

Diagnóstico sobre la situación que viven las mujeres adultas mayores cuidadoras

Meta 1500

Realiza un Diagnóstico situacional en la zona metropolitana de Guadalajara, sobre las mujeres adultas mayores cuidadoras de familiares dentro del hogar, sus implicaciones en el respeto de los Derechos Humanos y su salud física y mental

Julio 2016

Índice

Introducción.....3

Objetivo.....5

Introducción

Metodología.....17

Resultados: hallazgos y observaciones.....19

Conclusiones.....41

Recomendaciones.....47

Bibliografía.....52

La población de Jalisco ha sufrido en las últimas décadas profundas transformaciones que se ven reflejadas en el cambio de la estructura por edad de sus habitantes. Este fenómeno, en el caso de nuestra entidad, está influido entre otros factores por la disminución en la tasa de mortalidad infantil, el aumento en la esperanza de vida, los nuevos patrones de causa de muerte y la disminución en la tasa de fecundidad.

De acuerdo a datos del Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco en el 2015 había en la entidad 548 mil 195 personas mayores de 65 años, las cuales representan el 7% de la población total y de las cuales 297 mil 255 son mujeres y 250 mil 941 son hombres, por este motivo de acuerdo a los criterios de las Naciones Unidas Jalisco está cerca de considerarse una entidad longeva.

Según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el 2020, la población del adulto mayor será de 649 mil personas mayores de 65 años lo que representará el 8% y para el 2030 la población de esta edad será aproximadamente de 911 mil alcanzando un 10% de la población total. Según otros datos de la CONAPO en el año 2010, había 21 adultos mayores por cada 100 jóvenes, 23 en 2013 y para el año 2030 se estima que habrán casi 42 adultos mayores por cada 100 jóvenes, situación que al compararse con el nacional ubica a Jalisco en el lugar 15 en el proceso de envejecimiento poblacional del país.

Si bien el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública, trae consigo un desafío por sus implicaciones para los

sistemas socioeconómicos, como los sistemas de pensiones, los propios sistemas de atención en salud, pero también en las estructuras de parentesco y los hogares y su funcionamiento. Por lo tanto el aumento de población de adultos mayores requiere del desarrollo de programas y estrategias que estén orientados a incrementar la cobertura en seguridad social y al acceso a servicios de salud, entre otros, sin embargo es también de suma importancia el apoyo a los ciudadanos y sus familias para que junto con las instituciones puedan enfrentar todas las implicaciones que acarrea este proceso.

Dentro de los problemas que enfrenta la población de adultos mayores está el aspecto económico, resulta relevante considerar que en la actualidad en nuestra sociedad no se reconoce la contribución que la mayoría de mujeres y hombres de la tercera edad pueden seguir haciendo a la misma, pasando la mayoría a ocupar un lugar en la población económicamente inactiva. La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE 2015) realizada por el INEGI refiere que del total de adultos/as mayores en Jalisco, el 75% no realiza ninguna actividad económica, de los cuales el 62% son mujeres y el 38% hombres. Sólo 25% de la población adulta mayor es económicamente activa y de esta el 26% son mujeres. En este contexto las y los adultos mayores son extremadamente vulnerables a verse afectados negativamente por las crisis económicas y financieras.

Otros datos de la ENOE muestran que solo el 45% de las y los adultos mayores reciben apoyo económico, de los cuales 37% lo reciben de algún programa de gobierno; mientras que más de la mitad de la población adulta equivalente al 45% no recibe ningún tipo de apoyo económico. Además de que es común

que las y los ancianos sean sujetos de abuso en cuestiones económicas sea o no de manera intencional.

Los datos presentados apuntan a que las mujeres son más vulnerables en la población de adultos mayores en lo que a aspectos de independencia económica se refiere, pero además entran en juego factores relacionados con la perspectiva de género que llegan a afectar la calidad de vida en la vejez, uno de ellos es el hecho de que en nuestro contexto social el círculo familiar continua siendo el principal sostén del cuidado de personas que así lo requieren, a pesar de que cada vez es mayor el desarrollo en el área de servicios para el cuidado de la infancia, no siendo así en el caso de personas dependientes, sean adultos mayores o personas con enfermedades incapacitantes.

De acuerdo a la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social 2012 (ELCOS 2012), en el área metropolitana de Guadalajara hay 1 millón 341 personas que necesitan algún tipo de cuidado ya sea por limitación, por enfermedad o por ser menores de 15 años. En este sentido 87 mil 077 personas se dedican al cuidado de personas y 14 mil 672 lo hacen sin ninguna remuneración. Siendo 744 mil 985 las personas que se dedican al cuidado de menores de 15 años de las cuales 554 mil 747 son mujeres y sólo 190 mil 238 hombres.

Como consecuencia de su identidad de género, las mujeres han ido asumiendo prácticamente el trabajo de cuidado a personas independientemente de si participan o no en actividades económicas, a pesar de lo anterior hay algunos casos en los que el involucramiento en el cuidado es de toda la familia tanto mujeres como hombres, sin embargo la ELCOS arroja que entre el 69% y 77% de

quienes proporcionan cuidado al interior de los hogares, son mujeres, principalmente en el cuidado de menores de 5 años.

El hecho de que gran parte del trabajo de cuidado a personas se realice en el ámbito familiar y doméstico lo convierte en un trabajo invisible socialmente. Y como es natural, no se retribuye y frente al trabajo productivo no es generador de derechos sociales. De las mujeres que se dedican al cuidado de menores el mayor porcentaje lo representan las abuelas, con más frecuencia aquellas que no tienen alguna actividad económica. Y si bien, el cuidado en el ámbito familiar y doméstico es generador de grandes beneficios sociales, genera también grandes costes para quienes lo realizan, y, con ello, se convierte en un generador de fuertes discriminaciones hacia las mujeres, trayendo además consecuencias graves para el adulto mayor cuidador, entre ellas deterioro de su estado físico y emocional así como el abuso de sus derechos.

El presente diagnóstico permitirá contar con información sobre la situación que viven en particular las mujeres adultas mayores que se dedican al cuidado de personas en la ZMG, así se podrá generar un conocimiento profundo que al incluir sus principales características y necesidades permitirá al **IJM** trabajar en el diseño y la implementación de estrategias que tengan como objetivo el asegurar el apoyo a estas mujeres garantizando sus derechos humanos, a la no discriminación y a una vida libre de violencia.

Objetivos

General

Realizar un diagnóstico situacional en la Zona Metropolitana de Guadalajara, sobre las mujeres adultas mayores cuidadoras de familiares dentro del hogar, sus implicaciones en el respeto de los derechos humanos y su salud física y mental, mediante la aplicación de herramientas cuantitativas con la finalidad obtener información que ayude a la toma de decisiones para la implementación de acciones afirmativas que promuevan la igualdad y el respeto de los derechos humanos de las mujeres adultas mayores cuidadoras de familiares.

Específicos

- Reconocer la condición y situación que viven las mujeres adultas mayores cuidadoras de familiares.
- Conocer si se respetan los derechos humanos y cuál es la condición física y mental de las mujeres adultas mayores cuidadoras.
- Contar con elementos cuantitativos y cualitativos que ayuden a impulsar acciones en beneficio de las mujeres adultas mayores cuidadoras.

Marco Conceptual

Es importante reconocer la relevancia para la sociedad del hecho de que una persona brinde cuidados a otra, Janet Finch en su libro "Obligaciones familiares y el cambio social", exponía que los cuidados a terceros, que forman parte de todas aquellas actividades que tienen como objetivo proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas, implican tareas de gran importancia social, considerable valor económico e implicaciones políticas notables (Finch, 1989).

Un aspecto muy significativo de esta importancia es la relevancia de los cuidados domésticos, donde diversas investigaciones Durán (1999), Rodríguez Cabrero (1999), y Maravall (2003), han demostrado de una forma clara y contundente que el cuidado de las personas dependientes se ha delegado y se sigue delegando socialmente en las familias, principalmente a las mujeres, y en determinados casos afectando más a las mujeres adultas; apoyándose en una caracterización social diferente de los trabajos realizados por hombres y mujeres y en una separación cultural de lo racional que queda ligado a los hombres, y lo emocional, asociado a las mujeres.

La antropóloga mexicana Marcela Lagarde en su artículo Mujeres Cuidadoras entre la obligación y la satisfacción (2003), explica cómo cultural y socialmente la mujer por el rol tradicional de género que ha venido desempeñando a lo largo de los años es por excelencia cuidadora, asignándosele esta capacidad como una cualidad natural por ser mujer.

“Así, son las mujeres quienes cuidan vitalmente a los otros (hombres, familias, hijas e hijos, parientes, comunidades, escolares, pacientes, personas enfermas y con necesidades especiales...)”

Resulta relevante para la realización del presente diagnóstico entender el hecho de que las actividades de cuidado que llevan al desarrollo de esta virtud de las mujeres resultan altamente satisfactorias. Lagarde refiere que el origen de esta complacencia tiene fundamento en la cultura patriarcal:

“La cultura patriarcal que construye el sincretismo de género fomenta en las mujeres la satisfacción del deber de cuidar, convertido en deber ser ahistórico natural de las mujeres y, por tanto, deseo propio”.

Sin embargo las transformaciones del siglo XX reforzaron para millones de mujeres un sincretismo de género: cuidar a los otros a la manera tradicional y, a la vez, lograr su desarrollo individual para formar parte del mundo moderno, a través del éxito y la competencia. El resultado son millones de mujeres tradicionales-modernas a la vez. Mujeres atrapadas en una relación inequitativa entre cuidar y desarrollarse, con deseos contradictorios”

Otro concepto clave al referirnos a las mujeres cuidadoras, sin excepción de las mujeres adultas mayores, es el descuido, el descuido resulta la mayoría de las ocasiones una condición para lograr el cuidado. Lagarde argumenta que al ser cuidadoras “el uso del tiempo principal de las mujeres, de sus mejores energías vitales, sean afectivas, eróticas, intelectuales o espirituales... e incluso... la inversión de sus bienes y recursos... tienen como principales destinatarios... a otros”. “Por eso, las mujeres desarrollan una subjetividad alerta

a las necesidades de los otros, de ahí la famosa solidaridad femenina y la abnegación y sacrificio relativo de las mujeres". Lo anterior en el caso de las mujeres adultas mayores puede implicar sin duda graves repercusiones en su estado de salud físico y emocional.

La Dra. Esteban Galarza, de la Universidad del País Vasco en su artículo Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales (2003), expone que "El cuidado no representa lo mismo en todos los casos". Es distinto, emocional y vitalmente, el cuidado de la infancia y de la adolescencia o el cuidado de una persona anciana, que enfrenta a la finitud de la vida. Como diferente es cuidar a una persona anciana sana que se vale por sí misma o a otra que depende absolutamente de las demás personas, contar con recursos materiales y/o humanos o carecer de ambos"

Centrando la atención en las mujeres adultas mayores, que toda su vida como mujeres se desarrollaron y vivieron bajo el paradigma del cuidado femenino y maternal, al llegar a ser abuelas estas características claramente no desaparecen sino que se exacerban y encuentran un fin en el cuidado de las y los nietos.

En el 2001 el psicólogo español Antonio Gujjarro, describió lo que define como el síndrome de la abuela esclava, que es una enfermedad calificada como grave, que afecta a las mujeres adultas mayores sometidas a una sobrecarga física y emocional, que origina progresivos desequilibrios tanto somáticos como psicológicos. Este es un fenómeno frecuente en la sociedad y su gravedad radica en el gran deterioro de la calidad de vida de la mujer afectada y de su entorno familiar.

El origen de este síndrome está en el rol de género de la mujer, entendiendo según Guijarro, que se trata de una mujer con responsabilidades de ama de casa asumidas con agrado, que se hicieron abuelas y también con agrado asumen el cuidado de los nietos y nietas como si volvieran a ser madres pero con un carácter aún más placentero, gratificante y cariñoso. Esta actividad de cuidadora se empieza a volver un problema cuando las cargas, el estrés familiar y las necesidades de los menores al cuidado se multiplican, multiplicándose también las responsabilidades de las cuidadoras, cuyas capacidades se ven cada vez más mermadas por la edad.

Llega un momento en que las capacidades y la voluntad de la abuela no son suficientes para cumplir con las tareas que desde hace años está desempeñando. Pero no renuncia a ellas, lo que produce un desequilibrio y si no se pone un oportuno remedio se genera el síndrome de la abuela esclava. En ocasiones la comprensión y expresión de estos sucesos es complicada para la abuela, generándose en ella sentimientos de culpa relacionados a la disminución de sus capacidades y sentimientos de temor a perder drásticamente el contacto con los nietos que resulta gratificante.

El abuso del rol de abuela está generando situaciones donde el maltrato hacia estas tiene cabida, este abuso está reconocido por O.M.S como otro tipo del maltrato hacia la mujer.

En uno de los mensajes del secretario general de la ONU con motivo del día mundial de toma de conciencia del abuso y maltrato en la vejez se destaca que las formas de definir, detectar y resolver el maltrato de las y los ancianos

tienen que enmarcarse en el contexto cultural y considerarse junto con los factores de riesgo que tienen una especificidad cultural.

Según la ONU el maltrato a los ancianos se puede definir como “un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza”.

Dicho maltrato puede adoptar diversas formas, como el maltrato físico, psíquico, emocional o sexual, y el abuso de confianza en cuestiones económicas. También puede ser el resultado de la negligencia, sea esta intencional o no. La Organización Mundial de la Salud estima que en algunos países hasta un 10% de las personas adultas mayores pueden verse afectadas. Además hay que resaltar que las mujeres sufren discriminación por razón de su edad y por razón de género y por lo tanto son más vulnerables que los hombres.

A pesar de que los distintos estudios realizados no dejan lugar a dudas sobre el papel fundamental de las mujeres en el cuidado de otros, Esteban Galarza asegura que se trata de una responsabilidad que no está bien visibilizada y reconocida socialmente, debido fundamentalmente a tres factores, citando a Dolors Comas: 1) el hecho de que sea la familia la principal institución donde se llevan a cabo los cuidados, quedando asociadas estas funciones al ámbito de “lo privado”; 2) a su difícil catalogación como trabajo, por el componente afectivo y su elevado contenido moral, no reconociéndose que son actividades que suponen tiempo y dedicación y 3) a la fuerte naturalización que sufren, y el hecho de ser las mujeres quienes las realizan, de forma que se piensa que las mujeres por el hecho de serlo poseen naturalmente esos saberes y habilidades,

cuando la unión entre mujer, cuidado y familia, es consecuencia directa de la división sexual del trabajo, consecuencia a su vez de un determinado sistema de género.

Ante este panorama resulta necesario contar con datos que permitan conocer y comprender la situación que viven las mujeres cuidadoras en la ZMG, entender qué aspectos de los hallazgos de las investigaciones que hasta ahora se han realizado sobre el tema, son coincidentes con la experiencia de vida de este segmento de la población en nuestra ciudad y cuáles no, con el objetivo de que al diseñar estrategias de intervención estén sean creadas a la medida de los requerimientos específicos de estas mujeres en la ZMG.

Metodología

La población objetivo fue mujeres adultas mayores, que realizan actividades de cuidado de familiares dentro del hogar, residentes de la zona metropolitana de Guadalajara que comprende los municipios de Guadalajara, Zapopan, El Salto, San Pedro Tlaquepaque, Tonalá y Tlajomulco de Zúñiga.

Para la elaboración del Diagnóstico se realizó una investigación de tipo cuantitativo, a través de una encuesta en vivienda. El tamaño de muestra fue de 400 entrevistas cara a cara en viviendas ubicadas en la zona de estudio.

El diseño de la muestra contempló un esquema de selección probabilística polietápica con base en el marco geoestadístico del INEGI. En una primera etapa se hizo la selección de las AGEBs PPT (Probabilidad proporcional al tamaño); en la segunda etapa fueron seleccionadas de manera aleatoria 2 manzanas por AGEB y en una tercera se llevó a cabo un recorrido aplicando los filtros hasta encontrar una persona que cumpliera con las características de la población requerida en este estudio.

Si en la manzana seleccionada no se cubría la cuota, se definió un criterio para agregar manzanas dentro de la AGEB para completarla. Asimismo, si en la AGEB no se alcanzaba a cubrir la cuota, se realizó la selección aleatoria de otra AGEB hasta completar la muestra requerida.

Bajo un modelo de muestreo aleatorio simple, las estimaciones globales alcanzan un nivel de precisión de al menos $\pm 5\%$; a un nivel de confianza del 95%.

El levantamiento de la información se realizó del 13 al 20 de julio de 2016.

PERFIL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS.

- De las 400 mujeres entrevistadas que tienen a su cuidado a otra u otras personas en la ZMG, cerca de la mitad 47% tiene entre 50 y 59 años. Mientras que el 31% tiene entre 60 y 69 años y sólo el 22% de mujeres de 70 o más años realiza alguna actividad de cuidado de otra persona. Este hallazgo es relevante ya que las tareas de cuidado no se concentran exclusivamente en el rango de edad que es considerada una persona adulta mayor, sino que baja siendo significativa su frecuencia en mujeres desde los 50 años.
- La mayoría de estas mujeres cuidadoras cuenta con escolaridad básica principalmente primaria el 44%. Sólo el 10% cuenta con licenciatura, y un 10% no tiene estudios.
- Respecto al nivel socioeconómico, se encontró que las actividades de cuidado se concentran en los estratos sociales bajos ya que el 68% de las entrevistadas pertenece a nivel bajo (D+, D/E). El 24% son de nivel medio, medio bajo y sólo el 8% de quienes se dedican a cuidar a otra persona corresponde a un nivel medio alto y alto (A/B, C+). Se encuentra entonces que el tema de que los cuidados a las personas que así lo requieran se realice en casa por parte de una mujer de la familia está estrechamente ligado al aspecto del poder adquisitivo de las mismas familias. Es probable que familias con ingresos económicos mayores puedan contratar los servicios de cuidado particulares, tanto si se trata de guarderías y residencias como de la contratación de cuidadores(as) profesionales; en cambio, las clases sociales más bajas no lo pueden hacer y la familia asume los cuidados.

APARTADO I. PERSONAS A LAS QUE LAS MUJERES CUIDAN

Como se ha expuesto anteriormente en nuestra estructura social es común que los cuidados de personas que así lo requieren estén a cargo de la familia, principalmente de las mujeres, pero ¿a quiénes cuidan estas mujeres? y ¿en qué consisten esos cuidados? En este apartado se profundiza en la población a quien estos cuidados son dirigidos, encontrándose que las mujeres cuidadoras tienen a su cargo en promedio a 2 personas (el 41% se encarga de una persona, mientras que el 31% de dos), sólo el 16% cuida a tres personas y el 12% a más de tres.

La mayoría de las mujeres cuidadoras en la ZMG se hacen cargo principalmente de sus nietas y nietos, siendo el 75% de las entrevistadas las que realizan esta actividad.

En menor medida un 10% de las mujeres cuidan a sus propios hijos, otro 10% a sus padres y un 10% al esposo. Otros parentescos se mencionan con menor frecuencia como sobrinos, hermanos u otros.

Lo anterior significa que la delegación del cuidado de los hijos en otra mujer de la familia, que suele ser la abuela, es una estrategia de compatibilización familia-empleo muy utilizada en la ZMG.

Del 75% de mujeres que cuida a sus nietas y nietos, la mayoría el 80% no lo hace de forma ocasional, sino de manera permanente. Específicamente el 78% los cuida 5 días a la semana y el 42% lo hace también los fines de semana. Solo el 10% lo hace dos días a la semana y el 5% un día.

Estas formas de delegar el cuidado de los hijos a las abuelas tienen implicaciones relevantes en su persona y su vida cotidiana, cuando el cuidado es ocasional es decir se deja a los hijos de forma muy puntual, esta situación no genera grandes problemas. Pero si el cuidado es permanente o sistemático la abuela es la principal responsable de las y los nietos y esta situación puede llegar a generar niveles de estrés y sobrecarga.

Del 75% de mujeres que cuida a sus nietas y nietos, le dedican a esta actividad un promedio de 12 horas al día entre semana y 13 horas el fin de semana, por lo que la carga de tiempo de quienes realizan el cuidado los fines de semana es mayor.

En el caso de quienes cuidan a sus hijas e hijos, padres y esposo es una actividad de tiempo completo, situación realmente demandante. Comas, define este tipo de cuidados como la necesidad de cuidados de larga duración que se concentra especialmente entre las personas ancianas, o con enfermedades incapacitantes.

Los periodos de atención en el hogar a personas que requieren de cuidados tienden a ser largos, 6 años es el promedio que las abuelas entrevistadas tienen cuidando a sus nietas y nietos. Mientras que las mujeres que cuidan a sus padres y esposos lo hacen en promedio desde hace 8 años y 6 años respectivamente.

Las principales actividades que realizan las abuelas que cuidan a sus nietas y nietos son, el 84% asistencia para el vestido, aseo y alimentación, y el 65% apoyo afectivo, entretenimiento y vigilancia.

Seguidas de actividades como llevar y recoger a la escuela el 33%, asistencia para tareas en el hogar, preparar comida, hacer compras, pagos etc. el 26% y ayudar con las tareas escolares el 25%.

En el caso de las mujeres cuidadoras de sus hijos las principales tareas que realizan son asistencia para el aseo, vestido y alimentación el 90% y atención a la enfermedad el 60%, siendo porcentajes similares entre quienes cuidan a sus padres y esposos. Lo que refiere que las personas a cargo tienen un grado significativo de dependencia de los cuidadores.

Si bien en la ZMG se han registrado avances en la institucionalización de ciertos cuidados principalmente infantiles con la oferta de guarderías para las mujeres trabajadoras, no se puede decir lo mismo al respecto de espacios públicos destinados para el cuidado de personas que sufren algún tipo de discapacidad, enfermedad incapacitante o personas adultas mayores dependientes.

Respecto a si las mujeres cuidadoras reciben algún tipo de ayuda para realizar esta actividad, la mayoría el 65%, no reciben ningún tipo de ayuda con los cuidados de las personas que tienen a su cargo. Del 35% que dice recibir algún tipo de apoyo, lo reciben principalmente de sus hijos, el 56%. Solo el 9% recibe ayuda de sus esposos.

Nuestra cultura androcéntrica nos ha enseñado que la mujer es la cuidadora natural. En la mayoría de los casos los hombres asumen el rol de cuidador solo cuando no existe o no está disponible un miembro femenino de la familia. En el

caso de los abuelos tiene otras funciones con los nietos relacionadas más con el ocio, juegos, paseos, etc.

Al hablar de los apoyos que las mujeres requieren para realizar estas actividades de cuidado, el 68% refiere la necesidad de ayuda económica, mientras que solamente el 12% habla de un apoyo para descansar y el 10% apoyo para realizar las tareas domésticas. Incluso 22% de las entrevistadas dice no requerir algún tipo de apoyo para realizar su actividad de cuidado.

La necesidad de apoyo económico puede indicar que estas mujeres atraviesan por estados de estrés y preocupación, dejando de lado las necesidades relacionadas con su bienestar personal.

Las razones más mencionadas por las que cuidan de las personas que están a su cargo son: por iniciativa propia con 49%, el 47% refiere que era la única persona que podía hacerse cargo, un 12% mencionó también que lo hace por que la persona se lo pidió y un 10% dice que fue por decisión familiar.

En este sentido Dolors Comas (2015) propone analizar críticamente el cuidado, de manera que se pueda comprender la relación que guarda con el concepto de responsabilidad en la vida de las mujeres.

Según la antropóloga la Dra. Del Valle Murga, basada en las reflexiones de Comas, la responsabilidad del cuidado no se improvisa sino que se requieren pasos previos que tienen que ver con la asignación de roles y especialmente de su intercambiabilidad. Cuando los roles son fijos es difícil iniciar cambios precisamente en los momentos más difíciles, es decir, cuando surgen problemas

vinculados a la enfermedad y especialmente al deterioro que origina la edad como puede ser el caso de los padres o la pareja sentimental. Es más fácil un cuidado dependiente del placer por acompañar a una persona que aquel que se deriva de la obligatoriedad.

La responsabilidad se deriva de la aceptación de los derechos y obligaciones que conllevan los roles. Así vemos que hay personas que han tenido muy claro que sus roles de hijos/hijas les llevaba más tarde a asumir tareas de cuidado con sus padres. De los roles de madre y padre también se derivan con claridad responsabilidades. En ello juega un papel muy importante la definición social de los roles y por ello las expectativas definidas en cada sociedad.

Con frecuencia se escucha decir que la familia - sociedad define "a quién le toca el cuidado" como es el caso del 47% de entrevistadas que refieren que eran la única persona que podía hacerse cargo, o el 10% que se hizo cargo por decisión familiar, aunque está en la disposición de cada persona el responder a ello o no. En esa respuesta también existen diferencias entre las expectativas sociales y las personas. Y también las discrepancias se dan más entre las mujeres que entre los hombres en relación a la asignación de "a quién le toca". Habrá que preguntarse qué tanto la mitad de las mujeres entrevistadas en la ZMG que dicen cuidar a las personas a su cargo por iniciativa propia, no están respondiendo condicionadamente ante las expectativas sociales y la naturalidad del rol de abuelas, hijas y/o esposas.

Por ejemplo cuando un hombre asume tareas de cuidado que la sociedad no consideraba que "le tocaban a él" tiene un mayor reconocimiento mientras que

en el caso de la mujer que asume dichas tareas se considera que lo único que hace es responder a aquello que ya se esperaba de ella.

En la actualidad cuando una mujer reclama cambios respecto a las tareas, dedicación, grado de obligatoriedad que le corresponde, es porque ha habido ya toda una reflexión que ha llevado a cabo respecto a sus responsabilidades y porque en muchos casos ha decidido enfrentarse a las expectativas sociales.

APARTADO II. CAPACITACIÓN PARA SER CUIDADORA

La mayoría, el 97%, de las mujeres que se dedican al cuidado de otra persona o personas, no ha recibido algún tipo de capacitación o curso para ser cuidadora. Con frecuencia se naturalizan las habilidades y cualidades que poseen las mujeres como si fueran innatas, en vez de verlas fruto de la socialización y del peso del mandato cultural que asigna tareas diferenciadas a mujeres y a hombres.

Las habilidades y conocimientos específicos que estas mujeres emplean para llevar a cabo las actividades de cuidado, sobre todo aquellos relacionados con la atención de enfermos, son adquiridos empíricamente, por experiencias personales. Sólo 3% de mujeres cuidadoras en la ZMG cuentan con algún tipo de capacitación y esta está relacionada básicamente con la atención a personas que padecen alguna enfermedad principalmente cuidados especiales, rehabilitación, diálisis, entre otras del tipo.

Del total de las mujeres cuidadoras entrevistadas la mayoría el 82% no cuenta con algún tipo de formación dirigida al cuidado y atención de personas adultas

mayores. El 30% cuenta con conocimientos de primeros auxilios, principalmente las que tienen un nivel socioeconómico más alto.

Como se señaló anteriormente muchos de los vínculos que se expresan en el cuidado tienen que ver con la obligatoriedad proveniente de los lazos de parentesco y también de la consanguinidad. Sin embargo el peso de la obligación también se expresa en la valoración del cuidado realizado. Existe una necesidad de reconocimiento al mérito de lo que estas mujeres hacen.

Muchas de las resistencias a cambios en el ejercicio del cuidado dentro de las familias tienen que ver con la falta de reconocimiento del trabajo que las mujeres cuidadoras desempeñan y su valor en el contexto familiar y social más amplio. Como refiere Comas d'Argemir (1993), en nuestra sociedad "las funciones asistenciales sólo resultan visibles cuando no es la familia la que las hace" y por lo tanto carecen de reconocimiento.

En este sentido cabe destacar que el 59% de las mujeres entrevistadas estaría interesada en certificarse en el cuidado y atención a personas adultas mayores en domicilio particular, mostrando mayor interés las mujeres entre 50 y 59 años. Este tipo de certificaciones significarían un paso en la búsqueda de trasladar del ambiente privado – familiar las actividades de cuidado que desempeñan las mujeres a un ambiente con reconocimiento social.

APARTADO III. LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES CUIDADORAS

En este apartado se retoma el tema de la salud mental, profundizando en las emociones y sentimientos que experimentan las mujeres cuidadoras, el análisis

de este tema resulta complejo por el sincretismo del rol de género tradicional al que la mujer se encuentra condicionada y la búsqueda de su realización como ser humano en el siglo XXI.

Las resistencias a objetivar lo que representa el cuidado se deben en parte a que implica un componente afectivo porque se quiere a las personas a las que se cuida y las tareas se dotan de un contenido moral ya que entran dentro de las obligaciones del parentesco. Con base al peso del afecto, la familia sale al paso de las necesidades de mantenimiento y apoyo a lo largo de la vida, como lo refiere Comas (2015).

Los resultados muestran que las actividades de cuidado son por una parte altamente gratificantes para las mujeres que las realizan, se encontró que 9 de cada 10 entrevistadas expresan que cuidar de la persona o personas de las que se hacen cargo las dignifica como ser humano. El 95% expresa satisfacción con su labor de cuidadora y este mismo porcentaje comenta disfrutar de estar con la o las personas que cuida. El 94% considera que las personas que cuidan están muy agradecidos con ellas, el 93% se siente más acompañada. Y el 86% y 84% piensan que el cuidar a la o las personas de las que se hacen cargo llena su vida de energía y las mantiene jóvenes y alegres, respectivamente.

Son innegables las repercusiones positivas que cuidar a alguien puede traerle a una mujer madura y a una adulta mayor, aspectos como la gratitud hacia sus cuidados, la compañía y el cariño que reciben son importantes en las esferas afectivas de su vida, principalmente en el cuidado de las y los nietos, además de que en el caso de las abuelas, principalmente con el cuidado de las y los

nietos, es una forma de seguir sintiéndose útiles, además de que se sienten acompañadas y queridas.

Una abuela feliz es aquella que ayuda a sus hijos y familiares en función de sus capacidades físicas y emocionales, no tiene responsabilidades con sus nietos de forma sistemática y tiene la libertad para decidir qué hacer con su tiempo.

Pese a que las familias han ido cambiando: disminución del número de hijos/hijas, alargamiento de la vida, incorporación de las mujeres al mercado laboral, entre otros cambios, aún persiste el énfasis en la tarea asistencial de la familia. Y son las mujeres las que insertas en el cambio reciben el peso de obligaciones consideradas tradicionales como son: la organización y realización de las tareas domésticas, la socialización, la atención a las personas dependientes, el mantenimiento afectivo, el seguimiento de actividades escolares y extraescolares, el cuidado de personas mayores que cada vez viven más tiempo, etc. Por ello es importante plantear la desproporción que existe entre el aumento de las responsabilidades que recaen sobre la familia y las responsabilidades producto de los cambios que afectan a las y los miembros de las familias, principalmente a las mujeres.

En este sentido toma relevancia el tema de la obligación, ya que el 62% de las mujeres entrevistadas considera que cuidar de la persona que se hace cargo es una obligación moral para ellas, el 66% piensa que ellas son el único apoyo de las personas que cuidan, además de que cerca de la mitad, es decir el 47% opina que no le queda otro remedio que cuidar de esa persona, y el 52% piensa que lo tiene que hacer porque esa o esas personas viven en su casa.



En una situación más extrema 3 de cada 10 mujeres cuidadoras entrevistadas se sienten solas en el proceso de cuidar a la o las personas de las que se hacen cargo y en esa misma proporción se sienten más estresadas desde que cuidan a esa o esas personas. 25% incluso, desean con frecuencia que termine su responsabilidad de cuidado y el 23% considera que cuidar a la persona de la que se hacen cargo resulta para ellas una carga excesiva.

En lo concerniente al tema del cuidado de las y los nietos, hace poco más de 15 años, el psicólogo humanista Antonio Guijarro (2001) describió lo que nombró como el síndrome de la abuela esclava, que es una enfermedad que afecta a mujeres maduras/adultas mayores sometidas a una sobrecarga física y emocional. La descripción que Guijarro hace de estas mujeres es que son mujeres que cuidan a sus nietos de forma sistemática, o bien mujeres que cuidan a familiares comúnmente enfermos también de forma sistemática. Se trata de mujeres que no tienen la libertad para tomar decisiones, no disfrutan de su tiempo libre como ellas quisieran, por cuestiones culturales y familiares se sienten obligadas a asumir demasiadas responsabilidades, y en algunos casos a penas si tienen relaciones sociales y tienen miedo a expresarse por represalias familiares como pérdida de cariño o lejanía de sus familiares.

El 54% de las entrevistadas ha tenido que reducir su tiempo de ocio, 36% dice no tener tiempo para frecuentar a sus amistades y 3 de cada 10 reconoce que se ha descuidado por cuidar a otros. Respecto a su salud aunque se profundizará en este tema en el siguiente apartado, 26% considera que su salud se ha deteriorado y un 16% ha tenido que tomar algún tratamiento antidepresivo, para la ansiedad, etc.

APARTADO IV. LA SALUD FISICA DE LAS MUJERES CUIDADORAS

Existe un consenso generalizado entre diversos investigadores respecto a que la situación de cuidar a una persona constituye una situación estresante. Incluso ha llegado a acuñarse la expresión «síndrome del cuidador» para referirse al conjunto de alteraciones médicas, físicas, psíquicas, psicosomáticas, laborales, familiares que enfrentan los cuidadores no profesionales (Muñoz, Espinosa, Portillo y Benítez, 2002).

El grueso de las cuidadoras entrevistadas considera su estado de salud de regular a bueno, del 46% que lo considera regular son principalmente mujeres de niveles socioeconómicos medio bajos y bajos, mientras que del 41% que piensa que su estado de salud es bueno se concentran en un nivel medio, medio alto y alto.

Al consultar el padecimiento de alguna enfermedad se encontró que el 34% no reporta algún padecimiento, siendo principalmente mujeres entre 50 y 59 años quienes dan esta respuesta. Mientras que un 33% sufre de hipertensión, en su mayoría mujeres de 70 años o más, 24% tiene diabetes y con menor frecuencia se mencionan otras enfermedades como problemas digestivos, osteoporosis, depresión, problemas de la vista, problemas de circulación y artritis.

Llama la atención que la depresión, aunque no sea con un porcentaje significativo, 5%, ocupe el quinto lugar en mención de enfermedades, además de que junto con los problemas digestivos pueden considerarse como enfermedades con un alto compromiso emocional y psicológico.

Otros estudios realizados en los últimos veinte años permiten afirmar que los cuidadores(as) se ven expuestos a una situación de estrés que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas emocionales, especialmente ansiedad y depresión (Fernández-Hermida, Fernández-Sandonis y Fernández-Menéndez, 1990; Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995; Crespo, López y Zarit, 2005; Ory, Yee, Tennstedt y Schulz, 2000).

Del 66% de entrevistadas que padece alguna enfermedad, el 83% toma medicina o algún tratamiento, el 91% toma estos tratamientos de manera permanente y en su mayoría, el 81% acude al médico para llevar un seguimiento y control de su enfermedad.

El 90% de las entrevistadas no tiene ningún tipo de discapacidad física, son muy pocas las que reportan una discapacidad visual o motriz

Al preguntar a estas mujeres si sufren problemas de salud relacionados con sus tareas como cuidadoras, a pesar de que el 70% comenta que no, 3 de cada 10 reconocen que sí, de estas el 70% refiere cansancio, 28% estrés, 15% dolores de espalda, 9% depresión y en menor medida se mencionan algunos otros.

El Síndrome del Cuidador es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. Se considera producido por el estrés continuado en una lucha diaria contra la enfermedad, y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador.

Conforme el tiempo va pasando el cuidador poco a poco: va asumiendo una gran carga física y psíquica, se responsabiliza por completo de la vida del afectado (medicación, visitas médicas, cuidados, higiene, alimentación, etc.), va perdiendo paulatinamente su independencia ya que el enfermo cada vez le absorbe más, se desatiende a sí mismo: no toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades, etc.

El 85% cuenta con servicios médicos, de estos más de la mitad cuenta con seguro, 61% IMSS, 35% Seguro popular, en menor medida se mencionaron otros como ISSSTE y Pensiones.

La mayoría, el 88%, cuando se enferma acude al médico, a la mitad de las entrevistadas cuando se enferman las cuidan sus hijas e hijos, pero 3 de cada 10 comenta que nadie las cuida cuando se enferman, sólo al 18% las cuida su esposo.

APARTADO V. INGRESOS ECONÓMICOS DE LAS MUJERES CUIDADORAS

El 82% de las entrevistadas comenta tener ingresos económicos de manera regular, este dinero viene es brindado principalmente por un familiar, al 39% se lo dan sus hijos, mientras que al 26% su esposo. Por otra parte el 24% recibe una pensión y el 14% cuenta con el apoyo de un programa social. Encontrándose que el 15% es responsable de su propio ingreso ya que todavía trabaja

La mayoría de las entrevistadas realiza el trabajo de cuidado de manera gratuita, es decir el 81% de las mujeres cuidadoras no reciben algún tipo de recompensa económica por cuidar a las personas a su cargo.

Del 19% de mujeres que reciben una ayuda a cambio de su trabajo como cuidadoras, en promedio reciben \$1,622 mensuales, 45% recibe \$1000 o menos, 33% de \$1001 a \$2000 y 21% más de \$2000

El 85% de las mujeres cuidadoras expresan que sus ingresos no son suficientes para cubrir sus necesidades.

APARTADO VI. VIDA SOCIAL

El 55% de las cuidadoras entrevistadas expresan que ningún aspecto de su vida se ha visto alterado debido a sus tareas de cuidado. Mientras que el resto refiere cambios de diversos tipos, el 16% comenta que se ha modificado su situación económica, el 12% su trabajo en el hogar, el 10% su tiempo de ocio y vacaciones, el 8% las relaciones con sus amistades. Otros aspectos son mencionados con menos frecuencia alteraciones en el trabajo fuera de casa, la vida de familia, estrés y cansancio entre otras.

El 71% comenta que cuenta con tiempo libre entre semana, mientras que 3 de cada 10 reconoce no tenerlo. Respecto al fin de semana 83% cuenta con tiempo libre mientras que el 17% no tiene, principalmente porque cuida a otra persona el 54%, porque tiene mucho quehacer en el hogar el 27%, porque cuida al enfermo 16% y porque trabaja un 9%.

El 66% piensa que el tiempo libre que tiene es el que necesita, 26% considera que es menos del tiempo libre que necesita y solo 8% expresa que es más del tiempo libre que necesita. A 3 de cada 10 mujeres cuidadoras de 50 a 59 años les gustaría tener más tiempo libre.

Con relación del tiempo libre se encontró que el 64% de las mujeres entrevistadas recientemente no ha realizado algún tipo de actividad física. El 42% visitó amigos o familiares, 38% salió a pasear, 37% leyó un libro y 10% jugó un juego de mesa. Las actividades que realizan con mayor frecuencia son ver televisión el 89%, escuchar música el 69% y llamar por teléfono a familiares y amigos también un 69%.

Hablando de la satisfacción en diferentes aspectos de la vida de estas mujeres, el aspecto en el que sienten más regocijo es su vida familiar, aspecto que obtuvo una calificación promedio de 8.8 en una escala de satisfacción del 1 al 10, seguido de su vida afectiva con 8.6, su colonia con 8.3, su vivienda con 8. Aspectos como su vida social y su apariencia obtienen una calificación promedio en la misma escala, de 7.9, su salud 7.8 y con el aspecto que se encuentran menos satisfechas es su situación económica aspecto que califican con 6.

Mientras que 6 de cada 10 mujeres entrevistadas se sienten muy contentas con la persona que son al día de hoy, 32% se siente algo contenta y 7% poco contenta. Cabe señalar que 8 de cada 10 mujeres de nivel socioeconómico medio alto y alto se sienten muy contentas con su vida al día de hoy, mientras que solo 5 de cada 10 mujeres de nivel socioeconómico bajo piensa igual.

Respecto al uso de redes sociales el 85% de las entrevistadas no utiliza alguna red de este tipo para mantenerse en contacto y expresar o recibir opiniones. Del 15% que si las utiliza usan principalmente Whatsapp el 86% y Facebook 54%, con pocas las que usan Youtube y Twitter el 8% y 3% respectivamente. Este tipo

de redes son más usadas por mujeres de niveles socioeconómicos medios, medios altos y altos, entre 50 y 59 años.

APARTADO VII. DERECHOS HUMANOS

Poco más de la mitad de las mujeres entrevistadas, 56%, opina que los derechos humanos de las y los adultos mayores no se respetan en México. El 73% de las mujeres entrevistadas de nivel socioeconómico medio alto y alto tienen esta opinión, al igual que el 65% de las mujeres de nivel medio. Mientras que la mitad y poco más de la mitad de mujeres de niveles medios bajos y bajos comparten esta opinión. Esto apunta a que a menor nivel socioeconómico hay menor conocimiento de los derechos humanos de las y los adultos mayores y aunque esta población puede intuir ciertas violaciones, algunas de estas acciones pueden interpretarse como comunes y no reconocerse como una violación a un derecho.

Respecto al estado de Jalisco, el 38% piensa que los derechos de las y los adultos mayores se respetan menos que en el resto del país, mientras que el 28% opina que se respetan igual que en el resto del país y solo un 18% cree que se respetan más, el resto dice no saber si se respetan.

Solo una de cada diez entrevistadas piensa que el gobierno garantiza por mucho que los derechos de las y los adultos mayores sean respetados, la misma proporción opina que el gobierno no garantiza nada su cumplimiento. Dejando de lado los extremos, la mayoría expresa que el gobierno trabaja para garantizar el cumplimiento de estos derechos, este trabajo es considerado poco por el 31% y el 41% piensa que el gobierno trabaja "algo". Es decir, la población entrevistada en su mayoría considera que el gobierno no está



garantizando como debería el respeto a los derechos humanos de las y los adultos mayores.

En una sociedad como la nuestra que valora a las personas desde una perspectiva utilitaria las y los adultos mayores suelen ser relegados a un segundo plano sin consideración de sus aportaciones a la sociedad. Por ello es frecuente que sufran maltrato, negación de servicios, restricción de oportunidades y otros tratos discriminatorios que ensombrecen una etapa de la vida que debería ser plena y fructífera.

El 78% de las entrevistadas considera que para garantizar una vejez digna a este sector de la sociedad, el gobierno debería implementar más apoyos económicos; el 43% opina que debería implementar apoyos para la atención médica, mientras que el 25% piensa que se debe apostar a generar oportunidades de empleo. En menor medida un 15% menciona la promulgación de leyes para la protección de este sector de la población, 13% apoyo a transporte, solo el 9% asilos y 4% espacios de esparcimiento seguros.

Las acciones requeridas se centran en la atención de necesidades básicas como la salud y aspectos relacionados con solvencia económica para cubrir servicios básicos para el hogar y alimentación. Dejando en segundo plano aspectos relacionados con la autonomía para generar su propio sustento, la recreación personal y opciones alternativas de cuidados profesionales.

Con relación al trato que reciben las y los adultos mayores, es común que el maltrato hacia la población adulta mayor pase casi inadvertido, hasta hace poco, este grave problema social se ocultaba a la vista pública y se

consideraba como un asunto esencialmente privado, incluso hoy en día, el maltrato de los ancianos sigue siendo un tema tabú, por lo común subestimado y desatendido por la sociedad. Sin embargo, cada día hay más indicios de que el maltrato de los ancianos es un importante problema de salud pública y para este diagnóstico se profundizó en aspectos en los que se considera se llegan a violar los derechos de este sector de la población.

Se inició con el tema del lenguaje, su relevancia es dada a que la palabra es una representación simbólica, es decir la forma en la que se denomina a alguien hace referencia directa a la percepción y representación que se tiene del nombrado, en este caso las personas adultas mayores. Y yendo más allá, el uso de este lenguaje perpetúa y replica dicha percepción. Así encontramos que el 64% de las entrevistadas expresan que la palabra que las personas usan de manera más frecuente para referirse a las y los adultos mayores es vieja/o; el 34% menciona anciana/o, el 27% ruca/o, el 18% doña/don, 13% abuela/o, además de que uno de cada diez menciona la palabra vejestorio, y en menor frecuencia se mencionan términos más despectivos como estorbo, veterana/o y chocha/o.

Palabras como vieja/o, anciana/o, ruca/o, vejestorio, decrepito, tienen una connotación altamente despectiva relacionada con "inutilidad", las entrevistadas consideran que este tipo de palabras no deberían utilizarse para referirse a las y los adultos mayores. El 36% opina que no debería utilizarse la palabra vieja/o, 25% ruca/o, 10% anciana/o, 8% vejestorio, 6% estorbo y en menor medida decrepito, abuela/o, viejita/o y viejilla/o.



La mayoría de las entrevistadas preferiría otras palabras para dirigirse a ellas, 67% prefiere que utilicen la palabra señora, en menor medida se menciona también: 8% abuela, 7% doña, 6% por su nombre, 5% adulta mayor, 3% persona de la tercera edad, solo 1% anciana y el resto se desagrega en otras formas mencionadas con muy poca frecuencia.

Una forma de violar los derechos humanos de las personas adultas mayores, es ejerciendo algún tipo de maltrato. La ONU define el maltrato de las y los adultos mayores como «un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza». Puede adoptar diversas formas, como el maltrato físico, psíquico, emocional o sexual, y el abuso de confianza en cuestiones económicas. También puede ser el resultado de la negligencia, sea esta intencional o no.

Se describió a las entrevistadas algunas situaciones consideradas como maltrato, con la intención de conocer si han sido objeto de este tipo de agravios; encontrándose que el 14% reporta que alguna persona o familiar le ha gritado, en gran parte de los casos esta acción es de parte de sus hijos/as, en 23% de los casos; de vecinos el 21% o de su pareja el 18%. Por otra parte, el 12% expresa haber sido objeto de insultos u ofensas principalmente por parte de vecinos e 25%; hijos/as 18% y conocidos 12%. Además de que el 10% señala que ha sido de alguna manera humillada, principalmente por sus vecinos el 31%, y por la pareja e hijos/as en la misma proporción, 21% respectivamente.

Tradicionalmente el maltrato a este sector de la población se percibía que predominaba en el ámbito privado, sin embargo en el ambiente público se

encontró que los vecinos tienen de manera frecuente actitudes y acciones de maltrato con personas adultas mayores. Y dentro las familias son los hijos/as y la pareja los principales responsables de infligir algún tipo de maltrato a este segmento de la población.

En menor medida las entrevistadas reportan otro tipo de acciones consideradas como maltrato, al 4.8% le han prohibido cosas, principalmente sus hijos/as en 47% de los casos, el 4% ha sufrido de amenazas principalmente de sus vecinos en 38% de los casos; y de manera más grave el 3.5% ha sido víctima de agresiones físicas principalmente por parte de hijos/as el 29% de los casos y vecinos, en la misma proporción.

A pesar de que es común que las mujeres adultas mayores sufran discriminación por razón de su edad y por razón de género. Al preguntar directamente a las mujeres si alguna vez han sufrido maltrato por diferentes características de su persona como su sexo, edad o aspecto físico, la mayoría expresa que no. Sólo el 5% se ha sentido discriminada por su físico, el 4% por su edad, el 3% por sus creencias religiosas, el 2% por tener algún impedimento físico y 1% por ser mujer.

Conclusiones

No tener en cuenta la importancia de las actividades de cuidado como sociedad, implica exacerbar las desigualdades de género y por tanto restar a las mujeres derechos, así como no tener en cuenta el principio de la reciprocidad generacional hace que las personas que requieren apoyo y asistencia sean tratadas como meros objetos de cuidado que generan problemas y gastos, y no como ciudadanos.

Con este diagnóstico se confirma que las actividades generadas por las necesidades de los cuidados de una persona están fuertemente feminizadas y cuando se trata de realizar estos cuidados de forma no remunerada en el hogar son las mujeres quienes los ejercen predominantemente. Nada de esto es explícito, sino que se trata de situaciones asentadas en la naturalización de este tipo de trabajo asignado a las mujeres, y por lo tanto de esta misma forma es aceptado por ellas.

Esto se ve reflejado al encontrar que la población de mujeres cuidadoras en la ZMG se divide claramente en dos segmentos, cuyas demandas y requerimientos de actividades de cuidado son diferentes y por lo tanto también les traen consecuencias y repercusiones distintas en las diversas áreas de sus vidas. Por un lado están las mujeres que cuidan menores de edad, principalmente abuelas que cuidan de sus nietos(as), conformando estas la mayor parte de la población de cuidadoras entrevistadas, por otro lado y en



menor proporción están las mujeres que cuidan a personas adultas mayores o bien personas que padecen alguna enfermedad incapacitante y altamente dependiente, que son con mayor frecuencia padres, hijos o pareja.

Se encontró que las actividades de cuidado no son exclusivas de mujeres en el rango de edad en el que una persona es considerada adulta mayor, sino que esta actividad es alta en mujeres de entre 50 y 59 años.

Las actividades de cuidado son por una parte altamente gratificantes para las mujeres que las realizan, ya que nueve de cada diez entrevistadas expresan que cuidar de la persona de la que se hacen cargo las dignifica como ser humano, expresan satisfacción con su labor de cuidadora y disfrutan de estar con la o las personas que cuida. Además de que se sienten más acompañadas y sienten que cuidar a las personas de las que se hacen cargo llena su vida de energía y las mantiene jóvenes y alegres. Hay que entender que el lazo afectivo que une a las mujeres cuidadoras con las personas que cuidan es un factor para que esta actividad sea aceptada con agrado.

Sin embargo uno de los aspectos más relevantes en el grado de afectación en las diferentes esferas de la vida de una mujer cuidadora es cuando el hecho de cuidar o hacerse cargo de alguien se vuelve una responsabilidad. Para que esto suceda además de las implicaciones culturales y sociales relativas al género a las que se han hecho referencia en el presente diagnóstico, la frecuencia con que se realizan las actividades de cuidado juega un papel fundamental. Es decir mientras la mujer cuidadora le dedique más días a la semana y más horas diarias al cuidado, la probabilidad de sufrir afectaciones en su vida es mayor. En este sentido se encontró que en la ZMG, ocho de cada

diez de las mujeres entrevistadas que cuidan a sus nietos lo hacen de manera permanente en su mayoría los cinco días a la semana, y cuatro de cada diez lo hacen también los fines de semana. El caso es más preocupante en el segmento de cuidadoras de personas enfermas o adultas mayores, que es una actividad de tiempo completo, todos los días de la semana. Esto ubica a estas mujeres en un nivel alto de vulnerabilidad de padecer afectaciones en las diferentes esferas de su vida, social, salud física y salud mental.

Si bien es innegable que se presentan consecuencias positivas en la esfera afectiva de la vida de las mujeres que desempeñan actividades de cuidado, aunado el condicionamiento de reconocimiento socio cultural al desempeñar estas actividades; el problema se presenta cuando la situación va demandando cada vez más tareas y responsabilidades que rebasan las fuerzas físicas y otro tipo de capacidades incluyendo respuestas emocionales de las cuidadoras. En la ZMG siete de cada diez mujeres entrevistadas refiere cansancio, tres de cada diez reportan estrés y una de cada diez ha llegado a la depresión. Llama enormemente la atención que la depresión aunque no sea con un porcentaje significativo, ocupe el quinto lugar en mención de enfermedades que padecen las cuidadoras.

A pesar de lo anterior la mitad de las entrevistadas expresan que ningún aspecto de su vida se ha visto alterado debido a sus tareas de cuidado, aunque tres de cada diez reconoce no tener tiempo libre entre semana y una de cada diez tampoco los fines de semana, principalmente porque cerca de la mitad de quienes lo reportan así tiene que cuidar de otra persona, o bien porque tienen mucho que hacer en el hogar.



Otro aspecto significativo detectado es el relacionado con la situación económica que viven estas mujeres, seis de cada diez entrevistadas refieren que el apoyo que requieren para realizar las actividades de cuidado es principalmente económico, esto toma sentido si se tiene en cuenta que algunas de estas mujeres le dedican prácticamente todo el día al cuidado de las personas que están a su cargo, por lo tanto y aunado a su edad, tienen pocas probabilidades de tener ingresos a través de un empleo formal, realizando entonces trabajos marginales, sobre todo si se tiene en cuenta que siete de cada diez de las entrevistadas son de un nivel socioeconómico bajo. A pesar de que la mayoría refiere tener ingresos económicos de manera regular solo dos de cada diez recibe algún tipo de recompensa económica por sus actividades de cuidado, y la mayoría consideran que los ingresos que tienen no son suficientes para cubrir sus necesidades.

En el tema del respeto a los derechos humanos de las personas adultas mayores, la población entrevistada considera que el gobierno no está garantizando como debería el cumplimiento de estos derechos, ocho de cada diez de las entrevistadas considera que para asegurar una vejez digna el gobierno debería implementar más apoyos económicos y en menor medida se menciona implementar apoyos para la atención médica y generar oportunidades de empleo.

Centrando el tema de los derechos humanos en el maltrato, se encontró que una de las formas más frecuentes en que esta población lo padece son gritos, insultos, ofensas y humillaciones, ya que una de cada diez entrevistadas reportó haber vivido una situación de este tipo. Estos maltratos los reciben principalmente en primer lugar por parte de sus hijos(as), pero llama

fuertemente la atención que se menciona con una frecuencia significativa a los vecinos, este aspecto es preocupante ya que evidencía que la violencia está pasando de la privacidad de las familias a espacios de carácter público, o bien haciéndose más evidente.

Por otra parte, la manera en la que una sociedad emplea el lenguaje permite conocer la forma en que los ciudadanos conceptualizan, en el caso que aquí nos compete, a otros ciudadanos que forman parte de segmentos específicos de la misma, concretamente las y los adultos mayores. La mayoría de las entrevistadas identifica que las personas se refieren a una persona adulta mayor con palabras con connotaciones despectivas, principalmente vieja/o, a anciana/o, y ruca/o; tres de cada diez piensa que la palabra vieja/o no debería usarse para referirse a estas personas. La mayoría de las entrevistadas prefiere que las llamen señoras o por su nombre, lo cual implica una parte de su identidad como personas.

Por otra parte resulta relevante que seis de cada diez mujeres entrevistadas estaría interesada en certificarse en el cuidado y atención a personas adultas mayores en domicilio particular, mostrando mayor interés las mujeres entre 50 y 59 años. El prepararse y certificarse por una institución visibiliza la actividad de cuidado, le da un lugar más allá de una tarea realizada en la familia por las mujeres por el hecho de ser mujeres, apostando a un cambio, a maternizar a la sociedad en cuanto a cuidados de quienes lo requieren se refiere, implicándola en el reconocimiento de estas tareas y des-maternizar a las mujeres, entendiendo esto como la liberación del estigma de cuidadoras por su sexo femenino.

Sin cambios en los estigmas de género que recaen en las mujeres no se estará en condiciones de desmontar la estructura sincrética de la condición de la mujer, imprescindible para eliminar las causas de la enajenación cuidadora y dar paso a las gratificaciones posibles del cuidado.



Recomendaciones

Uno de los aspectos básicos para generar un cambio en la práctica del cuidado de otras personas al interior de las familias es la generación de estrategias que tengan como objetivo la socialización de los cuidados, inclusive la socialización del trabajo doméstico y la transformación de algunas actividades domésticas- familiares privadas en públicas.

Dicha socialización significaría una mejora en la vida de las mujeres, principalmente liberación de tiempo para el desarrollo personal, la formación, el arte, la amistad, la política, el ocio, la diversión, el deporte y el autocuidado, incluso, una mejoría en la calidad de vida y en la autoestima, incluyendo la libertad de elecciones, de actividades, de dedicación e identidad.

Otro aspecto a desarrollarse, y que es tendencia a nivel mundial, es el empoderamiento de las mujeres como producto de la construcción de un nuevo paradigma femenino, el empoderamiento para Lagarde (2003) es el conjunto de cambios de las mujeres en pos de la eliminación de las causas de la discriminación, tanto en la sociedad como, en sus propias vidas, lo cual generaría poderes positivos, poderes personales y colectivos. Se trata de poderes que permitan a las mujeres hacer uso de los bienes y recursos de la modernidad indispensables para el desarrollo personal y colectivo de género en el siglo XXI.



Todos esos poderes se originan en el acceso a oportunidades, a recursos y bienes que mejoran la calidad de vida de las mujeres, conducen al despliegue de sus libertades y se acompañan de la solidaridad social con otras mujeres. La participación directa de las mujeres en la transformación de su mundo y de sus vidas es fundamental.

No hay que perder de vista la importancia de que el cuidado deje de ser en cierta manera para otros y se centre en las mujeres mismas, cambiar el sentido del cuidado, lo que requiere la valoración de la dimensión empática y solidaria del cuidado que no conduce al descuido ni está articulado a la obligatoriedad.

La definición de responsabilidades en lo que al cuidado se refiere debe comenzar con una socialización temprana, por lo que hay que considerar las situaciones derivadas de asignaciones bastante fijas de los roles del cuidado y reconocer que un cambio implicaría redefiniciones de roles.

Lagarde (2003) señala que el empoderamiento de las mujeres es un mecanismo de equidad que debe acompañarse con la construcción de la equidad social y la transformación democrática del Estado con perspectiva de género.

En otros países, principalmente España, las comunidades académicas han estado trabajando para que tanto el estado como la sociedad puedan asumir el lugar que corresponde al cuidado transferido. Por las características de la sociedad mexicana y específicamente Jalisciense, esta modalidad de cuidado es muy poco considerada e incluso tiende a ser rechazada sobre todo en lo que a la población de adultos mayores y personas con enfermedades incapacitantes se refiere, consolidándose la predominancia de un funcionamiento social patriarcal. Sin embargo hay que tener en cuenta que las políticas públicas deben ser un complemento y no una sustitución de lo que hace la familia.

En otras investigaciones al respecto se ha concluido que las políticas de provisión de cuidados se han de contemplar desde una perspectiva holística y transversal (Lewis, 2007). Comas (2015) señala que fortalecer alguna de las dimensiones en las que el Estado interviene y desatender las otras, puede conducir a unos resultados que se aparten de los objetivos que se quieren conseguir, llegando a ser políticas para proporcionar tiempo, para proveer servicios y para asignar prestaciones económicas. Cada una de estas políticas, y las tres al mismo tiempo, son necesarias porque en su conjunto son las que hacen posible un reparto equilibrado de las responsabilidades de cuidar y también una atención satisfactoria.

En el caso específico de las mujeres que cuidan a sus nietos, existen otras implicaciones a tener en cuenta, las opciones de cuidados para niños y niñas cuyos padres y madres trabajan en ocasiones son reducidas y las abuelas representan en este sentido una opción cómoda y barata. Según Juan Lozano Tovar, director de Prestaciones Económicas y Sociales del IMSS en Jalisco, en el Estado actualmente hay 93 guarderías del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), las cuales brindan atención a cerca de 16 mil niños. Sin embargo, existen poco más de dos mil solicitudes de ingreso pendientes, lo que hace muy necesaria la ampliación de este servicio.

Entre todos y todas es fácil liberar a la abuela de las tareas que más le estresan: todas aquellas que precisan cumplimiento en un tiempo fijo o que comportan responsabilidades directas.



Con este diagnóstico no se busca decir que las abuelas no deben cuidar a sus nietas y nietos, al contrario, deben tener el máximo contacto con ellos ya que su figura en una familia llega a ser una de las principales fuentes de amor para los nietos y nietas, que les permitirá crecer emocionalmente saludables. El punto es que la abuela no debe sentirse completamente responsable de sus nietos y nietas. Es imprescindible liberar a la abuela de cargas y buscar el equilibrio entre sus capacidades y responsabilidades. Además es importante ayudar a estas mujeres a reconocer sus límites, tanto físicos como emocionales.

Es un hecho que se requieren cambios profundos en las mentalidades, tanto de hombres como mujeres, es impresionante cómo la mayoría de las mujeres, aún las escolarizadas y “modernas”, las que generan ingresos o tienen poderes sociales diversos, siguen aceptando como un destino, con sus modalidades, ser la super-mujer.

Las estrategias de intervención en la cuestión del cuidado de personas que lo requieren al interior de la familia, deben dirigirse hacia una combinación de esfuerzos de los diferentes actores implicados la familia, la comunidad, el estado y el ámbito privado, ya que todos forman parte del problema y de su solución.

Bibliografía

Congreso Internacional Sare: "Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado".
(2003) EDITA: EMAKUNDE/Instituto Vasco de la Mujer. 2004

COMAS D'ARGEMIR, Dolors (1993) "Sobre el apoyo y el cuidado. División del trabajo, género y parentesco", en Roigé, X. (coord.) Perspectivas en el estudio del parentesco y la familia. VI Congreso de Antropología. Tenerife: Asociación Canaria de Antropología

Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS) 2012 INEGI
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especial/es/elcos/default.aspx> (Consulta agosto 2016)

Encuesta Nacional con representatividad urbana y parte de las áreas metropolitanas de la Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey. Realizada por el INMUJERES en coordinación con el INEGI.

Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), población de 15 años y más de edad INEGI
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/regulares/enoe/> (Consulta Agosto 2016)

ESTEBAN, Mari Luz (2003) *Cuidado y Salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales*. Artículo publicado en SARE, *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*.

FINCH, Janet (1989) *Family Obligations and Social Change 1989*

GUIJARRO, Antonio. (2001) *El Síndrome de la Abuela Esclava. Pandemia del Siglo XXI*. Grupo Editorial Universitario. Granada, octubre 2001.

LAGARDE, Marcela (2005) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México.

LAGARDE, Marcela (2003) *Mujeres cuidadoras, entre la obligación y la satisfacción*. Artículo publicado en SARE, *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*.

LEWIS, Janet. (2007) "Gender, Ageing and the 'New Social Settlement'. The Importance of Developing a Holistic Approach to Care Policies". <http://dx.doi.org/10.1177/0011392107073314>

MUÑOZ F, Espinosa JM, Portillo J, Benítez MA. (2002). *Cuidados paliativos: atención a la familia. Aten Primaria*

SEGOB, CONAPO (2014) *Dinámica demográfica 1990 – 2010 y proyecciones de población 2010 – 2030. Cuadernillo Jalisco*.