crónicas

El estrés como detonador de otras afectaciones

El cuidado es "una experiencia estresante" continua y duradera, que lleva a los cuidadores a experimentar estrés crónico, el cual genera problemas perjudiciales en su salud (Cuesta, 2009; Crespo y López, 2007:25). Esta condición se origina cuando eventos de índole física o psíquica superan la capacidad de enfrentamiento que tienen las personas; estar estresado lesiona los órganos y sus funciones; sus repercusiones son mayores en el sistema cardiovascular, porque cuando las personas están en condiciones de estrés el corazón trabaja de manera forzada; asimismo, produce una baja de defensas que propicia infecciones y otro tipo de enfermedades (Del Río, 2006).

Los estudios que abordaron las consecuencias del cuidado refieren que el estrés es un desafío para los cuidadores y para su comprensión utilizan modelos de estrés y afrontamiento que han sido adaptados al estrés que se deriva del cuidado (Haley, Levine, Brown, Bartolucci, 1987; Knight, Silverstein, McCallum y Fox, 2000; Montorio, Yanguas y Díaz-Veiga, 1999; Pearlin,

Mullan, Semple, Skaff, 1990; Vitaliano, Russo, Young, Teri, Maiuro y 1991 citados en Losada, Montorio, Fernández y Márquez, 2006).

El modelo de estrés y afrontamiento, enmarca como un detonante para el estrés de la cuidadora la influencia de las variables sociodemográficas como: edad, género, parentesco con la persona que cuida y la salud del cuidador; también consideró relevante el tipo de enfermedad de la persona dependiente, las actividades y el tiempo de cuidado; además de la capacidad que tuvo el cuidador para afrontar las necesidades y el estrés que le generó, aunado al apoyo económico, familiar y social que llega a tener; por último, las consecuencias físicas y emocionales detonadas o detonantes del estrés (Losada y colaboradores, 2006).

La información anterior permitió analizar las narrativas de Jazmín, Margarita y Amber. Las dos primeras cuidaban a sus madres que padecieron la enfermedad del Alzheimer y presentaron dolores dorsales causados por el estrés del cuidado. Jazmín, en su narrativa comentó: "*tengo fibromialgia y es de origen nervioso, es un dolor de origen… puede doler un brazo y cuando hay alguna situación en la casa […] porque la enfermedad de mi mamá da brincos […] se agudiza"*

Otra de las participantes que padeció dolores dorsales severos provocados por la tensión fue Margarita, ella explicó lo siguiente:

> *Me empezó a doler la espalda y se me pasó al brazo […]desde arriba del cerebro toda la espalda me duele muchísimo, éste [señala su brazo izquierdo] me truena cada vez que lo muevo, pero no me duele. Todo mundo me dice que es estrés, me dijo el doctor de ahí de por mi casa: es puro estrés lo que usted trae, dijo tranquilícese (Margarita).*

El desgaste físico y emocional que manifestaron las mujeres cuidadoras de enfermos de Alzheimer se derivó de las características de la enfermedad; porque, la persona adulta mayor que la padeció presentó un deterioro cognitivo moderado que implicó pérdida de la memoria, pero sobre todo de la habilidad para distinguir entre acciones que son adecuadas y aquellas que no lo son (Losada y colaboradores, 2006). En este sentido, estuvo el caso de la madre de Jazmín que no logró distinguir entre la comida de la familia y el alimento de las mascotas; aunque parece algo sin importancia, para un cuidador estas acciones generan un estrés constante. Asimismo, Margarita en su narrativa, explicó:

> *…no podemos dejarla sola, porque todo agarra o me cambia de lugar, si ella se va a quedar, o sea es un show, es cerrar puertas con llave, cerrar gas, cerrar agua, cerrar baños, quitar los champú, quitar los jabones, quitar las servilletas, en la mesa no puede haber tenedores, cuchillos, cucharas […] mira ya cuando sales, sales cansada […] o sea cosas que nunca te imaginaste, ver ese tipo de cosas es bien estresante (Margarita).*

Amber fue otra de las participantes que presentó dolores dorsales ocasionados por la fuerza física que ejerció para mover a su madre y por el estrés crónico. Además de la falta de apoyo, su malestar físico se vinculó a la pérdida de su autonomía y desvalorización; Amber, explicó: *[…] me duele todo esto, siento mucho dolor en todo esto de aquí [cuello], es como un dolor pesado como de estrés y en toda la espalda […] porque mi mamá cuando se me pone mal, tengo que prácticamente levantarla yo.*

La relación entre el estrés, los sentimientos y los dolores físicos han sido reconocidas en otras investigaciones (Martínez y De la Cuesta, 2015), en las cuales las participantes, al igual que Amber, tuvieron efectos crónicos en su salud, en la manera en la que percibieron su vida y en la disminución de sus habilidades y fortalezas; en las consecuencias en la salud física procedentes

del estrés, fue relevante explicar que éstas pudieron ser o no inmediatas; el dolor físico se presenta seguido de una situación crítica o tiempo después, cuando el cuerpo tiene la necesidad de evidenciarlo (Losada y colaboradores, 2006). Así, estuvo el suceso de Margarita, quien presentó en dos ocasiones pérdida de la visión (retinopatía central serosa); estos episodios se exteriorizan de manera espontánea en personas con altos niveles de estrés, exceso de trabajo o falta de sueño (Ascencio, Rodríguez, García, Cabo y García, 2008). Como se puede apreciar, todas estas características están inmersas en el cuidado. A continuación, se presentó la narrativa de Margarita, quien describió:

> *Dos veces me ha pasado que dejo de ver, la primera vez me asusté mucho […] se me durmió la parte derecha de la cabeza, dormida, desperté […] y me asusté muchísimo […] dije: a lo mejor me da una parálisis (yo viví la embolia de mi papá), fue todo el lado derecho, toda mi cara, me dio mucho miedo […] la segunda vez fue menos […] siento yo que Diosito me escuchó porque le decía: ¡no me hagas esto! [lagrimas] ¡no me hagas esto! la primera vez fui al doctor […] y me dijo: es estrés, tú éstas tensionada […] (Margarita).*

Las alteraciones en el sueño fueron otras de las repercusiones que el estrés trajo consigo, esto a causa de una reacción fisiológica natural, en donde el cuerpo se posiciona en una situación de alerta, por lo que prohíbe la aparición del sueño (Del Río, 2006). Esta alteración en la vida de las mujeres cuidadoras cobra sentido, ya que por la naturaleza del cuidado que realizaron tuvieron que estar siempre al pendiente de dos generaciones. De esta manera, Acacia describió: *"me estresa más el niño que mi abuelito […] la cuestión de que no me puedo dedicar al 100% a él porque también tengo que darle su tiempo a mi abuelito, ahí es cuando me genera estrés y es cuando me duele la cabeza, y no puedo dormir" (Acacia).*

La función biológica del sueño es esencial en la vida y tiene efectos positivos en la salud cuando se realiza en tiempo y forma correcta, por lo que el mismo tiene una estrecha analogía en la salud física y emocional de los individuos (Miro, Cano y Buela, 2005). Lo anterior, resaltó el efecto que la carencia de éste tiene en las mujeres que no logran conciliarlo de manera correcta. Amber es otra cuidadora que presentó dificultad para dormir, ella buscó ayuda profesional para tratarse, ya que reconoció que esta situación le estuvo afectando, sin embargo, la profesional de la salud se negó a darle tratamiento farmacéutico, ella explicó: *[…] fui con la psicóloga, me dijo: la voy a dejar estos seis meses, porque no le quiero dar un antidepresivo […] y se me pasó la cita, porque no tenía quién cuidara a mi mamá".*

La narrativa de Amber permitió dar cuenta de cómo la salud de las mujeres cuidadoras pasa a segundo término; reforzando lo expresado por Dakduk (2010) quien afirma que las mujeres cuidadoras ponen en riesgo su salud física y emocional cuando no atienden sus necesidades y subestiman su malestar para continuar satisfaciendo las demandas de cuidado de la persona dependiente. Amber continuó *"[…] no puedo hacer nada porque no me cuidan a mis papás, yo no los puedo dejar solos, no puedo […]".*

Alelí es otra de las participantes que tiene problemas para dormir; ella tenía a su cargo el cuidado de su madre enferma de Alzheimer y de sus tres hijos y contó: "*[…] me siento muy estresada en mi casa, siento que los regaño demasiado por cosas que ellos no tienen la culpa".* El estrés, aunado a la culpa, provocó los trastornos en el sueño que ella padeció, aunque éstos fueron temporales estuvieron presentes, ella describió lo siguiente: *"[…] ya en la noche es cuando ya no puedo dormir […] me pongo a pensar en que, ellos son niños, y empiezo yo sola a echarme todas esas culpas que en su momento se las dije a ellos, empiezo ¡ah! son mías.*

La alopecia fue otra de las afectaciones en la salud física causada por estrés, el cual influye en su aparición y permanencia, además de la predisposición genética; médicamente es definida para "designar la caída temporal o definitiva, general o parcial del cabello o del pelo"; ésta se presenta a cualquier edad; no obstante, es común en la etapa de juventud y adultez y aparece en mayor medida en la cabeza, pero afecta cualquier zona donde la persona tenga pelo, como la barba, cejas y pestañas (Lemmel, 2006:1). Lila fue la cuidadora que presentó esta enfermedad y, como lo describe Lemmel (2006), su primer episodio fue en la juventud y el segundo en la adultez, cuando fue cuidadora de dos generaciones, ella comentó lo siguiente: "*Tengo un problema que se me hace en la cabeza, se me cae pelo… alopecia, pero solamente en un pedacito y me ha pasado dos veces eso, cuando salí embarazada me pasó y ahora con lo de mi mamá".*

Los mareos, también se hicieron presentes como un padecimiento que vivieron algunas mujeres cuidadoras, igualmente a consecuencia del estrés; es importante aclarar que no todos los mareos son producto del estrés, ya que existen otras enfermedades que los provocan. Psicológicamente se reconoce que los mareos aparecen de manera conjunta con la ansiedad y surgen cuando la persona, de manera subjetiva, considera que algunas cosas en su vida no están bien (Morris, 2010). Tal fue el caso de Begoña, quien expresó sentirse mareada cuando tuvo que cuidar a su padre: *el estrés se me manifiesta […] con mareos, he tenido momentos en los que cómo que quiero vomitar, sobre todo cuando estoy con mi papá, estoy en crisis, y es como que me mareo, que quiero vomitar, quiero llorar y me contengo.*

Además, estuvo Lila, quien fue diagnosticada con ansiedad, ésta le generó un mayor nivel de estrés el cual canaliza, al igual que Begoña con mareos, ella en su narrativa, explicó: "*… andaba muy mareada, yo cuando me estreso me mareo mucho […] me comentó un doctor que yo era muy ansiosa […] ya que el estrés es tanto, que me mareo" (Lila).*

Como se pudo apreciar en los discursos, el estrés fue un padecimiento que afectó diversas áreas de la salud física y emocional de las mujeres cuidadoras; generando en ellas repercusiones directas y significativas en su vida, y de igual manera en las personas dependientes y en sus familias. No obstante, éste no fue el único padecimiento que ellas experimentaron, porque también estuvo el cansancio y la depresión; sin embargo, al querer analizarlos de manera separada, la literatura que hace referencia a la depresión aborda el tema del cansancio, por lo que se decidió incluirlo junto con otras emociones en el apartado de depresión que se analizó a continuación.

4.3.1.3 Trastornos mentales

La depresión en la vida de Alelí y Margarita

Los trastornos mentales, son otro de los principales problemas que afectan la salud de las mujeres, de modo específico se encuentra la depresión, los motivos de ésta se relacionan a la precaria situación económica, a la violencia derivada del contexto en el que habitan, y a la carga de trabajo que la mayoría realiza (OMS, 2009)

El término depresión es común en la sociedad y se asocia a los cambios de ánimo negativos de las personas; no obstante, médicamente es reconocida cuando se asocian elementos genéticos, bioquímicos y psicológicos que ocasionan trastornos en el cerebro, específicamente en las áreas encargadas de regular el ánimo, pensamiento, apetito y comportamiento; también se presenta cuando hay un desequilibrio en algunos neurotransmisores (sustancias químicas que las células de cerebro utilizan para comunicarse) (INSM, 2009).

La depresión es definida por la OMS (2018:1) como: "un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida del interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración". En esa misma línea Botto, Acuña y Jiménez (2014:1301) la describen como un "trastorno afectivo que se manifiesta por un descenso del estado de ánimo, anhedonia[39], baja autoestima y un aumento de la autocrítica y los niveles de perfeccionismo". Para Burín (2010:12) se "caracteriza por un cambio afectivo anormal y persistente en el que predominan sentimientos de inutilidad, culpabilidad, impotencia, desesperanza, ansiedad, tendencia al llanto, pérdida del interés general, y una cierta incapacidad para cumplir con las actividades cotidianas".

Cuando se inició la revisión de la literatura sobre el tema de la depresión, de manera inmediata se identificó que algunas de las mujeres cuidadoras participantes presentaron durante sus narrativas síntomas vinculados a los descritos anteriormente. No obstante, al profundizar en el tema se encontró que las emociones que dan origen a la depresión son comunes en las personas, y no significa que quienes las experimentan sean depresivos (Cruz, 2012). En este sentido, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2009) explicó que frecuentemente y de manera normal las personas se sienten tristes o con un estado de ánimo bajo; lo que resulta anormal es que presenten estas emociones por varios días o periodos de tiempo prolongados; el mismo Instituto considera que la depresión es un trastorno común que requiere atención médica porque sus repercusiones pueden ser graves.

La forma en que la depresión es percibida, vivida, explicada y tratada difiere en cada contexto; así, en algunos es común que sea concebida como una enfermedad biológica trasmitida de manera hereditaria; mientras que en otros es reconocida como una situación que se genera de acuerdo con el contexto complejo que vive la persona que la padece; en esta última se entiende a la depresión como una reacción emocional derivada de los problemas personales o familiares, por lo que, cuando alguien la padece no consideran importante buscar atención médica adecuada (Botto Acuña y Jiménez, 2014).

En concordancia con los resultados observados en Alelí y Margarita, ellas percibieron a la depresión como una reacción emocional, sin darse cuenta del riesgo al que están expuestas. Retomando lo señalado por el INSM (2009) se identificaron dos casos en el grupo de mujeres participantes, quienes en sus narrativas mostraron signos evidentes de depresión e inclusive de haber pensado una o varias veces en el suicidio. Es importante resaltar que ambas mujeres son cuidadoras de personas adultas mayores diagnosticadas con Alzheimer.

En primera instancia, se tuvo el caso de Alelí; quién como ya se dijo es cuidadora de sus tres hijos y de su madre; se consideró hacer relevancia en que, desde el momento en que inició la entrevista ella comenzó a llorar y describió:

> *Mi mamá tiene un Alzheimer demasiado agresivo; ella nos pega [lágrimas] […] ella se enoja, porque ya no le doy, porque yo no la cuido, y que ya mejor me voy a ir… y empieza a querer a abrir las puertas; cuando intento detenerla empieza a pegarnos, me ha tumbado de las escaleras, a mis hijos me los golpea mucho […] yo ya no puedo llevar a mis hijos a la escuela […] nada más los llevé el primer día, ese primer día mi mamá se me cayó de las escaleras (Alelí).*

[39] La incapacidad para experimentar placer se encuentra en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo compulsivo y en algunas enfermedades neurológicas (Olivares, 1995:1).

La narrativa anterior denota una serie de sentimientos y emociones; ella contó en unas líneas una serie de acontecimientos que vive día tras día, y que no le han permitido realizar al menos algunas funciones básicas de cuidado para sus hijos. Además, Alelí expresó sentirse encerrada, porque no podía dejar ni un momento a su madre:

> *Me siento como en una cárcel en la casa, hay veces que puede pasar una semana y yo no salgo ni a la tienda, no tengo conocidas en mi cuadra, a ninguna vecina le hablo, a lo mejor será por lo mismo, de que no tengo oportunidad de salir con nadie (Alelí).*

La depresión como se mencionó anteriormente tiene manifestaciones físicas y emocionales; en el caso de Alelí, ella cuidaba de manera física a sus hijos y a su madre, se encarga de los quehaceres del hogar; aunado a que siempre tuvo que estar atenta para reaccionar ante cualquier situación inesperada, asociada al doble cuidado y ella contó: *"en un momento […]que yo me descuidara, los sacaba a la calle, iba yo a la tienda y cuando regresaba los niños ya estaban sentados en la banqueta, y me decían: es que mi abuelita nos sacó"*

El miedo es una de las emociones que se vincula con la depresión, las personas que lo perciben creen que no van a poder afrontar determinada experiencia; esto hace que empiecen a tener sentimientos negativos o de desvalorización personal (Cruz, 2012). Tal como lo menciona la autora, fue como lo expresó Alelí:

> *Tengo mucho miedo, a veces es tanta la carga, que han llegado días que han sido complicados y difíciles, que me acuesto, y estoy ¡aaay ya no puedo! ¡ya no quiero ya! [lágrimas] ya no quiero seguir así … ya no quiero ni despertarme en la mañana, ya no quiero abrir la puerta de mi cuarto, no quiero saber de nada y me da un miedo grandísimo un día ya no poder, me da miedo enfermarme, si yo me enfermo ¿qué hacen? Pero ellos me levantan, yo no abro la puerta, ellos van y se meten al cuarto y empiezan mamá tengo hambre, ay mamá, ay mamá, …y ya nada más cierro mis ojos…(Alelí).*

Aunque Alelí no expresó de manera textual, que ya no quería vivir o alguna frase similar, ella entre sus líneas narró *"… ya no quiero ni despertarme en la mañana"*; ella ya no quiere continuar, ella ya no puede, pero lo hace, sus hijos la motivan y comienza otro día.

Existe un diagnóstico para identificar si una persona tiene un trastorno depresivo; de acuerdo con Alberdi, Taboada, Castro y Vázquez (2006) el paciente debe de presentar cinco de los nueve aspectos que se describen a continuación: 1) Tristeza la mayor parte del día, manifestaciones de llanto o desánimo, ya sea que ella lo exprese o alguien cercano; 2) Disminución o pérdida del interés o placer; 3) Cambios en la estructura corporal; 4) Cambios en los patrones de sueño; 5) Cambios en las actividades, más lenta o ansiosa; 6) Sensación de cansancio o fatiga; 7) Sentimientos de culpa o desesperación; 8) Disminución de la concentración; 9) Pensamientos recurrentes de muerte.

Se consideró importante exponer este diagnóstico para analizar el segundo caso, el de Margarita, porque ella tuvo un evento con su madre que cambió la dinámica familiar y de cuidado, a partir de éste ella tuvo una sobrecarga física y comenzó a presentar características que la ubicaron como depresiva, pero sin que esto sea evidente, durante la entrevista tenía episodios de llanto, pero también una capacidad de sobreponerse, y contó:

> *[…] mi mamá se me cayó y se le volteó el sueño y fue como una doble pesadilla, porque ya no dormía de noche […] y en el día no podía yo dormirme, porque tenía a mi niño y tenía que atender a mi esposo y a mi mamá […]era así te lo describo, una pesadilla […] no había poder humano que la hiciera dormir en la noche […] llegó un momento que vez tu entorno*

> *y dices: Aso, ¿para dónde le voy a dar?, porque ya no estaba yo siendo feliz cuidándola, ni estaba siendo feliz con mi familia, ni estaba haciendo feliz a mi hijo, ni estaba haciendo feliz a nadie […](Margarita).*

Como se apreció, Margarita muestra principalmente cansancio, desesperación, sus actividades se modificaron, se sintió triste pero también irritable y eso hizo que tuviera conflictos con sus hermanas, de acuerdo con lo anterior se puede considerar depresiva; no obstante, ella continúo diciendo:

> *Hay momentos en que me salgo al patio a fumarme un cigarro y … me pasan muchas cosas por la cabeza […] yo he pensado en el suicidio […]me considero una persona inteligente, pero llega el momento en que ya no puedes. Me salía yo al patio y me decía: ¿qué voy a hacer si mi mamá va a seguir empeorando? […] lo he pensado dos veces, te lo juro, así que veo el árbol que está afuera de mi casa y pastillas tengo al alcance, las que yo quiera, pero digo bueno "yo me voy a suicidar y para mí se va a acabar el problema y ¿quién va a cuidar a mi mamá? y ¿quién va a cuidar a mi bebé? (Margarita).*

En ambas mujeres se observó el miedo que ellas tienen al futuro, la incertidumbre de no saber qué va a pasar mañana, cómo será el comportamiento de la persona adulta mayor dependiente; esto es algo característico de los cuidadores de personas con Alzheimer, ya que, una característica de la enfermedad son los episodios en los cuales la persona se desorienta, no reconoce el lugar donde se encuentra ni a las personas que están a su alrededor, esto para los cuidadores representa alteraciones en la conducta de la persona a la que se está cuidado, porque no se tiene la certeza de su reacción.

El miedo, aunado al cansancio, la soledad y desesperación detona pensamientos suicidas; esto no significa que la persona los llegue a ejecutar; sin embargo, es una llamada de alerta para repensar cómo las cuidadoras afrontan el cuidado de dos generaciones, qué es lo que sienten, lo que viven, qué las detiene o motiva. Y qué se debe y puede hacer con ellas. De manera particular, estos dos casos fueron relevantes y le dieron un sentido a la sobrecarga; se podría decir que es algo negativo por la vulnerabilidad en la que ellas se encuentran, pero también se resaltó que hay algo positivo como sus hijos quienes las alientan a continuar.

En suma, la categoría de repercusiones de salud de las mujeres participantes se vio afectada en tres subcategorías dolores físicos, enfermedades crónicas y trastornos mentales. Los dolores físicos y las enfermedades crónicas tuvieron una relación directa con el estrés el cual es considerado una enfermedad que emana de diversas emociones, por lo que tiene una correlación con la categoría de repercusiones emocionales. Las principales emociones detonadoras del estrés que manifestaron las mujeres participantes fueron la desesperación, el enojo y la tristeza.

Asimismo, en la subcategoría de trastornos mentales se presentó la depresión, sus síntomas principales coinciden con la categoría de repercusiones emocionales, en donde la culpa, el miedo, la tristeza y el enojo influyen directamente en el trastorno que viven las mujeres; además estas emociones se vinculan con la categoría de repercusiones familiares porque emanan del apoyo que a las mujeres participantes les hizo falta para ejecutar el cuidado de las personas dependientes (véase figura 1).

En ese sentido, atender las necesidades de las mujeres cuidadoras resulta relevante derivado de que la sobrecarga de trabajo tiene consecuencias físicas que repercuten en su salud y otros aspectos de su vida, que más adelante podrían tener un efecto directo sobre el cuidador y la persona que cuida (Dakduk, 2010). En ese sentido, se vuelve prioridad brindar capacitación a

las mujeres para que logran mover a la persona adulta mayor dependiente sin que su cadera, brazos, lumbar o espalda se vean afectados, pero también de forma emocional, porque ellas están en una situación de alerta constante en donde se combinan diversas emociones y sentimientos que al no ser manejados de manera correcta generan afectaciones como el estrés y la depresión.

Figura 1. Vinculación de las repercusiones de salud con otras categorías de análisis

[40] Crespo y López, 2007; Losada y colaboradores, 2006; Rascón, 2014; Rogero, 2010ª; Toro y Rivas, 2016
[41] Crespo y López, 2007; Rogero, 2010ª; Villarejo, Zamora y Casado, 2012;
[42] Ascencio y colaboradores, 2008; Morris, 2010; Lemmel, 2006; Losada y colaboradores, 2006;
[43] Cuesta, 2009; Crespo y López, 2007; Del Río, 2006; Martínez y De la Cuesta, 2015;
[44] Bericat, 2012
[45] Sánchez y Sánchez, 2009
[46] Cruz, 2012
[47] Bericat, 2012; Choliz, 2005; Mora, 1999
[48] Botto Acuña y Jiménez, 2014; Cruz, 2012; INSM, 2009
[49] Alberdi, Taboada, Castro y Vázquez, 2006; Botto Acuña y Jiménez, 2014; Cruz, 2012; INSM, 2009
[50] Bódalo, 2010; Pérez-Sales, 2011
[51] Dua, Nichols y Satoya, 2013; Martínez, 2009; Pérez, 2000
[52] Ariza y De Oliveira, 2003; Casares, 2006; Ribeiro, 2006; Tamez, Ribeiro y Mancinas, 2008
[53] Ariza y De Oliveira, 2010; Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011; López y colaboradores, 2015.

4.3.2 Repercusiones emocionales

"Lloro, grito, pataleo, me enojo, hasta golpes le he dado a la pared y me digo ¿cómo no voy a poder? Sí puedo, sí puedo, por eso estoy aquí" (Margarita)

Las mujeres cuidadoras de dos generaciones expresaron sentir diversas repercusiones emocionales. Las emociones son un proceso multidimensional, son reconocidas como experiencias afectivas subjetivas (Choliz, 2005), de las cuales se derivan reacciones fisiológicas, funcionales y sociales; en las primeras, los individuos toman medidas preventivas para enfrentar cualquier circunstancia, esto de acuerdo con el estímulo percibido por el cuerpo (positivo o negativo); en las segundas el organismo reacciona para atender la necesidad que se deriva de la emoción y en la tercera, se identifican claramente diversas expresiones en el rostro o cuerpo de la persona que las está viviendo (Mora, 1999).

Así, la presencia de las emociones permite a las personas adaptarse a determinadas circunstancias o que desarrollen habilidades que le den la oportunidad de reaccionar de manera distinta; esto independientemente de si se trata de una emoción agradable o no, porque todas generan funciones que son relevantes en el proceso de adaptación o ajuste social (Choliz, 2005). En este sentido, no es la emoción en sí lo que toma relevancia, sino la reacción que emana de la misma; así se pudo observar que, aunque todas las mujeres participantes cuidaban a dos generaciones, no todas sienten las mismas emociones.

En palabras de Bericat (2012) las emociones son un reflejo de lo que es importante para la persona, es el valor que ésta le da a un suceso, realizado por algo o alguien más. Aunque el mismo autor explicó que la esencia de éstas es relacional, ya que las personas no viven aisladas de un entorno, por lo que en la mayoría de los casos crean sus metas en relación con el otro. En ese orden de ideas, se comprende que las emociones dependen de una variedad de elementos para su manifestación; éstos pueden ser del valor consciente y/o inconsciente que la persona les da a los hechos; a quién considere culpable o responsable de las mismas; de la perspectiva que tenía de la situación; de su identidad y de la manera en la que lo identifican los demás a partir de su emoción (Bericat, 2012).

4.3.2.1 La responsabilidad moral

Para comprender mejor las emociones que se generaron a partir del doble cuidado, se consideró importante conocer algunos significados que las mujeres cuidadoras le dieron al mismo, al analizar las expresiones se encontró como primera *subcategoría* la responsabilidad moral. En ese sentido, Begoña lo describió como: *"un compromiso moral";* para Iris *"... es ver que la persona se encuentre bien, esté bien y no sólo física sino también emocionalmente";* ambas hicieron referencia al cuidado como algo ajeno a la labor que realizan, lo que pudo interpretarse como una negación a aceptar que son ellas las cuidadoras; cuando se le preguntó a Alelí ¿qué significa para ti el cuidado? no logró articular palabras, pero lloró y después indicó que continuara con otra pregunta; el llanto de Alelí, sumado a sus otras narrativas, da cuenta de la sobrecarga que ella ha experimentado.

La responsabilidad moral es un valor acompañada de una emoción que le da sentido a la actividad, las cuidadoras la reflejan como un actitud positiva y justa hacia la persona adulta mayor dependiente que lleva implícito en ocasiones un modelo de carácter abnegado y sacrificado que justifica las contradicciones emocionales que la labor del cuidador genera (Martin, 2013). En ese orden de ideas, Margarita en su entrevista expresó: *[...] cuidar a mi*

mamá para mí es mucha responsabilidad, lo hago con mucho amor, con mucho cariño, porque para empezar tengo que hacerlo, moralmente pues es mi mamá y tengo que cuidarla.

Como se observó en la narrativa de Margarita, las mujeres han ido construyendo su identidad a través de un deber ser que vincula el cuidado con su condición de hija o madre, por lo que cuando se reconoce que el cuidado es una responsabilidad de las mujeres también resalta que es una actividad ineludible (Martín, 2013). A esta se le suma lo expresado por Lila quien describió: *[…] es una responsabilidad muy grande cuidar a una persona mayor […]pero te digo, no me arrepiento porque pues si no ayuda uno, si no haces algo humanitario, por decirlo así, de que sirve que estés.*

Como se advirtió en las narrativas, las emociones expresan lo que las personas sienten ante una situación. Sin embargo, ésta puede generar dos tipos de emociones; las primeras son las agradables que se derivan de hechos gratificantes; y las segundas, las emociones desagradables, que se relacionan con momentos de dolor o peligro; estos dos tipos se caracterizan porque provocan una reacción en los individuos, ya sea para impulsarlo a lograr una meta o para evitar una situación que lo perjudica (Sánchez y Sánchez, 2009). Como se vio en el apartado anterior, existen emociones que sobrepasan a las personas, por lo que el cuerpo reacciona de forma física y/o mental ante estos estímulos.

4.3.2.2 El agradecimiento

"…si ella no hubiera querido hacerse responsable de nosotros en nuestra infancia […] no fuéramos los que somos ahorita" (Cala).

El agradecimiento fue una de las emociones que las mujeres cuidadoras participantes enunciaron en sus discursos, ellas describieron sentirse agradecidas con sus abuelos o padres por darles la vida o por lo que hicieron para ellas cuando eran niñas. Como mencionan Robles y Pérez (2012), las mujeres cuidadoras ejercen el cuidado en algunos de los casos por reciprocidad u obligación filial, hacia la generación anterior. Esta reciprocidad es reconocida también como solidaridad, confianza o dádiva en el sentido de dar, recibir y retribuir (Findling y López, 2015 citados por Marín y Palacio, 2016), es algo arraigado en la institución familiar, la emoción del agradecimiento genera reciprocidad, y en las mujeres una mayor disponibilidad para llevar a cabo el cuidado, el cual se percibe desde esta mirada como una obligación y deber que emana de la retribución parental (Marín y Palacio, 2016). En este sentido, las participantes expresaron lo siguiente:

> *[…] siempre fuimos mi mamá y yo, mi mamá y yo, nunca se volvió a casar […] ella se dedicó a mí, a trabajar y yo era niña de mami, lo que se me antojaba o lo que yo quería, si quería zapatos nuevos, si quería ropa, si quería todo, vacaciones, todo me pagó mi mamá trabajando, no creas que mi mamá estudió, mi mamá hacía tacos, enchiladas y con eso me sacó adelante (Alelí).*
>
> *No sabes todo lo que me consintieron. Todo lo que quería desde chiquita […]nombre bien divertida porque todo me compraban y a todos lados me llevaban, mi abuelita me disfrutó, como ella trabajó tanto tiempo, no tuvo tiempo de dedicarle a su hija y todo eso, entonces cuando llego yo, ella tiene el tiempo, ya está jubilada y todo, me disfrutó mucho como si fuera una hija (Acacia).*

Es importante resaltar, que el agradecimiento descrito por Alelí y Acacia hizo referencia a las cosas que las personas adultas mayores dependientes realizaron por ellas, y en ningún momento del discurso expresaron sentirse obligadas a realizarlo. Sin embargo, no se puede negar que entre

el agradecimiento y la reciprocidad existe un vínculo, Guzmán y Montes de Oca (2003) describen que en estas relaciones se da un intercambio entre el dar y recibir, esto mediante diversas normas y valores, que gratifican ciertas conductas, pero también sancionan otras. De manera particular, Margarita expresó sentir que su madre le pagó por adelantado con la vida, el cuidado que realizaba por ella.

> *[…] un día dentro de su ratito, un ratito de lucidez que tuvo, me abraza y me dice: ay mijita, ¿con qué te pago todo lo que haces por mí?; habiéndome tenido madre (llora) a mi mamá le dieron la opción de no tenerme hace 38 años […] le dije: con eso me pagas madre. Digo, o sea 44 años con 10 hijos, bien jodidos … (Margarita).*

El agradecimiento y la manera de corresponder a éste, está relacionado con la historia de la relación afectiva entre el cuidador y la persona a la que cuida, el cual se manifiesta en torno al cuidado (Enríquez, 2014). Es importante resaltar que no todas las cuidadoras expresaron sentir agradecimiento, por lo tanto, el que una persona lo sienta no significa que será cuidador, ni a la inversa. En ese orden de ideas, surge la relevancia de promover la reciprocidad y la solidaridad familiar y social, para que las personas tengan la confianza de que, en el momento de necesitar algún tipo de cuidados, el Estado o la sociedad podrá responder a sus demandas (Arroyo, 2015).

Refiriéndose a esta solidaridad, estuvo el caso de Lila, quien expresó sentir agradecimiento por su madre y por lo que hizo por ella; además, de que está convencida de que todo lo que haces en la vida se revierte, y aunque no dijo que espera que su hija la cuide, se lee entre líneas la confianza de que alguien lo hará.

> *La paciencia no está en mi vocabulario, pero sí está la del agradecimiento […]mi mamá tanto que me cuidó, para mí es el ser más divino, cómo decirlo … de ahí naciste como para no considerarla, no cuidarla […] hay veces que me da la paciencia (se refiere a Dios) […]me digo, bueno mi mamá cuantos años se desveló por mí, la escuela y cuidados, cuando me enfermaba me llevaba al doctor, por qué yo no puedo hacer eso por ella, ¿verdad? […] yo te digo, todo en la vida se te regresa (Lila).*

Asimismo, la familia es el primer lugar de socialización de las personas y es ahí donde la mayoría de las personas aprenden los principales valores que rigen su conducta; por lo tanto, es importante fomentar entre los miembros de esta institución la confianza, seguridad y la protección, los cuales se sustentan en los valores de solidaridad, cooperación, reciprocidad y lealtad (Palacio, 2009). En este estudio, se hizo hincapié sobre el cuidado de dos generaciones, así como los motivos que llevaron a la convivencia entre éstas; en este orden de ideas, los niños menores de quince años han estado conviviendo durante su vida con una persona adulta mayor dependiente, observando una solidaridad familiar o incluso ejerciendo ciertas labores. En palabras de Marín y Palacio (2015) pareciera que estos vínculos entre las generaciones naturalizan la reciprocidad y responsabilidad familiar en las futuras generaciones.

En este sentido, se encontraron los siguientes casos en los cuales los menores realizan ciertas actividades de apoyo al cuidado; se consideró importante darlas a conocer porque en su mayoría fueron niñas, específicamente cuatro niñas y dos niños; esto de acuerdo con Lagarde (2012) llevó a pensar en la manera en que los menores, pero sobre todo las niñas a lo largo de su infancia observan, aprenden, asimilan, y realizan actividades de atención y cuidado. Además de lo anterior, se dio un reconocimiento por parte de las mujeres cuidadoras participantes que reafirmó la solidaridad, y sutilmente el estereotipo de una mujer que antepone las necesidades de los demás sobre las propias. Asimismo, es importante resaltar, la manera en que Cala y Alelí

le dieron un valor importante a las labores de cuidado que sus hijos realizaron para la persona adulta mayor dependiente.

En ese orden de ideas, y para iniciar, estuvo Cala, quien comentó: "*mi hijo […] si se queda sólo con ella, él le hace de comer";* se recuerda que Cala y su familia desde hace más de una década cohabitaban con la persona adulta mayor dependiente. Además, estuvo la sobrina de Jazmín, quien realizaba labores de vigilancia; ella describió: "*la niña ya se enseñó a estar al pendiente […] ya se enseñó a cuidar a su abuelita, entonces en ese sentido que bueno que están en la casa, porque sí, de repente se necesitan más ojos" (Jazmín).*

Igualmente estuvieron los casos de los más pequeños, como el niño de Margarita que, con cuatro años y medio, ya estaba al pendiente de su abuela; Margarita en su discurso narró: *"él está en la sala y me dice: mami abuelita se paró y cosas así"*. La nieta de Amber, de un año dos meses, también realizaba ciertas acciones de cuidado, Amber en su entrevista contó:

> *Mi mamá cuando está sentada en el comedor y se para, la niña corre y le trae el andador para que mi mamá se agarre. Yo digo que está muy chiquita para que ya sepa esas cosas, y es bien obediente […] a veces va al cuarto, y le dice mi papá: dile a tu abuelita que me mande agua, y la manda con el bote, no me dice nada, pero me lo da, y ya lo lleno y se lo llevo (Amber).*

Los niños de Alelí crecieron observando la enfermedad de su bisabuela y ahora la de su abuela; la participante con una voz entrecortada expresó sentirse orgullosa de sus hijos, por el apoyo que de una manera u otra le brindaban, a pesar del cuidado que también ellos requieren, y refirió:

> *Mis niños, son unos niños buenos, porque ellos me ayudan en todo, ellos siempre la cuidan. Cuando yo estoy haciendo de comer, ellos escuchan un ruido y ellos corren […] ellos van y le dicen: no abuela, ya venga, le voy a prender la tele y venga, y mi mamá: echa y echa madres, porque le encanta, ella los regaña y les pega, y ellos se quitan, y ya cuando escucho, ahí voy, ellos me ayudan mucho. Llevan mucha carga que no es para ellos. Si yo tengo que salir a algún mandado, mi hijo el mayor ya tiene nueve años, es él que se tiene que encargar de mi mamá (Alelí).*

Como se observó en las narrativas, el agradecimiento en algunos de los casos permea de las cuidadoras a la generación posterior. Ahora bien, es importante resaltar, que cinco de las nueve mujeres participantes sintieron la emoción del agradecimiento, contrario a las otras que no manifestaron ninguna emoción de esa índole hacia la persona adulta mayor dependiente. Así, el cuidado que brindaron las mujeres, al menos en este estudio, generó otras emociones las cuales se explican a continuación; el orden de éstas es de acuerdo con la frecuencia en la que las participantes manifestaron sentirlas.

4.3.2.3 El miedo

El miedo fue una de las emociones que percibieron las mujeres cuidadoras de dos generaciones participantes. A éste se le reconoce por ser una emoción cotidiana, que permite estar atento ante cualquier amenaza que afecte la supervivencia; es una emoción adaptativa y protectora; además al sentir cierto temor, algunas personas realizan acciones que las benefician para evitarlo (Pérez, 2000). Porque, el miedo da la oportunidad de llevar a cabo algo de manera correcta, sin embargo, cuando es en exceso no admite pensar de manera clara (Pearce, 1995, citado por Pérez, 2000).

Uno de los principales miedos que se presentan alrededor del cuidado es el miedo a lo desconocido. No saber qué sigue en la enfermedad de la persona adulta mayor dependiente, genera miedo en las mujeres cuidadoras, sobre todo en las que sus madres padecen Alzheimer;

porque en estos casos ellas no pueden identificar cómo va a reaccionar su madre ante determinada circunstancia, en ese sentido Margarita contó:

> *Más que nada al principio cuando todavía no conocía la enfermedad tenía mucho miedo, decía yo, ahorita está así, en un año, ¿cuánto va a avanzar? y ¿si la enfermedad se le dispara? […] en un año y dos años ya aprendes, al menos en mi caso es vivir el día, y en la noche decir: bueno, mañana será otro día, y sabes que vas a batallar igual, pero tienes la esperanza de dormir, de descansar (Margarita).*

En concordancia con lo señalado por Margarita, Martínez (2009) en un estudio realizado en la Habana, Cuba; encontró que 96% de los cuidadores expresó tener miedo y desconocimiento sobre cómo tratar al enfermo; además, enfatizó que, sin importar esta situación, en la mayoría de los casos, continúan dispuestos a seguir cuidando. La demencia es una enfermedad presente y creciente a nivel mundial; sin embargo, su incomprensión ha hecho que aumente el temor y el estigma de la enfermedad (Dua, Nichols y Satoya, 2013); así, algunas personas le tienen miedo a la falta de cuidado y a las condiciones precarias en que se realiza la labor, como Margarita, pero otras tienen miedo de padecer la enfermedad; esto derivado del acercamiento que han tenido con la enfermedad y también por las probabilidades de que les suceda, en este sentido, Jazmín, explicó:

> *… lo que me atemoriza más es que es hereditario en las mujeres; que yo dejé de trabajar, entonces, así como que yo no tengo la pensión, y es eso verdad y el miedo, o sea ese miedecito, que luego es famoso en la familia, sobre quién me va a cuidar […] el sobrino […] me dijo, no tía, cuando tú estés viejita nosotros te vamos a cuidar, así como tú cuidas a mi abuelita […] bueno se agradece la intención pero yo no quiero que ellos vayan a dejar de hacer cosas que quieran hacer, por cuidarme a mí (Jazmín).*

Al respecto conviene señalar que, para la población de Francia, Alemania, Polonia, España y Estados Unidos, uno de sus mayores temores es sufrir en primer lugar cáncer y, en segundo lugar, demencia; siendo ésta la segunda entre las diez enfermedades a las que las personas le tienen miedo (OPS, 2013). En México, es la principal causa de la discapacidad en las personas adultas mayores (Gobierno de la República, 2015) en esta investigación Margarita, Jazmín y Alelí cuidadoras de enfermos de Alzheimer expresaron el temor a padecer dicha enfermedad.

Acacia es otra de las cuidadoras participantes que presentó la emoción del miedo, sus principales temores fueron dos; el primero, es el que se relaciona con las actividades que dejó de hacer a partir del doble cuidado, como dejar de trabajar, por lo que, reintegrarse al mercado laboral le generó cierto temor; el segundo que manifestó fue el miedo a que algo le pase; a ella le angustia no saber qué será de su hijo. Bódalo (2010) explicó, que este temor es común en las mujeres que son madres; en su estudio encontró que la mayoría de las mujeres que participaron tienen el temor de que algo les pase, porque no saben quién podrá hacerse responsable de sus hijos. Acacia, describió:

> *A veces también siento miedo […] el miedo a enfermarme, que me pase algo y no saber qué va a ser de mi hijo, porque te pones a ver opciones y dices: bueno, que se quede con mi mamá, pero mi mamá ya es una persona mayor, ella no le va a tener la paciencia; mi hermana pues con trabajos y le tiene paciencia a su hija […] con su papá menos, no lo sabe cuidar (Acacia).*

Como se observó, las mujeres cuidadoras enfrentaron diversos miedos, el miedo a no saber qué hacer, el miedo a que les pase algo, pero también estuvo presente el miedo a la muerte de la persona adulta mayor a la que estaban cuidando. Este miedo surge por el vínculo y la cercanía

con el enfermo, el cual en la mayoría de los casos es un familiar; además el cuidador teme que esta pérdida llegue por algún descuido de su parte, ya que en la mayoría de los casos las cuidadoras no se sienten preparadas para realizar estas labores (Moreira y Turrini, 2011). Esta emoción la experimentaron Lila y Amber; ambas tuvieron miedo de perder a sus madres, y contaron: *"... principalmente el miedo, de que se muera, digo yo, ¿quién quiere que su papá se muera o su mamá? nadie, verdad [...]a mi pensar, cuando se muere tu mamá, te sientes solo" (Lila).*

El miedo de perder a su familiar enfermo hizo que las mujeres cuidadoras siempre estuvieran alerta, esta emoción desarrolló en algunas participantes, que ellas no pudieran dormir lo suficiente, o en otros casos que no lograran disfrutar de otras actividades, cuando se encontraban lejos de la persona adulta mayor dependiente; en ese sentido, Amber durante su entrevista comentó:

> *El miedo que tengo yo, es que le pase algo a mi mamá [...] es muy difícil, siempre andas nada más con el miedo, mi mamá me habla y yo siento algo y le pregunto: ¿qué tienes? ¿qué sientes? ¿te duele algo? no mi hijita, ven a taparme siento frío. O sea, me asusto de cualquier cosa. Y a veces estoy en mi recámara y me grita bien desesperada y yo ¿qué tienes mamá? hija es que me acosté mal y no me puedo levantar [risas] ¡no!, te lo juro que me asusta (Amber).*

El miedo es una emoción que se hace presente en las labores de cuidado, no sólo el que emana del cuidado que se realiza para la persona adulta mayor dependiente, sino también, como se observó el caso de Acacia, quien tiene miedo de su propia enfermedad o dependencia, no por ella sino porque no sabe quién podrá cuidar a su hijo.

4.3.2.4 La soledad

La emoción de la soledad se manifiesta cuando la persona se siente sola independientemente de si está rodeada de gente o no; Montero-López y Sánchez (2001) la definen como un estado en que infieren distintos aspectos de la personalidad (autoestima, apego, sociabilidad, conducta social); asimismo, la soledad se manifiesta cuando la persona se siente carente de relaciones personales afectivas y/o sociales. Aunado a lo anterior, Peplau y Perlman (1982 citados por Fernández, Muratori y Zubieta, 2013) expresaron que ésta se exterioriza cuando las personas no son capaces de conservar vínculos estrechos con los demás, la diferencia entre lo que desean y lo que obtienen, los hace sentir solos.

Las personas se sienten solos cuando son rechazados por la sociedad (familia, amigos, vecinos o comunidad), ellas conciben que no son aceptadas o que no tienen ningún sentido de pertenencia hacia determinado grupo (Fernández, Muratori y Zubieta, 2013). La soledad también se presenta cuando las personas no cuentan con un apoyo social satisfactorio (Muchinik y Seidmann, 1988 citados por Fernández, Muratori y Zubieta, 2013).

Conocer las definiciones de soledad permitió entender por qué las mujeres cuidadoras participantes la padecen; ellas de alguna manera esperaban el apoyo de su red social y no lo tuvieron, esta situación las hizo sentirse aisladas de los demás. En este sentido, estuvo el caso de Margarita, quien en apartados anteriores explicó que antes de la enfermedad de su madre, su padre tuvo cáncer, entonces ella sabía la manera en que su familia reaccionaba ante una enfermedad, sin embargo, su sorpresa fue cuando sus hermanas actuaron de forma distinta a lo que ella esperaba, y describió:

> *[…] la enfermedad de mi papá nos unió pero bien cañón […] entonces, cuando pasó esto de mi mamá, yo pensé que iba a ser igual y no, al final de cuentas yo siento, que mi papá estaba en una cama, no se movía, era fácil cuidarlo […] y mi mamá anda por toda la casa y te mueve, te agarra, te quita, te pone, te ensucia (Margarita).*

Esta situación es común en las familias con enfermos de Alzheimer, porque la persona perdió la memoria, pero físicamente se encuentra estable, por lo que denota salud, al menos en las primeras etapas de la enfermedad. De esta forma, la familia no logra identificar el cuidado que realmente amerita un enfermo con este padecimiento. En este orden de ideas, Margarita cuando conoció el diagnóstico de su madre, pidió ayuda a sus hermanas, para su cuidado sin obtener respuesta, lo que hizo que se sintiera sola, ella explicó:*"[…] cuando alguien se muere, te dicen: aquí estoy, lo que se te ofrezca, tú háblame y no es cierto, porque cuando les hablas no van … pero ¡oye es tú mamá también! no sólo es mi mamá, ¡es nuestra mamá! […]".*

Es normal que los cuidadores de personas dependientes pidan ayuda a sus familiares porque reconocen que el cuidado ha superado sus capacidades y desean contar con el apoyo de sus hermanos o pareja (Rivera, Morales, Benito y Mitchell, 2008). Lo expuesto por loa autores coincide con el sentir de Margarita quien contó: "*Si todas estuviéramos ahí […]sería mucha menos la tensión, la carga va a ser la misma […] pero con la convivencia de las demás, si la platiquita y el hecho de que vayan […] a mí me aligeraría mucho la carga".*

El caso de Amber hizo evidente la soledad que ella vivió, ella expresó que no cuenta con sus hermanos. Esta situación es recurrente en las cuidadoras y más cuando provienen de familias numerosas y el cuidado sólo recae en ellas; esta actitud es considerada como una forma de violencia hacia la cuidadora (Montes de Oca, 2014). Retomando la narrativa de Amber, explico que les dijo en reiteradas ocasiones que necesitaba de su apoyo, ya que, si se presentaba una emergencia, ella sola no podía mover a su madre porque utilizaba silla de ruedas, además de que vivían en un departamento ubicado en el tercer piso de un edificio. Amber en su entrevista describió lo siguiente:

> *[…]se me hace difícil porque a veces se me enferman y yo sola […] a veces les hablo a mis hermanos y les digo: sabes que, no me dejen sola […] a mi mamá sólo la movemos en silla de ruedas, ¿dime tú? si voy a poder, yo sola […] y eso es lo que a mí me aterra, es lo que me da miedo, yo les digo a ellos que sean conscientes, yo no sé qué les pasa, les dije, pero bueno … allá ustedes (Amber).*

La soledad también se hace evidente cuando la persona adulta mayor dependiente que antes era el centro de la familia, deja de serlo a causa de la enfermedad. Esto lleva a un aislamiento social no sólo del adulto mayor sino de la cuidadora, quien de pronto experimenta una sensación de abandono y soledad. La soledad, tiene un vínculo con la añoranza, las personas se sienten solas porque recuerdan los momentos en los que no lo estaban (Iglesias, 2001). Así se encuentra Alelí, quien siempre vio su casa llena de gente y a su madre ayudando a los demás y narró:

> *Mi casa estaba siempre llena, parecía casa de beneficencia. Todos iban y venían. Entraban y salían […] en la noche, toda la noche hacia bastante harina y hacia tortillas de harina porque no faltaba quien llegara a cenar y nadie avisaba, nadie […] y se acabó mi mamá, se acabó la familia. Ya nadie viene (Alelí).*

Otro tipo de soledad que experimentan las personas es la que se da por el hecho de que no tienen relaciones de apego significativas o alguien que les de seguridad o apoyo físico, emocional o económico; en ésta las personas sienten un vacío y un deseo de contar con alguien para compartir su vida (Fernández, Muratori y Zubieta, 2013). Tal es el caso de Acacia, ella expresó de manera

contundente que no tiene a nadie físicamente con quien compartir, más que a las personas a quienes cuida (su abuelo y su hijo).

> *Te digo, yo no tengo a quien más acudir […] entonces no es con alguien así de que vamos a tomar un café, esa vida no la tengo. Tengo años de no ir al cine, no salgo a cenar, no salgo a ningún lado estoy completamente dedicada. Mi vida es el niño y la casa con mi abuelito […] (Acacia).*

Acacia se siente sola porque no tiene una pareja o amigas con quien hacer otro tipo de actividades que la distraigan del cuidado o que la apoyen con el mismo. Contrario al caso de Lila, quien había experimentado soledad, porque sentía que su pareja no la ayudaba como ella esperaba, ella contó:

> *Sientes que nadie te apoya y quien crees tú que te debe apoyar, pues no lo hace, dices tú es mi esposo y me debe de apoyarme. Y vez que no lo hace ¿qué piensas? pues que ya no me quiere, que es egoísta y la agarras contra esa persona con la que ni la deben ni la teme (Lila).*

Sin duda, el análisis de las emociones lleva implícitos variados matices, la emoción de la soledad, permitió entender, la manera en la que las mujeres esperan la solidaridad de los demás, de sus hermanos, pareja, tíos o incluso vecinos; con esto se logra resaltar la importancia de las redes sociales para las mujeres participantes, categoría que se analizó en apartados posteriores.

4.3.2.5 La culpa

La culpa es una emoción que genera en las personas que la sienten angustia y preocupación, ésta aparece cuando se han realizado acciones que quebrantan los cánones de conducta que rigen moralmente a la persona (Pérez-Sales, 2011). En este sentido, la persona de manera subjetiva reconoce que lastimó al otro. En la mayoría de los casos, las participantes de este estudio expusieron sentir culpa por acciones que hacían o dejaban de hacer con la generación posterior, en primera instancia estuvo la narrativa de Alelí, ella explicó que por causa del estrés o la desesperación en ocasiones regañó a sus hijos, y esto le generó este sentimiento, ella explicó: *"… a veces me desahogo con ellos. En ese momento me siento aliviada, yo siento que me quito un peso de encima cuando les grito, cuando grito es cuando se están peleando o están haciendo una travesura o algo así"*.

La narrativa de Begoña también estuvo relacionada con la culpa por acciones hacia la generación posterior, en este caso ella sintió culpa por no cumplirle a su hija cosas que le había prometido, es importante resaltar que la hija de Begoña es adolescente, y pareciera que en esta etapa resultó más complicado llevar a cabo el doble cuidado, por las expectativas de la menor; Begoña, explicó:

> *Casi siempre sacrifico a mi hija, me siento mal, o sea cuando le prometo, te voy a llevar el sábado a la plaza y ella quiere ir, y ya llega el sábado y le digo: no, no voy a poder ir porque tengo que ir con tu abuelito; ay, mamá me prometiste y ya no me andes prometiendo … y pues ni modo y así es, o sea así estoy en esta situación, ¿me entiendes? pero esto va a pasar y lo que le digo es que las plazas van a seguir existiendo, pero mi papá no va a existir muchos años (Begoña).*

Es importante resaltar, que Begoña no solamente experimentó culpa hacia lo que dejó de hacer con su hija, sino además por no poder hablar con sus hermanos sobre el tema. Ella reconoció que tiene más hermanos que pueden cuidar a su padre el fin de semana, pero no se atrevió a decirles que lo hicieran. Esto se relaciona a lo expuesto por Pérez-Sales (2011) quien argumentó

que las personas además de la culpa sienten vergüenza, como si sus acciones fueran las incorrectas, como si estuviera mal expresarse o sentir alguna otra emoción, así Begoña relató:

> *… y a veces pienso que como que no es justo, verdad, porque pues tengo tres hermanos más, como que tengo que aprender a despegarme, a decir: sabes qué hoy no puedo, atiéndelo tú; hoy no puedo cuidar, porque hoy tengo que llevar a mi hija aquí; pero siento que yo al decirles, siento yo verdad [aclara] sabes que, tengo un compromiso con mi hija, es que … como que siento que mis hermanos no lo van a entender o me van a decir: ¿tu hija es más importante que papá? Entonces, no les digo (Begoña).*

Las mujeres cuidadoras dejan de realizar actividades de diversión o en las que dediquen tiempo exclusivo para ellas, por la culpa que esto les generó, porque ellas pensaban que de alguna manera estaban evadiendo su responsabilidad de cuidar a la persona dependiente (Bódalo, 2010). Así, la expresión de Begoña indicó esa culpa aun cuando no se los expresó a sus hermanos, ella dudó hasta de contarlo en la entrevista, además agregó:

> *… una vez lo hice y me sentí culpable […] fui con mis suegros y tuve que decirles […] mentiras, estoy en un mandado, al rato les hablo, me daba cosa decirles, estoy con mis suegros, pero soy yo o sea ellos jamás me han dicho, jamás … pero siempre me ha pasado toda la vida (Begoña).*

Cala y Amber fueron las dos cuidadoras participantes que más tiempo llevaban realizando esta labor (16 y 17 años respectivamente) sus hijos crecieron en casa de sus abuelos, mientras ellas se encargaban del cuidado de ambas generaciones, las dos expresaron sentir culpa por ello, ya que el cuidado representó que dejaran de hacer actividades juntos; Cala expresó que lo hizo porque siempre vio a sus hermanos e hijos como una sola familia, ella explicó: *" yo pensé que mi familia eran mi mamá y eran mis hermanos y estuve equivocada, porque mi familia eran solamente cuatro, no éramos 16 ni 18, mi familia eran únicamente cuatro personas"*; En ese orden de ideas, Amber durante su entrevista contó:

> *[…] hubiera querido a lo mejor vivir mi matrimonio, a lo mejor, como que me faltó vivir sola con mi esposo, con mis hijos, pero yo siempre estuve con mis papás, yo nunca los pude dejar y hasta la fecha […] hace poco se casó mi hijo, fue muy difícil, porque no estuve al cien con él, cuando se casó, no estuve al cien, cuando nació mi nieta, y yo le digo a él: una disculpa mi hijo, no puedo estar contigo, porque pues tengo que atender… no, mami, no te apures, todos entendemos; muchas gracias porque me entienden y me comprenden (Amber).*

Como se observó en párrafos anteriores, la culpa que experimentaron las mujeres en la mayoría de los casos fue por acciones que perjudicaron a sus hijos, éstas variaron entre regaños, gritos o diversas actividades, o en palabras de Amber "negarles la oportunidad de tener una familia" porque cuando ella decidió irse a vivir a casa de su madre para cuidarla su pareja no la apoyo en la decisión y sus hijos crecieron en la casa de su abuela. Estas decisiones fueron tomadas en su momento pensando en el bienestar de la persona adulta mayor dependiente; sin embargo, con el paso del tiempo, las mujeres participantes han podido reflexionar sobre cómo estas acciones afectaron la vida de sus hijos.

El sentimiento de culpa presente en las cuidadoras se deriva de la identidad femenina tradicional en la cual las mujeres tienen que responder a las necesidades de los demás con afecto, empatía y amor; estas cualidades han convertido a las mujeres en cuidadoras voluntarias, que se lamentan cuando no logran cubrir las expectativas que tienen sobre el cuidado de sus hijos y padres; por

lo anterior, se considera indispensable modificar la identidad femenina que las define como cuidadoras naturales por su vínculo con la maternidad (Lagarde, 2012).

4.3.2.6 La desesperación

La desesperación es definida por el diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2018) como "la pérdida total de la paciencia" o "la alteración extrema del ánimo, causada por cólera, despecho o enojo". De esta manera las personas sienten tristeza o desesperación cuando la razón de esta emoción se la atribuyen a las circunstancias y no a sus acciones (Brody, 1999 citado por Bericat, 2012).

Acacia, Lila y Amber fueron tres de las mujeres participantes que experimentaron la emoción de la desesperación; las tres tuvieron en común el cuidado de un familiar en segunda generación[54] (abuelo y nietos); además ninguna realizaba trabajo extradoméstico y las dos últimas a pesar de tener hermanos con quien compartir el cuidado de sus padres, no contaban con el apoyo de éstos. Las carencias afectivas que tuvieron las mujeres cuidadoras hicieron que ellas sintieran desesperación en alguna etapa del cuidado; sin embargo, por lo que se observó en los discursos ésta fue momentánea; además, las mismas mujeres expresaron que el agradecimiento es más grande que la desesperación que por momentos llegaron a sentir; esta emoción les permitió reponerse y valorar lo que la persona adulta mayor dependiente hizo por ellas. En este orden de ideas, estuvo el caso de Acacia, quien describió:

> *[…] sí me desespero quisiera yo salir […] tener un hogar, tener un esposo, tener una familia otra vez, pero no se puede pues éstas son mis condiciones […] y no me pesa cuidar a mi abuelito […]es pesado a veces, no creas hay días que yo digo ¡ay no! ¡chin tengo que hacerlo! pero yo estoy muy agradecida con ellos por todo lo que me dieron, es la forma de corresponder […] siento un compromiso con él (se refiere a su abuelo) (Acacia).*

La desesperación provocó en las mujeres la intención de abandonar el cuidado, incluso el de ambas generaciones, esta sensación provino de la experiencia de sentir que ya no podían más, esto se derivó de la sobrecarga física y emocional que experimentaron durante un tiempo prolongado, como en el caso de Lila y Amber, quienes contaron:

> *Te desesperas mucho y lloras en silencio, porque si lloras delante de ella, qué fuerzas le das tú, y llegué al grado en que le dije a mi hija: yo no quiero cuidar a tu niña, ya estoy desesperada … yo ya me voy a ir bien lejos, ahí si mis hermanas quieren cuidar a mi mamá bueno ahí que la cuiden, tu hazte cargo de tu niña, salte de trabajar, yo ya me voy. Yo voy a agarrar mis cosas y me voy, tengo mi casa en pesquería, dije agarro mis cosas y me voy. No tengo nada, pero ahí me escondo, sí te desesperas bastante (Lila).*
>
> *Y te lo juro a veces si siento que ya no puedo, que a veces quiero salirme de mi casa y correr […] haz de cuenta como una niña chiquita, y yo ¡Dios mío! ¿qué hago?, y lloro y lloro y mi esposo: tienes que cuidarte, porque al rato te vas a enfermar, tienes unos hijos y a ellos les haces falta; y yo sí, pero ¿qué quieres que haga?, no puedo con esto, es demasiado para mí, no puedo, a veces le digo que ya me quiero ir, ya quiero que mis hermanos se hagan cargo (Amber).*

Los motivos que emanaron de esta desesperación como se apreció en las narrativas, estuvieron vinculados a la soledad y al exceso de trabajo; además las mujeres cuidadoras expresaron sentir

[54] Acacia cuidaba a su abuelo e hijo; Lila y Amber a sus padres y nietos.

desesperación porque la persona adulta mayor dependiente no cooperaba con su cuidado, eso hizo que ellas sintieran que su esfuerzo no valía la pena, en este orden de ideas, Amber contó:

> *[…] lo desesperante para mí, es que ella no coopera […]ella no lo entiende y me dice: es que tú no estás en mi lugar; yo quisiera estar en tu lugar, en lugar de que tu estés enferma quisiera ser yo, pero Dios dispuso otra cosa; no es así como tú lo quieres, ni como yo lo quiero, le digo […]pero se dejan caer, o sea no quieren ya seguir luchando […] mi desesperación es cuando la voy a dializar y mi papá se hace del baño […]y le digo: papá, no me hagas eso por favor, que eso le hace daño a mi mamá; es que no lo hago de adrede […] ¡te lo juro! y a veces mi mamá agarra la maña de que, yo la tapo y ella se destapa. Una vez agarró esa maña en la noche, 10 veces, ella quita y yo pongo, yo andaba llore y llore, toda histérica (Amber).*

La desesperación que sintieron las mujeres cuidadoras participantes estuvo vinculada con las expectativas que ellas tenían sobre sus propios roles; ya que, el querer cumplir como madre, abuela, hija y en algunos casos hasta como esposa, las llevó a estar realizando múltiples tareas, las cuales con el paso del tiempo las llevaron a sentirse cansadas y desesperadas; cuando las cuidadoras experimentaron esta carga física y emocional, solo pudieron apreciar como su única salida, el alejarse de las personas dependientes, no obstante como se observó en los discursos, aunque lo dicen no logran hacerlo.

4.3.2.7 El enojo

El enojo es una emoción que lleva implícitos otros sentimientos; cuando la persona está enojada experimenta impotencia, coraje, baja autoestima, cambios de humor; durante el enojo por lo general las personas no logran pensar de manera clara o se bloquean. Entre las principales reacciones que manifiestan las personas cuando están enojadas sobresalen, por un lado, los gritos, golpes y las peleas; y, por el otro, la calma, el silencio y el aislamiento (Sánchez y Sánchez, 2009).

De esta manera, el enojo que describieron las mujeres cuidadoras se relacionó con la impotencia de estar llevando a cabo en ciertas condiciones el cuidado y todo lo que éste llevó implícito; Begoña, expresó haber estado claramente enojada con su padre, porque consideró que el adulto mayor dependiente nunca se preocupó por su salud o por formar un patrimonio; además, ella consideraba que la enfermedad de su padre, fue consecuencia de sus actos y no tenía por qué involucrarla a ella y a su hija, a pesar de esto, ella era la cuidadora principal de éste, y relató:

> *Mira a veces enojada, enojada al principio con mi papá, porque decía, tú llevaste así tu vida, o sea él llevó su vida así, pues es su problema, ¿no?, no el mío […] estoy enojada porque, sí él nunca arreglo su parte emocional, y su muleta fue el vino y el cigarro, y nunca nos involucraste en tu vida, por qué ahora que estás enfermo, que estás en una silla de ruedas, ahora sí me gritas "ven, y ven ayúdame" y me quieres ahí, ahora me quieres enrolar en tu problema, y no, o sea, siento que no es justo el que él me quiera ahora ya meter en su vida, pero por conveniencia verdad, y entonces, no; estoy enojada, estoy resentida (Begoña).*

La narrativa de Begoña está respaldada por la literatura (Flores-Castillo, 2013) que explica que los responsables del cuidado sienten enojo y resentimiento hacia el cuidador porque lo culpan de su condición actual de vida; esta emoción también se refleja con sus hermanos quienes también son responsables de cuidar y no siempre lo hacían. El caso de Amber es similar a lo descrito por Flores-Castillo (2013) porque de igual manera expresó sentirse enojada, más que nada porque tiene hermanos que no se involucraban en el cuidado de sus padres, ella sentía que

le dejaban toda la responsabilidad, se recuerda que ella cuidaba a su madre con insuficiencia renal y a su padre con embolia, así ella contó:

> *Yo estoy enojada por como es mi vida. Le digo a mis hermanos ustedes nada más vienen de visita, ustedes no saben si duermo en la noche, porque la última diálisis de mi mamá es a las doce de la noche. A veces mi papá en su afán de que no se puede mover, muchas veces se me hace del baño, yo a veces tengo que levantarme en la madrugada a bañarlo o pararme para ayudarlo a ir al baño (Amber).*

Alelí además de sentir tristeza, soledad, miedo y otras emociones también expresó sentir coraje derivado del cansancio y la desesperación de tener que dividirse entre el cuidado de su madre y sus tres hijos, en ese sentido ella narró:

> *Es que es mucho, a veces es mucho coraje, ha habido días tan pesados que cuando me voy a dormir, no me puedo dormir y me la paso llorando y no sé a qué horas me duermo, yo no entiendo por qué me tocó [lágrimas]. Yo a veces le pregunto a Dios que ¿por qué en este momento?, yo no me pregunto ¿por qué esa enfermedad?, yo no digo: ¿por qué a mí?, sólo digo: por qué en este momento cuando mis niños están chiquitos, porque es cuando ellos me necesitan más, es que me toca dividirme, estoy entre la espada y la pared (Alelí).*

El enojo que experimentaron las mujeres se derivó de la manera en que ellas percibieron su vida; es difícil que las personas se visualicen como cuidadoras o dependientes; por lo tanto, no existe una cultura de cuidado preventiva, esto hace que cuando se presenta una situación de dependencia en la vida de las familias, la dinámica cambie por completo; las razones pueden ser variadas, pero entre las principales destaca que: no existen los recursos económicos para solventar una enfermedad, ni la capacitación adecuada que les permita realizar las labores de atención de forma correcta; pero también la ausencia de políticas públicas de apoyo al cuidado o de cuidado para las cuidadoras. Por lo que, las cuidadoras cuidan con base a lo que tienen y de la forma que pueden, pero sobre todo en casos como en los anteriores, a costa de su propia vida.

4.3.2.8 La tristeza

La tristeza es la principal emoción que se vincula a la depresión, en la mayoría de los casos las personas que la padecen llegan a confundirlas; cuando ésta se presenta en la vida de las personas es porque ha ocurrido un evento desafortunado, el cual se relaciona en la mayoría de los casos con la pérdida física o emocional de algo o alguien; sentir tristeza da la oportunidad a las personas de buscar nuevas formas de adaptación social, por lo que se dice que ésta es su función (Cruz, 2012).

Como se menciona en el párrafo anterior, la emoción de la tristeza se vincula con un suceso, en este caso es la enfermedad de la persona adulta mayor, en este sentido, está la narrativa de Jazmín quien desde que supo que su madre padecía la enfermedad del Alzheimer, se sintió triste, ella explicó: *"Pues sentí, así como chihuahuas, pues vamos a ayudar a mi mamá […]esta enfermedad te roba a tu familiar, y te los roba poquito a poquito, otra enfermedad a lo mejor te lo roba de golpe […] pero esta enfermedad no".*

Cala sintió tristeza porque se dio cuenta que los 18 años que había cuidado a su madre, no habían sido valorados por la persona adulta mayor dependiente ni por su familia, su madre padeció depresión, pero por temporadas estuvo lúcida; ella contó que en una etapa en la que su madre se encontraba estable, Cala le pidió ayuda para solucionar algunos problemas que tuvo con sus hermanos, pero la madre no quiso ayudarla, ella en su entrevista describió:

> *Yo ya le digo a mi mamá, si tú no quieres arreglar este problema, no lo arregles [lágrimas] me dueles porque yo te interpuse frente a mi matrimonio, frente a mis hijos, yo privé a mis hijos de una vida digna por cuidarte. Y yo hoy en día me doy cuenta de que a ti te vale madre mi vida. Esa es la verdad a ti te ha valido madres, si yo estoy bien o yo estoy mal (Cala).*

La tristeza se relaciona con otras emociones como la soledad y la desesperación, ambas emanan en diferentes momentos, pero al final se vinculan con determinado evento que ha vivido la persona, tal fue el caso de Acacia, quien expresó que la mayoría de sus emociones procedían de no tener otra actividad recreativa, que le permitiera interactuar con otras personas o sentir que tenía una vida paralela al cuidado, ella relató:

> *Hay periodos en que sí me da el bajón y digo ¿qué estoy haciendo de mi vida? me puede mucho el no salir, no poderme divertir, si me divertí en su tiempo […] a veces si me puede mucho no frecuentar a las amistades que tenía y que como te digo, mi vida es muy rutinaria (Acacia).*

Como se observó las emociones no llegaron solas éstas surgieron en la mayoría de los casos por sucesos en torno al cuidado y la familia; y aunque son subjetivas siempre estuvieron presentes a través del vínculo con el otro. Las emociones que expresaron las participantes en sus narrativas evocan a la constitución e identidad de las mujeres, quienes en principio son poseedoras de actitudes bondadosas como el agradecimiento, principal emoción reflejada; en contraste cuando las mujeres no logran sostener el estereotipo asignado se generan en ellas emociones como el enojo, la culpa, la soledad y la desesperación. Porque históricamente las mujeres han tenido presentes esas normas, por lo que son aceptadas de forma inconsciente, esto lleva a que no sólo los asuman, sino que se conflictúen cuando no pueden llevarlas a cabo (Lamas, 2018).

Por último, se analizó la vinculación de esta categoría con las otras, observando que las principales repercusiones emocionales (Bericat, 2012; Choliz, 2005; Mora, 1999) que emanaron del cuidado son: la responsabilidad moral (Martín, 2013; Martín y Palacio, 2016; Robles y Pérez, 2012), el agradecimiento (Enríquez, 2014; Guzmán y Montes de Oca, 2003; Martín y Palacio, 2016; Robles y Pérez, 2012), el miedo (Dua, Nichols y Satoya, 2013; Martínez, 2009; Pérez, 2000), la soledad (Fernández, Muratori y Zubieta, 2013; Iglesias, 2001), la culpa (Bódalo, 2010; Pérez-Sales, 2011), la desesperación (Bericat, 2012), el enojo (Sánchez y Sánchez, 2009) y la tristeza (Cruz, 2012).

Así, las emociones anteriores repercuten de manera directa en las categorías de repercusiones de salud (Crespo y López, 2007; Losada y colaboradores, 2006; Rascón, 2014; Rogero, 2010ª; Toro y Rivas, 2016), económicas (Cuesta, 2009; Lagarde, 2012; Lamas, 2018; Rogero, 2010a) y familiares (Ariza y De Oliveira, 2003; Casares, 2006; Huenchuan y Roqué, 2009; Ribeiro, 2006; Tamez, Ribeiro y Mancinas, 2008) esto derivado de manera general de la sobrecarga de trabajo, la dependencia económica y la falta de apoyo familiar (véase la figura 2).

Figura 2. Vinculación de las repercusiones emocionales con otras categorías de análisis

4.3.3 Repercusiones económicas

"…tenemos muchas dificultades por la falta de dinero, demasiadas, pero siempre de alguna y otra manera salimos" (Alelí)

El valor que las personas le dan al ingreso varía de acuerdo con cada familia; en un principio se pensó que las repercusiones económicas: gastos, pérdidas e ingresos monetarios derivados del cuidado tendrían un significado de mayor importancia en la vida de las mujeres cuidadoras participantes; sin embargo, esto no sucedió así. Y aunque en sus discursos expresaron preocupación por la falta de éstos, al comparar esta dimensión con las otras, ésta es en la que menos afectaciones enunciaron. Los motivos de lo anterior pueden ser variados sin embargo al analizar el rol tradicional que ellas ejercen y según lo expuesto por Lagarde (2012) las mujeres reconocen que su identidad no es de proveedoras por lo que delegan ese papel a los demás, ya que el contar con recursos económicos pareciera que no es algo importante para ellas como lo es el cuidado de las personas dependientes, las relaciones familiares y las emociones que de estos ámbitos surgen. Lamas (2018) enfatiza que la realización de las mujeres está basada en la abnegación y el sacrificio y aunque estas características lleven implícitas tensiones y conflictos, ellas las asumen como naturales.

Es importante recordar que las repercusiones económicas que genera el cuidado de dos generaciones están vinculadas a la dependencia de los menores de quince años y a la condición de salud enfermedad de las personas adultas mayores; porque ninguna de las dos generaciones tiene la capacidad para generar ingresos en esta etapa. Los niños dependen económicamente de sus padres y las personas adultas mayores del patrimonio económico que construyeron durante su vida (pensión o bienes materiales), de sus hijos u otro familiar.

Así, el cuidado de las personas dependientes lleva implícitos diversos gastos, puesto que ambas generaciones requieren alimento, vestido, vivienda e inclusive otros servicios como los educativos, atención a la salud y el esparcimiento, por mencionar algunos. Por lo tanto, las personas encargadas de los mismos tienen que tener cierto ingreso para poder satisfacer las necesidades básicas de estos grupos. Además, en el caso de las personas adultas mayores dependientes estos gastos tienden a ser mayores porque requieren medicamentos especiales, algunos aparatos y dietas acordes a sus necesidades. Lo anterior, permitió reconocer que ser cuidador de alguna persona dependiente tiene consecuencias económicas positivas y/o negativas en el corto y largo plazo (Cuesta, 2009; Rogero, 2010a). Esto dependerá de las características de cada familia.

Particularmente en esta investigación los gastos derivados de la enfermedad de las personas adultas mayores dependientes, con sus excepciones, no son el tema principal de las mujeres cuidadoras, pero sí lo son las repercusiones indirectas que el cuidado ha traído aparejadas, porque en su mayoría las mujeres participantes dejaron de trabajar o de realizar actividades que les generaban ingresos por la responsabilidad del cuidado de las generaciones dependientes. En este sentido, las categorías que se utilizaron para el análisis de estas repercusiones económicas fueron las directas e indirectas.

4.3.3.1 Repercusiones directas, gastos

La categoría de repercusiones directas abarca todos los gastos asociados a la compra de bienes o servicios para las personas dependientes (Rogero, 2010b); es importante destacar que sólo Jazmín y Lila enfatizaron durante su discurso sobre los gastos ocasionados por las medicinas que requerían sus padres; Jazmín comentó que: *"el problema en lo económico es que se gasta*

mucho en medicinas, el seguro te da medicinas, el seguro social, pero no te da todas o ahí lo dicen, de repente las tienen, de repente no". De la misma manera Lila narró: *"sí, pasamos tiempos muy difíciles […] porque la llevaba al doctor le recetaban cierto medicamento costoso casi de $600 o $700 pesos […] era un batallar, mi tía le compró unos zapatos para diabético, le costaron casi mil pesos".*

En las dos narrativas anteriores se aprecia la preocupación por los gastos en las medicinas o en otros bienes que requieren las personas adultas mayores, pero sobre todo la situación actual de los servicios de salud, el cual no logra satisfacer las demandas de la población envejecida.

4.3.3.2 Repercusiones indirectas, pérdidas

Esta subcategoría hace referencia a la pérdida de la productividad de las mujeres cuidadoras, resaltando que tienen mayor impacto cuando éstas se encuentran en etapa productiva (Cerquera, Granados y Buitrago, 2012; Rogero, 2010b). La dependencia de la persona adulta mayor aunada a la de los menores de quince años repercute en las condiciones de empleo de las mujeres cuidadoras, ya que esta labor hace frecuente que se ausenten de su empleo, que tengan un menor rendimiento e inestabilidad emocional, lo que ocasiona que tiendan a reducir su jornada o abandonar el mercado de trabajo, ambas premisas tienen como consecuencia directa la disminución del ingreso familiar (Cerquera, Granados y Buitrago, 2012).

a) Abandono del mercado de trabajo

En la colectividad de los casos se presentó el abandono del mercado de trabajo, como sucedió con Alelí, quien contó: "… *cuando mi mamá empieza con la enfermedad del Alzheimer, ya no puedo trabajar, ya no puedo"*; de manera emocional el abandono del mercado de trabajo generó en ella nostalgia y pérdida de la libertad y contó: "*Me gustaba mucho trabajar, me gustaba mucho tener el dinero suficiente para no batallar, me gustaba que cuando mis hijos me pedían algo yo tener para darles".*

En ese mismo orden de ideas, estuvieron los siguientes tres casos: el primero fue el de Jazmín quien comentó: "*... programan la operación de papá y mi abuelita estaba en el hospital y mi mamá se volvía loca […] pensé: sabes que, me voy a salir de trabajar […] pude hacerlo porque tenía algo en el banco y aparte tenía mi rentita, lo del banco ya se acabó, pero pues la renta, la sigo recibiendo";* este fue un caso particular, ya que ella contó que pudo tomar esas decisiones debido a que no tenía hijos y sí ahorros.

El segundo caso fue el de Lila; ella abandonó el mercado de trabajo para dedicarse al cuidado de su nieta, y Amber quien decidió salirse de trabajar para cuidar a sus padres, ambos enfermos, uno de los motivos que la llevó a tomar esta decisión fue un acuerdo que hizo con sus hermanos, el cual no se cumplieron; ella expresó:

> *Pues yo hice un trato con mis hermanos […] yo les dije: yo me voy a salir de trabajar, pero ustedes mínimo me van a reponer la mitad de lo que yo gano o si no me van a ayudar a pagar mi casa […] Y ellos: "sí, sí" y nombreee, hasta crees, hasta ahorita […] (Amber).*

Las desigualdades presentes en las labores de cuidado se agudizan de acuerdo con el estrato social al que pertenecen las familias, ya que, las que tienen mayores ingresos pueden contratar servicios de cuidado que aligeren la sobrecarga de trabajo y eviten la salida de las mujeres del ámbito público, contrario a lo que pasa con las familias de menores ingresos quienes ven afectada su economía ante la imposibilidad de elegir si contratan o no un servicio de cuidado,

por lo que en casi todos los casos la solución es el abandono del mercado de trabajo (Orozco, 2018).

b) Reducción de la jornada laboral

Otro de los motivos que señaló Rogero (2010a) fue la reducción de la jornada laboral o de la actividad económica; esto puede ser por falta de tiempo o cansancio. Cualquiera que fuera el motivo éste repercute en el ingreso familiar. Así, estuvo el caso de Margarita, ella contó: ... *vendía comidas caseras al medio día, ya esas ya no las vendo, vendo antojitos mexicanos en las noches los fines de semana, hago frijoles y salsas para tienditas, de ahí de por mi colonia.* Es importante resaltar que el hecho de que las mujeres no participen en el mercado de trabajo formal no significa que no realicen actividades que les permitan generar ingresos. En ese sentido, Acacia, contó: *"[…] estoy tratando de valerme por ventas […] anuncio cosas por internet y así, o sea desde toda la ropa que me deja el niño […]hay cosas que ni te imaginaste hacer, en mi tiempo libre publico algunas cosas por internet"*

Lila, también vendía en los mercaditos cuando dejó de trabajar para cuidar a su nieta, no obstante, cuando se presentó la enfermedad de su madre, tuvo que dejar esta actividad, lo que le repercutió en sus ingresos, ella en su entrevista relató:

> *[…]me iba yo al mercadillo a vender ropa, zapatos, pero ya que vi que me necesitaba ya dije no. Le digo a mi esposo, te repercute en lo económico, primero que nada, porque pues dejas de trabajar, me iba al mercado y casi me traía $200-$300 en una semana $500, porque iba varios días (Lila).*

Es importante recordar que las únicas mujeres cuidadoras que continuaron en el mercado de trabajo formal fueron Begoña e Iris, por lo que, se podría pensar que el otro grupo de mujeres cuidadoras que no cuenta con un trabajo estable, ha fragilizado su trayectoria de vida laboral, ésta es una transición importante porque sí, esto no cambia, llegarán a la vejez en condiciones de vulnerabilidad; lo anterior, derivado de lo que se ha podido observar en otras investigaciones, ya que al no tener un empleo tampoco tendrán una pensión y acceso al servicio médico. Aunque existe la probabilidad de que puedan acceder al beneficio de algún programa social o al seguro popular, éstos no les garantizan una sustentabilidad.

4.3.3.3 Ingresos

El cuidado lleva implícitas relaciones sutiles de poder y subordinación, las mujeres participantes han dejado de trabajar, de generar recursos e inclusive han puesto en riesgo su salud física y emocional presente y futura por el cuidado de las personas adultas mayores dependientes. Esto las lleva a ejercer un control sobre la persona a la que se está cuidando, pero también a depender económicamente de ella; esto provoca tensiones y conflictos, que, si bien no fueron expresados directamente por las cuidadoras, sobresalen en los discursos. Además, la mayoría de las mujeres cuidadoras vivía con sus hijos y/o pareja en la vivienda de la persona que cuidaban. Lo anterior, permitió dar cuenta de la relación de dependencia entre los participantes. Lamas (2016) le llama a este fenómeno como mutuas dependencias, en donde ciertos grupos como los niños y adultos mayores dependen de las mujeres, pero las mujeres de alguien más.

En un estudio realizado por Huenchuan y Rodríguez (2015) se encontró que cuando las mujeres cuidadoras no cuentan con un ingreso propio pierden autonomía y adquieren un compromiso mayor con el cuidado y las labores domésticas, con lo anterior logran sustituir su falta de apoyo económico con el trabajo doméstico; a pesar de que esta ideología está presente en las

cuidadoras, el ingreso que ellas recibían por parte de sus parejas, hermanos u otras personas, no lo empleaban para satisfacer sus necesidades sino para cubrir los gastos familiares. De manera particular las mujeres cuidadoras participantes tuvieron ingresos provenientes de su trabajo, de las personas adultas mayores, de su pareja y de otros parientes (véase tabla 19).

Tabla 19. Ingresos de las participantes

Participante	Ingresos propios	Ingresos provenientes de la pam	Otros ingresos
Margarita	Ventas de comida	Pensión	
Jazmín	Renta de propiedad	Pensión Renta de propiedad	
Alelí		Pensión	Pareja
Begoña	Empleo formal		Hermanos
Acacia	Ventas informales		Tía y madre
Iris	Empleo formal	Renta de propiedad	
Lila	Ventas informales	Programa social	Pareja e hija
Cala	Ventas por catálogo	Negocio	Pareja
Amber		Pensión	Pareja e hijo

Fuente: elaboración propia

a) Ingresos provenientes de las personas adultas mayores

En la etapa de la vejez los ingresos de las personas adultas mayores provienen de tres fuentes; la primera es la familia (hijos o pareja); la segunda de los ahorros o bienes materiales que construyeron durante su vida; y la tercera forma de ingresos es su pensión (Ham, 2012). Las cuidadoras de las personas adultas mayores dependientes utilizan estos ingresos para cubrir sus necesidades y las de la vivienda. En ese sentido, igual que en otros contextos los ingresos de las personas adultas mayores fueron un recurso de apoyo económico para las mujeres cuidadoras (Ruíz y Nava, 2010).

Dicha población recibía algún tipo de ingreso por pensión, programa social, renta, negocio propio o apoyo de otro hijo; el cual servía para solventar algunos de los gastos familiares, y se analizan a continuación:

- **Pensión o programa social**

Sin lugar a dudas, en este análisis se pudo observar cómo la desigualdad estuvo presente en la vida de las mujeres de la generación anterior a las participantes; porque ellas contaron con una

pensión por motivos relacionados a su viudez, y ésta fue heredada de sus parejas, esta situación representó la división sexual del trabajo que imperaba hace algunas décadas, en la cual el hombre realizaba el trabajo extradoméstico y la mujer el doméstico.

Contrario a lo anterior, estuvo el caso del abuelo de Acacia, quien no contaba con una pensión, pero tanto él como Acacia vivían de la que recibía su pareja. Sin embargo, el problema se presentó cuando la señora falleció y ambos se quedaron sin un ingreso fijo. En su entrevista, Acacia describió lo siguiente: *"Mi abuelito no tiene pensión y realmente se vivía de ella (su abuela) […] vivíamos muy holgadamente, muere ella y […]se acaba todo, porque el seguro social no le deja pensión al hombre […]".*

Por el contexto y la edad de las personas adultas mayores, se observó que las familias participantes realizaron actividades basadas en la división sexual del trabajo, por lo que, como se mencionó al inicio del epígrafe, las que tuvieron una pensión fue por parte de su pareja, ya que ellas no trabajaron, o si lo hicieron fue de manera informal. Esta situación llevó a la mayoría de las mujeres viudas al acceso de una pensión como beneficiarias de sus esposos. Es importante resaltar que la cantidad económica asignada es menor para las esposas viudas comparada con la que recibían sus esposos, por lo que en ocasiones el ingreso, no permite cubrir los gastos de la persona (Andrews, 2000).

Tal fue el caso de la madre de Alelí quien recibía una pensión por viudez, este ingreso fue el único que Alelí recibía y no solamente era para los gastos de la persona adulta mayor dependiente sino también para sus hijos, en su narrativa explicó: *[…] de la pensión de mi mamá son 1,300 pesos al mes, ¿qué haces con 1,300 al mes? […] Le batallamos mucho […] si tenemos muchas dificultades por la falta de dinero, demasiadas, pero siempre de alguna y otra manera salimos.".* En esta misma línea se encontraba Amber, su padre tenía una pensión que les permitió solventar los gastos de la enfermedad, de él y su esposa. Amber platicó: "*mi papá y su pensión pues está bien, que ni le dura, apenas y cobra y ya se lo gastó todo".*

Lila cohabitó de manera temporal con su madre viuda, la persona adulta mayor recibía apoyo del programa de pensión para adultos mayores; en ese sentido, Lila comentó que su madre le daba algo de lo que recibía, como una forma de agradecimiento o pago y en su narrativa exteriorizó: "*[…] le digo: ten mamá y me dice: "agarra $500 pesos o $200 pesos" y le digo: no mamá es tuyo; no, es que tú eres la que me traes*

Se consideró importante resaltar que tanto la pensión como el ingreso recibido por el programa social de pensión para adultos mayores son un recurso de apoyo familiar; sin embargo, es una política pública por lo que no hay una garantía de su permanencia, situación que podría trastocar la dinámica económica de las familias si llega a terminar (Granados, 2014).

- **Propiedades en rentas o negocio propio**

El contexto económico en el que crecieron las personas adultas mayores les permitió en algunos casos forjar recursos para su vejez, por lo que en la actualidad disponen en mayor medida que las generaciones actuales de determinada clase social, propiedades que resultan ser un recurso de apoyo económico para solventar determinados gastos de su cuidado (Ham, 2012).

Ese panorama es que vivió la familia de Jazmín porque su padre tuvo negocio propio, está jubilado y cuenta con ahorros, mientras que su madre tiene una casa que le heredó su abuela, la cual rentan, por lo que el dinero no ha sido una fuente de conflicto. La abuela de Iris también tiene una propiedad que renta y su tío la apoya eventualmente con otra cantidad para sus gastos,

ella indicó: *"La casa donde ella vivía, ahorita la están rentando, esa poquita renta […] mi tío le daba el dinero de la renta, mi tío más que nada para los pañales, la comida y lo que ella quisiera (Iris).*

Otra de las participantes fue Cala, su madre heredó el negocio de su padre fallecido; dicho negocio fue administrado por un hermano de Cala, ella contó en su entrevista cómo se organizaba con su madre para los gastos, de esta manera explicó: *Mi mamá tiene un negocio que es una vulcanizadora y mi hermano le traía dinero […]me decía: hija, pues ve a comprar lo que haga falta; y yo con lo que yo ganaba pues pagamos los recibos, el teléfono […]*. No obstante, ella y su madre empezaron a tener problemas económicos que provenían de la actitud de sus hermanos, que no respetaban las cosas que ella con esfuerzo compraba para sus hijos: *"[…] ellos nunca han entendido que yo compro lo mío; esta es la casa de mamá; sí esta es la casa de mamá, pero mi mamá ya no trabaja […]"*.

b) Ingresos provenientes de la pareja e hijos

Las mujeres cuidadoras de dos generaciones, por algunas de sus condiciones fueron vulnerables a vivir cierto grado de dependencia, ya sea económica o emocional, no solamente con la persona adulta mayor dependiente sino también con su pareja o algún familiar. De manera particular, las mujeres presentaron en primer lugar, dependencia económica, con la persona adulta mayor, la cual se revisó en el apartado anterior, y en segundo lugar con su pareja (Agulló, 2002; Crespo y López, 2007; Losada y colaboradores, 2006; Tobío y colaboradores, 2013; Wainerman, 2007) ésta última se analizó en el siguiente apartado.

De forma inicial estuvo el caso de Begoña quien describió que, económicamente tuvo el apoyo económico de su esposo siempre y cuando ella no dejara de estar al pendiente de él; esto produjo en ella malestar, porque sentía que de alguna manera su pareja la sobrecargaba física y emocionalmente; a continuación, se describió una parte de su discurso:

> *… él me dice, tú económicamente tú no te preocupes, él me dice ahí está el dinero, yo no te limito, ahí está el dinero úsalo, pero eso sí, necesito que tu vengas y me hagas el lonche […] pero yo te llevo, te traigo, no es así como que yo llego y me quedo, no, no (Begoña).*

Además de Begoña, estuvo el caso de Cala, ella, aunque estuvo separada de su esposo, siempre tuvo el apoyo del padre de sus hijos, *"mi esposo siempre me ha dado poquito o mucho pero siempre me ha dado"*. Otra de las participantes que también contaba con el apoyo de su esposo fue Amber, ella en su entrevista expresó: *"dependo económicamente de mi esposo y él está pagando mi casa";* conjuntamente, su hijo menor que vivía con ellos contribuía a los gastos del hogar.

Los gastos que se derivan del cuidado de las personas adultas mayores son responsabilidad de la familia (Cámara de Diputados, 2002), y los que se derivan del cuidado de los menores, son de los padres (Cámara de Diputados, 2014); en tres casos particulares de este estudio, el padre de los menores no había querido hacerse responsable de éstos, esta situación generó más tensión económica a la que ya vivían las mujeres. En este orden de ideas estuvo Alelí, madre de tres hijos, quien contó: "*El papá de los niños jamás me ayudó […] hace mucho intenté meterle pensión y se salió de trabajar y cuando menos lo esperé él ya vivía en Gómez Palacio, Durango"*.

Asimismo, el padre del hijo de Acacia no le daba ningún tipo de ayuda para el cuidado del menor, por lo que ella expresó en su narrativa: *"no tengo el apoyo ni económico, ni con el niño,*

ni nada […] pero si necesito de su ayuda económica"; el no contar con el apoyo del padre del niño generó en Acacia emociones de soledad y resignación, como las siguientes: "*No hay un hombro de quien apoyarme y siempre eres tú, aquí nos subimos los dos al barco, pero él se bajó luego luego, la vio difícil y dijo no. Pues bueno así me tocaba".*

El padre de la sobrina de Jazmín es otra persona que no se ha hecho responsable de los gastos de su hija; esta situación afectó emocionalmente a la menor, ya que a diferencia de los hijos de Alelí y de Acacia, ella estuvo en la etapa de la adolescencia y se daba cuenta de todo, Jazmín en la entrevista, contó lo siguiente: *"[…] yo creo que la situación de que el papá no está peleando por ella, […] pero si está peleando con la mamá de que la mitad de la casa y el carro, yo creo que eso le da enojo […]".*

Dentro del cuidado se presentaron situaciones que permitieron a las mujeres que lo llevaron a cabo tener cierto grado de gratificación y otras que desencadenaron conflictos, peleas y preocupaciones; sin embargo, como se describió en este apartado, el cuidado tiene repercusiones económicas en la vida de las mismas, ellas hablaron de sus necesidades, del apoyo económico que recibieron, así como de la dependencia que algunas de ellas vivieron, aunado a los conflictos que tuvieron con sus hermanos o con la persona adulta mayor en torno al dinero.

c) Otros ingresos

En contraste con lo presentado estuvieron las personas adultas mayores que no contaban con un ingreso para solventar sus gastos por lo que las mujeres recibían ayuda económica por parte de otros miembros de la familia; esto coincide con lo expresado por Dakduk (2010) la familia es un sostén económico para las personas adultas mayores cuando estos presentan dependencia económica.

En esa línea estuvieron los padres de Begoña, quienes no contaban con ningún tipo de recurso económico; esto complica la situación de cuidados, ya que, como mencionó Begoña, no sólo tenían que hacerse responsables de cuidar, sino también de solventar los gastos, consideró que sus hermanos pensaban que era suficiente el cuidado económico que realizaban y no se involucraban con el cuidado físico, ella en su narrativa expresó: *"Eso no es viable porque mi papá y mi mamá no tienen una pensión, no tienen, así como que el futuro preparado, entonces es ayúdame física y de manera monetaria, que bueno afortunadamente somos cuatro y les podemos solventar los gastos".*

El discurso de Begoña se respaldó en lo expresado por Rogero (2010a) sobre los efectos que los hijos varones tienen respecto al cuidado de sus padres, en donde las normas sociales y culturales tienen una influencia que sobrevalora el trabajo extradoméstico sobre el doméstico. Esto lleva a confirmar la trascendencia de los roles tradiciones que se repiten en las familias donde el hombre es el proveedor económico y mujer la proveedora física (Montes de Oca, 2014). Conjuntamente, se pudo dimensionar que independientemente de los recursos con los que cuenten las personas adultas mayores, el apoyo y solidaridad de alguno de los hijos en ocasiones coexistirá, ya sea de manera parcial o total (Quilodrán y Puga, 2011).

En ese sentido, también estuvo el caso de Acacia, quien después de la muerte de su abuela se quedó sin ingresos y empezó a recibir apoyo económico de su madre; el discurso de Acacia coincidió con el tono de su voz; porque ella hablaba serena, convencida de que es feliz; no obstante, al contrastarlo con el apartado de repercusiones emocionales, se observó cierta nostalgia y tristeza; pareciera que ella trataba de convencerse de que las cosas estaban bien; en

ese sentido, ella narró: *"Mi mamá me apoya bastante, muchísimo, cuando ve que estoy así en dificultades económicas, ella hasta parece que sabe, me manda dinerito".*

Ahora bien, se consideró importante resaltar la manera en que la falta de ingresos propios con el tiempo va aumentando la dependencia económica de las personas, como lo describió Acacia, quien de manera inicial fue dependiente de su abuela; después se quedó viviendo en casa de su abuelo, pero ella expresó sentir miedo por no saber, qué será de su vida cuando la persona adulta mayor ya no esté, ella en su entrevista, expresó: *"Tengo mucho miedo a que ya se vaya mi abuelito y luego ¿qué va a pasar conmigo y con mi hijo?, si me voy a quedar aquí […] podré yo solventarme mis gastos y todo yo sola aquí en Monterrey".* Como se observó en las narrativas, Acacia fue la cuidadora que contaba con menos ingresos propios, porque no tenía un empleo ni su abuelo una pensión; no obstante, recibía apoyo de su madre y su tía para los gastos de estos.

Las repercusiones económicas (Cuesta, 2009; Lagarde, 2012; Lamas, 2018; Rogero, 2010a) tuvieron un efecto directo en la vida de las mujeres cuidadoras quienes tuvieron que abandonar el mercado de trabajo para poder llevar a cabo el cuidado (Cerquera, Granados y Buitrago, 2012; Rogero, 2010b) situación que las llevó a establecer una relación de dependencia económica (Huenchuan y Ruiz, 2015; Lamas, 2016) con la persona adulta mayor (Andrews, 2000; Granados, 2014; Ham, 2012; Ruiz y Nava, 2010), con su pareja (Agulló, 2002; Crespo y López, 2007; Losada y colaboradores, 2006; Tobío y colaboradores, 2013; Wainerman, 2007) e hijos (Agulló, 2002; Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011; Ruiz, 2004) y con sus hermanos u otros parientes (Dakduk, Quilodrán y Puga, 2010; Rogero, 2010) (véase la figura 3).

El abandono del mercado de trabajo generó en las mujeres emociones como la tristeza (Bericat, 2012), miedo (Dua, Nichols y Satoya, 2013; Martínez, 2009; Pérez, 2000) y desesperación (Cruz, 2012) las cuales tienen una relación directa con la categoría de repercusiones de salud (Crespo y López, 2007; Losada y colaboradores, 2006; Rascón, 2014; Rogero, 2010ª; Toro y Rivas, 2016) porque éstas no permiten que las mujeres logren conciliar el sueño, lo que les generó cierto nivel de estrés (Cuesta, 2009; Crespo y López, 2007; Del Río, 2006; Martínez y De la Cuesta, 2015).

Figura 3. Vinculación de las repercusiones económicas con otras categorías de análisis

4.3.4 Repercusiones familiares

La familia es el lugar en donde las personas actúan y se desarrollan de manera privada, en su mayoría se rige bajo el modelo tradicional enmarcado por la división sexual del trabajo, en donde las funciones del grupo se asocian al hombre proveedor y a la mujer en el ámbito de la reproducción (Ribeiro, 2006). Aunque es una de las instituciones que más transformaciones ha tenido en las últimas décadas, este modelo con sus adecuaciones continúa vigente (Casares, 2006). Porque, a pesar de que ha cambiado la composición familiar y las mujeres se han incorporado en mayor medida al mercado de trabajo, todavía siguen siendo ellas las encargadas de realizar de manera principal el trabajo doméstico, en el que va implícito el cuidado de las personas dependientes, esto de acuerdo con lo analizado en apartados anteriores.

Aunado a lo anterior, en esta investigación se aprecia que no existió en ninguna de las familias de las mujeres participantes el rol de único proveedor, por el contrario, en todos los casos el ingreso provenía de al menos dos personas, además de que, si bien la mayoría de las mujeres no

tenía un empleo formal, casi todas realizaron actividades que les permitieron generar ingresos de manera fija o eventual, dependiendo del caso.

Otra de las características familiares que presentaron las participantes es que en su mayoría integraron familias extensas (padres, hijos y otros parientes), a excepción de Begoña quien conformó una familia nuclear (padres e hijos). Este rasgo que las distinguió es interpretado por Ariza y De Oliveira (2003), como una solución que las familias de cierto sector socioeconómico ejercen para sobrellevar problemas económicos o domésticos.

En la actualidad está creciendo el número de familias que se componen por más de dos generaciones, esto derivado de elementos sociodemográficos y económicos (Huenchuan y Roqué, 2009). En esta investigación la cohabitación en los casos de Margarita, Alelí, Acacia y Lila sí estuvo vinculada a la situación económica; y en las demás, fue para facilitar la atención de las necesidades de las personas adultas mayores dependientes.

Independientemente del motivo por el cual las personas componen familias extensas, estas dinámicas se consideran una muestra de solidaridad entre los miembros, entendida como una manera de actuar individual que procura el bienestar físico, económico o emocional de alguien más (Tamez, Ribeiro y Mancinas, 2008).

Así, se consideró que el cuidado que realizaron las mujeres participantes fue una muestra de solidaridad familiar hacia las personas adultas mayores dependientes, y considerando que fueron ellas las cuidadoras principales, recibieron de otros integrantes de la familia apoyo económico, moral y de cuidados; el cual provino en mayor medida de sus hermanos y pareja.

4.3.4.1 Relación con los hermanos

a) Relaciones solidarias

El cuidado de las personas adultas mayores modificó la manera habitual en que las familias realizaban sus actividades e incluso la distribución del ingreso, los conflictos que se derivan a partir de estos cambios se relacionan con la disposición de los miembros a adaptarse o no, a las nuevas dinámicas (López y colaboradores, 2015), además del modo en el que ellos perciben la enfermedad y las necesidades del cuidado (Crespo y López, 2015). Asimismo, Delicado y colaboradores (2011), expresaron que cuando se presenta la reciprocidad familiar entre hermanos es derivada de la convivencia y apoyo que han tenido a lo largo de su vida, este soporte no se desarrolla con todos los miembros, pero si entre el cuidador principal y el cuidador secundario, ambos por lo regular comparten ciertas características.

Una de las cuidadoras que compartió el cuidado con su hermana fue Begoña, ella contó como sintió que ella la apoyaba y daba palabras de aliento para que no desistiera de cuidar, consciente de que, si eso pasaba la que tendría que hacerlo sería ella. Esto es contrario a lo expresado por Rogero (2010a) quien explica que en algunos casos el cuidador es criticado y juzgado por su labor. No obstante, Begoña narró: "*[…] luego te echan porras tus hermanos, bueno mi hermana me dice: es que yo reconozco que tú eres la buena, y yo: no necesito que me reconozcas, quiero que me ayudes; es que tú eres la buena ahí*".

El hermano de Amber también reconoce el trabajo que ella realizaba con sus padres y admite su falta de apoyo hacia la cuidadora, ella contó: "*mi hermano […] el acepta que está mal porque no viene a verlos, vive a dos o tres cuadras de la casa de mis papás, me dice: no hermanita, yo sé que no valoro estar cerca, pero sí todo esto que tú haces*".

Iris fue una de las mujeres cuidadoras que tuvo apoyo familiar, esto le dio la oportunidad de continuar trabajando, después de que adquirió la responsabilidad del cuidado de su hija y de su abuela, porque mientras ella realizaba actividades remuneradas, su hermana atendía a la menor y su madre a la abuela, en la entrevista contó lo siguiente: *"Los días que trabajo mi hermana me cuida a la niña, la dejo a las 6:45 a.m. y llego por ella a las 15:00 de la tarde y me vengo para la casa […] mi mamá se queda con la abuela".*

Además, estuvo el caso de Jazmín quien también recibió el apoyo de su hermano, no de manera constante, pero sí esporádicamente; aunado al apoyo físico de cuidado, el reconoció que Jazmín al ser la cuidadora principal de sus padres, tenía la facultad de tomar cualquier tipo de decisión con respecto a ellos, brindando apoyo moral, ella en su entrevista narró: *"… mi hermano […] me dijo: gorda, lo que tengas que decidir, no esperes a que estemos todos, si pasa algo […] tú decide no vamos a cuestionar nada […] y también cuando tú necesites […] yo te ayudo".*

Sin lugar a duda, los hermanos resultaron ser en algunos casos un soporte para el cuidado de las personas dependientes, tanto de los niños como de los ancianos; así Begoña expresó que al menos el domingo tenía la oportunidad de descansar, ya que sus hermanos atendían a su padre, y explicó: *" […] los domingos yo no me paro en su casa (se refiere a la de sus papás) y es el día en que va mi hermana y mi hermano y ya ellos se distribuyen a hacer algo".*

En su narrativa Begoña también explicó que ella no buscó generar conflicto con sus hermanos por lo que es muy clara con los días en los que a ellos les toca cuidar a su padre, en su discurso describió: "*[…] no es que él me hable y me pregunte: ¿cuándo me toca? […] puede pasar toda la semana sin que me diga o yo le diga: te toca, entonces no tengo conflicto porque tampoco lo busco".* A lo anterior hacen referencia López y colaboradores (2015) quienes expresan que las mujeres cuidadoras tratan de no pedir ayuda a menos que sea necesario, ya que con esto evitarán discutir o causar algún tipo de molestia en los demás; sin embargo, ellas prefieren asumir esa carga antes de afectar a los otros.

De igual manera, Amber recibió apoyo por parte de sus hermanos y cuando la visitaban trataba de descansar, mientras ellos se hacían cargo de sus padres, recordemos que su caso es complicado por la insuficiencia renal que padeció su madre, ella describió:

> *Cuando vienen ellos pues duermo. Que ellos se hagan de comer, que bañen a mis papás, que les hagan todo, yo los dejo, todo, oye ¿qué cuál le toca? yo no sé, ya tienes tiempo, no me vengas a preguntarme a mí […]sé que me veo mal porque no debo de ser así, pero …ellos ya saben (Amber).*

Como se pudo observar, independientemente del tiempo que los hermanos dedicaron al cuidado de sus padres, este resultó ser un apoyo para las mujeres cuidadoras participantes, quienes lo aprovecharon para realizar otras actividades, entre ellas el descanso. No obstante, los estudios sociodemográficos manifiestan que las familias cada vez son más pequeñas, y por lo tanto hay menos hermanos con quien compartir el cuidado de los padres, tal es el caso de Alelí, quien como se puede recordar es hija única, pero no por eso ha dejado de recibir apoyo de alguien, ella contó:

> *… de toda, toda mi familia yo tengo más de esta niña (señala a su prima que se encontraba en una recámara al fondo de la casa) apenas va a cumplir 15 años, y es la que si yo necesito quién me cuide a mi mamá, ella es la única […]es la única persona de la que yo te puedo decir, que tengo ayuda […] (Alelí).*

Para las mujeres cuidadoras contar con el apoyo de sus hermanos resultó importante, el compartir el cuidado con los demás fortalece otros aspectos de su vida, ya que les da la oportunidad de descansar, realizar otras actividades e incluso pasar tiempo con sus hijos o pareja. En ese sentido, el compromiso familiar hacia el cuidado de la persona adulta mayor dependiente, contribuye al bienestar de la cuidadora principal (Hass, 2018).

b) Relaciones no solidarias

En otro orden de ideas, las relaciones familiares no están exentas de conflictos, y menos cuando la dependencia y las necesidades de cuidado de las personas adultas mayores se hacen presentes; por lo que, es común que entre los hermanos, pareja, otros parientes e incluso entre la persona dependiente, existan tensiones derivadas de la falta de apoyo económico y la manera inequitativa en la que se realizan las labores de cuidado (Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011; López, Noriega, Velasco y Moya-Faz, 2015).

Las relaciones intrafamiliares son variadas, en algunas se presentan situaciones de máxima armonía y en otras de elevada conflictividad, en este último la violencia física o verbal puede estar presente; y es una manifestación del manejo inadecuado de los desacuerdos y de las emociones; mismas que emanan de la falta de reciprocidad entre los miembros, esta falta de apoyo hace que alguien, en este caso la cuidadora, se sienta poco valorado o despreciado, sentimientos que propician la ira y el conflicto (Ariza y De Oliveira, 2010). Es importante recordar que las mujeres cuidadoras participantes vivían con cierto grado de tensión emanada de la sobrecarga de cuidado; no obstante, cada una tuvo un modo específico de afrontar los desacuerdos.

En esta investigación la familia constituye la principal red de apoyo de las mujeres cuidadoras participantes, porque ninguna expresó contar con el apoyo de amistades o de la comunidad (vecinos, iglesia u otro). Así, las redes de apoyo son una práctica entre un grupo de personas que pertenecen a un mismo entorno familiar o social, las actividades que ellos realizaron tienen la finalidad de mantener o mejorar la calidad de vida material, física o emocional de quien lo requiera (Guzmán y Montes de Oca, 2003). La persona demandante de apoyo y solidaridad puede ser la persona adulta mayor dependiente o el cuidador.

De manera particular, en esta investigación el eje central es el cuidador, por tal motivo, las redes familiares que giran alrededor del mismo, son las que se analizaron en el presente apartado, ya que, éstas repercuten en la salud física y emocional de las mujeres cuidadoras, el contar con el apoyo de una o varias personas, aumenta la capacidad para afrontar las situaciones de estrés que emanan del cuidado, sin embargo, la ausencia de apoyo disminuye esta capacidad y genera mayor estrés (Delicado y colaboradores, 2011).

Amber comentó que tuvo conflictos con sus hermanos porque no le ayudaban con el cuidado de sus padres para que ella pudiera salir a trabajar, ya que no cumplieron con el acuerdo que habían hecho, esto generó en ella otras molestias, así contó: *"yo le dije a mi hermano: tú puedes trabajar en el día, yo puedo trabajar en la noche ¿por qué no me ayudan por ese lado? y no, no lo hacen. Ellos ven por lo propio de ellos".*

Así, el cuidado y las decisiones alrededor del mismo van cayendo en una sola persona, la cuidadora principal, quien ejerce el cuidado y la responsabilidad para beneficio del adulto mayor dependiente pero también para las otras personas que tienen la obligación de cuidar, ya que, de manera estratégica cuando alguien se asume como cuidador, los demás lo aceptan y cooperan en la medida de sus posibilidades (Rogero, 2010a).

Entonces la decisión de cuidar se va tornando una obligación, porque los hermanos se la adjudican a la persona que empezó a realizarlo (Callegaro y Pasini, 2010 citados por Rogero, 2010a). Esta situación genera otro tipo de conflictos familiares, en este sentido Cala expresó: *"Yo veo que todos mis hermanos hacen su vida y a todos les vale sorbete la vida de mi mamá".*

Los hermanos de Amber no son la excepción a lo expuesto (Delicado y colaboradores, 2011; Rogero, 2010a) porque ella cuenta con una cuidadora secundaria, su hermana quien la apoya con el cuidado de sus padres, pero sólo dos veces por semana; el cuidado que Amber realizaba por sus padres es intenso y ha perdurado a lo largo del tiempo, y expresó: *"Ella no trabaja […] viene a las 10 de la mañana y se va a las tres, ni un minuto más, ni un minuto menos […]se quejan por dos días que les toca venir".*

Como se aprecia en la narrativa, existía una molestia por parte de la cuidadora por la inequidad del cuidado hacia sus padres. Los cuidados de larga duración hacen que aumente el estrés y la vulnerabilidad de las mujeres cuidadoras y con ellos los conflictos familiares (Rogero, 2010a). Otro de los motivos de conflicto, es que la familia ve a las labores de cuidado como parte del trabajo doméstico y cuando la cuidadora no trabaja dan por hecho que es una tarea que puede realizar sin mayor problema, esta situación hace que los hermanos acudan en menor medida a la vivienda de la persona adulta mayor dependiente (Davis, 1997 citado en López y colaboradores, 2015). Tal es el caso de Margarita, a ella se le acumuló el estrés que emana del cuidado prolongado, al cual se le sumó la actitud de sus hermanas, ella refirió:

> *El doctor me ha dicho […] que soy aprehensiva, que dejé que me ayuden […] yo quisiera que me ayudaran con toda el alma, pero no me quieren ayudar […] y ya me peleé como con tres, cuatro hermanas, literal así me dejaron de hablar y ya no van a la casa, cómodamente porque pues mi mamá no las conoce (Margarita).*

Como se puede observar, la mayoría de las mujeres cuidadoras, sintió molestia porque sus hermanos no les ayudaban con el cuidado de sus padres como ellas quisieran, pero en mayor medida es porque ellas no pidieron apoyo, porque no hay exigencia en cuanto a la responsabilidad de cada uno, ellas esperan que sus hermanos acudan de manera voluntaria, como lo hicieron ellas en su momento.

No obstante, Agulló (2002) explicó que la complicación proviene de que la mayoría de las mujeres prefirieron realizar ellas las cosas para evitar conflictos, esto debido a que tienen interiorizado la responsabilidad de cuidar, no sólo a la persona adulta mayor dependiente sino también a los demás. La premisa anterior resulta evidente en el caso de Begoña y Lila. En primer lugar, Begoña contó: *"A veces a uno, yo creo que te entra el síndrome del cuidador y piensas, no ¿cómo lo voy a dejar? […] y ahí estamos los dos; ¿por qué no te vas? ya está tu hermano (ella se pregunta)"*. En segundo lugar, estuvo la narrativa de Lila, quien describió:

> *Llegaba a salir […] regresaba y mi mamá: no he comido; mamá, pero mi hermana ¿no te dio? No […] y ¿mi otra hermana? tampoco […] entonces lo que ellas hicieron: ahí está Lila; Lila no trabaja, Lila se puede quedar con mi mamá, la puede cuidar (Lila).*

Los conflictos que se generaron alrededor del cuidado por parte de este grupo de mujeres fueron menores; molestias, enojos y sobre todo ausencias por parte de los hermanos. Margarita explicó que dejó de hablarles a sus hermanas, de manera general declaró que estuvo molesta, por los pretextos que ellas pusieron para no apoyarla con el cuidado de su madre, entre los que destacaron "*porque se pelearon conmigo o porque mi esposo les cae mal, ahora, porque anteriormente se llevaban muy bien todos".*

En contraste, Cala sí vivió un caso de violencia. Esto de acuerdo con Tobío y colaboradores (2013) se debe a que en las familias existen problemas que no han podido resolverse y que cuando se presenta el cuidado surgen, además de la crítica que se realiza en contra de la mujer cuidadora sobre los quehaceres de cuidado que lleva a cabo. En ese orden de ideas, Cala contó:

> *Mi mamá […] se había pegado con la puerta en diciembre […] y no nos dijo nada […] hasta ya que se le abrió, y ya que se le abrió venían (sus hermanas) y le tomaban fotos […] y luego publicaban en facebook: ¿dónde está la hija que no la puede curar? Y ¿dónde está la hija, que no sé qué?… obvio que eso desencadena una pinche pelea […] y yo les decía: oye espérate a mí nadie me da dinero para cuidarla, si a mí nadie me ha pagado […] hasta que me demandaron aquí en el DIF por maltrato hacia mi mamá (Cala).*

Los acontecimientos de violencia intrafamiliar como el sucedido con Cala no son aislados en la esfera familiar en donde la dependencia de la persona adulta mayor ha sido prolongada; asi lo señala Julve (2007 citado por Dakduk, 2010) los conflictos familiares se agudizan conforme avanza la enfermedad y la dependencia; y se dan por la falta de apoyo económico y la indiferencia de los miembros.

4.3.4.2 Relación con la persona adulta mayor dependiente

El cuidado al ser una actividad cotidiana en donde conviven al menos dos personas no está exenta de conflictos (Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011) que se derivan de la dependencia que afecta de manera económica, social e instrumental a la persona que la padece; por lo que, los sentimientos que emanan de las personas adultas mayores dependientes pueden ser variados, y transitan entre el agradecimiento, la incomprensión y la frustración, por vivir determinada situación (Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011; Flores y Castillo, 2013). Así, estas emociones, aunque en ocasiones son justificadas llegan a tener ligeros tintes de violencia que afectan el bienestar emocional de las mujeres cuidadoras (Arroyo y Salas, 2012).

Derivado de lo anterior, Montes de Oca (2014) señala que alrededor del cuidado se viven diversas situaciones de abusos, maltrato, violencia simbólica y relaciones inequitativas, en donde los principales actores (cuidado y cuidador) resultan estar vulnerables. No obstante, por la relacion filial que existe entre ellos, sobre todo cuando se trata de hijas que cuidan a alguno de sus padres, ya que para ellas el cuidado y los malos tratos que reciben de sus padres representan un impacto emocional que se suma al de la dependencia (Ruíz y Nava, 2010). En ese orden de ideas las participantes expresaron:

> *Mi mamá es de las personas que son muy orgullosas, me dice: si ya estás harta de cuidarme pues no me cuides […] conociendo a mi mamá y diciéndoles a ellos que la cuiden, mi mamá me escucha y se molesta, me va a decir sabes que váyanse, no me cuiden y aquí déjenme (Amber).*

> *Me decía: es que tú has de creer que no estoy enferma; pues te estoy viendo, pero tampoco te hagas la difícil, y se enoja y me dice: es que yo no quiero que, es más no me andes echando la mano, aquí si me muero aquí, aquí me muero yo sola (Lila).*

Las situaciones anteriores, son comprensibles, sin embargo, se reconoce que las mujeres cuidadoras y las personas que reciben cuidado, pasan por momentos sensibles y tanto a una como a la otra les afectan este tipo de comentarios, incluso la literatura reporta que es frecuente la violencia del cuidador hacia la persona adulta mayor dependiente (Giraldo, 2012; Mancinas y Ribeiro, 2009; Montes de Oca, 2014); no obstante, en un estudio realizado en México con cuidadores y receptores del cuidado, se encontró que el maltrato es bidireccional, porque 54.1%

de las parejas reportan maltrato mutuo, 12.4% de los dependientes expresaron realizar acciones en contra de su cuidador y 11.9% de los cuidadores expresó que había ejercido algún tipo de violencia (Sánchez, Paz, Espínola y Trujillo, 2015).

El vínculo afectivo entre las hijas cuidadoras genera una carga emocional mayor ante las actitudes de la persona adulta mayor dependiente, y aunque estas emociones no deberían de ser un obstáculo para el cuidado, ni repercutir en la vida de las mujeres cuidadoras las trastocan (Hidalgo, Tortón, Caballero y Martinola, 2016), a pesar de lo anterior, las participantes expresaron una actitud resiliente ante la forma de ser de sus padres dependientes, ellas contaron:

> *[…] decía "Ay Diosito dame fuerzas, porque para empezar esta señora es muy difícil […] era un batallar, mi tía le compró unos zapatos para diabético, le costaron casi mil pesos, no se los quiso poner, yo no quiero eso, es más yo ni se los pedí. Pero te digo es muy difícil mi mamá. Luchas con la enfermedad y luego con la persona, que no se deja ni ayudar (Lila).*
>
> *Y luego aparte que mis papás luego se enojan, mi papá llega hasta el grado de que me corre, porque luego me dice que, si no quiero batallar con ellos que me vaya a la fregada, o sea maldiciones, me dice cosas, no cállate más mal me siento. No puede ser posible, ¡papá!; no es que si ya no quieres batallar [puras groserías me dice] Y yo ahí también me pongo a pensar ¿por qué lo hace? (Amber).*

Sumado a lo anterior, Lila contó que su madre quien demandaba atención y cuidados no quería hacerse estudios o tomarse la medicina, así contó:

> *… la llevábamos al seguro, y nos decían los doctores: es que necesita exámenes, esto y lo otro, y mi mamá: ¿pa qué, si ni me alivio?,¿pa qué? y yo ¡oh! de oquis nada más: esté me da sueño, esté me duele el estómago, no me voy a tomar nada. Le digo: mamá y cuando vienen mis hermanos y te preguntan cómo estás, respondes: es que no se me quita el dolor, es que no puedo caminar, pero pues si no te tomas el medicamento […] eso para mí, pues era un punto en contra porque como iba a recuperarse si ella no comía y no tomaba medicamento (Lila).*

Como se observó y de acuerdo con Tobío y colaboradores (2013) cuidar a los padres repercute de manera directa en la relación, por lo que resulta interesante conocer la manera en la que se desarrolla el cuidado, cómo la dependencia de la persona adulta mayor hace que sean más sensibles y tengan reacciones impredecibles, que ubican a las mujeres en diversas situaciones, quedando expuestas a la voluntad de alguien más.

4.3.4.3 Relación con la pareja

La pareja resultó ser un vínculo importante para las mujeres cuidadoras; con sus respectivas ambivalencias, porque en ocasiones también representaron a otra persona demandante de cuidado. Las necesidades de la pareja, si no son negociadas en buenos términos pueden ser otra fuente de conflicto, puesto que la pareja se siente abandonada, reemplazada u olvidada (Agulló, 2002; Tobío y colaboradores, 2013). No obstante, de esta categoría emanaron dos resultados; en el primero las mujeres participantes expresaron contar con el apoyo de sus parejas, mientras que para un segundo grupo la situación fue contraria.

En primera instancia, está el caso de Alelí, madre de tres hijos y cuidaba a su madre enferma de Alzheimer, sus condiciones podían no ser propicias para que ella empezara una relación, no obstante, y a pesar de las complicaciones, contó lo siguiente:

> *Realmente no cualquiera se avienta (se refiere a tener una relación con ella) […] me ayuda mucho, él es una persona muy buena, ve a mis niños bien, si, no como a sus hijos, [lágrimas] a mi mamá la trata muy bien, le sigue el juego en todo para que ella no se enoje (Alelí).*

De la misma manera, Begoña explicó que su esposo es alguien que la apoyaba y le tenía paciencia con la situación que vivió, pero ella sintió que él lo hacía porque estaba consciente de que sus padres también iban a necesitar cuidados, aquí su narrativa: *"[…] mi esposo […]con él no tengo problemas, porque él también tiene a sus papás […] como que dice: bueno te ayudo, para que tú me ayudes"*.

La pareja es un recurso de apoyo importante, que no siempre está presente, en algunas mujeres no es indispensable, pero para Acacia, sí y contó: "*no hay un hombro de quien apoyarme y siempre eres tú, aquí nos subimos los dos al barco, pero él se bajó luego, luego, la vio difícil y dijo no (Acacia).* Asimismo, se presentaron conflictos por la sobrecarga que el cuidado representó para las mujeres, que las llevó a estar alteradas y a reaccionar de manera explosiva con su pareja, en ese sentido, Margarita comento: *"Empezamos a tener muchos problemas (se refiere a su pareja), porque siempre estaba yo de mal humor o está él de mal humor […] pero sí de alguna manera ya estás harta"*.

Otro de los motivos de conflicto alrededor de la pareja se relacionan en el caso de Cala y Lila, porque sus esposos no comprendían que ellas fueran las únicas cuidadoras, ya que ambas tenían hermanos con quien compartir el cuidado, en estos casos y en el de Amber, resultó relevante que en sus narrativas expresaron de una u otra manera, discursos como el de: antes de tener pareja tuve padres, anteponiendo no sólo el cuidado de éstos sobre su pareja, sino en ocasiones sobre el bienestar de sus hijos, y describieron:

> *[…] mis problemas con él pues se acrecentaron ¿por qué?; Porque yo no estaba en mi casa, yo estaba siempre metida aquí con mi mamá […] porque decía: es que chingada madre, ni eres hija única, tienes un montón de hermanos, porque entre todos no la cuidan, porque entre todos no le pagan a una mujer que le tenga la ropa, para que tenga esto […] yo decía: es que cómo le voy a decir a mi mamá que no […] (Cala).*
>
> *No es que tú nada más quieres estar aquí (se refiere a casa de su madre) y le digo: sí, sí quiero estar aquí […] o sea si fuese al revés tu quisieras estar con tu mamá y yo estaría en la mejor disposición […] y tus hermanos ¿cómo?; yo le dije: pues ese es el problema de ellas, Dios no lo quiera ella se me llega a ir, ¿para quién es el remordimiento? ¿para ellas o para mí? le dije: pues si tú te quieres ir pues nos dejamos, porque tú te puedes conseguir otra mujer, yo nada más tengo una mamá (Lila).*

Para finalizar, estuvo el caso de Amber, quien, aunque no tuvo conflictos con su pareja, también puso en primer lugar el cuidado de sus padres sobre su esposo; en su entrevista, ella comentó que habló con él, y le explicó la situación y llegaron al acuerdo de seguir juntos, pero no como esposos. El contexto anterior permitió observar, por un lado, la manera en la que las mujeres toman decisiones respecto a su relación de pareja. Esto es reconocido por Wainerman (2007) como una transformación de los valores tradicionales a los modernos, en donde se empieza a hacer evidente la libertad de cortar o cambiar los vínculos, al momento de que el amor termina. Lo anterior es importante, porque la decisión fue tomada por Amber, sin embargo, su pareja no aceptó y decidió continuar su vida a su lado, ella en su narrativa explicó:

> *[…] ahora que mi mamá salió del hospital, yo le dije: mira la situación está así y así, yo te voy a hablar con el corazón en la mano, yo no te voy a decir que te quiero, obviamente estoy muy acostumbrada a estar contigo, y si te vas se te va a extrañar, pero ya con la*

> *distancia tú podrás hacer lo que tú quieras, yo no te voy a atar, ahora sí, haz los que quieras y así para dar el 100 con mis papás, así que si te quieres ir pues Dios que te bendiga; y me dijo: no, yo voy a estar contigo y si me ayuda mucho (Amber).*

En ese orden de ideas, Losada y colaboradores (2006) expresaron que una característica de las familias en las cuales se presenta el cuidado es el fracaso en la relación de pareja, porque las demandas de tiempo, el cansancio y el estrés que viven las mujeres cuidadoras no son compatibles con las de la pareja y en ocasiones no logran adaptarse a las nuevas dinámicas. Por lo que 70% de las mujeres cuidadoras tienen conflictos con sus parejas (Crespo y López, 2007).

4.3.4.4 La percepción de los hijos ante el cuidado

Como se pudo analizar la solidaridad física que recibieron las mujeres provino de su familia específicamente de sus hermanos, pero ellas también recibieron apoyo moral de sus hijos, el cual resultó ser significativo para ellas. Porque, para las mujeres cuidadoras resulta importante tener con quien compartir el cuidado y todos sus vaivenes (Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011).

Evidentemente esta apreciación cambia de acuerdo con la subjetividad de la persona, en esta línea se encuentra Lila, ella trató de que, la falta de apoyo de sus hermanas no le afectara; esto lo pudo hacer porque se sintió apoyada por su hija y su esposo, refirió que su hija la alentó a que continuara con el cuidado de su madre, ya que estaba consciente de que sus tías no la ayudaban con el mismo y narró: *"... mi hija […] pues en lo que ella podía iba y me apoyaba […] un día me dijo: que, por qué mis hermanas no me apoyaban y le dije: pues ya sabes cómo son tus tías, para qué me preguntas"*

Contrario a lo expresado por la hija de Lila, están los de los hijos de Cala y Amber, quienes alentaron a sus madres al diálogo con sus hermanos para que ellas dejaran de cuidar a sus padres, esto se debió en mayor medida a que ellas son las mujeres cuidadoras participantes que más tiempo llevan cuidando; en este sentido, Amber contó:

> *me dice mi hijo: pues es que habla con ellos mamá, tú ya los cuidaste por muchos años, ahora les toca a ellos […] ya les dije, pero ellos son bien comodinos, como yo los tengo (se refiere a que viven juntos) y como la casa es de ellos (Amber).*

De igual manera estuvo la narrativa de Cala, en ésta su hija mayor comentó la percepción que tiene de su madre, ella desde pequeña expresaba no sentirse cómoda viviendo en la casa de su abuela, "*mi hija decía desde chiquita que ya no quería vivir aquí, porque eran muchos pedos",* esto como consecuencia de que Cala siempre tuvo conflictos con sus hermanos por el cuidado de la persona adulta mayor dependiente, e igualmente describió: "*Mi hija me dice: mami es que entiende […] yo siento que tú has dejado tu vida en un rincón. Para vivir la vida de mi abuela y solucionar los problemas de tus hermanos".*

Retomando el caso de Lila, y de las ambivalencias alrededor del cuidado, se hicieron comprensibles los cambios de humor de las cuidadoras, provenientes de la sobrecarga y del sentirse poco apoyadas. Así, Agulló (2002) explicó que a las mujeres a las cuales se les presentó el cuidado en etapas centrales de su vida tuvieron que cumplir con varios roles de manera paralela (hija, esposa, madre e inclusive abuela), situación que las llevó a estar más presionadas.

En ese orden de ideas, Lila contó que, a pesar de que su hija es una persona tranquila, compresiva y que siempre le brindó apoyo moral, como se describió en párrafos anteriores, los conflictos entre ellas se hicieron presentes, ambas reconocieron que eran consecuencia de la sobrecarga que vivió Lila, y ella en su narrativa explicó: *"... a veces llegaba yo de con mi mamá y ella*

sentada y la niña llorando y le decía: es que la niña, hazle caso y me contestaba: mamá es que tú vienes enojada y molesta y aquí vienes a descargar".

Así, se pudo decir que las relaciones familiares son complejas, sobre todo cuando existen elementos que trastocan la dinámica habitual. En ese sentido, por un lado, las mujeres cuidadoras buscaron el apoyo de sus hermanos, hijos, pareja y/o otros parientes, esto con la intención se sentirse menos sobrecargadas, sin imaginar los conflictos que se derivarían del mismo. Por otro lado, otro grupo de mujeres prefirió asumir sola el cuidado de la persona adulta mayor dependiente. Otra cuestión que se resalta en este apartado es la manera en que las mujeres tienen interiorizado el cuidado familiar, que dejan de lado su vida personal para dedicársela a alguien más, por lo que culturalmente ha sido definida como: un ser para otros (Ruiz, 2004). En los casos de Cala, Amber y Lila, como ellas mismas lo expresaron, su prioridad fue cuidar a las personas adultas mayores que mantener una relación de pareja o una familia para sus hijos.

Además, resultó importante destacar que las repercusiones familiares (Ariza y De Oliveira, 2003; Casares, 2006; Huenchuan y Roqué, 2009; Ribeiro, 2006; Tamez, Ribeiro y Mancinas, 2008) trascienden de manera directa la categoría de repercusiones emocionales, mediante la falta de solidaridad familiar (Agulló, 2002; Ariza y De Oliveira, 2010; Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011; Guzmán y Montes de Oca, 2003; Rogero, 2010ª; López y colaboradores, 2015) principalmente por parte de los hermanos y de la pareja, la cual generó conflictos que afectaron sus emociones; ésta estuvo representada por la falta de apoyo económico que repercute de manera directa en la categoría que lleva ese nombre (véase figura 4) .

Otro tipo de relación fueron las solidarias (Crespo y López, 2015; Delicado y colaboradores, 2011; López y colaboradores, 2015) en las que los hermanos (Hass, 2018), pareja (Agulló, 2002; Crespo y López, 2007; Losada y colaboradores, 2006; Tobío y colaboradores, 2013; Wainerman, 2007) hijos (Agulló, 2002; Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011; Ruiz, 2004) brindaron reconocimiento y apoyo a las mujeres, los cuales tuvieron efectos positivos en las emociones de dicho grupo.

La relación entre el cuidador y la persona dependiente también se vio afectada, y entre ellos se dieron relaciones ambivalentes (Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011; Arroyo y Salas, 2012; Flores y Castillo, 2013; Hidalgo y colaboradores, 2016; Sánchez y colaboradores, 2015) por un lado, las mujeres sintieron emociones como el agradecimiento y la responsabilidad moral, y por otro desesperación y enojo hacia la persona adulta mayor dependiente, estas dos características repercutieron también en las emociones y en la salud de las participantes.

Figura 4. Vinculación de las repercusiones familiares con otras categorías de análisis

CAPÍTULO V.- REFLEXIONES FINALES

La intención de este capítulo es presentar una reflexión final sobre los resultados del trabajo de investigación doctoral, realizado durante los últimos cuatro años; este análisis se llevó a cabo en primer lugar, para dar respuesta a las preguntas de investigación que guiaron esta tesis; en segundo lugar, con la intención de expresar temas que emergieron con el estudio de los datos, los cuales se consideraron relevantes, ya que, no habían sido tomados en cuenta no por omisión sino porque emanaron de la particularidad de cada curso de vida; y en tercer lugar, para enfatizar sobre las necesidades percibidas de las mujeres cuidadoras participantes y de las generaciones dependientes, y en un futuro seguir trabajando en ellas.

Se consideró importante iniciar este apartado dando un breve recorrido sobre el proceso de investigación; que inició con la selección del tema, porque de manera personal se comparte la idea de que, en éste debe existir un vínculo entre la persona que la realiza y el tema de estudio. En este sentido, los capítulos que la integran toman relevancia, porque llevaron tiempo para su creación y formación.

Así, la temática de la presente investigación surgió a partir de la inquietud por analizar las estrategias de conciliación laboral y familiar a las que recurren las mujeres para poder compaginar ambas tareas, y los cambios en la estructura familiar que emanaban de estas nuevas dinámicas. Al dar inicio a la contextualización y al abordaje literario sobre los cambios demográficos y sociodemográficos que giran alrededor de las mujeres y sus familias, se hizo evidente el proceso de envejecimiento actual, y las necesidades de este grupo, las cuales son atendidas en la mayoría de los casos por las mismas mujeres que se encargan del cuidado de los menores, además de realizar el trabajo doméstico que permite la subsistencia de otros miembros del hogar.

A partir de lo anterior, el interés de la investigación se dirigió hacia la problemática del doble cuidado, y en esta dirección emergieron múltiples preguntas, hasta llegar a las que fueron el eje rector de esta tesis y a las cuales se les buscó dar respuesta en el capítulo de análisis de resultados. El camino ya estaba escrito, el tema, aunque novedoso ya había sido identificado en otros países de habla inglesa e hispana e incluso en México. No obstante, existió el interés de continuar explorándolo mediante el objetivo de: analizar el curso de vida de las mujeres cuidadoras de dos generaciones, específicamente sus trayectorias de vida escolar y laboral, así como las condiciones que dieron lugar para que este grupo de mujeres sean cuidadoras de dos generaciones, y la manera en que el doble cuidado repercute en su estado de salud, económico, emocional y familiar de un grupo de mujeres que habita en el Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo, León.

El objetivo general y los objetivos específicos se definieron en el capítulo I, donde se describió la problemática del doble cuidado y la relevancia del tema. Es importante reconocer, cómo cada capítulo dentro del proceso de investigación tomó relevancia y la manera en la que algo tan simple se convierte en complejo y viceversa. Se reconoció que había un problema que analizar, pero hacía falta un enfoque teórico que permitiera estudiar de manera particular la historia de vida de las mujeres participantes, en esa búsqueda se llegó al enfoque teórico metodológico de curso de vida, expuesto en el capítulo II.

Este enfoque se podía implementar con una metodología de corte cualitativo o cuantitativo, sin embargo, como se mencionó en el capítulo III, se decidió que la metodología cualitativa era la más adecuada, esto de acuerdo con los objetivos de la investigación. En esa línea se dieron las dimensiones, categorías y el acceso a las mujeres cuidadoras participantes; y así la experiencia de contrastar el conocimiento teórico con el empírico a través de las narrativas resultó ser invaluable. El análisis de las entrevistas se presentó en el capítulo IV, éste permitió dar voz a las mujeres, lo cual resultó ser todo un reto que se espera haber cumplido; porque entender, comprender y analizar la vida de las personas en dimensiones tan sutiles como en las que se vincula el cuidado, genera emociones, prácticas y vivencias en ocasiones inesperadas.

Antes de iniciar con las reflexiones finales, se consideró necesario definir de manera puntual, quienes fueron los sujetos de estudio, en este caso las mujeres cuidadoras participantes. Ellas, fueron mujeres que tuvieron como característica similar ser cuidadoras de dos generaciones, porque las edades son variadas al igual que el parentesco con las generaciones a las que cuidan; también lo fue la edad de las personas adultas mayores y el tipo de enfermedad que padecían. Lo que sí coincidió en la mayoría de los casos fueron las características sociodemográficas y económicas que las llevaron a ser cuidadoras de dos generaciones; entre las que destacan:

- La edad de la mayoría oscila entre los 45 y 54 años.
- A excepción de Jazmín, todas las mujeres tenían una pareja.
- La mayoría cuidaba a sus hijos y padres.
- La mayoría dejó inconclusos sus estudios.
- La mayoría realizaba actividades para generar ingresos (trabajo informal).
- La mayoría vivía en casa de la persona adulta mayor antes de que éste fuera dependiente.

La literatura que aborda el tema del cuidado y sus cuidadores (Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011; Domínguez, Zavala, De la Cruz y Ramírez, 2010; Montes de Oca y Hebrero, 2009; Robles, 2001; Rogero, 2006; Ruiz y Moya, 2012; Vaquiro y Stiepovich, 2010) hace referencia a que en su mayoría son las mujeres las que realizan esta labor, además fue relevante que en los resultados de diversos estudios este grupo de mujeres cuidadoras compartía características sociodemográficas semejantes a las de las mujeres que participaron en esta investigación, como: menor escolaridad; empleadas en el sector informal o están dedicadas a las labores del hogar y cohabitación con las personas adultas mayores, por mencionar algunas.

Las características de las trayectorias de vida escolar y laboral de las mujeres participantes fueron generando una serie de transiciones en diferentes etapas de su curso de vida, las cuales ocasionaron como se explica en este epígrafe, que se fragilizaran otros aspectos de su vida. Estas rupturas fueron colocando a las mujeres en una situación propicia para responder a las necesidades de cuidado de los niños y las personas adultas mayores dependientes. Porque comparadas con sus hermanos u otros parientes, ellas contaban con mayor disponibilidad o facilidad para abandonar sus actividades laborales y satisfacer las demandas de cuidado de la

persona adulta mayor dependiente; esto sin dimensionar las repercusiones económicas que esta decisión tendría en su vida y en la de sus hijos y pareja.

A pesar de lo anterior, no se puede generalizar ni afirmar que, en la familia las mujeres que por diversas razones tienen una menor escolaridad, trabajan en el sector informal o viven en casa del adulto mayor dependiente, serán las encargadas de realizar el cuidado; sin embargo, esto sucede, aunque tampoco significa que, si en ésta todos los miembros trabajan o viven fuera del hogar del adulto mayor dependiente, ninguno realizará labores de cuidado; no obstante, aumenta la probabilidad de que exista el recurso económico y la posibilidad de contratar servicios de cuidado formal.

Por lo que, se consideró importante conocer de manera particular sus trayectorias y con ellas los escenarios del curso de vida de las mujeres participantes; en este sentido nació la primera pregunta de investigación: ¿cuáles son las características de la trayectoria de vida escolar y laboral de las mujeres cuidadoras participantes? la intención de esta pregunta, permitió conocer de qué manera las trayectorias de vida escolar y laboral influyeron para que este grupo de mujeres fueran cuidadoras de dos generaciones, estas dos trayectorias tuvieron el propósito de corroborar sí efectivamente las mujeres cuidadoras fueron las de menor escolaridad y las que no tenían una participación activa en el mercado de trabajo; la respuesta a la premisa anterior, sencillamente fue sí, porque la mayoría de las mujeres presentaron deserción escolar y asimismo, tomó relevancia que los motivos estuvieron asociados a los roles tradicionales de género.

Además, cuando se presentó el doble cuidado, la mayoría de las mujeres participantes no estaban incorporadas al mercado de trabajo; y, las que sí, renunciaron o lo compaginarlo con el doble cuidado; así los resultados de esta muestra son semejantes a los de la literatura (menor escolaridad y participación en el mercado de trabajo informal o por cuenta propia[55]); ambas características se evidenciaron en la muestra y fueron una variable que influyó para que fueran cuidadoras.

Sin lugar a duda, esto es importante, no sólo para la presente investigación sino para el contexto local, regional y nacional, donde persiste la desigualdad de género que viven las mujeres desde etapas tempranas de su vida, porque esta diferencia trastoca ámbitos educativos, laborales y familiares de manera cíclica y generacional, de ahí la importancia de evitar que se siga reproduciendo. En ese sentido, la primera pregunta se enlaza con la segunda: ¿cuál es la relación que existe entre las transiciones de vida escolar y laboral que viven las mujeres con los roles tradicionales de género que las ubican como cuidadoras de dos generaciones a la par? por lo que, la reflexión en torno a la trayectoria escolar y laboral de las mujeres cuidadoras participantes y los estereotipos de género, se analizan a continuación.

5.1 Trayectorias de vida escolar y laboral de las mujeres cuidadoras

Durante décadas organismos nacionales e internacionales se han preocupado por lograr que de manera cultural la sociedad en general incorpore a las mujeres a espacios educativos y laborales; reconociendo con lo anterior, sus derechos como ciudadanas; hoy se puede asegurar que, en

[55] El mercado de trabajo informal es toda actividad que se realiza para generar ingresos sin estar registrados ante alguna de las instituciones de seguridad social. Entre las actividades que realizaron las participantes estuvieron: ventas de comida en su casa (salsas y antojitos), ventas en los mercaditos, rodantes o tianguis, ventas por catálogo y mesera.

estos espacios, la participación de las mujeres ha ido aumentando y se reconoce con certeza que esto va a perdurar. No obstante, el grupo de mujeres participantes fue socializado en un período en el cual prevalecía la división del trabajo tradicional, que generaba imaginarios sociales y expectativas particulares en torno a su papel en el trabajo doméstico y especialmente, alrededor del cuidado de los dependientes, y en ese sentido se presentó una trayectoria escolar discontinua, en seis de las nueve mujeres participantes, las razones son las siguientes:

- El motivo principal estuvo asociado a la reproducción de los roles tradicionales en donde se les ubicó a las mujeres como las responsables del cuidado familiar. La etapa en la que cada una abandonó su educación es variada; la primera lo hizo en la primaria, cuando sus padres decidieron que por ser la mayor tenía que trabajar y realizar labores domésticas y de cuidado para ayudar a su madre. La segunda al terminar la secundaria, cuando su padre enfermó, por lo que tuvo que trabajar para contribuir al ingreso familiar, mientras que sus hermanos continuaban estudiando. La tercera dejó trunca la universidad, el motivo estuvo asociado con la enfermedad y el cuidado de su padre. La cuarta, desertó de su educación profesional porque su padre la obligó a estudiar una carrera que no le gustaba, pero abandonó la licenciatura hasta que consiguió un empleo que le permitió emanciparse de su padre. Este último caso, aunque no está asociado al cuidado, se vincula a los roles tradicionales, en donde el padre como autoridad familiar decide por su hija.
- Otra de las razones fue la maternidad adolescente; en este caso dos de las mujeres participantes dejaron su vida escolar para dedicarse al cuidado de sus hijos; en ellas no existió la opción de continuar estudiando porque tuvieron que integrarse al mercado de trabajo.

La deserción escolar es una de las primeras transiciones que marcan el curso de vida de las mujeres, independientemente de que sean cuidadoras o no; porque las segrega al ámbito doméstico desde temprana edad. Además, es común que ésta se presente en contextos de pobreza, que ya por sí mismos colocan a las mujeres en una situación de vulnerabilidad económica y social. Aunado a lo anterior, se reconoce que la educación es un elemento que sumado a otros factores puede ayudar, al empoderamiento de las mujeres; igualmente, el ingreso y la permanencia en el ámbito educativo, permite el desarrollo de ingresos futuros, a través del empleo, por tanto, la trayectoria escolar parece tener relevancia en la vida de las participantes y sus recursos, mientras que la deserción es una transición que fragiliza su curso de vida.

A pesar de la deserción escolar que presentaron la mayoría de las mujeres, éstas sí participaron de manera activa en el mercado de trabajo; no obstante, algunas tuvieron trayectorias continuas y otras discontinuas; los motivos de éstas al igual que la escolaridad se vinculan con los roles tradicionales de género, específicamente a los de cuidado familiar; siendo este último la razón por la cual ellas interrumpen su trayectoria laboral, esto hasta el momento de la entrevista; así el cuidado familiar en algunos casos se volvió hacer presente en la vida de las mujeres participantes, pero ahora en otra etapa y para otras personas.

- En ese sentido, cinco de las nueve mujeres cuidadoras participantes dejaron de lado su vida laboral, de igual manera como lo hicieron con su educación, por la responsabilidad moral de atender a sus padres, hijos o nietos.
- Además, dos de las participantes con educación de licenciatura, que tenían un trabajo estable, renunciaron a él, las razones estuvieron asociadas, al matrimonio y al cuidado.

- En contraste, se analizaron dos casos de mujeres que cuando se llevó a cabo la entrevista eran laboralmente activas; ambas contaban con horarios de trabajo flexibles y con el apoyo de su madre, quien se encargaba del cuidado de la persona adulta mayor dependiente mientras ellas trabajaban.

Al analizar la trayectoria de vida escolar y laboral de las participantes se aprecia que, durante el curso de vida de la mayoría de las mujeres, se tomaron decisiones que fragilizaron estas dos trayectorias; pareciera que las mujeres participantes han asumido de forma continua que el cuidado es su responsabilidad. En ese orden de ideas, Lagarde (2012) explica que las personas en este caso las mujeres, son educadas desde la infancia para actuar de una manera específica, sin importar las circunstancias, por lo que, se aprenden y realizan las conductas de género que las mujeres reciben no sólo de su familia sino de la sociedad en general.

Además de lo anterior, se analizó el cuidado desde una perspectiva dimensional, en el curso de vida de las mujeres participantes ya existían condiciones familiares, económicas y sociales que las fueron colocando en una posición de vulnerabilidad en torno al cuidado, como:

- Ser la hija menor, cohabitar en la casa de la persona adulta mayor y trabajar de manera informal.
- Ser la única hija y cohabitar en la casa de la persona adulta mayor.
- Ser la hija soltera y cohabitar en la casa de la persona adulta mayor.

Como se mencionó en el apartado de análisis de los datos, la cohabitación es un elemento de apoyo económico que utilizan las familias para solventar entre sus miembros los problemas económicos, por lo que se aprecia que la situación económica de la mayoría de las mujeres cuidadoras, era precaria. Otra de las cosas que toma relevancia derivado de la cohabitación es que en su mayoría las mujeres mencionaron haber sido cuidadoras desde su infancia o adolescencia, en sus discursos ellas señalaron situaciones como las siguientes:

- Cuidaba a mis sobrinos porque como vivía en casa de mi madre, mis hermanas los llevaban para que los cuidara, cuando mi padre enfermó lo cuide y ahora cuido a mi madre.
- Desde pequeña cuidaba a mi primita, después con ayuda de mi madre a mi abuela y ahora a mi madre.
- Como hermana mayor empiezas cuidando a tus hermanos, después cuide a mi abuela y ahora a mis padres.
- Mi madre siempre cuido a mis hermanos pequeños, entonces mi padre me cuidaba a mí y yo a él, desde muy pequeña.
- Empecé cuidando a mi abuela, cuando ella muere me quedé a cargo del cuidado de mi abuelo.
- Cuide a mi padre que tuvo cáncer y después de su muerte a mi madre.
- Cuidaba a mis hermanos porque yo era la mayor, mi madre me pegaba si no lo hacía; hace 17 años mi padre enfermó y empecé a cuidarlo con ayuda de mi madre, hace algunos años mi madre también enfermó y ahora los cuido a los dos.

Con la información anterior, se observó que el cuidado en casi todos los casos ha estado presente en la vida de las mujeres, no sólo ahora que lo hacen de manera simultánea, y aunque los motivos son variados, no se trata únicamente de explicar si el cuidado es una decisión o no, sino de analizar la manera en la que esta responsabilidad ha fragilizado su vida escolar y laboral. Y las

repercusiones de salud, emocionales, económicas y familiares que estas decisiones traen consigo, porque las colocan en una situación de dependencia que se agudiza conforme avanza su edad. Esto hace que la división sexual del trabajo deje de ser una referencia que diste el trabajo de los hombres y las mujeres; hablar de ésta es enfatizar en las relaciones de poder y subordinación que vive la sociedad (Molyneux, 2005); en donde las personas mayores en este caso los padres, reafirmaron en las mujeres desde edades tempranas que ellas eran responsables del cuidado de los demás; es importante resaltar que esta situación se puede dar de manera consciente o inconsciente.

En ese sentido, se identificaron algunas de las participantes, quienes desde edades tempranas realizaban labores de cuidado hacia menores por indicación de sus padres, estos últimos eran una figura de autoridad, en su etapa de la infancia o adolescencia.

Así, estudiar las trayectorias de vida escolar y laboral permitió conocer aspectos relevantes en un contexto amplio de la vida de las mujeres participantes, porque al realizar el análisis se reconoció que estuvo presente la segregación al ámbito doméstico y al cuidado familiar; pero también, la satisfacción que el empleo daba a sus vidas, los objetivos laborales y las metas que se habían propuesto; y la manera en la que la escasez de políticas familiares en torno al cuidado contribuye a fragilizar sus trayectorias y por ende la vida de las que tienen hijos, porque se limita el acceso a otros recursos que pudieran beneficiar a la población infantil. Lo expuesto resultó importante para pensar en posibles estrategias que beneficien a este creciente grupo de mujeres.

Al dar respuesta a las primeras preguntas de investigación se pudo conocer la situación escolar, laboral e inclusive familiar de las mujeres cuidadoras participantes; pero el objetivo era profundizar sobre las condiciones familiares, económicas y sociales que las llevaron a ser cuidadoras de dos generaciones, por lo que con la intención de ampliar el análisis, se desarrolló la siguiente pregunta: ¿cuáles son las condiciones del curso de vida de las mujeres que las llevaron a ser cuidadoras de dos generaciones? porque como se mencionó anteriormente, es todo un contexto el que influye para que ellas lo sean.

En párrafos anteriores, se expuso la manera en la que las trayectorias del curso de vida de las mujeres se fragilizan o las colocan en ciertas situaciones de vulnerabilidad económica o familiar, que se han ido presentando a lo largo del curso de vida de las mujeres. Es importante recordar que cada persona y su familia representó una situación particular, por lo que de manera general se agrupan los resultados en tres circunstancias: la cohabitación previa con la persona adulta mayor; las condiciones de vida y empleo; y la decisión de cuidar.

La cohabitación previa a la dependencia con la persona adulta mayor se presentó por lo siguiente:

Razones económicas

Al retomar el análisis de las trayectorias de vida escolar y laboral de las mujeres participantes se pudo apreciar que el tipo de empleo que ellas tenían estaba relacionado con su nivel de escolaridad; es decir que, en su mayoría, aunque trabajaban en empresas con cierto tipo de prestaciones (seguridad social y vacaciones), su salario no era suficiente para que ellas pudieran independizarse de la casa familiar; esto en cinco de los nueve casos. Además, antes de que se presentara la dependencia estas mujeres podían trabajar en el ámbito extradoméstico porque sus madres les ayudaban con el cuidado de sus hijos. Sin embargo, cuando se presentó la demanda del cuidado para el adulto mayor, ellas se vuelven una opción para sus hermanos, quienes en la

mayoría de los casos les delegaron la responsabilidad, por ser ellas quienes ya vivían con la persona adulta mayor.

En otros dos de los casos, las mujeres no tuvieron opción porque además de la cohabitación no tenían hermanos o alguien con quien compartir el cuidado, aunque esta es una situación sociodemográfica derivada de las circunstancias, se deja ver que ellas no tenían un empleo bien remunerado que les permitiera solventar los gastos del cuidado. En el primer caso, la cuidadora fue hija única y madre adolescente, por lo que no tenía con quien compartir el cuidado ni de su madre ni de sus hijos, ni un empleo que le permitiera tener acceso a servicios de cuidado infantil o a contratar algún servicio de cuidado para su madre; en el segundo caso, la participante tenía como nivel de escolaridad la licenciatura, pero renunció a su empleo después de casarse, esta decisión marcó su trayectoria de vida, ya que al separarse de su pareja se quedó sin recursos y esto la llevó a cohabitar con sus abuelos, quienes con el paso de los años enferman y se vuelven dependientes y ella su cuidadora.

Condiciones de vida y empleo

El contexto personal y laboral de las mujeres toma relevancia cuando se presenta una situación de dependencia, porque la familia delega el cuidado a las mujeres que tienen tiempo disponible para realizar estas labores. Así fue el caso de otras dos de las mujeres participantes. El primero está vinculado con el tipo de empleo; en éste la participante hace una transición en su vida laboral que le permitió tener más tiempo libre para cuidar a su hija; cambiando su empleo gerencial por uno administrativo de medio turno; no obstante, cuando su padre se enfermó, fue ella la que tuvo mayor disponibilidad en cuanto al horario de trabajo en comparación con sus hermanos; sin embargo, la participante se siente relegada al cuidado familiar porque comparada con sus hermanos fue la única que no terminó sus estudios profesionales, esto la hizo sentir vulnerable, porque ellos tenían un mejor empleo y por ende mayores ingresos que les permitían solventar los gastos que emanaron del cuidado pero no cuidar de manera física.

El segundo caso se relaciona con las condiciones de vida de la participante, quien es la hija primogénita y que además permanece soltera, esta situación hizo que nunca abandonara la casa paterna. Igualmente, cuando se presentó la dependencia era la única que no tenía pareja y/o hijos que atender; ella, aunque trabajaba decidió renunciar para poder quedarse al cuidado de su madre. Esta ruptura laboral para dedicarse al cuidado es importante, porque no estuvo vinculada con la deserción escolar, ya que ella tenía una escolaridad a nivel licenciatura.

La decisión de cuidar

El cuidado también llegó a ser una decisión. Y en esta muestra se tuvo el caso de dos participantes, el principal motivo fue la compasión que ellas sintieron hacia la vulnerabilidad de la persona adulta mayor dependiente; a lo anterior, se le sumó en el primer caso, que la cuidadora era enfermera de profesión por lo que veía el cuidado como algo natural, además de contar con los conocimientos previos para realizar distintas labores, esto fue una ventaja sobre las otras cuidadoras. En el segundo caso, la mujer asumió el cuidado de su madre porque pensaba que es un ser humano y que no merecía estar desatendida, de igual manera, sabía que, si ella no realizaba esa labor, sus hermanos tampoco lo harían. Otro elemento que resaltó en este último caso fue el sentimiento de culpa, que, aunque la cuidadora no lo expresó como tal en su narrativa explicó que ella vivió toda la vida con su madre, pero, a partir de que ella se casó y se fue a vivir con su pareja, la persona adulta mayor se enfermó, por lo que, de alguna manera, esto la hizo sentirse responsable de su condición, llevándola a responsabilizarse de su cuidado.

Los elementos presentados en párrafos anteriores fueron por los cuales las mujeres tomaron la decisión del cuidado de la persona adulta mayor dependiente; en estos dos casos particulares la situación económica a pesar de ser precaria o de que ambas fueron madres en la adolescencia, estas condiciones a diferencia de las otras mujeres cuidadoras no tuvieron influencia en su decisión.

Sin embargo, falta hacer hincapié sobre el cuidado de los menores. Este cuidado en seis de las nueve mujeres participantes fue su responsabilidad, porque se encargaban de cuidar a sus hijos; no obstante, en los siguientes tres casos, en los que sobresalen dos abuelas cuidadoras y una tía cuidadora, las razones fueron las siguientes:

- Los motivos económicos son una de las razones. En el primer caso, la abuela cuidadora cohabitaba con su hija; y antes del nacimiento de la menor, ambas trabajaban; sin embargo, algunas familias todavía ven con reserva que el cuidado infantil se lleve a cabo fuera del ámbito familiar; por lo que decidieron que la abuela que tenía un salario inferior al percibido por la madre de la menor dejara de trabajar para cuidarla. El segundo caso es el de la tía cuidadora, aquí la madre de la menor se separa de su esposo y al no tener recursos suficientes regresa a la casa paterna; la madre de la menor ingresa al mercado de trabajo, y la tía que ya había dejado su trabajo para cuidar a su abuela y ahora a sus padres, también se responsabiliza del cuidado de la menor.
- Otra de las razones se asocia a las emociones. En este caso la abuela cuidadora, siempre se hizo cargo de su padre dependiente, sus hijos crecieron en la casa de sus abuelos y ella consideró que siempre los delegó por el cuidado de su padre. Esta situación hizo que cuando nació su primera nieta ella se sintiera en deuda con su hijo, por lo que inició con su cuidado, pero también con el cuidado del hijo de su nuera, éste de edad prescolar. A partir de este momento ella tuvo a su cuidado a cuatro personas dependientes.

De esta manera fue como a las mujeres se les presento el *turning point* (doble cuidado) tema central de la presente investigación, los motivos son claros porque en la mayoría de los casos existe un elemento de dependencia, ya sea económica o emocional con las personas a las que se está cuidando; porque, como se analizó la mayoría de las mujeres cohabitaban con la persona adulta mayor dependiente, esto derivado de su situación económica, pero también acceden al cuidado de los menores por un compromiso emocional, que ellas describen como una deuda pendiente con sus hijos (en el caso de las abuelas); por lo tanto, la dependencia llega a convertirse en un círculo en donde persisten relaciones de poder y subordinación; que afectan no solamente al cuidador y a la persona cuidada, sino a otros miembros que se van involucrando a lo largo de su vida.

Estas relaciones de poder se dan entre la persona que tiene el recurso económico (vivienda o pensión) y la que tiene el recurso físico y emocional para realizar el cuidado; de manera implícita se da un intercambio que permite satisfacer, las diversas necesidades familiares; en este contexto y conforme pasa el tiempo se van involucrando los hijos y la pareja de la mujer cuidadora; generando repercusiones que trastocan su estabilidad en cuanto a su salud física y emocional, además de sus relaciones económicas y familiares. Lo anterior, da la oportunidad de reconocer la necesidad de que las mujeres desde la infancia fortalezcan su trayectoria de vida a partir de las siguientes recomendaciones.

5.2 Repercusiones de salud, económicas, emocionales y familiares del doble cuidado y recomendaciones específicas ante las mismas.

El cuidado es una labor que requiere estar atento a las necesidades de alguien, por lo que, cuando las mujeres se convierten en cuidadoras de dos generaciones su vida se transforma y los efectos del cuidado empiezan a ser evidentes. Las repercusiones del cuidado son distintas, esto de acuerdo con la experiencia de cada una de las mujeres, sin embargo, el interés de conocerlas se centró al formular la pregunta de investigación: ¿cómo repercute el doble cuidado en la vida de las mujeres participantes? para responder esta pregunta, se tomaron en cuenta las dimensiones de repercusiones de salud, emocionales, económicas y familiares. Cada una de ellas con sus respectivas categorías, de las cuales emanaron los siguientes resultados:

Las mujeres cuidadoras en la dimensión de *repercusiones de salud* señalaron haber tenido diversos dolores físicos ocasionados por movilizar de manera inapropiada a la persona adulta mayor dependiente. Estos dolores con el tiempo llegan a volverse crónicos, y si no son atendidos de manera adecuada la persona que los padece puede perder movilidad o inclusive ver afectadas otras áreas de su cuerpo. Esto se podría solucionar mediante cursos de capacitación para las mujeres cuidadoras, a través de los centros de salud u hospitales públicos, en donde se brinden cursos sobre la forma correcta de mover, bañar o cambiar a una persona dependiente. Con lo anterior, no sólo se evitarían lesiones sino también se podría ayudar a empoderar a las personas encargadas de realizar estas labores, esto a través de aumentar su confianza sobre las tareas de cuidado, ya que algunas podrán sentirse más seguras y capaces al realizarlo.

No obstante, el estrés fue la principal enfermedad que las mujeres cuidadoras padecieron; ésta tiene la particularidad de que se manifiesta en alguna parte del cuerpo, a través de: dolores dorsales, pérdida de la visión, alteraciones en el sueño, alopecia, mareos y ansiedad. Todas estas enfermedades son perjudiciales para la vida de las mujeres y sus familias; ya que, ellas se convirtieron en el pilar principal de la familia al brindar atención y cuidado a los dos grupos vulnerables que la componen.

Además, el estrés crónico afecta a largo plazo la salud de estas mujeres, por lo que se vuelve necesario que ellas cuenten con servicio médico y apoyo oportuno en el cuidado familiar, con el objetivo de que puedan liberar la carga de trabajo físico, antes de empezar a padecer las diversas consecuencias. Por lo que, se vuelve relevante que aumente el número de guarderías geriátricas o los cuidados a domicilio, subsidiados por parte del Estado. Otro de los apoyos importantes es el que ofrecen los grupos de ayuda para cuidadores, en los cuales las personas comparten su experiencia en torno al cuidado; a la vez que reciben orientación médica sobre alguna situación determinada. Aunque la asistencia a estos grupos depende del apoyo que ellas tengan de un cuidador secundario.

Lo anterior, porque dos de las mujeres participantes presentaron una sobrecarga que aunada a otros elementos derivó en una depresión; las consecuencias de la misma dependen de su nivel, pero pueden ocasionar problemas de conducta severos para la cuidadora y las personas a las que está cuidando, entre los que destacan las conductas agresivas, como gritos o malos tratos hacia los menores y la persona adulta mayore dependiente, pero también desesperación y culpa para la cuidadora, estas emociones aunado al estrés y otros elementos, las ha hecho pensar en el suicido. Por lo que, atender las necesidades de las cuidadoras y sus familias debe de convertirse en una prioridad para el Estado porque los efectos de la estabilidad o inestabilidad de la cuidadora son expansivos, y repercuten en mayor medida en la población infantil.

La depresión a causa del doble cuidado estuvo vinculada al tipo de enfermedad; ya que, las dos participantes que la presentaron fueron cuidadoras de personas diagnosticadas con Alzheimer; conjuntamente, sobresalen los sentimientos de culpa, de pérdida de la libertad; de soledad y el miedo a no poder más con el cuidado, esto derivado del cansancio y la desesperación. En estos casos se considera que es importante la función que desarrolla el personal de salud que revisa de manera periódica a las personas adultas mayores porque si existiera un protocolo de detección para la sobrecarga del cuidador, se podría solicitar la ayuda externa de un psicólogo o del trabajador social, para evaluar la situación familiar y determinar algunas medidas preventivas, de asistencia social o mecanismos de apoyo.

Los resultados de la dimensión de *repercusiones emocionales* revelaron que la sensibilidad que viven las mujeres participantes es otro elemento que las vuelve vulnerables; ésta se refleja en dos sentidos. En el primero, las emociones de las participantes se relacionan con la obligación moral de cuidar sobre todo a la persona adulta mayor dependiente; esta obligación moral las lleva a sentirse responsables y a realizar todas las tareas de trabajo doméstico y de cuidado, ellas expresaron sentir agradecimiento por las personas adultas mayores y una manera de corresponderles era a través del cuidado; y en segundo, esta responsabilidad hace que se sientan sobrecargadas y sin apoyo; por lo que, ellas empiezan a sentirse molestas por el cuidado que realizan y a sentir otras emociones que en lugar de permitirles estar tranquilas les ocasionan enojo, llanto o tristeza.

El cuidado al ser una tarea que preserva la vida, en la mayoría de los casos se convierte en un compromiso humanitario, fundado en el amor y la reciprocidad. Esta característica hizo que la principal categoría que se derivó de esta dimensión fuera la emoción del *agradecimiento*. En ese sentido, las mujeres cuidadoras participantes expresaron sentir esa obligación filial; porque para ellas fue importante devolver a sus padres o abuelos lo que ellos les dieron cuando eran pequeñas; resaltando frases como: “si ella no me hubiera cuidado”, “siempre estuvimos juntas”, “siempre me dieron todo”, “me dio la vida”, por mencionar algunas.

Se puede pensar que los discursos de las cuidadoras han sido interiorizados desde el ámbito familiar, en donde los padres inculcan a los hijos estos valores o incluso los abuelos a los padres, y así sucesivamente. Los lazos intergeneracionales resultan ser algo bueno para las familias y la sociedad; lo que llama la atención es ¿por qué sólo una persona del ámbito familiar asume la responsabilidad? o ¿por qué, sí fueron varios hijos educados en esta cultura sólo uno terminó como cuidador principal? Y, es aquí donde se puede resaltar la influencia que tuvo el curso de vida de las mujeres cuidadoras al compararlo con el de sus hermanos, ya que, ellas a diferencia de los mismos, eran las que cohabitaban con la persona adulta mayor dependiente, antes de la enfermedad; derivado de que no tenían los recursos económicos por el tipo de empleo y el nivel de escolaridad de la mayoría.

También es importante resaltar la manera en la que los menores se han ido involucrando con el cuidado del adulto mayor dependiente; en ese sentido, emanan varias vertientes. La primera podría considerar cómo algunos menores en edad de dos o cinco años pueden estar al pendiente de acercar un andador o de traer un vaso de agua; estas actividades podrían parecer simples, pero tienen al menor alerta a las necesidades de la persona dependiente. La segunda, resalta esa relación de servicio hacia los demás, en donde los niños más grandes ayudan a su madre con el cuidado de su abuela y aprenden sobre determinada enfermedad y el trato que hay que darle a la persona que la padece; no obstante, se contrapone la idea de que en la infancia no deberían de existir niños preocupados por problemas que no les corresponden.

Las premisas anteriores podrían generar cierta polémica; sin embargo, la intención del trabajo de campo fue reconocer las repercusiones del cuidado en la vida de las mujeres, para realizar propuestas a sus demandas y a las de las personas vinculadas a ellas. Porque se puede resaltar el valor de la solidaridad intergeneracional; además del vínculo entre la cuidadora y los menores que tratan de apoyarla en la medida de sus posibilidades. O puede verse, como un apoyo impuesto sutilmente para los niños por parte de la cuidadora o inclusive como una respuesta familiar al aumento de la demanda de cuidado y atención.

No obstante, las redes de apoyo están presentes y de acuerdo con los resultados en la mayoría de los casos inician desde la infancia. Además, es importante resaltar que los menores de entre 12 y 15 años, probablemente por la etapa de la adolescencia que viven, son los que menos lazos de solidaridad tienen con la cuidadora y la persona adulta mayor dependiente; pero el apoyo por parte de los hijos vuelve al pasar esta etapa, de esta manera lo expresaron las mujeres que tienen hijos mayores de quince años, a quienes consideraron como un recurso de apoyo.

La siguiente categoría fue la emoción del *miedo*. Las mujeres cuidadoras sintieron miedo al futuro; a no saber que vendrá para la persona adulta mayor dependiente, ni para su familia con respecto a sus necesidades de cuidado; también dijeron sentirlo cuando pensaban en sus necesidades, en qué va a pasar si en unos años padezco lo mismo que mis padres o abuelos; o qué será de mí cuando él o ella ya no esté, lo anterior, porque ellas dedicaron muchos años de su vida a cuidar. De la misma manera, pensaban en que sería de sus hijos en caso de que ellas, las cuidadoras principales de los mismos llegaran a faltar. El ser humano de manera general experimenta ciertos miedos; sin embargo, lo importante es el reconocimiento de la experiencia, porque el poder identificarlos permite la opción de resolverlo.

La emoción de la *soledad* también se hizo presente en las categorías de análisis, porque, aunque la mayor parte del tiempo las mujeres se encuentran acompañadas de ambas generaciones, ellas no tienen espacios de recreación o esparcimiento; por lo que su vida dentro del hogar familiar gira alrededor del cuidado y todo lo que se despliega de él. Por lo anterior, las mujeres participantes expresaron sentirse solas emocionalmente, porque la mayoría esperaba contar con el apoyo de sus hermanos a quienes también consideran como responsables del cuidado de la persona adulta mayor dependiente. En cuanto al cuidado de los menores, las mujeres que no tenían una pareja manifestaron haber sentido soledad; en primera instancia, por no tener con quién compartir el cuidado de sus hijos, y en segunda por no tener un hombro en el cual apoyarse.

Durante el trabajo empírico y en la asistencia que se tuvo a los grupos de autoayuda para cuidadores, los médicos que los dirigían expresaron que las enfermedades vinculadas a la dependencia afectan las relaciones familiares; porque previo a la enfermedad, las familias se reúnen alrededor de las personas adultas mayores, realizan festejos, entre otras cosas; pero cuando llega la dependencia de éstos, todo cambia; los hijos, hermanos u otros familiares, simplemente se van alejando tanto de la persona dependiente como de la cuidadora. Por lo que la soledad en estos casos se relacionó con la añoranza. Además, ellas manifestaron que una de sus necesidades era la de tener con quien hablar al menos, para hacer ameno el día a día.

La *culpa* fue la siguiente categoría que se analizó; en ésta llamó la atención, la manera en la que las cuidadoras llegaron a sentir desesperación; las razones de ésta fueron diversas; no obstante, cuando se sintieron sobresaltadas reaccionaron de manera inadecuada, repercutiendo en la

generación posterior; esta situación las hizo sentir culpables porque reconocen que en los menores no tiene que caer el peso del cuidado o de su falta de control emocional.

En la mayoría de los casos, la culpa que sintieron las mujeres provino de lo que hicieron, como se expresó en el párrafo anterior, o de lo que dejaron de hacer para la generación posterior. En este último caso, las mujeres que expresaron haber sentido culpa fue porque no pudieron realizar ciertas actividades con sus hijos, esto en algunos casos de forma temporal porque las cuidadoras llevaban poco más de un año realizando esta tarea, o permanente ya que algunas cuidadoras habían pasado más de 10 años cuidando. Las mujeres que realizaron cuidado por más tiempo, como se expresó en el apartado de análisis de los datos, reconocieron que dejaron de lado su vida personal y familiar, por atender y cuidar a las personas dependientes, abandonando de alguna manera las necesidades de sus hijos y pareja.

La culpa que experimentaron las mujeres cuidadoras hizo que ellas en alguna etapa realizaran acciones que les permitieran subsanar esa emoción. Derivado de lo anterior, las mujeres cuidadoras que son abuelas deciden cuidar a sus nietos porque sienten que es una manera de compensar lo que no hicieron por sus hijos. Así esta emoción hace que continúen al menos en estos casos sobrecargadas. Sin embargo, ellas dijeron sentirse contentas de poder realizar esta tarea no para sus nietos sino para sus hijos; porque, para ellas es una manera de saldar una deuda pendiente, que las colocó en una posición de vulnerabilidad a las necesidades no solo de la persona adulta mayor dependiente, sino también a las de sus hijos y nietos.

Otra de las categorías en la dimensión de las repercusiones emocionales, fue la emoción de la *desesperación;* ésta ocurrió cuando alguna de las mujeres participantes perdió la paciencia, esto a causa de varias razones asociadas a las circunstancias en las cuales se presentó el doble cuidado. En ese orden de ideas, sobresalió que ésta se dio de manera espontánea como un sentimiento cuando las mujeres se sintieron inconformes con la vida que estaban llevando, al no poder tomar decisiones de manera individual como salir, recibir visitas o realizar actividades básicas como dormir.

De igual forma, la desesperación provocó que las mujeres quisieran abandonar el trabajo de cuidados, derivado del cansancio, la soledad y el estrés; lo anterior permitió analizar cómo las emociones se conjugan y no se presentan de manera aislada. Asimismo, conocer la manera en la que la reciprocidad ha prevalecido durante su trayectoria de vida, refuerza la cuestión ética y la responsabilidad moral, impulsa y frena las acciones de las personas; ya que, al momento que ellas quieren dejar todo e irse, reflexionan y viene a ellas la emoción del agradecimiento y el compromiso familiar que las tranquiliza y da opciones para continuar.

Las participantes también sintieron la emoción del *enojo,* esta molestia se derivó de estar realizando el cuidado prolongado; además de otras razones, que se explican a continuación. El cuidado es un derecho para todos independientemente de la edad, pero de la misma manera es una responsabilidad; por lo que, las personas deben de considerar cuidar su salud, de las diversas formas posibles (alimentación, ejercicio, medicina preventiva, entre otras); Así lo mencionó una de las cuidadoras principales cuando explicó por qué se sentía enojada; ella manifestó que su padre nunca se preocupó por cuidarse (era alcohólico y fumaba), ni por buscar generar lazos de afecto entre sus hijos; entonces no lograba entender por qué tenía que solventar de manera física su irresponsabilidad, y aunque lo cuidaba, se sentía enojada por hacerlo; pero resultó relevante que a pesar de este discurso, ella asumía el cuidado de la persona adulta mayor dependiente.

Porque, como se mencionó anteriormente, la mujer cuidadora sentía la responsabilidad ética y moral del cuidado hacia su padre.

En ese mismo sentido, las mujeres cuidadoras sintieron enojo hacia la persona adulta mayor dependiente porque consideran que ellos en la medida de sus posibilidades podrían cooperar para que el cuidado fuera más sencillo; no obstante, derivado de las diversas enfermedades en muchos de los casos, no pueden hacerlo y aunque la cuidadora lo sabe, esto le causa cierta molestia.

La experiencia del cuidado como se ha observado llevó a las mujeres al límite de sus emociones, pasando del agradecimiento al enojo, y ahora a la categoría de la emoción de la *tristeza,* aunque ésta se relaciona con la depresión como se mencionó en párrafos anteriores, sólo dos mujeres la padecieron. Sin embargo, las otras no dejaron de sentirla, aunque en menor medida. Las participantes la experimentaron en primera instancia, cuando les dieron el diagnóstico sobre la enfermedad de sus padres o abuelos o cuando reconocen que su vida y la de su familiar está a punto de cambiar en muchos aspectos; y en segunda, cuando reflexionan sobre todo lo que hicieron o dejaron de hacer por cuidar a sus padres o abuelos; de igual manera, ellas se sienten tristes cuando perciben que su vida se les ha ido, y que no han hechos suficientes cosas para ellas y sus hijos, las mujeres sienten que el tiempo que le dedicaron a la persona adulta mayor dependiente, era tiempo que le correspondía a sus hijos.

En esta última entra una desvalorización personal y también sobre la acción del cuidado, que, aunque podría ser entendible, no es justa, porque las mujeres durante muchos años se dedicaron a preservar el bienestar de alguien que no podía hacerlo por sí sólo; por lo tanto, el cuidado es una actividad valiosa pero no reconocida ni por la cuidadora, ni por la familia, ni por el Estado.

Es inevitable que las personas no experimenten emociones, lo que hay que analizar son las acciones que en algunos casos emanan a través de éstas, como las palabras que hieren, los gritos o inclusive el maltrato físico. Sobre todo, porque en mayor medida estas alteraciones en la conducta de la cuidadora recaen en los menores de quince años. En esta línea, algunos niños, adolescentes o jóvenes crecieron acompañados de sus abuelos dependientes y de una madre cuidadora sobrecargada. Derivado de lo anterior, las mujeres cuidadoras con niños en edad escolar expresaron la importancia de la institución educativa, no como un medio de enseñanza sino como una opción que les permitió disminuir el estrés que a la persona adulta mayor le generaba el ruido de los niños; por lo que percibían el tiempo que los niños pasaban en la escuela como un recurso alterno de cuidado.

La siguiente dimensión que se presentó fue la de *repercusiones económicas,* en donde se presentaron las categorías de gastos, pérdidas e ingresos, todos relacionados con el cuidado de las generaciones dependientes. En la categoría de *gastos* se analizaron todas las compras que se realizan para la subsistencia, alimentación, artículos de higiene personal, vestido o pago de servicios, por mencionar algunos; a los cuales se les sumó el costo de algún medicamento para la persona adulta mayor dependiente. De esta manera, algunas participantes expresaron lo costoso que es el servicio médico particular, las consultas, medicinas y artículos especiales (zapatos especiales, silla de ruedas, andador) que llegó a necesitar la persona adulta mayor dependiente; además, las participantes cuyo familiar atendido sí contaba con servicio médico expresaron que tuvieron que realizar la compra de los medicamentos porque en las instituciones de salud pública no había, y esto les generaba eventualmente gastos que no tenían contemplados.

Una característica que emana del cuidado de las personas dependientes es que la cuidadora siempre tiene que estar atenta a las necesidades de estos grupos; por lo que, es común que si no cuentan con una red de apoyo con quien compartir el cuidado, o los recursos económicos para contratar algún servicio, ellas no puedan compaginar el cuidado con alguna actividad laboral; por lo que, de manera general en México y otros países de Latinoamérica, las cuidadoras tienden a abandonar el empleo, al no poder compaginarlo con el cuidado de las generaciones dependientes. Esta situación les ocasionó una pérdida del ingreso, la cual las llevó a depender de alguien más, esto generó un círculo de dependencia entre ellas, la persona dependiente y algún otro familiar.

En la categoría de *pérdida del ingreso* se observó que siete de las nueve mujeres renunciaron a su empleo; no obstante, algunas de ellas expresaron realizar actividades informales (ventas por catálogo o en mercaditos), así como venta de comida para obtener ingresos; esto les permitió generar recursos de manera temporal. Sin embargo, las necesidades de las mujeres y sus familias tenían que ser cubiertas a través de otros ingresos; en ese orden de ideas surgió la categoría de *ingresos,* en ésta se notificó que las mujeres participantes podían comprar alimentos, o realizar pagos de servicios, porque tenían la pensión de la persona adulta mayor, o el dinero que provenía de la renta de una casa, o del apoyo económico de alguno de sus hermanos.

Esta situación resultó relevante porque dio cuenta de la dependencia en la que viven las mujeres porque en su mayoría (ocho de nueve) cohabita con la persona dependiente; en este sentido, dos de las abuelas cuidadoras expresaron que ellas contaban con una vivienda, pero en ésta viven sus hijos y la pareja de éstos; entonces, aunque tienen un espacio propio, éste está ocupado. Además, cinco de las nueve participantes, utilizaron la pensión de la persona adulta mayor para solventar los gastos familiares, así como también apoyos que provenían de otros familiares, como el de los tíos o de los padres (en el caso de las que cuidan a sus abuelos).

El párrafo anterior enfatiza sobre la forma en que la dependencia en algunos casos es cíclica, el adulto mayor depende físicamente de las mujeres y ellas económicamente de él. Esta categoría se volvió relevante, ya que las mujeres cuidadoras describieron sentir que la dependencia económica que tienen con el adulto mayor las subordina a sus necesidades; asimismo en algunos de los casos, se reveló que mediante esta dependencia económica se reflejaban conductas de control por parte del adulto mayor hacia la cuidadora.

Las premisas anteriores, permitieron reflexionar sobre lo que sucederá cuando la persona adulta mayor ya no esté. Por un lado, la casa en la que habitan ellas y sus hijos es familiar, por lo que es probable inicien las disputas entre sus hermanos por la propiedad; y por el otro, ellas tendrán que buscar la forma de generar recursos propios, tal vez a una edad más avanzada, con poca experiencia laboral o inclusive con la presencia de alguna enfermedad. Todos estos elementos hacen que se retome la importancia de generar mecanismos de apoyo para este grupo de mujeres y sus familias, porque siguen segregadas a una dependencia patrimonial y económica que las coloca que en una posición de vulnerabilidad.

Ahora bien, se volvió relevante que algunas mujeres no contaban con el apoyo económico del padre de los menores de quince años, por lo que ellas tenían que solventar solas los gastos y el cuidado de los niños. Esta situación también es preocupante porque, aunque legalmente existen las demandas de pensión alimenticia que protegen al menor y aseguran que el padre cumpla con su responsabilidad; todavía existen formas para evitarlas. Esto es algo de lo que les ha sucedido a las participantes, ya que algunos de los padres de los menores cambian de trabajo de manera

continua para evitar el cobro. Con esto se aprecia que después de las mujeres la población infantil es una de las más desprotegidas.

A lo largo de este análisis final se observó la manera en la que las mujeres iniciaron su curso de vida escolar y laboral y de alguna forma el contexto familiar y cultural que las caracteriza; hasta abordar los motivos que las llevaron a ser cuidadoras de dos generaciones y a partir de ahí las repercusiones que el mismo cuidado ocasionó en su estado de salud, en sus emociones y en su economía; no obstante, las personas no son sujetos aislados y ni sus relaciones son del todo armoniosas, por lo que fue importante el análisis de la dimensión de *repercusiones familiares* en la cual se analizaron las categorías de relaciones con los hermanos, con la persona adulta mayor y con la pareja; esta dimensión se enlaza con la última pregunta de investigación: ¿cuál es la importancia de las redes de apoyo en la vida de las mujeres cuidadoras? que buscó dar respuesta a la relevancia que tienen las familias y las redes de apoyo en la vida de las mujeres.

Las consecuencias familiares que se dan alrededor del cuidado resultaron ser variadas, una de las principales características de la muestra es la diversidad familiar que existe en ella, la cual refleja la realidad social. De manera general, se aprecia que las mujeres en su mayoría tienen una actitud conciliadora sobre todo con sus hermanos, ya que, ellas buscaron que éstos se incorporaran al cuidado de la persona adulta mayor, sin generar conflictos. No obstante, las relaciones entre éstos y otros miembros del hogar son ambivalentes.

En la categoría de *relación con los hermanos* se encontró que está presente un cuidador secundario que ayuda de manera ocasional a la cuidadora principal, el tipo de apoyo que brinda es diverso, pero en la mayor parte del tiempo es físico; por el contrario, otras mujeres participantes reportaron que sus hermanos les daban apoyo económico y emocional, pero reconocían que, aunque era un aliciente ellas lo que necesitaban era ayuda física que les permitiera dormir o realizar otro tipo de actividades; esto en algunos casos les generaba molestia. Igualmente, este disgusto llegó a ocasionar que ellas les pidieran ayuda derivado de la sobrecarga, sin obtener ningún beneficio, esto también hizo que se sintieran menospreciadas, ya que ninguno de ellos era capaz de escuchar sus necesidades. La manera en que lo resolvieron fue variada, algunos se disgustaron y dejaron de visitar a la persona adulta mayor, mientras que otros sólo esperaron a que a la cuidadora se le pasara un poco el enojo.

Con lo anterior, se observó que la red de apoyo familiar por parte de los hermanos no es sólida, porque, a pesar de que en algunos casos están organizados para cuidar uno o dos días a la persona adulta mayor dependiente; los hermanos lo ven como algo que tienen que cumplir solamente por determinadas horas, previamente establecidas; esto hacía que tuvieran una red de apoyo inflexible. No todos los casos fueron así, en la muestra también estuvo una cuidadora con una red de apoyo sólida, porque, aunque ella era la cuidadora principal sus hermanas le ayudaban con el cuidado de su hija para que ella pudiera trabajar, y su madre, aunque también estaba enferma pero no era dependiente, se encargaba del cuidado de su abuela. Esta situación permitió que la cuidadora no enfrentará este tipo de rupturas o pérdidas por la responsabilidad del cuidado.

En otro orden de ideas, algo recurrente que se presentó en esta categoría fue que las mujeres expresaron estar conscientes de que el cuidado no sólo era su responsabilidad, y de que sus hermanos convenientemente buscaban evadirla. Asimismo, algunos de los tipos de rupturas o pérdidas enfrentados fueron: los conflictos severos con sus hermanos; algunos dejaron de

hablarse e inclusive otros llegaron a conflictos legales, que hasta el día de la entrevista no habían sido resueltos.

Como se mencionó en párrafos anteriores, la dependencia económica con la persona adulta mayor aunada a la dependencia funcional que éste presentó ocasionó diversos tipos de relaciones entre los involucrados, algunas conflictivas y otras tranquilas. Por lo que en la categoría de *relación con el adulto mayor* se reconoció que el proceso que enfrentan las personas adultas mayores al estar perdiendo salud y funcionalidad, les generó cambios bruscos de carácter, derivado de su vulnerabilidad y dependencia y de la molestia que les produce estar demandando cuidados, lo anterior, sumado a otros elementos personales, hizo que algunos desarrollaran un carácter difícil de manejar, esto de acuerdo con los resultados de la investigación; en la cual las mujeres expresaron que éstos tratan de hacer siempre su voluntad, que no aceptan ciertas cosas que se les ofrece, que siempre están incómodos y demandan atención muchas veces sin necesitarla, esto de acuerdo con la subjetividad de las mujeres entrevistadas. Las situaciones descritas dejan entrever un incremento en las tensiones y conflictos presentes en la dinámica familiar, los cuales tornan complejas las relaciones familiares, especialmente aquellas entre cuidadoras y atendidos.

Otra de las situaciones en torno a la relación con la persona adulta mayor dependiente fue que algunas mujeres expresaron haber tenido una mala relación con sus padres antes del cuidado e incluso desde la infancia, algunas de ellas expresaron que antes de ser cuidadoras, sus padres dejaban de lado sus necesidades para satisfacer las de sus hermanos o inclusive las de otros parientes; por lo que, ellas se sentían rechazadas, a pesar de lo anterior, al momento en el que se presentó la dependencia de los mismos, las mujeres participantes, tomaron la decisión de cuidarlos; por lo anterior, se podría pensar que esta diferencia de trato familiar, pudo ocasionar las relaciones de conflicto por parte del adulto mayor hacia la mujer cuidadora, o por el deseo de los mismos de que alguien más los cuidara.

Las parejas fueron otras de las personas involucradas en la vida de las mujeres cuidadoras, quienes en algunas ocasiones resultaron ser una fuente de apoyo y solidaridad, pero en otras un generador de estrés, derivado de que de alguna manera también reciben cuidados por parte de las mujeres participantes, esto a través del trabajo doméstico. Por lo anterior, se consideró importante conocer la categoría de *relación con la pareja*. En ésta se observó que la pareja es la principal red de apoyo para las mujeres cuidadoras, independientemente de si conservan una relación marital o no; lo anterior, porque, dos de las mujeres cuidadoras que llevaban más tiempo cuidando expresaron que su pareja se convirtió en un apoyo, que su relación es solidaria pero no conyugal, esta situación se dio a través de un acuerdo que la pareja realizó.

Estos acuerdos con la pareja representaron para las mujeres cuidadoras otro compromiso; porque son mujeres que tienen arraigada la responsabilidad moral y ética de procurar el bienestar de los demás, por lo que, en un futuro ellas podrían sentirse comprometidas a cuidar a su pareja por el apoyo que actualmente reciben; colocándola de manera sutil en un círculo de cuidado hacia los demás.

Igualmente, se presentaron los apoyos de vida en pareja con relaciones de noviazgo y maritales, en las cuales las mujeres expresaron sentirse apoyadas por las mismas; aunque esta ayuda sólo fuera emocional. No obstante, se evidenció el incremento de tensiones y conflictos surgidos a partir de la sobrecarga enfrentada, que las llevó a perder la paciencia y a discutir de manera recurrente con sus parejas. Y, por último, estuvo el caso de una mujer cuidadora que no tenía

pareja y que mencionó en varias ocasiones su deseo de poder tener con quien compartir su experiencia, ella consideró que eso le ayudaría a no sentirse sola o triste. Lo anterior, dejó ver la importancia de la red emocional en la vida de las mujeres cuidadoras, en especial de la pareja, quien representa estabilidad, seguridad y confianza para las mujeres cuidadoras.

A pesar de lo anterior, en la investigación se resaltó la manera en la que las mujeres expresaron que, en su vida la prioridad era el cuidado de sus padres, esto sobre su pareja e hijos. Ellas describieron frases como hombres hay muchos y padres solo unos, o que primero fueron hijas antes de ser esposas; en estas frases se observa que priorizan las necesidades de cuidado sobre sus propias relaciones de pareja y otros aspectos de su vida; resaltando su responsabilidad moral hacia sus progenitores. Además, aunque la vida no se trata de decidir a quién cuidar o no, la determinación que ellas expresaron resultó relevante y concuerda con lo que señalan algunos autores sobre la identidad de las mujeres, la cual está enraizada en ser alguien para los demás. De tener un significado en la vida de los demás o incluso darle un significado a su propia vida.

5.3 Áreas de interés para la política pública

México es un país en el cual impera la desigualdad, por lo que a pesar de las diversas estrategias que el Estado ha implementado a través de las leyes y políticas públicas, las necesidades de los grupos vulnerables no han podido ser solventadas, y para infortunio de éstos continúan en aumento. Se reconoce que durante varias décadas se ha trabajado a favor de la familia, de los derechos de los niños, mujeres y personas adultas mayores. No obstante, en la actualidad no existe una política social que los vincule, ya que, estas acciones se han realizado pensando de manera individual y no colectiva.

Por lo tanto, la política social busca atenderlas, sin embargo, el tema es complejo y lleva implícitas cuestiones económicas, familiares, políticas, y culturales, siendo este último elemento el más difícil de permear. Porque el cuidado es una necesidad creciente, arraigada en la institución familiar y asumida por las mujeres, quienes, aunque conocen sus consecuencias todavía no logran romper con los estereotipos de género tradicionales, así trabajar en pro de la equidad sería el primer paso para el camino la igualdad.

En ese sentido, se puede decir de manera puntual que, de acuerdo con los resultados obtenidos, los aspectos relevantes del curso de vida de las mujeres y los cuales se deben abordar son los siguientes:

- Las mujeres desde temprana edad fueron socializadas para realizar diversas labores de cuidado.
- En las familias de las participantes predominó una rígida distribución de tareas en función del género, que fue llevando a las participantes y a su familia, a verlas como las únicas responsables del cuidado de las personas dependientes. Por lo que el trabajo de las mujeres en el sector productivo pasó a un segundo plano y por lo general, fue una de las pérdidas que enfrentaron las mujeres en su trayectoria de vida laboral.
- A pesar de que hubo familias que fomentaron la educación de las hijas, ellas al igual que las de menor escolaridad, abandonaron el mercado de trabajo por situaciones relacionadas con la división sexual del trabajo (matrimonio y cuidado).
- La principal repercusión en el área de salud que padecen las mujeres es el estrés el cual generó en ellas otras enfermedades.
- En la dimensión de repercusiones emocionales, se encontró que las emociones que experimentaron las mujeres participantes fueron complejas y ambivalentes; porque, por

un lado, estuvo presente la responsabilidad moral de cuidar que las llevó a sentir agradecimiento; mientras que, por otro lado, la sobrecarga del doble cuidado les generó emociones que llevaron a ciertas mujeres a perder el control de la situación, como la culpa, el enojo y en algunos casos el miedo.

- En cuanto a la de repercusiones económicas resultó relevante la dependencia económica y funcional, entre el cuidador y la persona cuidada.
- En las repercusiones familiares fueron evidentes los conflictos con los hermanos y el antecedente de una mala relación entre la cuidadora y la persona adulta mayor dependiente; así como también, que la principal red de apoyo para las mujeres cuidadoras es su pareja e hijos.
- Otro de los aspectos que se visibilizaron fue que a pesar de que las mujeres hablan de la importancia de la maternidad y del amor que sienten por sus hijos; se percibe que en su mayoría las repercusiones que se vinculan al malestar de la labor recaen en ellos. Ellas mencionaban que dejaban de hacer actividades con sus hijos por el tiempo que dedicaban al cuidado; así como de comprarles ciertas cosas, porque había que adquirir las de la persona adulta mayor, y en otros casos que emitían gritos o regaños hacia los menores porque ellos entendían mejor que la persona dependiente.

El cuidado realizado para dos generaciones garantiza la supervivencia de las personas adultas mayores dependientes, pero fragiliza en la mayoría de los casos, la vida de los niños que crecen a su alrededor; el aumento de la esperanza de vida ha propiciado que en muchas familias habiten más de tres generaciones, esta situación es algo que nutre a todos los integrantes, porque se dan entre ellos diversas formas de solidaridad intergeneracional. No obstante, cuando las personas presentan enfermedades que los vuelven dependientes la situación es distinta, porque la enfermedad aunada a la dependencia y las implicaciones de la misma va generando en el mediano y largo plazo rupturas familiares, las cuales se propician porque solo una o dos personas, asumen la responsabilidad del cuidado de la persona adulta mayor dependiente.

En ese sentido, se recomienda una acción conjunta entre el Estado y el ciudadano donde el primero realice su función de promover y preservar la seguridad social de las personas; mientras que el segundo, tome conciencia sobre el autocuidado; por lo que, se considera necesario iniciar un proceso de promoción del mismo en todos los niveles, porque de inicio las familias son más pequeñas y hay menos personas con quien compartir el cuidado, y en segundo, porque hay que dimensionar el costo social y familiar que implica el ser dependiente. Reconociendo que hay dependencias que no se pueden evitar, como las que emanan de un accidente o de enfermedades ineludibles. Sin embargo, cuando las personas durante su curso de vida han cuidado ese aspecto, el cuerpo reacciona de manera favorable a los síntomas de la enfermedad, por lo que se puede prolongar el tiempo de vida saludable.

Una vez que la dependencia ya está presente en la vida de las mujeres y sus familias, se considera necesaria la capacitación por parte de las instituciones de salud para las cuidadoras; así como el chequeo constante de su salud física y emocional. A la vez que se busca la manera de que participen otros miembros del hogar en el cuidado.

Igualmente, es necesario aumentar el número de guarderías y estancias para los adultos mayores; además de facilitar el acceso a las mismas; porque la mayoría de las mujeres no tienen recursos suficientes para mover a las personas adultas mayores dependientes. Estas guarderías deberían de contar con el personal capacitado para atender también las demencias, porque en la actualidad los adultos mayores que las padecen no son admitidos; aunque esto podría ser entendible, por el

tipo de cuidado que éstas requieren, pero son las cuidadoras de estos enfermos las que padecen un mayor número de afectaciones.

Con el funcionamiento de un mayor número de guarderías o estancias geriátricas, las cuidadoras podrían retomar una parte de su vida, para realizar diversas actividades, entre ellas junto con su pareja, el cuidado de sus hijos o de los menores de quince años a su cargo; porque esta población está creciendo y merece hacerlo de manera armónica, por lo que cuando los hacedores de la política social en materia de cuidado, analicen las políticas sociales de atención a las mujeres cuidadoras, deberían de tener en cuenta las necesidades de la población infantil, no solo las básicas (alimentación, vestido, higiene) sino también, las relacionadas con los vínculos afectivos como el amor, la seguridad y el crecer en un ambiente tranquilo que le dé la oportunidad de desarrollar todas sus habilidades.

Se reconoce que quedan muchas cosas pendientes en materia de estudio sobre el curso de vida de las mujeres cuidadoras y los cambios en la vida de las mismas. Algunos de los temas que se considera que se deberían explorar en futuras investigaciones aplicando la metodología cualitativa son:

- La sobrecarga del cuidado que viven las mujeres, ya que la mayoría de estos estudios la analizan a través de la metodología cuantitativa y sólo a cuidadoras de una generación, por lo que se piensa que su exploración sería relevante.
- Otro de los temas está enfocado a la disminución de la maternidad; esto ha hecho que se inicie un proceso de un único cuidador (hijo/hija) esto ha hecho que la participación de los varones empiece a tomar relevancia; por lo que sería bueno conocer cómo asumen ellos el cuidado y cuáles son las características del curso de vida de los mismos, que los llevan a ser cuidadores. En esta investigación no se contemplaron porque se pensó que serían pocos o que su localización sería complicada; sin embargo, durante el trabajo de campo se observó que había una cantidad importante de hombres que participaban como cuidador principal.
- Otra de las vertientes a explorar sería conocer la percepción que tienen los hijos de las mujeres que fueron cuidadoras de personas dependientes, sobre el cuidado y la familia. Así como la relación previa entre el cuidador y la persona dependiente, porque entre los principales resultados se identificó, como ya se mencionó, que algunas de las participantes tuvieron conflictos con la persona adulta mayor antes de que se presentara la dependencia.

No obstante, cualquier línea de investigación que aborde el tema del cuidado y la familia tendrá resultados inesperados por la diversidad que hay en cada una de ellas; de manera personal se hace una invitación a continuar trabajando en el tema del doble cuidado, para ir sumando esfuerzos que permitan realizar acciones a favor de estos grupos.

Referencias bibliográficas

Abramo, L., y Valenzuela, M. (2006). Inserción laboral y brechas de equidad de género en América Latina. En L. Abramo. *Trabajo decente y equidad de género en América Latina* (págs. 29-62). Santiago de Chile: Oficina Internacional del Trabajo. OIT. 29-62.

Abril, E., Román, R., Cubillas, M. J. y Moreno, I. (2008). ¿Deserción o autoexclusión? Un análisis de las causas de abandono escolar en estudiantes de educación media superior en Sonora, México. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 10 (1) 2-16.

Agudelo, M., y Medina, R. (2014). Dependencia de las personas adultas mayores. En L. Gutiérrez, M. García, y J. Jiménez. *Envejecimiento y dependencia. Realidades y Previsión para los próximos años.* México: Intersistemas. 1-28.

Aguirre, R. (2007). Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. En I. Arriagada. *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros.* Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. 187-199.

Agulló, M. (2001). *Mujeres, cuidados y bienestar social: el apoyo informal a la infancia y la vejez.* Madrid, España: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Alayón, N. (2005). Pobreza y política social. En R. López, M. Ribeiro, y J. De la Cruz. *Pobreza, empleo y participación ciudadana aportes para la política social*. México: UAT, UANL. 37-48.

Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., y Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*. 6(11), 1-6.

Alcañiz, M. (2017). Trayectorias laborales de las mujeres españolas. Discontinuidad, precariedad y desigualdad de Género. *Revista La Ventana* (46), 244-285.

Allen, S., y Stearns, D. (2014). *Women of Wealth. Caught in the middle: How does the sandwich generation woman not get squeezed?* Illinois, Estados Unidos: Family Wealty Advisors Council.

Álvarez, C. (2013). Una línea delgada en el parentesco: los padres/abuelos y las madres/abuelas. *Revista de Antropología Social*. 22, 350-354.

Alwin, D. (2012). Integrating varieties of Life Course Concepts. Symposium on the Life Course. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*. 67B. 1-15.

Andrews, G. (2000). Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro. Sesión III. *La situación socioeconómica de la población adulta mayor: un grupo vulnerable*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. Serie Seminarios y Conferencias No. 2. 247-256.

Ara Begum, F. (2012). Women, lifecycle and human rights. En S. Huenchuan. *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situaciones, experiencias y desafíos.* México: Organización de las Naciones Unidas. ONU. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. 281-298.

Arber, S., y Ginn, J. (1996). Mera conexión. Relaciones de género y envejecimiento. En S. Arber, y J. Ginn. *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid, España: Narcea, s.a. de ediciones. 17-34.

Ariza, M., y De Oliveira, O. (2007). Familias, pobreza y desigualdad social en Latinoamérica: una mirada comparativa. *Revista Estudios Demográficos y Urbanos*. 22(1). Enero- abril. 9-42.

Ariza, M., y De Oliveira, O. (2002). Trabajo, Familia y Condición de las Mujeres. En E. Urrutia. *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*. México: Colegio de México. 43-86.

Armstrong, P. (2008). Las mujeres, el trabajo y el cuidado de los demás en el actual milenio. En Organización Panamericana de la Salud. *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. Washington, D.C.: OPS. 195-204.

Arriagada, I. (2004). Estructuras familiares, trabajo y bienestar en América Latina. En I. Arriagada, y V. Aranda. *Cambios de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces*. Santiago de Chile: División de Desarrollo Social. Naciones Unidas. 43-74.

Arriagada, I. (2007a). Familias latinoamericanas: cambiantes, diversas y desiguales. *Revista Papeles de Población*. 13(53). Julio-septiembre. 9-22.

Arriagada, I. (2007b). Transformaciones familiares y políticas de bienestar en América Latina. En I. Arriagada, Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. 125-156.

Arriagada, I. (2010). Familias sin futuro o futuros de las familias. En S. Lerner, y L. Melgar. *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género y El Colegio de México. Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales. 53-71.

Arroyo, M. (2015). Envejecimiento, cuidados y política social. Continuidades y cambios en Argentina y México. *Revista América Latina Hoy*. 71, 37-60.

Arroyo, M., Ribeiro, M., y Mancinas, S. (2009). *Dependencia y cuidados en la vejez avanzada de hombres y mujeres en la ciudad de Durango. Un análisis de la subjetividad y la formación de identidades.* San Nicolás de los Garza, N.L.: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Arroyo, M., Ribeiro, M., y Mancinas, S. (2011). *La vejez avanzada y sus cuidados. Historias, subjetividad y significados sociales.* Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Arroyo, M., y Salas, M. (2012). Voces que no se escuchan y derechos que se trasgreden: la experiencia de cuidadoras de ancianos dependientes. En: Mancinas, S. *El olvido de los años. Envejecimiento, violencia y políticas sociales*. 47-76.

Asensio, V., Rodríguez, B., García, E., Cabo, V., y García, C. (2008). Coriorretinopatía serosa central como manifestación extradigestiva de infección gástrica por helicobacter pylori. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*, 83(3), 177-182

Baca, N. (2007). Política de Población y Planeación en México. *Revista Quivera*, 45-61.

Batthyány, K., Genta, N., y Perrota, V. (2013). *La población uruguaya y el cuidado. Análisis de representaciones sociales y propuestas para un sistema de cuidados en Uruguay*. Montevideo: Universalidad de la República.

Batthyány, K., Genta, N., y Perrota, V. (2015). El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado de la salud en Uruguay. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. *Serie Asuntos de Género* (127), 5-24.

Batthyány, K., Genta, N., y Perrotta, V. (2013). Una mirada de género a las representaciones sociales del cuidado de las personas mayores. *Revista Latinoamericana de Población*. 7(13). Julio-diciembre. 149-172.

Béjar, R., y Hernández, H. (1993). Desigualdad social y población. En F. Alba, y G. Cabrera, *La población en el desarrollo contemporáneo de México*. México, D.F.: El Colegio de México. 229-249.

Ben-Galin, D., y Salim, A. (2013). The Sandwich Generation. Older women balacing work and care. London: Institute for Public Policy Research.

Benítez, R. (2002). Familia, derecho y política de población en México. *Revista Papeles de Población*. 31-57.

Bericat, E. (2012). Emociones. *Revista Sociopedia.isa*. 1-13.

Betrián, E., Galitó, N., García, N., Monclús, G., y Macarulla, M. (2015). La triangulación múltiple como estrategia metodológica. *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 11(4), 5-24.

Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8). Enero-julio. 5-31.

Blanco, M., y Pacheco, E. (2003). Trabajo y familia desde el enfoque del curso de vida: dos subcohortes de mujeres mexicanas. *Revista Papeles de población*. 9(38). Octubre-diciembre. 159-193.

Blazquez, N. (2014). La investigación en salud y género. En T. Corona., M. Medina., P. Ostrosky., E. Sarti y P. Uribe. *La mujer y la Salud en México*. México: Academia Nacional de Medicina. 151-166.

Bódalo-Lozano, E. (2010). Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. *Revista Portularia*. X (1). 85-97.

Botto, A., Acuña, J., y Jiménez, P. (2014). La depresión como un diagnostico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Rev Med*. 142, 1297-1305.

Buquet, A., y Moreno, H. (2017). Trayectorias de mujeres. Educación técnico-profesional y trabajo en México. *Serie de Asuntos de Género*. Naciones Unidas. CEPAL.

Bracamontes, J., y Arroyo, M. (2015). En J. Rangel, O. Méndez, y B. Servín. *Reconfiguraciones familiares en el México de hoy: miradas críticas*. San Nicolás de los Garza, Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León; Miguel Ángel Porrúa. 167-190.

Burín, M. (2008). Las "fronteras de cristal" en la carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización. *Revista Anuario de Psicología*. 39 (1). 75-86.

Burín, M. (2010). Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina. http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/1529.

Cámara de Diputados (1917). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Obtenido de http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/articulos/123.pdf (página consultada el 14 de junio del 2015).

Cámara de Diputados (1963). Ley Federal del Trabajo. México. Obtenido de http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo9059.pdf (página consultada el 14 de junio del 2015).

Cámara de Diputados (1995). Ley del Seguro Social. Obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92_121115.pdf (página consultada el 14 de junio del 2015).

Cámara de Diputados (2002). Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Obtenido de http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo83123.pdf (página consultada el 14 de junio del 2015).

Cámara de Diputados (2003). Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas. Obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/84_240517.pdf (página consultada el 14 de junio del 2015).

Cámara de Diputados (2007). Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE_240316.pdf (página consultada el 14 de junio del 2015).

Cámara de Diputados (2014). Ley General de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes. Obtenido de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5374143yfecha=04/12/2014 (página consultada el 14 de junio del 2015).

Campillo, C. (2005). Las nuevas políticas de combate a la pobreza en México. Remedio y base para el desarrollo. En R. López, M. Ribeiro, y J. De la Cruz. *Pobreza, empleo y participación ciudadana aportes desde la política social*. México: UAT, UANL. 141-168.

Carbonero, M. (2007). Intersecciones de género, clase y poder: políticas y prácticas de cuidado en la Unión Europea. En M. A. Carbonero, y S. Levin, Entre familia y trabajo. Relaciones, conflictos y políticas de género en Europa y América Latina. Rosario: Homo Sapiens Ediciones y Universitat de Ies Balears Dept de Filosofia i Treball Social. 79-116.

Carrasco, C. (2008). El tiempo y el trabajo desde la experiencia femenina. En Organización Panamericana de la Salud. *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 229-244.

Carrasco, C., Borderías, C., y Torns, T. (2011). Antecedentes históricos y debates actuales. En C. Carrasco, C. Borderías, y T. Torns. *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. España: Catarata. 13-96.

Casado, D., y López, G. C. (2001). *Vejez dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectiva a futuro.* España: Colección de Estudios Sociales. Núm. 6. Fundación Caixa.

CEPAL (2012). *Consulta de opinión sobre las políticas de cuidado de personas dependientes en América Latina: niñas y niños, personas ancianas, personas con discapacidad y personas con enfermedades crónicas.* Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas. ONU.

CEPAL. (2017). La transición de los jóvenes de la escuela al mercado laboral. *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe* (17). Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL.

Cerquera, A., Granados, F., Buitrago, A. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista Psychología Avances de la disciplina*. 6(1). 35-45.

Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Valencia, España: Universidad de Valencia.

Christians, C. (2011). La ética y la política en la investigación cualitativa. En N. Denzin, y Y, Lincoln. *El campo de la investigación cualitativa*. Barcelona, España: Gedisa. 283-331.

Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Revista Theoria*. 14(1), 61-71.

Comelin, A. (2014). ¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes? *Íconos Revista de Ciencias Sociales* (50). Septiembre. 111-127.

CONAPO (2016). Consejo Nacional de Población. www.conapo.gob.mx. Obtenido de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Analisis (página consultada el día 27 de enero del 2016).

Crespo, M., y López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar".* Madrid, España: Colección de Estudios. Serie de Dependencia.

Crockett, L. J. (2002). Faculty Publications, Departament of Psychology. Agency, Motivation and the Life Course, 48, 1-31.

Cruz, G. (2012). De la tristeza a la depresión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala,* 15(4). Diciembre. 1310-1325.

Cuesta, C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Investigación y Educación en Enfermería.* XXVII (1), 96-102.

Dakduk, S. (2010). Envejecer en casa: el rol de la mujer como cuidadora de familiares mayores dependientes. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. 15 (25). 73-99.

De la Torre, I., Ruiz, O., Fernández, M., Ayuso, L., García, L., y Rogero, J. (2010). *Dependencia y familia: una perspectiva socioeconómica.* Madrid, España.: Colección de estudios. Serie de dependencia. Gobierno de España.

De Oliveira, O., y Ariza, M. (1999). Trabajo, familia y condición femenina: una revisión de las principales perspectivas de análisis. *Revista Papeles de Población*. 5(20), 89-127.

De Rose, A., y Racioppi, F. (2010). The ageing of the "Sandwich Generation": Implication on wellbeing status in a gender perspective. Family changes and consequences on wellbering. Viena: European Population Conference. 1-15.

De Valle, A., Hernández, M., Zúñiga., M y P. Martínez (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. Revista de Enfermería Universitaria 12(1). 19-27.

Del Rio, P. (2006). Estrés y Sueño. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 7(1), 15-20.

Delicado, M., Copete, M., Barnés, A., y García, S. (2011). Redes sociales y recursos de apoyo a cuidadores familiares y personas dependientes: comparación 2001-2009. *Revista Biblid*. XI (2), 33-45.

Deslauriers, J. (1991). *Recherche qualitative*. Montreal: McGra-Hill.

Domínguez, G., Zavala, M., De la Cruz, D., y Ramírez, M. (2010). Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores en Cárdenas, Tabasco, México. Enero-mayo 2008. *Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander.* 28-37.

Domínguez, G., Zavala, M., De la Cruz, D., y Ramírez, M. (2010). Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas Tabasco, México. Enero a mayo de 2008. *Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander*. 23. Enero-abril. 28-37.

Dua, T., Nichols, P., y Satoya, Y. (2013). *Demencia una prioridad de Salud Pública.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud.

Dumon, W. (2008). Qué es la familia. Definición de familia en el mundo moderno y posmoderno. En L. Leñero. *Políticas e intervenciones familiares*. México: Universidad Autónoma Metropolitana: Itaca. 35-54.

Durán Heras, M. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad. España*: Fundación BBVA.

Durán, M. (2008). Integración del trabajo no remunerado en el análisis de los sectores de salud y bienestar social. En Organización Panamericana de la Salud. *La economía invisible del género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. Washington, D.C.: OPS. 99-146.

Durán, M. (2018). Alternativas metodológicas en la investigación sobre el cuidado. En M. Ferreyra. *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*. Ciudad de México: ONU Mujeres México. 24-42.

Duxbury, L., y Higgins, C. (2013). *Balancing Work, childcare and eldercare: a view from the trenches.* Canada: Desjardins Insurance.

Echarri, C. (2010). Hogares y familias en México: Una visión sociodemográfica. En S. Lerner, y L. Melgar. *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género y El Colegio de México. Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales. 73-114.

Elder, G. (1994). Time, Human Agency and Social Change Perspectives on the Life Course. *Social Psychology Quarterly*. 57(1). Marzo. 4-15.

Elder, G. (1998). The life course as Developmental Theory. *Child Development*. 69(1), 1-12.

Elder, G., Kirkpatrick, J., y Crosnoe, R. (2003). The emergence and developmente of life course theory. En M. Tignino. *Catedra en Metodología y Técnicas de investigación social*. Argentina: Facultad de Ciencias Sociales.

Elder, G., Shanahan, M., y Jennings, J. (2015). Human Development in Time and Place. En H. Bornstein, y T. Leventthal. *Handbook of Child Psychology and Developmental Science: Ecological Settings and Processes*. Hoboken, NJ, John Wiley y Sons. 6-54.

Enríquez, R. (2014). Feminización y colectivización del cuidado en la vejez. *Revista Cuadernos de pesquisa*. 44(152). Abril-junio. 378-399.

Esping-Andersen, G. (2010). Familia y revolución del papel de la mujer. En G. Esping-Andersen. *Los tres grandes retos del Estado del bienestar*. España: Ariel. 19-51.

Espino, A. (2012). Perspectivas teóricas sobre género, trabajo y situación del mercado laboral latinoamericano. *La economía feminista desde América Latina. Una hoja de ruta sobre los debates actuales en la región.* ONU Mujeres. 190-246.

Esquivel, V. (2015). El cuidado: de concepto analítico a agende política. Nueva Sociedad (256). Marzo-abril. 63-75.

Esquivel, V., Faur, E., y Jelin, E. (2012). *Las lógicas del cuidado infantil entre las familias y el estado y el mercado.* Buenos Aires: Ides.

Eternod, M., Jácome, T. (2018). El trabajo de cuidados, obstáculo para las autonomías de las mujeres. En *El trabajo de cuidados. Una cuestión de derechos humanos y de política pública.* ONU Mujeres. Ciudad de México. 216-227

Falconi, A., y Dow, W. (2014). Snapshot of California`s Sandwich Generation Caregivers. Berkely`s Division of Health and Policy Management. November. 1-8.

Federici, S. (2015). Sobre el trabajo de cuidado de los mayores y los límites del marxismo. Nueva Sociedad (256). Marzo y abril. 45-62.

Fernández, María, y Herrera, M. (2016). Distrés en Hijas Adultas que Brindan Apoyo a sus Padres Mayores. *Revista Pskyne*. 25(1), 1-14.

Fernández, O., Muratori, M., y Zubieta, E. (2013). Bienestar eudaemónico y soledad emocional y social. *Boletín de Psicología* (108), 7-23.

Ferrais, S. (2008). El crecimiento poblacional como objeto de análisis. *Serie de materiales didácticos*. 5-20.

Ferrán, L. (2008). Marco conceptual y lineamientos metodológicos de la cuenta satélite de los hogares: una aproximación para México. En Organización Panamericana de la Salud. *La economía invisible del género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 87-98.

Flores-Castillo, A (2013). Cuidado domiciliario y recuperación de la subjetividad: el caso de México. En Calderón, C. Redistribuir el cuidado. El desafío de las políticas. Naciones Unidas. CEPAL. 423-454.

Flores, E., Rivas, E., y Seguel, F. (2012). Nivel de Sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Revista Ciencia y Enfermería.* XVIII (1), 29-41.

Folbre, N., y Yoon, J. (2008). El cuidado de los niños: lo aprendido mediante encuestas sobre el uso del tiempo en algunos países de habla inglesa. En Organización Panamericana de la Salud. *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. Washington, D.C.: OPS. 205-228.

Galindo, L. M., García, G., y Rivera, P. (2015). *El trabajo de cuidados en los hogares: ¿un trabajo sólo de mujeres?* Ciudad de México: INMUJERES. Instituto Nacional de las Mujeres.

García, M., Mateo, R. I., y Maroto, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Revista Gac Sanit*. 18(2), 83-92.

García, A. (2016). Prólogo. En El descuido de los cuidados. Sus consecuencias en seguridad humana y desigualdad laboral. (págs. 15-22). México: Consejo Económico y Social de la Ciudad de México.

Gastron, L., y Lacasa, D. (2009). La percepción de cambios en la vida de hombres y mujeres, según la edad. *Revista Población y Sociedad* (16), 3-28.

Giddens, A. (1992). *La transformación de la intimidad. Salud, amor y erotismo en las sociedades modernas.* Madrid: Cátedra, S.A.

Giraldo, L. (2012). El maltrato a personas adultas mayores: una caracterización desde las denuncias en centros públicos de atención. En Mancinas, S. *El olvido de los años. Envejecimiento, violencia y políticas sociales*. Universidad Autónoma de Nuevo león. Clave Editorial. México. 129-160.

Gobierno de la República (2015). *Situación de las personas adultas mayores en México.* Gobierno de la República. Instituto Nacional de las Mujeres. México.

Gómez, A., Arias, E., y Jiménez, C. (2015). *Tratado de Geriatría para residentes*.

Gómez, E. (2008). La valoración del trabajo no remunerado: una estrategia clave para la política de igualdad de género. En Organización Panamericana de la Salud. *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. Washington, D.C.: OPS. 3-20.

González, F., Massad, C., y Lavanderos, F. (2010). *Estudio Nacional de la dependencia en las personas mayores*. Santiago de Chile: SENAMA.

González de la Rocha, M., y Escobar, A. (2008). Vulnerabilidad y activos de los hogares: El programa progresa-oportunidades en ciudades pequeñas. En F. Cortés, A. Escobar, y M. González de la Rocha. *Método Científico y Política Social. A Propósito de las Evaluaciones Cualitativas de Programas Sociales*. México: El Colegio de México. 129-202.

González, F., Cristian, M., y Lavanderos, F. (2010). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores.* Santiago de Chile: SENAMA. Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Goode, W., y Hatt, P. (1991). *Métodos de investigación social*. México: Trillas.

Granados, M. (2014). Garantías legales y programáticas para hacer efectivos los derechos de las personas mayores en el Distrito Federal de la Ciudad de México. En S. Huenchuan, y I. Rodríguez. *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Ciudad de México: Naciones Unidas. 111-118

Grynspan, R., y Maninat, J. (2009). *Trabajo y Familia: Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social*. Santiago de Chile: Organización Internacional del Trabajo; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Gutiérrez Robledo, L. M., y López Guzmán, J. A. (2014). La ruta para abordar el reto de la dependencia en México. En L. M. Gutiérrez, M. García, y J. E. Jiménez Bolón. *Envejecimiento y Dependencia. Realidades y Previsión para los próximos años*. México, D.F.: Academia Nacional de Medicina (ANM). 141-172.

Gutiérrez, J., Juan, R., Shamah, T., Oropeza, C., y Hernández, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012*. Cuernavaca, Morelos.: Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud.

Guzmán, J, Huenchuan, S., y Montes de Oca, V. (2003). Redes de Apoyo Social de Personas Mayores: Marco Teórico Conceptual. Redes de Apoyo Social de Personas Mayores: Marco Teórico Conceptual. Santiago de Chile: *51 Congreso Internacional Americanistas*. 1-20.

Hakkert, R., y Guzmán, J. (2004). Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina. En M. Ariza, y O. De Oliveira. *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. 479-518.

Ham, R. (1999). El envejecimiento en México: de los conceptos a las necesidades. Papeles de Población, 5(19). Enero-marzo. 7-21.

Ham, R. (2005). Perspectivas sobre envejecimiento demográfico y su potencialidad de crisis. En C. Menkes, y H. Hernández. *Población, crisis y perspectivas demográficas en México*. Cuernavaca: UNAM. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. 329-350.

Ham, R. (2012). Consecuencias y caminos del envejecimiento demográfico. En M. Ordorica, y P. Jean-Francois. *Población*. México: Abreviada. El Colegio de México. 23-26.

Hareven, T., y Gruyere, A. (1999). La generación de en medio. Comparación de cohortes de ayuda a padres de edad avanzada dentro de una comunidad estadounidense. *Desacatos Revista de Ciencias Sociales*. 2, 50-72.

Hass, A. (2018). Autonomía desde la vinculación: hacia una resignificación del cuidado desde el derecho a la no discriminación. En M. Ferreyra. *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*. Ciudad de México: ONU Mujeres México. 200-215.

Hein, C., y Cassirer, N. (2010). *Soluciones para el cuidado infantil en el lugar de trabajo.* España: Informes OIT. Organización Internacional del Trabajo.

Hernández, E. (2004). *Desarrollo demográfico y económico de México, 1970-2000-2030*. México: Consejo Nacional de Población.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación cualitativa*. México: Mc Graw Hill.

Hidalgo, D., Turtós, L., y Caballero, J. (2016). Relaciones interpersonales entre cuidadores informales y adultos mayores. Revista Novedades en Población. CEDEM. 24. 77-83.

Hopenhayn, M. (2007). Cambios en el paradigma del trabajo remunerado e impactos en la familia. En I. Arriagada. *Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros.* Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. 63- 76.

Huenchuan, S. (2009). *Envejecimiento y sistemas de cuidados ¿oportunidad o crisis?* Argentina: ONU, CEPAL-CELADE. 11-

Huenchuan, S. (2013). Envejecimiento, familias y sistemas de cuidado en América Latina. En: *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL. 11-28.

Huenchuan, S. (2014). ¿Qué más puedo esperar a mi edad? Cuidado, derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado. En S. Huenchuan, y I. Rodríguez. *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Ciudad de México: Naciones Unidas. 153-168.

Huenchuan, S., y Rodríguez, I. (2015). *Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México. Diagnóstico y lineamientos de política*. Naciones Unidas. CEPAL. México.

Huenchuan, S., y Roqué, M. (2009). A modo de introducción: los cuidados como una necesidad en aumento. En: *Envejecimiento y sistemas de cuidados ¿oportunidad o crisis?* Argentina: ONU. CEPAL-CELADE. 7-10.

Huenchuan, S., y Saad, P. (2010). Envejecimiento y familia en América Latina: el desafío del cuidado en la edad avanzada. En S. Lerner, y L. Melgar. *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. México: El Colegio de México. 115-136.

IMSERSO. (2004). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco.* España: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad.

INAPAM. (2014). *Instituto Nacional para Adultos Mayores*. México: Gobierno de la Republica.

INAPAM. (2018). www.gob.mx/inapam. Obtenido de https://www.gob.mx/inapam/articulos/inapam-37-anos-al-servicio-de-los-adultos-mayores-de-mexico?idiom=es (página consultada el 7 de marzo del 2018).

INEGI. (2001). Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000). Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.

INEGI. (2009). Estadísticas Históricas de México. Aguascalientes: INEGI.

INEGI. (2010a). Censo de Población y Vivienda. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.

INEGI. (2010b). Mujeres y Hombres en México. Aguascalientes: INEGI.

INEGI. (2012). Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social. Aguascalientes.

INEGI. (2015). Tabuladores de la encuesta intercensal. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

INEGI. (2016). www.inegi.org.mx. Obtenido de http://www.beta.inegi.org.mx/temas/estructura/ (página consultada el 6 de abril del 2016).

INEGI (2017). Mujeres y Hombres en México 2017. Aguascalientes. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.

INSM. (2009). Depresión. Estados Unidos: Instituto Nacional de Salud Mental.

Jácome, T. (2015). El trabajo de cuidados en los hogares mexicanos. *Coyuntura Demográfica. Sobre los procesos demográficos en México hoy*. 31-40.

Jelin, E. (2005). Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales. Políticas hacia las familias protección e inclusión social. Buenos Aires: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. 1-4.

Jelin, E., y Faur, E. (2013). "Cuidado, género y bienestar. Una perspectiva de la desigualdad social". *Voces en el Fénix* (23). Abril. 110-116.

Jiménez, I., Moya, M. (2018). La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Revista electrónica de enfermería. Enfermería Global*. 49. 420-433.

Lagarde, M. (2012). *El feminismo en mi vida. Hitos, claves y topías.* Inmujeres DF. Gobierno de la Ciudad de México. Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.

Lalieve, C., Bickel, J., Cavalli, S., y Spini, D. (2011). El curso de la vida: Emergencia de un paradigma interdisciplinario. En E. G. Editor. *La vejez en el curso de la vida*. Córdoba. 11-30.

Lamas, M. (2016). Una mejor división del trabajo implica más igualdad en la calidad de vida. En: *El descuido de los cuidados. Sus consecuencias en seguridad humana y desigualdad laboral*. México: Consejo Económico y Social de la Ciudad de México. 23-54.

Lamas, M. (2018). División del trabajo, igualdad de género y calidad de vida. En M. Ferreyra. *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*. Ciudad de México: ONU Mujeres México. 12-23.

Lamaute-Brissón, N. (2013). Redistribuir el cuidado: para un nexo de políticas públicas. En C. Calderón. *Redistribuir el cuidado. El desafío de las políticas*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. 69-126.

Lemmel, J. (2006). Alopecia. Tipos y preparados antialopécicos. OFFARM, 25(9). Octubre. 52-57.

Loggia, S. (1998). Legislación laboral y participación de la mujer en el mercado de trabajo. El caso de Suecia y México: un análisis comparativo. *Revista Papeles de Población*. 4(15). Enero-marzo. 95-125.

Lombardo, E., y Krzemien, D. (2008). La psicología del curso de vida en el marco de la psicología del desarrollo. Revista Argentina de Sociología, 6(10), 111-120.

Longo, M. (2009). Género y trayectorias laborales. Un análisis del entramado permanente de exclusiones en el trabajo. *Revista Trayectorias.* 11(28).118-141.

López Ortega, M., y Jiménez Bolón, J. E. (2014). Dependencia y cuidados a largo plazo. En L. Gutiérrez, M. García, y J. Jiménez. *Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los últimos años.* México: Academia Nacional de Medicina. 29-63.

López, J., Noriega, C., Velasco, C., y Moya-Faz, F. (2015). Conflictos familiares cuando se cuida a un familiar mayor. *Revista Familia.* 51, 17-29.

López, M. (2000). Transformaciones familiares y domésticas: las mujeres protagonistas de los cambios. En M. López, y V. Salles. *Familia, Género y Pobreza*. México: Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza. Miguel Ángel Porrua. 95-105.

Lorber, J. (1994). *Paradoxes of Gender.* New York: Yale Press University.

Loria, C. (2007). La experiencia de la gestión del Programa Oportunidades en México. En I. Arriagada, Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros. Santiago de Chile: CEPAL. 333-351.

Losada, A., Montorio, I., Fernández, M., y Márquez, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales.* España: Colección de Estudios, Series de Dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Madrid, E., Mendoza, H., y Ribeiro, M. (2016). *Experiencias de lesbomaternidad basada en técnicas de reproducción asistida*. Tesis doctoral, no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México.

Mancinas, S., y Ribeiro, M. (2009). Violencia familiar y ancianidad. El estigma como factor de riesgo. En M. Ribeiro y S. Mancinas. *Textos y Contextos del Envejecimiento en México*. Monterrey, N.L.: UANL; Plaza y Valdés. México. 295-316.

Marco, F., y Nieves, M. (2015). Cuidado y políticas públicas: debates y estados de situación a nivel regional. En L. Pautassi, y C. Zibecchi. *Las fronteras del cuidado. Agenda derechos e infraestructura*. Buenos Aires, Argentina: Biblos. 27-58.

Mariluz, G. (2013). El curso de la vida. Una mirada desde la filosofía fenomenológica y la sociología del envejecimiento. *X Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.

Marín, L., y Palacio, C. (2016). La crianza y el cuidado en primera infancia: un escenario familiar de inclusión de los abuelos y las abuelas". *Trabajo Social.* 18, 159-176.

Martín, M. (2009). El care, un debate abierto: de las políticas de tiempos al social care. *Cuestiones de género: de la igualdad a la diferencia*. 4, 325-355.

Martín, M. (2013). Tres generaciones de mujeres, tres generaciones de cuidados. Apuntes sobre una etnografía moral. *Revista Cuadernos de Relaciones Laborales*. 31 (1). 115-138.

Martínez, M., y De la Cuesta, C. (2016). La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. *Atención Primaria*. 48(2), 77-84.

Martínez, M. (2006). Validez y Confiabilidad en la metodología cualitativa. *Revista Paradigma.* 27(2), 7-33.

Martínez, J., y Camacho, R. (2007). Equilibristas o malabaristas ... pero ¿con red? La actual infraestructura de cuidados en América Latina. En M. Carbonero, y S. Levín. *Entre familia y trabajo. Relaciones, conflictos y políticas de género en Europa y América Latina*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones y Universitat de Ies Balears Dept de Filosofia i Treball Social. 117-145.

McGarrigle, C., y Kenni, A. (2013). Profile of the sandwich generation and intergenerational transfers in Ireland. Dublin: The Irish Longitudinal Study on Ageing.

Mehrotra, A., y Hannah, P. (2012). Gender dimensions of ageing: a global perspective. En S. Huenchuan. *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situaciones, experiencias y desafíos*. México: Organización de las Naciones Unidas ONU. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. 229-310.

Mier y Terán, M. (2014). Pautas reproductivas: la escolaridad y otros elementos explicativos. En C. Rabell. *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico*. México: Fondo de la Cultura Económica. 306-349.

Mier, I., Romeo, Z., Canto, A., y Mier, R. (2007). Interpretando el cuidado. Por qué cuidan sólo las mujeres y qué podemos hacer para evitarlo. *Revista de Servicios Sociales*, 29-38.

Miro, E., Cano, M., y Buela, G. (2005). Sueño y Calidad de Vida. *Revista Colombiana de Sociología* (14), 11-27.

Molyneux, M. (2005). *Más allá del debate sobre el trabajo doméstico*. En D. Rodríguez, y C. Jennifer. México: Universidad Autónoma de México. Escuela Nacional de Trabajo Social. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.

Montagut, T. (2000). *Política social. Una introducción.* Barcelona: Ariel Sociología.

Montaño, S. (2012). Las mujeres mayores y el envejecimiento con dignidad en América Latina. En S. Huenchuan. *Los derechos de las personas mayores del siglo XXI*. Ciudad de México: Naciones Unidas ONU. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. 311-325.

Montero, X., Jurado, S., Valencia, A., Méndez, J., y Mora, I. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: Evidencia de validez en México. *Revista Psicología.* 11(1), 71-85.

Montes de Oca, V. (1999). Diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México. *Revista Papeles de Población.* 149-172.

Montes de Oca, V. (2014). Cuidados y servicios sociales frente a la dependencia en el marco del envejecimiento demográfico en México. En S. Huenchuan, y I. Rodríguez. *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas 169-182.

Montes de Oca, V., Garay, S., Arroyo, C. (2018). Los cuidados en el envejecimiento. En M. Ferreyra. *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*. Ciudad de México: ONU Mujeres México. 139-151.

Montes de Oca, V., y M. (2009). Deterioro funcional en adultos mayores: las familias frente al envejecimiento en México. En M. Ribeiro y S. Mancinas. *Textos y Contextos del Envejecimiento en México*. Monterrey, N.L.: UANL; Plaza y Valdés. 63-84.

Montilva, M. (2008). Postergación de la maternidad en mujeres profesionales jóvenes en dos metrópolis latinoamericanas. *Utopía y Praxis Latinoamericana.* 13(41). Abril-junio. 69-79.

Montorio, I., Fernández de Troconiz, M. I., López, A., y Sánchez, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Revista Anales de Psicología.* 14(2), 229-248.

Mora, F. (1999). El cerebro sintiente. *Revista Arbor*. CLXII (640), 435-450.

Moral, C. (2006). Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. *Revista de Investigación Educativa*. 24(1). 147-164.

Moral, C. (2016). Estrategias para resistir a la crisis de confianza en la investigación cualitativa actual. *Revista Educación XXI*. 19(1). 159-177.

Moreira, R., y Turrini, R. (2011). Paciente Oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. *Revista electrónica de enfermería*. *Enfermería Global.* 22. Abril. 1-13.

Moreno, S., Recio, C., Borrás, V., y Torns, T. (2013). El trabajo de cuidados en los regímenes de bienestar: ¿más dependencia y menos profesionalidad? *IV Congreso REPS 2013 "Las políticas sociales entre crisis y post-crisis"*. Universidad de Alcalá. 1-24.

Moscoso, J. (2004). Los derechos humanos de la mujer y los instrumentos internacionales que México ha ratificado: CEDAW, Belem do Pará y los convenios de la OIT. En P. Galeana, *Derechos humanos de las mujeres en México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. 79-95.

Narro, J., Moctezuma, D., y Fuente, D. (2013). Descalabros y desafíos de la política social en México. Problemas del desarrollo. *Revista Latinoamericana de Economía*. 44(174). Julio-septiembre. 9-34.

Nieves, M., y Robles, C. (2016). Políticas de cuidado en América Latina. Forjando la igualdad. *Serie de Asuntos de Género* (140). Septiembre. 5-47.

Oddone, M. J., y Lynch, G. (2008). Las memorias de los hechos sociohistóricos en el curso de la vida. *Revista Argentina de Sociología.* 6(10), 121-142.

OEA. (2011). *Avance de la igualdad de género en el marco del trabajo decente*. Comisión Interamericana de Mujeres. Organización de los Estados Americanos. Washington, D.C. Estados Unidos.

OIT. (2009). Organización Mundial del Trabajo.

OIT. (2015a). Organización Internacional del Trabajo. Obtenido de www.oli.org: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312247 (página consultada el 19 de marzo del 2015).

OIT. (2015b). Organización Internacional del Trabajo. Obtenido de www.ilo.org: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183 (página consultada el 19 de marzo del 2015).

OIT-PNUD (2009) *Trabajo y familia: hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social*. Oficina Internacional del Trabajo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Organización Internacional del Trabajo. Santiago de Chile.

OMS (2009). *Las mujeres y la salud. Los datos de hoy la agenda del mañana*. Resumen Analítico. Organización Mundial de la Salud.

OMS (2016). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de www.who.int: http://www.who.int/suggestions/faq/es/ (página consultada el 26 de agosto del 2016).

OMS (2018a). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de www.who.int/es: http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds) (página consultada el 11 de abril del 2018).

OMS (2018b). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de www.who.int/es: http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes (página consultada el 11 de abril del 2018).

OMS (2018c). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de www.who.int/es: http://www.who.int/topics/depression/es/ (página consultada el 11 de abril del 2018).

OMS (2018d). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de www.who.int/es: http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia (página consultada el 17 de enero del 2018.

OPS (2008). La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Ordorica, M. (2012). Las proyecciones de la población hasta mitad del siglo XXI. En M. Ordorica, y P. Jean-Francois. *Población*. México: Abreviada. El Colegio de México. 19-22.

Orozco, M. (2018). El trabajo, los cuidados y la pobreza. En M. Ferreyra. *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*. Ciudad de México: ONU Mujeres México. 83-94.

Palacio, C. (2009). Los cambios y transformaciones en la familia. Una paradoja entre lo sólido y lo líquido. *Revista Latinoamericana de Estudios Familiares*. 1. Enero-diciembre. 46-60.

Palma, Y. (2005). Política de población y planificación familiar. *Revista Demo S*. 24-25.

Partida, V. (2005). La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. *Revista Papeles de Población* 11(45). Julio- septiembre. 9-27.

Pautassi, L. (2007). El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. *Serie Mujer y Desarrollo*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. 1-50.

Pautassi, L. (2008). Nuevos desafíos para el abordaje del cuidado desde el enfoque de derechos. En I. Arriagada. *Futuro de las familias y desafíos para las políticas*. Santiago de Chile: CEPAL, ONU. 59-77.

Pautassi, L. (2010). Cuidado y derechos: la nueva cuestión social. En S. Montaño, y C. Calderón. *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. 69-92.

Pedrero Nieto, M. (2008). Propuesta metodológica para medir y valorar el cuidado de la salud doméstico no remunerado. En Organización Panamericana de la Salud. *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. OPS. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 165-178.

Pérez, L., Colunga, C., y Ávalos, M. (2015). Reflexiones acerca de la importancia de la familia en el cuidado del paciente diabético de la tercera edad. En J. Rangel, O. Méndez, y B. Servín, *Reconfiguraciones familiares en el México hoy*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Miguel Ángel Porrúa. 47-68.

Pérez-Sales, P. (2011). La culpa traumática y sus contextos. Reflexiones sobre una psicología de las decisiones morales. *Revista Átopos*. 17-32.

Pierret, C. (2006). The Sandwich Generation: women caring for parents and children. *Montly Labor Review*. 3-9.

Pinto, N. (2004). La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: los cuidadores de adultos. *Revista Avances de enfermería*. XXII (1). Enero- junio. 54-60.

Pinto, N., Barrera, B., y Sánchez, L. (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores". *Revista Aquichan*, 128-137.

PND. (2013-2018). *Plan Nacional de Desarrollo*. México: Gobierno de la República.

Provoste, P. (2012). Protección social y redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas. *Serie Mujer y Desarrollo*. 1-45.

Puga, M. (2012). La vida en femenino ¿Construyendo fortaleza o fragilidad para la vejez? En S. Huenchuan. *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situaciones, experiencias y desafíos*. México: Organización de las Naciones Unidas. ONU. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. 325-350.

Querejeta, M. (2004). *Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación.* España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.

Quilodrán, J. (2003). La familia referente en transición. *Revista Papeles de Población*. 9(37). Julio-septiembre. 1-34.

RAE. (2018). Real Academia Española. Obtenido de http://dle.rae.es/?w=diccionario: http://dle.rae.es/?id=CxcX46B (página consultada el día 11 de mayo del 2018).

Ramos, M. (1999). La política en desarrollo: una aproximación desde la perspectiva de género. En F. Mariñez. *Ciencia Política: Nuevos contextos, nuevos desafíos*. México: Noriega Editores.

Rascón, M. (2014). Trabajo no remunerado: cuidadora de enfermos. En T. Corona., M. Medina., P. Ostrosky., E. Sarti y P. Uribe. *La mujer y la Salud en México*. México: Academia Nacional de Medicina. 197-206.

Reséndiz, R. (2008). Biografía: proceso y nudos teóricos-metodológicos. En M. L. Tarrés, *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación*. México, D.F.: Miguel Ángel Porrúa. 135-170.

Ribeiro, M. (2006). Conciliación entre el trabajo doméstico y la familia. Participación de los varones en la vida doméstica. En M. Ribeiro, y R. López. *Tópicos Selectos en Políticas de Bienestar Social*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. GERNIKA. Facultad de Trabajo Social. 179-194.

Ribeiro, M. (2010). Cambios sociales y transformaciones familiares en Monterrey. En L. Palacios, C. Contreras, V. Zúñiga, T. Blôss, M. Delphie, y V. Baby Collin. *Cuando México enfrenta la globalización permanencias y cambios en el área metropolitana de Monterrey*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León en coedición con El Colegio de la Frontera Norte, el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, la Universidad de Monterrey y Cecilia Sheridan. 189-214.

Rivera, J., y Benito, J. (2009). Planteamiento metodológico y principales resultados de un estudio poblacional de salud en adultos mayores en Cd. Victoria, Tamaulipas. En M. Ribeiro, y S. Mancinas. *Textos y contextos del envejecimiento en México.* México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Plaza y Valdés Editores. 197-222.

Rivera, J., Morales, J., Benito, J., y Mitchell, A. (2008). Dimensión social y familiar: experiencias de cuidadores y personas con esclerosis múltiple. El estudio GEDMA. Revista Neurológica 47(6). 281-285.

Robles, L. (2001). El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento. Estudios Demográficos y Urbanos (48). Septiembre-diciembre. 561-584.

Robles, L. (2003a). Una vida cuidando los demás. Una carrera de vida en ancianas cuidadoras. *51 Congreso Internacional de Americanistas*. Santiago de Chile. 1-12.

Robles, L., y Pérez, A. (2012). Expectativas sobre la obligación filial: comparación de dos generaciones en México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 527-540.

Rodríguez, C. (2012). La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico? *Revista Cepal* (106). Abril. 23-36.

Rogero García, J. (2006). Costos ligados a la dependencia. *Revista Trabajo Social*, 54, 145-172.

Rogero, J. (2010a). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de los cuidadores*. España: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Rogero, J. G. (2010b). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Revista Index Enferm* 19(1). Enero-marzo. 47-50.

Román, M. (2013). Factores asociados al abandono y la deserción escolar en América Latina: una mirada en conjunto. *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación* 11(2), 33-59.

Roqué, M. (2014). Los cuidados progresivos, los derechos humanos y el rol del Estado en la Argentina. En S. Huenchuan, y I. Rodríguez. *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas. 183-190.

Ruiz, N., y Moya, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción.* 22-30.

Ruiz, A., y Nava, M. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Revista Enfermería Neurológica*. 11(3). 163-169.

SSP (2015). *Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. Diagnostico general de la salud poblacional.* México: Secretaría de Salud.

Sánchez, R., y Sánchez, A. (2009). Correlatos cognoscitivos, afectivos y conductuales de la tristeza, el enojo y el miedo. *Revista Costarricense de Psicología* 28, 41-57.

Sánchez, M., Paz, F., Espínola, M., y Trujillo, Z. (2015). Violencia doméstica en díadas paciente-cuidador de enfermedades neurológicas. *Permanyer Gaceta Médica de México*. 151. 450-455.

Sandoval, A. (2014). El ciclo de las políticas públicas de población. En C. Rabell. *Los mexicanos un balance del cambio demográfico*. México, D.F.: Fondo de la Cultura Económica. 49-79.

Sanz, A. (2005). El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales. *Revista Asclepio*, LVII-I, 99-115.

Schettini, P., y Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. Chile: Facultad de Trabajo Social. Editorial de la Universidad de La Plata.

Secretaria de Salud Pública (2012). *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México. Una visión desde el promajoven.* México: Secretaría de Educación Pública.

Secretaria de Salud Pública (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Base de Datos.

SEDESOL. (2015). Secretaría de Desarrollo Social. Obtenido de www.gob.mx/sedesol/: https://www.gob.mx/sedesol/acciones-y-programas/estancias-infantiles-para-apoyar-a-madres-trabajadoras (página consultada el 21 de octubre de 2015).

SEP (2012). *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el promajoven.* Secretaria de Educación Pública. Ciudad de México.

Sepúlveda, L. (2010). Las trayectorias de vida y el análisis del curso de vida como fuentes de conocimiento y orientación de políticas sociales. *Revista de Trabajo Social Perspectivas* (21), 27-53.

Sojo, A. (2007). Estado, mercado y familia: el haz del bienestar social como objeto de política. En I. Arriagada. *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*. (págs. 157-170). Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. 157-170.

Strauss, A., y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Colección Contus. Editorial Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

Sunkel, G. (2007). Regímenes de bienestar y políticas de familia en América Latina. En I. Arriagada. *Familia y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. 171-186

Szasz, I., y Lerner, S. (2012). Salud reproductiva y desigualdades en la población. En M. Ordorica, y P. Jean-Francois. *Población*. México: Abreviada. El Colegio de México. 46-50.

Tamez, B. (2015). La dependencia en el adulto mayor: un análisis por cohortes de edad y contextos (rural-urbano) en Nuevo León. *V Congreso Nacional de Ciencias Sociales*. 1-20

Tamez, B., y Ribeiro, M. (2012). El proceso de envejecimiento y su impacto sociofamiliar. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia* .11-30.

Tamez, B., Ribeiro, M., y Mancinas, S. (2008). *La solidaridad familiar hacia los adultos mayores en Monterrey, N.L.* Monterrey: Instituto Estatal de las Mujeres en Nuevo León.

Tamez, B., Ribeiro, M., y Mancinas, S. (2011). *Autonomía y Bienestar de las Mujeres Divorciadas. El divorcio como fenómeno social y demográfico*. Monterrey, Nuevo León, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Taylor, S., y Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidos.

Tobío, C., Agulló, M., Gómez, M., y Martín, M. (2013). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Fundación "La Caixa".

Toro, Y., Rivas, E. (2016). Cuidadores informales rurales de pacientes dependientes severos. Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería. 6(1). 56-62.

Tuirán, R. (2002). Transición demográfica, trayectorias de vida y desigualdad social en México: lecciones y opciones. *Revista Papeles de Población*. 25-66.

Tuneu, L., Cano, M., Sardans, M., Paredes, E., y Gaona, A. (2015). *Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico de los pacientes con Alzheimer.* Correo Farmacéutico.com.

Flick, U. (2014). *La gestión de la calidad en Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.

Vaquiro, S., y Stiepovich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Revista Ciencia y enfermería*. XVI (2), 9-16.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino, A., Ameigeiras, L., Chernobilsky, V., Giménez, F., Mallimaci, N. y Mendizábal, A. *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa. 23-60

Vela, F. (2008). Un acto metodológico básico de la investigación social: La entrevista cualitativa. En M. L. Tarrés. *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social.* México, D.F.: Miguel Ángel Porrúa. 63-96.

Vila, A., Sánchez, D., y Escobar, L. (2004). Relaciones causales en reglas de asociación. *XII Congreso Español sobre tecnologías y lógica fuzzy*. España: ESTYLF. 279-284.

Villarejo, L., Zamora, M., y Casado, G. (2012). Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. *Revista Enfermería Global*. 27. 159-165.

Wainerman, C. (2007). Familia, trabajo y relaciones de género. En M. Carbonero, y S. Levin, *Entre familia y trabajo. Relaciones, conflictos y políticas de género en Europa y América Latina*. Argentina: Homo Sapiens. 146-176.

Waring, M. (2008). Política y estrategia de provisión de la atención de salud en la región de la OPS y medición del trabajo no remunerado. En Organización Panamericana de la Salud, *La economía invisible y la desigualdad de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Comisión Económica para América Latina. 245-287.

WHO. (2007). Women, *Ageing and Health: A Framework for Action: Focus on Gender*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Wong, R., y González, C. (2011). Envejecimiento demográfico en México: consecuencias en la discapacidad. *Coyuntura Demográfica*. 39-42.

Wong, R., González, C., y López, M. (2014). Envejecimiento y población en edades avanzadas. En C. Rabell, *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica. 185-224.

Zamarripa, E., y Cogco, A. (2015). Composición familiar y empleo femenino: Una mirada a las estructuras contemporáneas. En J. Rangel, O. Méndez, y B. Servín. *Reconfiguraciones familiares en el México de hoy: miradas críticas*. San Nicolás de los Garza, Nuevo León: Miguel Ángel Porrúa. 247-270.

Zamarripa, E., Tamez, B., y Ribeiro, M. (2017). Repercusiones del cuidado informal en la vida laboral y personal de las mujeres cuidadoras. *Azarbe Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar.* 6. 47-56.

Zavala, E. (2014). La transición demográfica de 1895 -2010: ¿una transición original? En C. Rabell. *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico.* México: Fondo de la Cultura Económica. 80-114.