



## ORIGINALES

### La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar

The family caregiver: the naturalized sense of obligation in women to be caregivers

Ismael Jiménez Ruiz <sup>1</sup>  
María Moya Nicolás <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Doctor en Enfermería. Profesor Ayudante doctor de la Universidad de Alicante.España.

<sup>2</sup> Doctora en Enfermería, Universidad de Murcia.España.

E-mail: [maria.moya6@gmail.com](mailto:maria.moya6@gmail.com)

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.292331>

Recibido: 24/04/2017

Aceptado: 09/07/2017

#### RESUMEN:

El aumento de la cronicidad de las enfermedades y de las personas dependientes como consecuencia del envejecimiento de la población es un hecho demostrado, como también lo es que las mujeres son las principales implicadas en el cuidado familiar. Por ello, el **objetivo** del estudio es visibilizar cómo la función del cuidado familiar queda adscrita a las mujeres como parte de un rol de género motivado por un sentimiento de obligación naturalizado por parte de las mujeres a la hora de cuidar. Se trata de investigación cualitativa basada en la teoría fundamentada de tipo descriptivo. La muestra está constituida por nueve participantes a las que se les sometió a una entrevista semiestructurada. Además a las participantes se les entregó una ficha explicativa del estudio y una hoja de consentimiento informado. Los **resultados** obtenidos tras el análisis de los datos surgieron seis categorías: "posibilidades de división del cuidado en el núcleo familiar cercano", "toma de decisión", "falsa sensación de ayuda y fragmentación efectiva del cuidado", "el cuidado por parte de la mujer entendido como algo natural", "cuidado entendido como obligación moral" y "la ayuda en femenino a una responsabilidad asumida como femenina". La conclusión principal del artículo es que la responsabilidad de ser cuidadora principal recae principalmente sobre mujeres y cómo la decisión se enmascara sobre un falso consenso.

:

**Palabras clave:** Cuidadora familiar; mujeres; cuidar.

#### ABSTRACT:

Increasement of chronic diseases and number of dependent people as a consequence of the aging of the population is a fact and also that women are the main providers in family care. Therefore, the **objective** of this study is to show how women accept their role as a cultural obligation because of their sex. It is a qualitative investigation based on a grounded theory descriptive type. Nine participants were interviewed. They were informed of the study and gave their consent. Obtained **results** suggest six categories: sharing family care tasks, decision making, unreal help sensation and proper family care tasks distribution, women cultural and moral obligation in family care, women acceptance of their roles

as a caregivers. The main conclusion of the article is how society accepts women obligation in family are without consensus.

**Keywords:** Family caregiver; women; caring

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento progresivo de la población, causado por el incremento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad, junto con los avances científicos, ha hecho de la cronicidad de las enfermedades algo normal en nuestra sociedad <sup>(1)</sup>. Por ello, parece conveniente que la ciudadanía esté preparada ante el hecho de que envejecemos, y aunque muchos mayores serán autónomos y activos, se incrementará notablemente el número de personas dependientes y, por ende, el número de personas prestadoras de cuidados <sup>(2)</sup>. El problema reside en que aunque en ocasiones son varios los miembros de la familia que atienden al familiar dependiente, en la mayoría de los casos el peso del cuidado, al menos el peso principal, recae sobre una única persona, que con frecuencia es una mujer <sup>(3)</sup>. Esta responsabilidad cotidiana provoca un gran impacto (psicológico y físico) en la cuidadora principal, desatando uno de los mayores acontecimientos de estrés en la mujer y en la familia, conocido como *Sobrecarga del Cuidadora/or* <sup>(4)</sup>.

Por lo general, cuando hablamos de mujeres cuidadoras hablamos de mujeres casadas, con una edad media de 52 años, sin ocupación laboral remunerada y cuya relación con la persona cuidada es en el 57% de los casos paterno filial, en el 16% de pareja y en el 10% de los casos son la nuera de la persona dependiente <sup>(5)</sup>. El que sean las mujeres las que se encarguen mayoritariamente del cuidado de los demás, y el que esta división sexual discriminatoria del trabajo se entienda por la mayor parte de la sociedad como algo lógico y natural viene determinado por el entendimiento del cuidado dentro de un contexto de patriarcado dominante <sup>(6,7)</sup>. El cuidado forma parte inherente del rol femenino.

En definitiva, puede hablarse de una manera de definir la ciudadanía al margen de las mujeres; una forma concreta de división sexual discriminatoria del trabajo (porque implica menos oportunidades para las mujeres de acceder al poder y a la riqueza) y una forma de vincular afecto a cuidado e infravalorar todo tipo de tareas desempeñadas mayoritariamente por las mujeres, algo que es aprendido en el proceso de socialización <sup>(5)</sup>.

Por ello, este estudio trata de visibilizar cómo la función del cuidado familiar queda adscrita a las mujeres como parte de un rol de género motivado por un sentimiento de obligación naturalizado por parte de las mujeres a la hora de cuidar, lo cual dificulta la división efectiva de las tareas propias del cuidado y la asignación del/la cuidador principal de forma equitativa en cuando a género.

## PARTICIPANTES Y MÉTODO

### Diseño y muestra

El diseño de esta investigación cualitativa está basado en la teoría fundamentada de tipo descriptivo, pues tratamos de evidenciar cómo la sociedad patriarcal en la que vivimos ha creado un sentimiento de obligación naturalizado en la mujer hacia el cuidado de un familiar. En cuanto a la selección de la muestra, se utiliza como criterio de inclusión que los/as participantes cumplan con el perfil característico del/la

cuidadora principal (Tabla 1) con el fin de minimizar las diferencias entre los casos y sacar a la luz las características básicas del fenómeno. En un primer momento, el tipo de muestreo utilizado fue intencionado, posteriormente la obtención de participantes se realizó por muestreo en bola de nieve, ya que permitía establecer una relación de confianza con los nuevos participantes antes de la entrevista y utilizar las redes sociales de los mismos para conseguir nuevas participantes.

**Tabla 1: Criterios de inclusión**

Perfil característico del/la cuidador/a
Mujer (84%).
Familiar de la persona cuidada.
Edad media de 53 años.
Sin estudios o con estudios primarios (60%)
Sin ingresos propios (58%).
Sin actividad laboral (74%).

Fuente: IMSERSO 2015.

La recolección de los datos y el análisis de los mismos se llevaron a cabo en el municipio de Santomera y en Murcia capital, entre el 23 de octubre de 2015 y el 18 de diciembre de 2015. La población accesible fue de doce personas, aunque finalmente, la muestra estuvo constituida por nueve participantes que cumplían los criterios de inclusión.

Los datos socio-demográficos de la muestra se representan en la Tabla 2. De estos datos podemos destacar que las nueve participantes son mujeres, con una media de edad de 52, 44 años (min. 44 años – máx. 66 años) de las cuales todas están casadas excepto una, y todas ellas cuidan a familiares.

**Tabla 2: Datos socio-demográficos de las participantes**

Código	Edad (años)	Sexo	Estado	Estudios	Situación laboral	Ingresos propios	Persona de la que cuida
E.O.1.	56	F	Casada.	Sin estudios.	Ama de casa.	Sin ingresos propios.	Hija.
E.O.2.	51	F	Casada.	Estudios primarios.	Ama de casa.	Sin ingresos propios.	Suegra.
E.O.3.	57	F	Casada.	Sin estudios.	Ama de casa.	Sin ingresos propios.	Madre
E.O.4.	44	F	Casada	Estudios primarios.	Paro y ama de casa.	Sin ingresos propios.	Madre y tía.
E.O.5.	52	F	Casada	C.O.U	Limpiadora	Si	Madre
E.O.6.	66	F	Soltera	Sin estudios.	Cuidadora	Si	Tía

<b>E.O.7.</b>	55	F	Casada	Bachiller	Ama de casa	Sin ingresos propios	Madre
<b>E.O.8.</b>	45	F	Casada	Estudios primarios	Carnicera	Si	Madre
<b>E.O.9</b>	46	F	Casada	Sin estudios	Ama de casa	No	Madre

En cuanto a los datos socio-demográficos de las personas cuidadas por las participantes (Tabla 3); presentan una media de edad de 75,4 años (min. 29 años – máx. 86 años), 4 de ellas son totalmente dependientes, 4 moderadamente dependientes y dos presentan una dependencia leve, según escala de Barthel.

**Tabla 3: Datos socio-demográficos de las personas cuidadas por las participantes**

<b>Código</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Vive con</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Escala de Barthel</b>
<b>E.O.C.1.</b>	29	F	Su cuidadora (madre)	Lesión cerebral.	Puntuación: 0, totalmente dependiente.
<b>E.O.C.2.</b>	79	F	Su cuidadora (nuera)	Encefalitis.	Puntuación: 0, totalmente dependiente.
<b>E.O.C.3.</b>	83	F	Su cuidadora (hija)	Trombosis que derivó en hemiplejía.	Puntuación: 15, totalmente dependiente.
<b>E.O.C.4.</b>	82	F	Sola	Demencia senil.	Puntuación: 50, moderadamente dependiente.
<b>E.O.C.5</b>	76	F	Sola	Osteoporosis y artrosis.	Puntuación: 40, moderadamente dependiente.
<b>E.O.C.6</b>	86	F	Su cuidadora (hija)	Demencia	Puntuación: 60, dependencia leve
<b>E.O.C.7</b>	83	M	Con sus tres hijos	Insuficiencia renal, anemia pandémica	Puntuación: 40, moderadamente dependiente
<b>E.O.C.8</b>	82	F	Su cuidadora (hija)	Ceguera y artrosis	Puntuación: 45, Moderadamente dependiente
<b>E.O.C.9</b>	75	F	Su hijo	Alzheimer	Puntuación: 0, totalmente dependiente
<b>E.O.C.10</b>	79	F	Dos de sus hijos	Parkinson	Puntuación: 70, dependencia leve.

## Recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo desde el 1 de noviembre de 2015 hasta el 30 de noviembre de 2015. El primer contacto con los participantes se realizó por vía telefónica, en él, se les invitaba a participar en el estudio, se les exponía el fin del mismo y se les informaba de cómo sería la recogida de datos. Más tarde, con las participantes que aceptaron colaborar en el estudio, se concertó una cita para realizar el cuestionario sociodemográfico y la entrevista en profundidad, en el lugar y el momento que les resultara conveniente.

Antes de comenzar la entrevista se les entregó una “Carta informativa del estudio”, en la que se les volvía a explicar el objetivo del mismo, y se les informaba de que la entrevista sería grabada en audio para su posterior transcripción y explotación. De igual forma, se les comunicó que estaban en su derecho de abandonar el estudio en cualquier momento sin perjuicios hacia su persona y se les garantizó el anonimato y la completa confidencialidad de los datos obtenidos en la entrevista. También se les entregó una hoja de consentimiento informado, a través de la cual poder demostrar la voluntariedad de formar parte en el estudio.

Se utilizó la entrevista semiestructurada como forma más adecuada para la obtención de la información, ya que nos permitía profundizar en la existencia evidente del rol de cuidadora en la mujer con el fin de entender la perspectiva de éstas, desmenuzando los significados de sus experiencias. La entrevista se configuró en dos partes: la primera parte contenía una batería de preguntas de carácter socio-demográfico divididas en cuatro apartados; “datos socio-demográficos de la cuidadora”, “datos socio-demográficos de la persona cuidada”, “características del cuidado” y “estructura familiar”; mientras que en la segunda parte se formularon una serie de preguntas abiertas, para animar a las participantes a hablar de su situación. Previamente se realizó la elaboración de un guión con preguntas amplias que sirviera como modelo a partir de la bibliografía consultada. Al comienzo de la segunda parte siempre se comenzó con un breve comentario introductorio al tema del tipo “Me gustaría que comenzásemos esta segunda parte hablando de la situación que se planteó en su familia cuando hace “X” su madre, tía, hija sufrió la...”, seguido de una pregunta general del tipo “¿Cómo se planteó la situación en su familia?”. Conforme avanzaba la entrevista las preguntas fueron concretándose hacia la existencia de sentimientos, posibilidad de otros cuidadores y división de las tareas tanto del cuidado como del hogar, siempre en función del rumbo de la entrevista. La duración de las entrevistas fue de entre 20 y 25 minutos aproximadamente.

## RESULTADOS

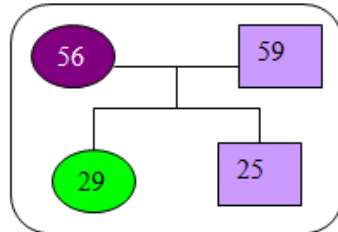
### Posibilidades de división del cuidado en el núcleo familiar cercano

Analizando los núcleos familiares y relaciones interpersonales de las familias de las nueve cuidadoras entrevistadas, vemos que en el momento en el que surge la necesidad del cuidado, la asignación del/la cuidador/a o, al menos, de una división de la carga del cuidado más equitativa, en cuanto a género, era posible. La situación socio-familiar demuestra la existencia de posibilidades reales de que un hombre fuese designado por la familia como cuidador principal, a la vez que podemos observar que el reparto del cuidado para disminuir la carga de trabajo de la cuidadora no es equitativo.

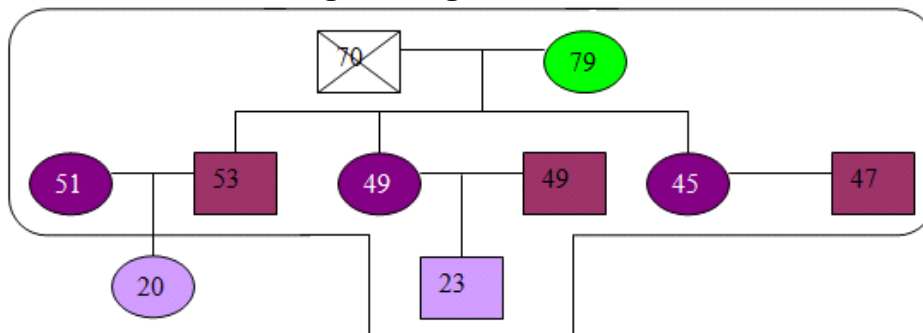
Cabe destacar el caso de la familia de la cuidadora E.O.2 en la que una de las cuidadoras familiares no comparte lazos de sangre con la persona cuidada, pues es su suegra; y el caso de la familia E.O.3, E.O.7, E.O.8 y E.O.9, en los que existen hermanos de la cuidadora que viven más cerca de la persona cuidada, que la propia cuidadora: “*Sí, mi hermano vive encima de su casa...*” E.O.3.

Los siguientes árboles genealógicos reflejan las redes de cuidados establecidas en los núcleos familiares de las cuidadoras entrevistadas, a la vez que representan las posibles alternativas a la situación de inequidad vivida en cada una de las familias.

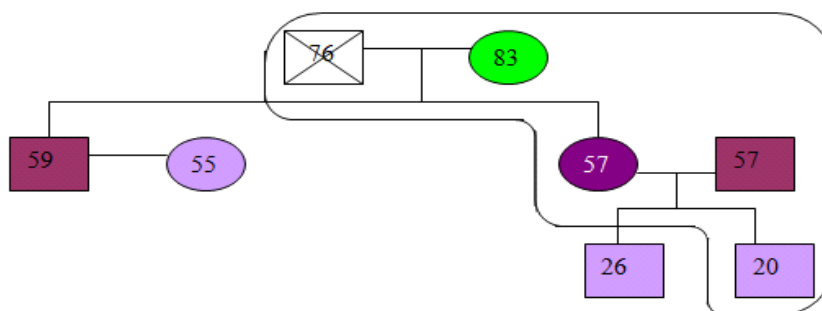
### Árbol genealógico familia E.O.1



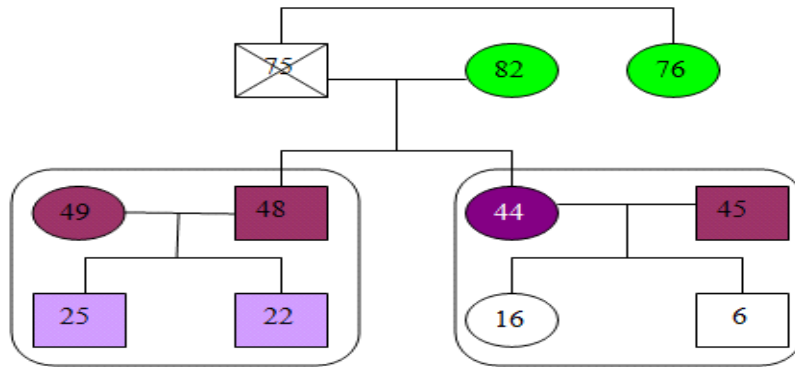
### Árbol genealógico familia E.O.2



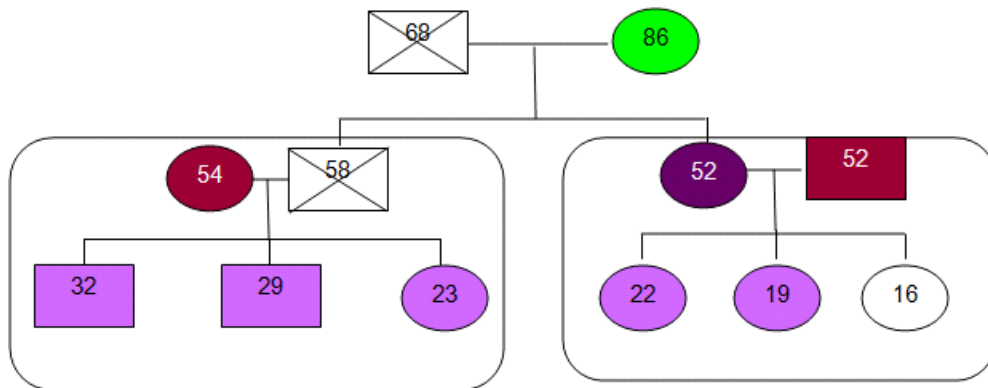
### Árbol genealógico familia E.O.3



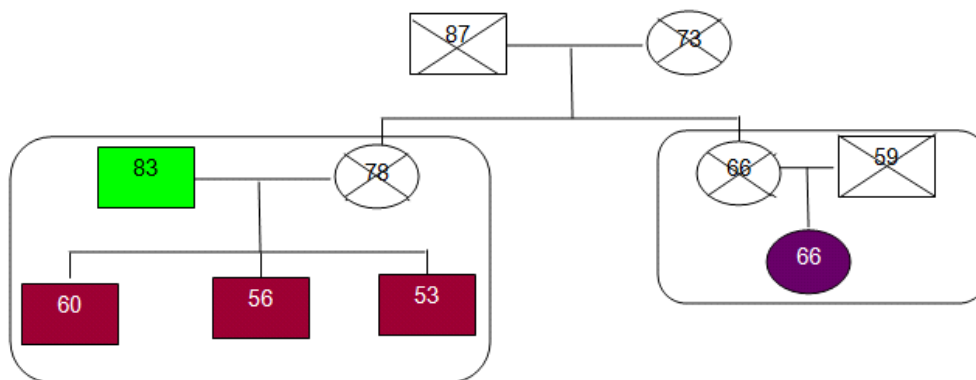
**Árbol genealógico familia E.O.4**



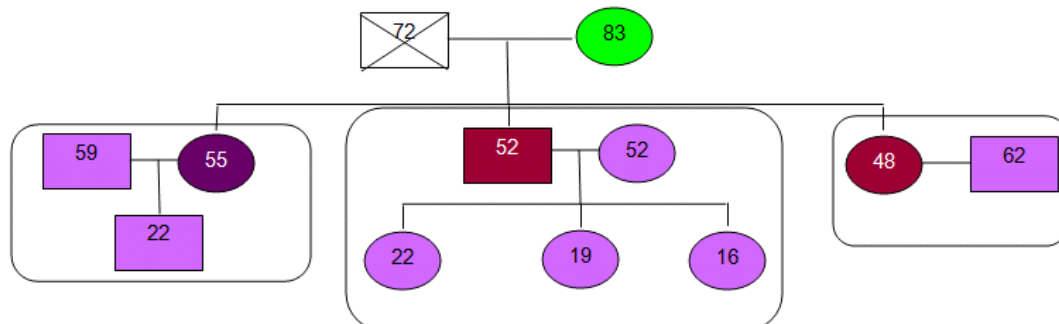
**Árbol genealógico familia E.O.5**



**Árbol genealógico familia E.O.6**

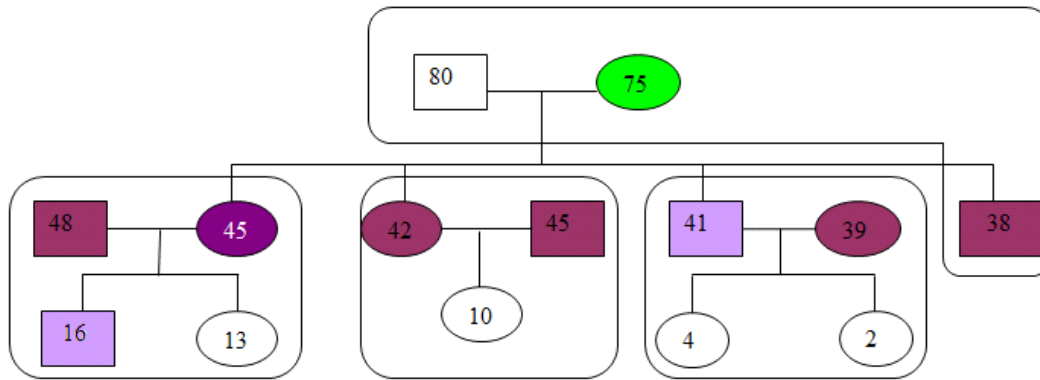


**Árbol genealógico familia E.O.7**

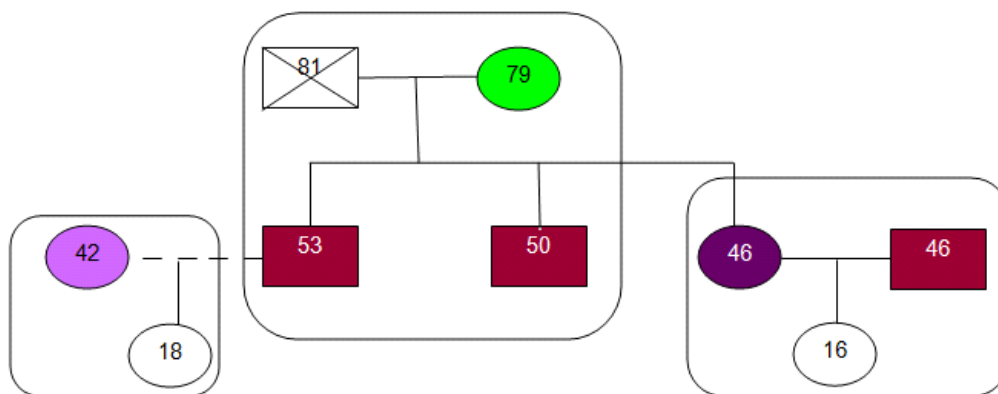




### Árbol genealógico familia E.O.8



### Árbol genealógico familia E.O.9



- Persona cuidada.
- Cuidadora principal.
- Familiar que pudo ser cuidador/cuidadora en igualdad de condiciones.
- Familiar con el que podía repartir la carga del cuidado de forma equitativa.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos extraídos de entrevista.

### Toma de decisión

La decisión sobre quién debe ser la persona que asuma el cuidado del/la familiar dependiente está fundamentada en una elección basada en un falso consenso, pues desde el primer momento la cuidadora, en todas las entrevistas sabía, de un modo u otro, que asumiría el cuidado o, al menos, sería participe del mismo en gran medida. Lo podemos comprobar en frases como: “y aquí no quedaba más nadie, más que yo. Entonces no me quedó otra que cuidarla yo” (E.O.1); “a nosotras no nos han impuesto el cuidarla, supongo que fue lo que salió de nosotras en ese momento” (E.O.2); “yo lo asumí desde el principio (...) vino como vino” (E.O.3); “Entonces dábamos por hecho de que mi madre estaba sola (...). Es una cosa que yo también arrastro porque lo he visto. Ella, mi madre ha cuidado a sus padres, entonces lo daba por hecho, pues por supuesto yo tengo que hacerme cargo de ella.” (E.O.5); “La verdad es que yo no vine a cuidarle a él. Vine a cuidar a su mujer (...). Este hombre era completo dependiente de ella y me he quedado acá supongo que como dama de compañía o dama de casa, ama de casa haciendo todo.” (E.O.6); “decidimos que yo la cuidara porque mis



*hermanos no se sentían capaces...” (E.O.9). En ocasiones, este falso consenso no necesitó ser planteado dentro del núcleo familiar cercano, puesto que las propias cuidadoras asumieron el rol de agente dispensadora de cuidados de forma natural sin plantear la opción de un familiar hombre como agente del cuidado: “si es que no se habló nada, nada más que hubo que poner solución...” (E.O.4); “Bueno mi madre quería estar en su casa y yo también...” (E.O.7); “empecé a dedicarle los fines de semana y todas las tardes a mi madre y así empecé a cuidarla yo” (E.O.8). Además, aunque la situación socio-familiar fuera similar para un hombre y para una mujer, siempre el cuidado recayó de lado de una mujer: “porque mi hermano claro... estaba trabajando, y yo era la que... entonces también estaba trabajando... pero bueno... me tocaba.” (E.O.4), “Bueno nunca me lo han planteado, ni nunca me lo han dicho por... ellos están conformes conmigo. Nunca me han dicho tú puedes hacer esto o tú no lo puedes hacer. Ellos saben que yo en cualquier momento estoy pendiente de él. Si tiene alguna herida yo sé cómo hacerlo, tengo nociones de todo eso. Se apoyan mucho en mí.” (E.O.6); “mis hermanos tenían también la posibilidad de cuidarla pero había que hacerlo y me ofrecí y ya, porque pensándolo ahora veo que podían estar dedicando más tiempo” (E.O.9).*

### **Falsa sensación de ayuda y fragmentación efectiva del cuidado**

Una vez que ha sido tomada la decisión de que la cuidadora principal será una mujer, vemos como, generalmente, hay un pseudo-reparto de algunas facetas del cuidado. Un reparto, que siempre viene marcado por desigualdades de género, tanto a la hora de la asignación de las tareas como a la hora de elegir a la persona adecuada para que le ayude con el cuidado. Si la persona que le va a ayudar es un hombre, realizará tareas tales como: echar un ojo (“...le digo dale vuelta a tu madre...”(E.O.2), (“En circunstancias de vacaciones o que mi madre está con su otra hija pues entonces sí. Es mi hermana la que está con ella en vacaciones pero el resto del año yo.”(E.o.7)), proporcionarle alimento (“...los fines de semana le pone la merienda...”(E.O.2)) (“algún fin de semana se encargan de hacerle la comida porque ella no puede” (E.O.9)), sujetar o movilizar (“...sujétamela para que yo la lave...”(E.O.2)); actividades que responden a características concretas, como: leve compromiso afectivo, corta duración y limitada responsabilidad; mientras que si la persona que proporciona la ayuda es una mujer, el rango de aspectos del cuidado que abarca será mayor y las características de las tareas serán más generales.

Este pseudo-reparto crea en las cuidadoras una sensación de división efectiva del cuidado, aunque en realidad sólo significa un alivio momentáneo de la carga asociado, casi siempre, a una actividad que en un momento concreto la cuidadora no puede realizar por motivos personales. Se establece así una falsa sensación de ayuda y fragmentación efectiva del cuidado en la cuidadora: “¿recibe también ayuda? (...)” “Sí, sí, ya lo creo. Bueno mi marido y mis cuñados suelen encargarse de si yo en cualquier momento salgo y le digo dale vuelta a tu madre o tienes que darle líquido... o si le digo en ese momento ténmela porque en ese momento no ha podido venir la mujer...” (E.O.2); “ya te digo que ellos me ayudan pero la que se queda sola con ella, la que se queda al cargo de ella soy yo” (E.O.1); “como desayunan con ella se encargan del desayuno cuando estoy en mi casa” (E.O.9). Este efecto puede estar provocado por los estereotipos femeninos creados por el patriarcado, en este caso, el estereotipo de que el cuidado familiar pertenece al ámbito de la vida privada de la mujer.

Pero esta división inefectiva de la carga del cuidado, sumada a los roles del modelo de género en transición de la mujer crea una doble (persona cuidada y familia) y en ocasiones una triple carga de trabajo (persona cuidada, familia y trabajo) inabarcable, que favorece el deterioro físico (“... y muchas cosas que tengo que ya no puedo estar mucho tiempo de pies, porque tengo hernia discal...”(E.O.1), “mi artrosis me duelen mucho...si tu vieras ayer este brazo, el derecho ayer no podía moverlo cuando le acuesto, es un dolor que no hayo como ponerlo, es un dolor que...y es por eso por lo que tengo que estar tomando esa...pastillas” (E.O.6)) y emocional (“...me encuentro agobiada, me encuentro agobiada, tengo situaciones y ratos de impotencia...de llorar” (E.O.1)) además de un mayor riesgo de aislamiento social de la cuidadora (“...pierdes el contacto con la sociedad...” (E.O.3); “...te condiciona mucho la vida y tú no puedes hacerte planes.” (E.O.2)). La doble carga la podemos apreciar en afirmaciones como: “... y yo aún no me he sentado y yo tengo que fregar y tengo que aún hacer las cosas de la casa” (E.O.1); mientras que la triple carga la vemos en otras como: “... yo me iba a trabajar. Cuando a las once venía de rehabilitación yo tenía que estar en mi casa para poderla atender, hacer la comida y hacer las cosas de mi casa” (E.O.3).

El término “superwoman”, acuñado por Marjorie Hansen Shaevitz en 1984, define perfectamente a estas cuidadoras, que trabajan duro para mantener múltiples roles, incluidos los de desarrollo personal, que se suelen ver truncados en estas situaciones por una carga de trabajo excesiva, pues tienen que dedicar la mayor parte de su tiempo al cuidado de otros descuidando así el suyo propio, viéndose obligadas, de manera involuntaria, a anteponer el cuidado de los suyos a su propio desarrollo profesional: “... llego el momento en el que ya no podía y entonces tuve que dejar de trabajar y ya acudir a ella las veinticuatro horas del día.” (E.O.3); “yo estuve trabajando y a la vuelta de verano me llamaron y no pude irme porque la que había se fue y tuve que perder mi trabajo...” (E.O.4); “... yo empezaba un curso para formarme y la llamaron para operarse, así que otra vez vuelta a pararme y otra vez lo mismo” (E.O.4).

### **El cuidado por parte de la mujer entendido como algo natural**

En el discurso de las participantes encontramos un inequívoco sentimiento de identidad de género con el cuidado: “...de siempre las mujeres nos hemos encargado más de cuidar...” (E.O.2). Así, el cuidado pasa a ser una responsabilidad asumida de forma natural por la mujer que lo percibe como un deber propio: “... fue lo que salió de nosotras...” (E.O.2); “...pero lo más fuerte, por supuesto, viene a la mujer...” (E.O.2); “...yo también estaba trabajando...pero bueno...me tocaba...” (E.O.4); “Siempre lo hemos pensado (...), lo hemos hablado de que cuando nos hiciéramos mayores, de que cuando nuestros padres se hicieran mayores que por supuesto nos encargaríamos de ellos, porque es una cosa que hemos visto. En la familia nos han educado para eso.” (E.O.5) “yo sé cómo ayudar a mi madre mejor que mis hermanos, creo que no la cuidarían igual, si con el mismo cariño, pero no con las mismas ganas, a nosotras se nos da mejor cuidar” (E.O.9). En algunos casos la percepción del deber de cuidar de los demás y de la casa está tan naturalizada en la mujer que el cuidado de la familia y de la casa pasa a ser parte de “sus obligaciones”, exculpando la falta de colaboración de otros familiares hombres a la hora de cuidar: “... de la casa ya me ocupo, no son obligaciones tuyas... (E.O.1)”.

## Cuidado entendido como obligación moral

Otro argumento que contribuye a la creación del sentimiento de obligación a la hora de cuidar, entre nuestra muestra, es el entendimiento del cuidado como una obligación moral dentro de la familia. En ellas podemos ver como se mezclan sentimientos de obligación moral (“...yo lo asumí desde el principio porque era mi madre y era mi obligación como hija cuidar de ella...” (E.O.3); “...era mi madre y aunque fuese una gran responsabilidad, pues tenía que hacerlo...” (E.O.4); “tampoco la iba a dejar abandonada” (E.O.4); “Yo sé que me voy a sentir como un sentimiento de culpa el dejarlo porque seis años es casi una vida, en que yo lo he visto el ser una persona dependiente a ser una persona casi incapacitada. Y son cosas que las hemos vivido juntos hasta la misma persona.” (E.O.6)) y de retribución de los cuidados recibidos por parte de otras mujeres de su familia (“...es mi tía, es mi madrina, me crié con mi abuela y mi madrina (...) no es que tuviera que cumplir con ella de esa manera porque ellas me hubieran cuidado pero...no sé, tampoco puedo dejarla, así sola...” (E.O.4)), los cuales han ido configurado su identidad de género alrededor de los valores otorgados al cuidado por parte sus familias.

### La ayuda en femenino a una responsabilidad asumida como femenina

La mayor parte de la ayuda que reciben de otras personas para atender a las necesidades de la persona dependiente es proporcionada por una mujer, ya sea de la familia (“es normal que si hay dos hijos, pues que la carga la lleven entre dos personas, que en este caso seríamos mi cuñada y yo” (E.O.3)), o una persona contratada para tal fin (“Pues cuando está en mi casa, hay una mujer que me ayuda, por supuesto...” (E.O.2)). Pero además, es necesario resaltar, que en los casos en los que no disponen de esta colaboración femenina, la frase que se utiliza para buscar esta ayuda no es “necesito una persona”, es “se necesitaba muchas veces más ayuda de una mujer” (E.O.2); “a mí me haría falta una mujer” (E.O.1), demostrando así, que existe una relación directa entre mujer y cuidado. En los momentos en los que es necesario algún tipo de cuidado auxiliar, las cuidadoras siempre designan a otra mujer como autora del mismo, salvo en funciones consideradas más masculinas, casi siempre relacionadas con una menor implicación emocional en el acto.

## DISCUSIÓN

La esencia de la experiencia de las diez cuidadoras participantes la podemos resumir en las seis categorías extraídas de las entrevistas y descritas anteriormente. A través de la primera y segunda categoría “posibilidades de división del cuidado en el núcleo familiar cercano” y “toma de decisión”; comprobamos como aun habiendo posibilidades reales de establecer a un hombre como cuidador principal, se optó siempre por mujeres. Este acontecimiento lo podemos ejemplificar con datos procedentes del estudio que realizó María Crespo López <sup>(10)</sup>, los cuales, reafirman nuestros resultados en la medida en que el cuidado es asumido por las hijas en una proporción mayor que los hijos, siendo estos cuidadores cuando no hay ninguna hija disponible, y con frecuencia lo asumen con la ayuda de sus parejas. Además, basándonos en la investigación anterior, podemos destacar el hecho de que la decisión nunca fue “impuesta” por los familiares, si no que fue asumida con total naturalidad y con cierta resignación por las cuidadoras de la muestra.

En relación a la toma de decisión de la cuidadora principal y, en consenso con las investigaciones desarrolladas por Iratxe Mier et al <sup>(5)</sup>, podemos apreciar cómo este hecho se basa en un falso consenso que enmascara cierta obligación dentro de lo que para ellas es una elección lógica por su género. Sin embargo, existe cierta controversia en cuanto a la diferencia en cómo asumen dicha labor y también, en el nivel de obligación o de elección personal que perciben. En algunos casos, el cuidado de las personas mayores es para las mujeres una imposición (sea por circunstancias varias o por el papel de cuidadoras que la sociedad otorga a las mujeres) de la cual no pueden evadirse <sup>(6)</sup>. Por tanto, la elección aparentemente parece no pertenecerles, cuando en realidad son ellas las que tienen la voz, aunque silenciada por una asignación inequitativa y aceptada de roles que les viene de la construcción de la sociedad sobre sólidas bases androcentristas.

La creación de una falsa percepción de ayuda y división efectiva del cuidado podemos relacionarla con el hecho de que: *las sociedades actuales, como muchas del pasado, fragmentan el cuidado y lo asignan como condición natural a partir de las organizaciones sociales: la de género, la de clase, la étnica, la nacional y la regional-local* <sup>(9)</sup>. Se produce así un pseudo-reparto de la carga del cuidado que podemos explicar mediante la teoría de la sociabilización, la cual describe la existencia de una diferenciación y división de roles entre hombres y mujeres, relacionando así a las mujeres con el ámbito de la esfera privada, y al hombre con el ámbito de la esfera pública. Esta división lleva a que se considere como algo natural o lógico que la mujer se ocupe del cuidado, por pertenecer éste a la esfera de lo privado, considerándose en cambio poco natural su asunción por parte de un varón, por quedar fuera de su esfera habitual <sup>(11)</sup>. A partir de estas consideraciones, podemos ver cómo el hecho de que un hombre colabore en una labor considerada socialmente femenina genera una magnificación de la ayuda prestada en el cuidado por no pertenecer a su ámbito habitual <sup>(12)</sup>.

Podemos decir también, que las cuidadoras que conforman nuestra muestra comparten la impresión de que la labor de cuidar recae sobre ellas de forma natural y es asumida como tal sin que parezca que haya otras posibilidades de repartición del cuidado. Esto encaja con las afirmaciones que realizan Iratxe Mier <sup>(5)</sup>, donde existe esa misma percepción entre las mujeres entrevistadas en su investigación. Además añade que no la conciben como fruto de la asignación social de roles y estereotipos diferenciados y jerarquizados en función del sexo.

Otra argumentación, utilizada por la bibliografía consultada, que apoya la existencia de un sentimiento de obligación naturalizado en la mujer a la hora de cuidar, es la existencia de un gran componente de obligación moral y afectiva en el cuidado familiar <sup>(13)</sup>. Estos componentes unidos a que comúnmente se le atribuye propiedades de solidaridad y abnegación al género femenino provoca una asociación socialmente aceptada de mujer con cuidado. Estas asociaciones junto con los deseos de desarrollo personal provoca una lucha inequitativa entre lo que es entendido como su rol natural dentro de la sociedad y el que ellas mismas quieren desarrollar en su vida. Por lo general, es lucha, termina con una yuxtaposición de roles difícilmente asumible originando una situación disfuncional en alguno o algunos de los roles acumulados. Esta disfunción casi siempre está asociada a problemas de desgaste físico y emocional, que en el caso del cuidado de un familiar está ampliamente documentado en la literatura bajo el término “la carga del cuidado” o “el síndrome del cuidador”. Además, se ha establecido que el cuidador está expuesto a las dificultades

económicas y que su trabajo lo hace vulnerable al aislamiento y a la exclusión social<sup>(14)</sup>.

En cuanto a la última categoría descrita “la ayuda en femenino a una responsabilidad asumida como femenina”, encontramos coincidencias con autoras como García-Calvente, Mateo & Egulguren <sup>(15)</sup>, en que las mujeres no sólo asumen de forma mayoritaria el papel de cuidadoras principales, también son mujeres las que ayudan a otras mujeres en el cuidado. Así, vemos como a la hora de buscar ayuda, tanto remunerada como no remunerada, se busca a una mujer de forma casi inconsciente.

Para finalizar, cabe decir, que estadísticamente el número de cuidadores hombres está creciendo progresivamente y que su implicación en el cuidado es cada vez mayor, es más, las tendencias sociodemográficas y de salud apuntan que el número de cuidadores varones se incrementará sustancialmente en el futuro, en relación con la disminución del número de potenciales cuidadores (relacionado a su vez con la disminución del tamaño de las familias), con la creciente incorporación de la mujer al mundo laboral, con el cambio en los roles de género y en las normas de las relaciones sociales, y con la mayor prevalencia de trastornos crónicos discapacitantes entre las mujeres mayores, entre otros factores <sup>(16)</sup>. Aún así sigue siendo necesario abrir un espacio de discusión en el que se planteen nuevas formas de organización socio-económica con el fin de que en la futura planificación de situaciones relacionadas con el cuidado familiar, impere la equidad de género y no una estructura jerarquizada y naturalizada por la cultura patriarcal dominante.

## CONCLUSIÓN

Podemos concluir que las siguientes afirmaciones son validas para nuestra muestra:

- Aún existiendo posibilidades reales de establecer a un hombre como cuidador principal, se optó siempre por mujeres. Además esta decisión es asumida con total naturalidad por las cuidadoras, a pesar de entorpecer su desarrollo personal.

- La toma de decisión de quien será el/la cuidador/a principal se fundamenta en un falso consenso, pues no existe un consenso como tal si no una aceptación de la situación, en ocasiones con resignación.

- El hecho de que un hombre colabore en una labor considerada socialmente femenina genera una magnificación de la ayuda prestada en el cuidado por no pertenecer a su ámbito habitual.

- El cuidado se establece como un rol totalmente naturalizado y una obligación moral en las mujeres.

- Las mujeres no sólo asumen de forma mayoritaria el papel de cuidadoras principales, también son mujeres las que ayudan a otras mujeres en el cuidado.

## REFERENCIAS

1. Jofré V, Sanhueza O. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Ciencia Enferm* XVI. 2010; 2: 111-20.
2. Crespo-López M, López-Martínez J. El apoyo a los cuidadores familiares mayores dependientes: desarrollo del programa como mantener su bienestar. Madrid: IMSERSO; 2007.
3. IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid: IMSERSO; 2015.



4. Isla P. El cuidado familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado domestico y sus repercusiones en la familia. *Cult Cuid.* 2010; 7-8:187- 94.
5. Mier I, Romero Z, Canto A. Interpretando el cuidado. Por qué cuidan sólo las mujeres y qué podemos hacer para evitarlo. *Zerbitzua.* 2007; 42: 29-38.
6. Gimeno A. La familia: el desafío de la diversidad. Ariel: Barcelona; 2009.
7. Santana I. El apoyo formal a la familia como cuidadora natural. *Portularia.* 2013; 3: 117-35.
8. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado Informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit.* 2008; 22(5):443-50.
9. Lagarde M. Mujeres cuidadoras entre la obligación y la satisfacción. *Encuentro Anual Sare: Cuidar cuesta: Costes y beneficiones del cuidado.* Bilbao: Emakunde; 2013.
10. Crespo-López M, López- Martínez J. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Madrid: IMSERSO; 2008.
11. Gilligan C. *In a different voice.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 2012.
12. Larrañaga I, Valderrama MJ, Martín U, Begiristain JM, Bacigalupe A, Arregi B. Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2009; 27 (1): 50-5.
13. Vaquero S, Stiepovich J. Cuidado Informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia Enferm.* 2010; 26 (2): 9-16.
14. De la Cuesta C. Aquí cuidamos todos: asuntos de individualidad versus colectividad en un estudio sobre cuidado en la casa de pacientes con demencia avanzada. *Qualitative Soc Research.* 2016; 7(4): 5- 10.
15. García-Calvente MM, Mateo I, Egulguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit.* 2014; 18(1): 132-9.
16. Kramer BJ. Men caregivers: an overview. En Kramer BJ, Thompson EH, editores. *Men as caregivers.* Nueva York: Springer. 2012, p. 3-19.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia