

## “Entre el deber y el querer”: El proceso y las motivaciones del cuidado femenino en la vejez\*

## “Between duty and want”: The process and motivations of feminine care in old age

María Concepción Arroyo

Orcid: 0000-0001-8393-5407

[aguaconflores@gmail.com](mailto:aguaconflores@gmail.com)

Universidad Juárez del Estado de Durango, México

Verónica Montes de Oca

Orcid: 0000-0002-9485-9232

[vmois@gmail.com](mailto:vmois@gmail.com)

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Sagrario Garay Villegas

Orcid: 0000-0001-8393-5407

[sgarayv@gmail.com](mailto:sgarayv@gmail.com)

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

### Resumen

El envejecimiento demográfico en México es un fenómeno cada vez más creciente. A la par se incrementan, sin ser una generalidad, las demandas de cuidado para atender a esta población. Históricamente este rol ha sido asignado a las mujeres, aspecto que está relacionado con las desigualdades de género en la actualidad. Las mujeres que realizan cuidados para la vejez lo hacen a partir de distintas motivaciones: el reconocimiento de una necesidad, la responsabilización, o la prestación y recepción de los trabajos de cuidado. Todas ellas derivadas de las formas y contextos en que se desarrollan los vínculos familiares y afectivos. En este artículo se muestran, a

### Palabras clave

Envejecimiento

Cuidados

Motivaciones

Políticas de cuidado

\* Una versión previa de este artículo fue presentada en el IV Congreso Latinoamericano y Caribeño de Ciencias Sociales, FLACSO-España (Salamanca, España, julio de 2017).

través de relatos de mujeres cuidadoras, las motivaciones para asumir el rol y el proceso que atraviesan durante su práctica de cuidado. También se incorpora el tema de los derechos de las personas mayores desde el ámbito jurídico para reflexionar sobre la necesidad de incluir esta cuestión en las políticas públicas de nuestro país.

## Abstract

Demographic ageing in Mexico is an increasing phenomenon. With this, the demands of care for this kind of population become a matter of fact. Historically, the care has been assigned to women, which emphasizes prevailing gender inequalities. Women who care for elder are motivated by the recognition of a need, responsibility, provision of care work, and the reception of care work. These motivations arise in different forms and contexts where family and emotional ties are present. This article shows some stories of female caregivers to examine the process that implies providing care and their motivations to assume this role. The issue of the rights of the elderly is also incorporated from the legal field to reflect on the need to include this issue in our country's public policies.

### Keywords

Ageing  
Care  
Motivations  
Policies of care

Recibido: 30/01/2019  
Aceptado: 19/11/2019

## Introducción

El cuidado es una parte integral de la reproducción social. En años recientes, el alargamiento en la esperanza de vida y el incremento de la población mayor en México, al igual que en otros países, han traído consigo la necesidad de cuidados debido a la fragilidad y dependencia que presentan, sobre todo, los mayores de 75 años.

Fisher y Tronto plantean una valiosa definición del cuidado al señalar que se trata de: “una especie de actividad genérica que incluye todo lo que podamos hacer para mantener, perpetuar y reparar nuestro mundo de forma tal que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestros yoes y nuestro entorno, elementos que intentamos entretejer formando una compleja red que permita sustentar la vida” (citados en Flaquer, 2013, p. 37). Esta definición enfatiza que el proceso de cuidado es necesario en cualquier etapa de la vida y en cualquier circunstancia de dependencia. Asimismo, remiten la importancia del cuerpo y de los entornos como dos elementos que integran y superan la fisiología y la subjetividad

como únicos espacios de dependencia. Es decir, cualquier persona en el transcurso de su vida —de manera particular en la vejez— puede experimentar la necesidad de cuidado por situaciones físicas y psíquicas, así como aquellas derivadas de su entorno, lo cual exige ubicar a las personas necesitadas desde un plano relacional e interdependiente (Pérez Orozco, 2006).

Hasta hace poco el cuidado en la vejez no representaba un problema mayor para las familias debido a que se conformaban por un mayor número de integrantes que en la actualidad, y porque las mujeres disponían de más tiempo y deseos de realizar esta actividad. Una situación que también facilitaba el cuidado de los mayores era la cercanía física y afectiva de otros parientes (sobrinos/as, nietos/as o nueras) que participaban en dicha tarea. Hoy por hoy, esta actividad se ubica en un contexto de doble crisis: la del cuidado y la económica.

La crisis del cuidado se refiere al colapso de las familias y de la sociedad para hacer frente a esta creciente necesidad. La raíz del problema radica en el aumento de la longevidad de las personas mayores, los cambios en las relaciones de género e intergeneracionales, además de la reducción y fragmentación de las redes familiares. Otra dimensión de la crisis también implica un proceso complejo de desestabilización de un modelo previo de distribución de responsabilidades sobre los cuidados y la sostenibilidad de la vida, lo cual conduce a su redistribución y a una reorganización del trabajo de cuidados (Pérez Orozco, 2006).

Estos factores han contribuido a reducir el número de potenciales cuidadores familiares. No obstante, la crisis de cuidados tiene también una ventaja potencial: hacer visible la insostenibilidad de la organización tradicional del cuidado, así como también otras caras de las desigualdades de género que tienden a ocultar las desventajas inherentes del trabajo reproductivo de las mujeres (Ezquerro, 2011). Ello implica poner énfasis en que las mujeres —cuidadoras por tradición— ahora están mayormente inmersas en actividades profesionales y laborales, de tipo formal o informal, por lo cual el cuidado de niños o ancianos se complejiza.

Respecto a la crisis económica, esta radica principalmente en la falta de oportunidades que brinda el Estado para dar soporte a las personas cuidadoras; quienes no reciben ninguna remuneración por el cuidado que realizan. Por otra parte, se ven limitadas sus posibilidades de incorporarse a cualquier tipo de empleo y de esa manera obtener un ingreso, pues no es fácil recurrir a que sus familiares mayores tengan acceso a servicios de cuidados de larga duración o bien, a programas de cuidados domiciliarios

que ayuden a compaginar el cuidado con una actividad laboral. Estos apoyos podrían contribuir además a que las cuidadoras realizaran esta actividad con menos carga emocional, física y material. Algunos análisis muestran que las responsabilidades de cuidado estructuran la vida de las mujeres más que la de los hombres (Himmelweit, 2017). La provisión de cuidado se amplía también a la fuerza laboral remunerada, donde las ocupaciones que involucran atención tienden a estar dominadas por mujeres con bajos salarios, contribuyendo a la brecha salarial de género de muchos países (Budig y Misra, 2010, citados en Himmelweit, 2017).

Además, cuando las personas mayores llegan a enfermar, los servicios públicos de salud tienden a ofrecer una atención deficiente, sobre todo cuando se trata de enfermedades terminales o que dependen de alta tecnología, orillando a las cuidadoras y sus familias a incurrir en “gastos catastróficos” que merman de manera importante su patrimonio. Lo cual es consecuencia de que el mercado no contribuye en la prestación de los servicios necesarios para la reproducción social, sino más bien cubre las necesidades materiales como mercancías, ropa o alimentos, además de los trabajos que permiten acceder a estos bienes (Himmelweit, 2017). Por su parte, Razavi (2007, citado en Himmelweit, 2017) caracteriza la prestación de cuidados en cuatro sectores: hogar (familia), privado (con fines de lucro), estatal (público) y comunitario (sin fines de lucro), en donde entrarían las organizaciones de la sociedad civil.

En México, la ausencia de una política de cuidado en la vejez refuerza la idea de la obligación filial, dejando a la familia como la única responsable del cuidado de sus parientes, incluso cuando está presente cada vez más una desresponsabilización familiar motivada por situaciones de pobreza, carencia de protección social y conflictos en las relaciones intergeneracionales. Distintas encuestas sobre el uso del tiempo tanto en México como en América Latina reflejan que la figura femenina es el pilar que sostiene la realización del cuidado en el escenario familiar (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2016). Asimismo, las motivaciones para el cuidado femenino se construyen sobre una fuerte influencia cultural y un marcado aprendizaje social. Aunque en muchos hogares, donde el hombre y la mujer comparten la responsabilidad del sustento económico, los varones se posicionan como los jefes del hogar y las mujeres como las amas de casa (Pedrero, 2018).

En ese sentido, las desigualdades económicas y sociales que generalmente envuelven a las cuidadoras, aunado al escaso o nulo valor social otorgado a esta actividad, producen y reproducen importantes desequilibrios

económicos e inequidades de género. Esto ocurre también en los países del primer mundo, donde una gran cantidad de mujeres migrantes encuentran sustento económico al hacerse cargo del cuidado de niños o personas mayores, dejando el cuidado de la propia en manos de otras mujeres en sus países de origen (Pérez Orozco, 2006; Razavi y Staab, 2010). Esto es análogo a la extracción de recursos naturales y productos agrícolas que, antes del imperialismo, hacían los países del Norte al tercer mundo. Aunque ahora la extracción pareciera más sutil y difícil de cuantificar, el recurso natural encontraría equivalencia en el amor, denominado luego como un “imperialismo emocional”, pues además de cuidados, las migrantes brindarían afecto y calidez en las relaciones humanas, en un acto de compensación emocional dada la ausencia de sus familias (Ehrenreich y Hochschild, 2003).

Adicionalmente, otro fenómeno ocurrido en muchos países —de los cuales México no es la excepción— es la frecuente contratación de empleadas domésticas, a quienes se les agrega en sus tareas del hogar el cuidado de alguna persona con dependencia sin ningún tipo de incremento salarial. Por último, en otra categoría se encuentran aquellas mujeres que siendo parte de la familia en forma directa o indirecta adquieren esta responsabilidad. La “contratación”<sup>1</sup> de estas cuidadoras proviene generalmente de los familiares con mayor poder económico que no pueden o no quieren participar de manera activa en los cuidados de sus mayores. Benería (2008) plantea que se trata de un cuidado barato, el cual funciona como atenuante de la tensión familiar, al mismo tiempo que genera una expectativa por una clase de cuidado afectivo y de mayor calidad ya que proviene de los integrantes de la familia.

Por todo lo anterior, este artículo aporta un panorama general del cuidado en la vejez, refleja las inequidades de género, y muestra las motivaciones de las mujeres que cuidan a personas mayores en México, además de que enmarca la discusión en el ámbito de la subjetividad, pero también de las políticas públicas nacionales e internacionales.

---

1 El entrecorillado es de quien escribe para enfatizar que la contratación en estos casos es informal, sin que medie ningún contrato formal, por lo que está supeditado a la voluntariedad de las partes, tanto en el monto del pago, como en la temporalidad de este acuerdo. Pero sin duda, quien otorga el pago tiene el privilegio de poner las condiciones en que se realiza el cuidado.

## Limitaciones en la vejez y necesidad de cuidados

Al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos, México experimenta un proceso de envejecimiento demográfico tendiente al crecimiento. La región de América Latina y el Caribe será en las próximas décadas la región del mundo con un mayor ritmo de envejecimiento. Actualmente en México más de 12 millones de personas con 60 años y más conforman la población adulta mayor, lo que representa el 10.4% de los 119 millones de mexicanos dentro del territorio nacional (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015). En cuanto a la distribución por sexo de la población mayor, de acuerdo con la Encuesta Intercensal de 2015, 53.8% son mujeres y 46.2% son varones. Esta proporción mayor de mujeres es uno de los aspectos (entre otros) que ha dado pie a que se hable de “feminización de la vejez”.

De manera similar a otros países de la región, en México se carece de un sistema de cuidados. La protección social hacia las personas mayores se basa en el otorgamiento de pensiones y servicios de salud. Lo anterior implica que el cuidado recaiga principalmente en las familias y sea asumido en particular por las mujeres de varias generaciones (Matus-López, 2015; Redondo et al., 2016). Los estudios han mostrado que las mujeres suelen ejercer el cuidado de los/as niños/as pequeños/as en el hogar, de familiares enfermos o de personas mayores con necesidades de cuidados (Krpmotic y de Ieso, 2009; Robles, 2004; Valderrama, 2006; Vaquiro y Stieповich, 2010).

Lo anterior adquiere mayor importancia si se considera que los países latinoamericanos presentan un mayor envejecimiento demográfico, cuentan con sistemas de salud precarios y que sus poblaciones tienen un mayor riesgo de padecer algún tipo de discapacidad que limite la realización de sus actividades cotidianas (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2017). En el caso de México, se ha observado que la presencia de limitaciones para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en las personas con 60 años o más es de 19.2%, siendo diferencial para los hombres y mujeres, 16.1% y 22.1% respectivamente. Similar tendencia se presenta en las limitaciones para realizar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) siendo del 14.3% para el total de las personas mayores, de 10.2% para los hombres y 18.0% para las mujeres (Tabla 1).

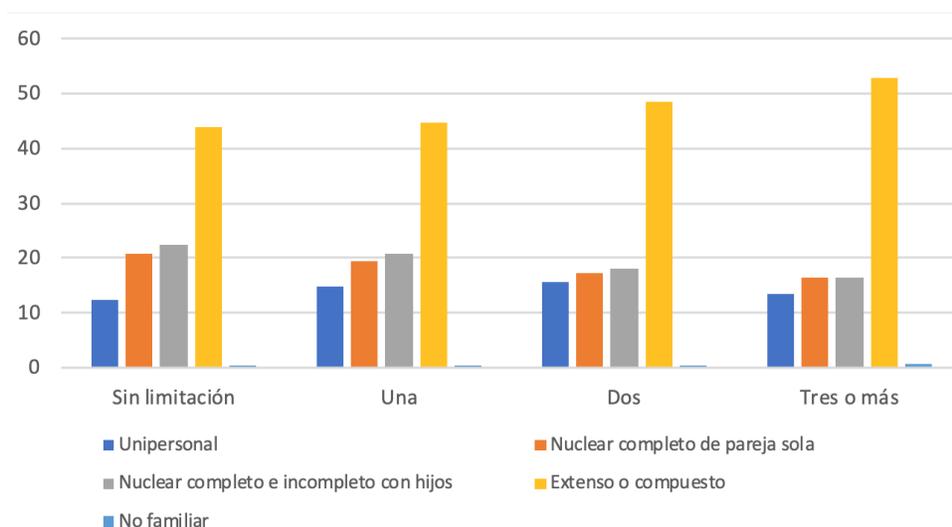
Tabla 1  
Personas con 60 años o más con limitaciones para  
realizar ABVD o AIVD en México, 2012

	Total	Porcentaje	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje
<b>Limitaciones en ABVD</b>						
1. Asearse solo: lavarse y cuidar de su aspecto	468 169	5.4	147 342	3.5	321 682	7.1
2. Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio	637 509	7.3	190 921	4.5	447 858	9.9
3. Vestirse, desvestirse y arreglarse	1 147 329	13.1	487 658	11.5	660 393	14.6
4. Comer y beber	256 338	2.9	90 099	2.1	166 605	3.7
5. Tomar medicamentos	304 717	3.5	118 264	2.8	174 395	3.9
<b>Subtotal ABVD</b>	<b>1 677 610</b>	<b>19.2</b>	<b>681 860</b>	<b>16.1</b>	<b>997 144</b>	<b>22.1</b>
<b>Limitaciones en AIVD</b>						
7. Compras y control de suministros y servicios	1 127 018	12.9	359,876	8.5	755 144	16.7
8. Preparación de comidas	586 761	6.7	190 890	4.5	356 835	7.9
<b>Subtotal AIVD</b>	<b>1 246 787</b>	<b>14.3</b>	<b>432 751</b>	<b>10.2</b>	<b>815 875</b>	<b>18.0</b>
<b>Total</b>	<b>2 249 571</b>	<b>25.7</b>	<b>876 075</b>	<b>20.7</b>	<b>1 373 496</b>	<b>30.4</b>

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (Enasem) 2012.

En México, generalmente son las familias quienes se hacen cargo de apoyar a sus familiares con algún tipo de limitación. Esto es evidente al observar que las personas adultas mayores que presentan más limitaciones (tres o más) residen en hogares extensos o compuestos (Gráfica 1).

Gráfica 1  
 Tipo de hogar en el que reside la población adulta mayor según cantidad de limitaciones permanentes, México, 2010



Fuente: elaboración propia con datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

A su vez, como se ha mencionado, este tipo de cuidados está siendo asumido principalmente por las mujeres, muestra de ello es su mayor presencia en estas actividades. Como se muestra en la Tabla 2, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo, en 2009, estas actividades representaron el 2.6% de todas las actividades cotidianas realizadas por los integrantes del hogar de 12 años o más; para 2014 la cifra se incrementó a 9.5%, lo cual apunta a la absorción de los cuidados por parte de las familias. La mayor presencia de las mujeres en las actividades de cuidados coincide con lo que ha sido señalado en otros estudios: generalmente es un trabajo invisibilizado y no remunerado, pero sin duda tiene un costo no solo en términos económicos sino también en la salud física y mental de las mujeres, sobre todo en lo referente a los cuidados, pues quienes fungen como cuidadoras suelen presentar síntomas de desgaste y agotamiento que merma su salud tanto física como emocional (Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011; Garay, Montes de Oca y Arroyo, 2018).

Tabla 2  
Integrantes del hogar de 12 años o más que dedican tiempo al apoyo y cuidado de integrantes del hogar con 60 años o más en México (en porcentajes)

	2009		2012	
	N	Porcentaje	Absolutos	Relativos
Mujeres	1 239 530	59.0	2 825 888	53.9
Hombres	861 833	41.0	2 419 383	46.1
Total	2 101 362	100.0	5 245 271	100.0

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo (ENUT) 2009 y 2012.

## Los actores principales del cuidado

### *La familia*

México aún está lejos de tener el tema de cuidado en la agenda de gobierno. Predomina más bien un régimen familista y una delegación del cuidado a las mujeres de las familias. En este espacio familiar, generalmente los derechos de las mujeres quedan invisibilizados, porque se asume que las mujeres son las encargadas del cuidado e incluso ellas mismas tienen “una débil conciencia del derecho a tener derechos” (Banchs, 1998, p. 14).

En el cuidado femenino en la vejez están presentes elementos socioculturales que forman parte de la identidad femenina desde etapas muy tempranas: creencias, representaciones sociales y aprendizajes familiares. Estos han sido fomentados por una lógica binaria que clasifica actividades “propias” para hombres y otras muy diferentes para las mujeres; una de las más importantes es el cuidado. Asimismo, intervienen valores como la reciprocidad y la gratitud que, si bien no son atributos exclusivos de las mujeres, refuerzan la decisión de convertirse en cuidadoras de las personas mayores de sus familias.

Desde la perspectiva de los estudios feministas, el cuidado, en cualquier etapa de la vida, se ha considerado como un fenómeno relacional. Adicionalmente, el paradigma conocido como “modelo jerárquico-compensatorio”, afirma que en la designación de un cuidador se sigue un orden preferentemente según la relación de parentesco con la persona mayor. En primer término, se prefiere la ayuda del cónyuge; en su ausencia, la de los hijos/as u otros parientes; y al final, la de amigos, vecinos/as y servicios formales (Robles, 2007). Es decir que el parentesco es una condición necesaria para otorgar el

cuidado. Pero entre la parentela que cuida, menciona Robles, hay también distinciones de género. Los distintos estudios sobre cuidado muestran que, en la relación conyugal, quien cuida es generalmente la esposa —dada su mayor expectativa de vida—, y en el caso de los hijos, son las hijas quienes generalmente se hacen cargo del cuidado, lo mismo ocurre con “los otros parientes” como nietas, sobrinas o nueras. En este sentido, el cuidado tiene cara de mujer en la mayoría de los casos.

Resulta necesario introducir en las familias, especialmente en sus integrantes femeninos, la idea de que los varones pueden desarrollar las mismas cualidades que hasta ahora se han considerado exclusivas de las mujeres. Cuando los varones contribuyen en el cuidado en la misma medida que las mujeres, se construye en el día a día mayor equidad de género. Esto promueve que las familias, al modelar con el ejemplo, adopten soluciones más igualitarias en torno a la corresponsabilidad del cuidado (Comas d’Argemir, 2016).

Pensar cómo se construye la relación de cuidado desde el género es un tema que sigue pendiente en todos los contextos: subjetivos, políticos, familiares y socioculturales. Tronto (2018) plantea que se debe promover que el cuidado sea una parte central de la vida política para avanzar en la democracia, pues esta práctica ha sido excluida del discurso político debido a los mandatos de género profundamente arraigados. Es decir, el cuidado deber ser pensado como un derecho universal en las políticas sociales, el cual tiene que ser compartido por los distintos actores: las familias y el Estado, sin que recaiga solo en las mujeres (Aguirre, 2008). Esto daría una respuesta justa a la gran inversión de tiempo que las mujeres dedican al cuidado de otros integrantes de la familia, limitando sus oportunidades de crecimiento y realización personal, de contar con un ingreso y, sobre todo, con tiempo para el descanso y el ocio.

### ***El rol del Estado***

Algunos países latinoamericanos han iniciado políticas de cuidado que atienden la demanda cada vez mayor de las personas envejecidas en situación de dependencia; un ejemplo de ello, es el Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay. No obstante, estos avances coexisten con algunas dificultades como la ocupación mayoritariamente de mujeres en dichas tareas, además de bajos salarios y, en muchos casos, la falta de formación profesional; es decir, está presente una resistencia cultural a que los varones se involucren en estas actividades.

Del Estado podemos esperar infraestructura, equipamiento, medicinas y atención sanitaria dentro de lo público del cuidado, con diferentes esquemas de prestaciones y servicios médicos como prestaciones económicas por enfermedad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, pensiones por vejez e invalidez (Eternod y Jácome, 2018). No obstante, están ausentes las licencias laborales para hombres y mujeres asalariados con motivo de cuidado de los padres; o bien, son contados los espacios institucionales en los que los hijos y las hijas, durante sus jornadas laborales, pueden llevar a sus padres para recibir cuidados. Tampoco existen programas de apoyo a las mujeres que están dedicadas de tiempo completo al cuidado de los mayores, quienes requieren de un “tiempo de respiro” y atención al desgaste físico y emocional que conlleva el cuidado.

Los servicios de salud que ofrece el Estado presentan otras debilidades para otorgar cuidados a los mayores, como la falta de profesionalización del personal y el escaso presupuesto para infraestructura material y humana, por lo que no siempre atienden de manera satisfactoria la demanda de cuidados de la población mayor (Arroyo y Vázquez, 2017). Por otra parte, recurrir al mercado para resolver la necesidad de cuidados implica encontrar en este a mujeres en mayor proporción, a quienes se les paga poco por su trabajo. Sin embargo, simultáneamente el mercado cobra precios elevados a quienes demandan cuidado; adicionalmente, los servicios que se ofrecen son de mala o regular calidad debido a la falta de profesionalización de las cuidadoras (Razavi y Staab, 2010).

Cabe destacar que, como caso excepcional, se han iniciado algunas medidas para el otorgamiento de cuidados en la Ciudad de México. La iniciativa se sostiene en las políticas de igualdad de género propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018, específicamente en el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (Proigualdad) que promueve “el acceso de las mujeres al trabajo remunerado, empleo decente y recursos productivos, en un marco de igualdad” (Instituto Nacional de las Mujeres, 2013, citado en García, 2018, p. 233).

La organización social del cuidado debe buscar que se realice en distintos espacios y con diferentes sujetos, vinculado a una política que contemple criterios de justicia y promueva derechos universales de ciudadanía no dependientes del mercado con equidad de género. Pensar el cuidado de esta manera implica dejar atrás los supuestos ideológicos propios del régimen familista es decir, dejar de pensar a la familia y a las mujeres como las únicas a las que por “naturaleza” les corresponde cuidar. Se requiere incorporar el cuidado como un derecho ciudadano (Vega y Cutiérrez, 2014).

## ***El mercado***

La falta de servicios institucionales provistos por el Estado para atender la demanda de cuidados, así como la falta de calidad y oportunidad en los mismos, ha generado el incremento de servicios que oferta el mercado. Este mercado puede ser de tipo formal e informal. En el primero se ubican las personas contratadas, con formación o sin ella, por empresas o servicios privados. En el segundo se contempla a las personas que reciben un pago o gratificación económica en la informalidad, ya sea porque se desempeñan como empleadas domésticas o como familiares en peor situación económica, a quienes se les entrega un aporte material o económico por cuidar de un familiar.

La perspectiva de la economía de los cuidados señala al respecto que existe un proceso de preparación que implica una actividad de gestión mental: tareas de coordinación, planificación, supervisión que suponen un gran desgaste mental y emocional; además de tareas que anteceden a los cuidados directos que implican actividades de dimensiones física y emocional, a través de la interacción con las personas, para lograr salud tanto física como emocional (Recio, Moreno, Borràs y Torns, 2015).

El cuidado es una tarea que demanda tiempo, espacio y organización para atender a las personas mayores (Robles, 2007). Los hogares son los espacios predilectos en donde se lleva a cabo este trabajo. Ahí mismo permanece todo en privado: las emociones, el agotamiento, el estrés y el cansancio de las cuidadoras, quienes padecen sus implicaciones tanto físicamente como en sus emociones y significaciones (Blair, 2009). El trabajo de cuidado muchas veces no es valorado ni por las familias que lo requieren, ni por las personas mayores que lo reciben, o bien, no se identifica como una responsabilidad social. Esto dificulta que se le reconozca como un derecho de ciudadanía (Recio et al., 2015).

## **Precisiones metodológicas**

Los datos mostrados en este trabajo fueron recopilados de los resultados de distintos proyectos sobre diferentes dimensiones del tema de cuidados en la vejez realizados en tres ciudades del país: Ciudad de México, Monterrey y Durango. La metodología de los proyectos integró enfoques tanto cuantitativos como cualitativos. En este trabajo solo se reportan los datos cualitativos, los cuales se obtuvieron mediante entrevistas en profundidad a 36 cuidadoras en los tres proyectos, así como observación participante realizada en los años 2013, 2015 y 2017. Asimismo, se exponen

únicamente los casos más representativos, es decir, aquellos cuyos relatos ejemplifican o responden de manera clara a los objetivos principales. Los casos se seleccionaron a criterio de las investigadoras tomando en cuenta la disposición de participar y porque reunían en mayor medida las condiciones o experiencias en torno al tema de investigación. En este sentido, hay un tipo de muestreo intencional pero también teórico (Morse, Barrett, Mayan, Olson y Spiers, 2002).

La participación voluntaria y el contacto previo mediante la aplicación de una encuesta estableció confianza entre las investigadoras y las entrevistadas para acceder a sus hogares y grabar la entrevista en profundidad, con una duración que osciló entre los 45 minutos y hora y media, un aspecto esencial para coleccionar datos con alto contenido emocional. Cabe mencionar que se cuidó no incurrir en sesgos relacionados con la interpretación de los relatos, realizando revisiones conjuntas de las entrevistas entre los responsables de la investigación en su momento. Este documento presenta nueve casos por tratarse de los más representativos del tema abordado. El procedimiento para el análisis en todos los casos fue, en un primer momento, la construcción de códigos que, agrupados por las distintas dimensiones y variables propuestas en los estudios, se introdujeron al software de datos cualitativos Etnograph 5.0; para en un segundo momento, al contar ya con las “familias” de conceptos y su relación interna, realizar el procedimiento analítico que inició con una fase de simplificación y reducción de los datos, para finalmente codificar e identificar los conceptos clave derivados de las categorías previamente establecidas. El contenido de los relatos se analizó en función de la literatura revisada y de los significados otorgados por las participantes.

## Resultados

En diferentes estudios el perfil sociodemográfico de las cuidadoras presenta características homogéneas en cuanto a que en buena medida son mujeres sin pareja, sin empleo formal y con baja escolaridad, sobre todo las cuidadoras esposas. Estos datos reflejan que las mujeres que cuidan a los viejos/as viven situaciones de riesgo de vulnerabilidad social. No obstante, algunos relatos muestran la tensión y las dificultades experimentadas por las cuidadoras. Predomina un sentimiento de afecto y reciprocidad por la persona cuidada, lo cual da como resultado que esta responsabilidad se cumpla cabalmente.

Tabla 3  
Características sociodemográficas de las cuidadoras

Caso	Nombre	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Parentesco
1	Consuelo	73	Casada	Primaria incompleta	Hogar / cuidadora	Esposa
2	Susana	68	Madre soltera	Técnica	Hogar / cuidadora / pensionada	Hija
3	Rosalina	31	Madre soltera	Secundaria	Hogar / cuidadora	Nieta
4	Paulina	62	Madre soltera	Secundaria	Hogar / cuidadora	Hija
5	Raquel	46	Viuda	Secundaria	Cuidadora / costurera / empleo de medio turno	Hija
6	Tina	38	Divorciada	Abogada	Hogar / cuidadora / comerciante	Hija
7	Carla	73	Casada	Primaria incompleta	Hogar / cuidadora	Esposa
8	Pina	63	Viuda	Primaria incompleta	Hogar / cuidadora / pensionada	Hija
9	María Esther	46	Madre soltera	Técnica	Cuidadora / trabajadora de tiempo parcial	Hija

Fuente: Información obtenida de las entrevistas realizadas.

De las nueve participantes, siete de ellas se ubican en un nivel socioeconómico de clase media baja, es decir, con un ingreso seguro pero insuficiente, con vivienda propia y algunas veces con apoyos de hijos/as u otros familiares que contribuyen a sufragar los gastos derivados de la enfermedad de sus

familiares mayores. Las dos restantes, Rosalina y María Esther, se encuentran en la línea de pobreza, pues no cuentan con vivienda propia y subsisten con los ingresos que aportan los familiares de la persona mayor.

## Proceso del cuidado

El cuidado en la vejez es un fenómeno que inicia paulatinamente, conforme se va presentando la disminución de fuerza y energía a causa de la edad, o bien, de algunas enfermedades padecidas en esta etapa. Al disminuirse las capacidades del cuerpo, el individuo se hace cada vez menos autónomo, aunque la disminución de la autonomía ya no se manifiesta en el cuerpo biológico, sino en el social, sobre todo en relación con sus principales roles sociales (Robles, 2003).

Tronto (1993, citada en Flaquer, 2013) distingue en el proceso de cuidado cuatro fases separadas analíticamente, pero interconectadas entre sí que permiten adentrarse en los distintos contextos en que se desarrolla este proceso. En estas, las condiciones personales, familiares y sociales matizan y dan forma a realidades complejas e inesperadas: 1) reconocimiento de una necesidad (*caring about*), 2) responsabilización (*taking care of*), 3) prestación de los trabajos de cuidado (*care-giving*) y 4) recepción de los trabajos de cuidado (*care-receiving*).

Respecto a la fase de reconocimiento, las experiencias de investigación permiten identificar que el reconocimiento y la toma de conciencia para atender la necesidad de cuidado generalmente surge en los familiares cercanos de quien experimenta una enfermedad o padecimiento. Poner atención o preocuparse de esta necesidad puede ser una reacción manifestada de forma indistinta por género, mas no así el “ocuparse” de la misma.

Generalmente, son las esposas y la descendencia que viven con la persona mayor las que primero identifican la necesidad de cuidados. No obstante, hay un reconocimiento más inmediato en el caso de las esposas cuando es el hombre quien enferma, por la cercanía del vínculo conyugal. En segundo lugar, son las hijas/os que conviven en casa, o bien, parientes no consanguíneos que por distintas condiciones habiten en el mismo hogar. En este sentido, la coresidencia es un factor favorable que permite observar de manera directa el deterioro paulatino de la salud de los mayores, como se aprecia en los siguientes relatos:

Se podía mover con su andadera, él solito iba al baño, él solito se arrimaba a comer y se movía aquí en casa con su andadera, cuando ya no se pudo mover fue cuando le dio la embolia hace cuatro años... ya no se pudo mover, y entre más más. (Carla, 73 años, esposa cuidadora de Leonel, 87 años)

Sí, para caminar y luego ya con el tiempo se le fue haciendo su jorobita y más este... se le hizo más difícil caminar [...] Pues la cuidaba, que no se cayera, si caminaba más o menos con su andadera. (Susana, 68 años, hija cuidadora de Rosaura, 93 años)

Estos relatos muestran las implicaciones del cuidado que realizan mujeres mayores. Por su edad y sus propias condiciones de salud, también requieren del cuidado de sí mismas y de otros. Como refiere Robles, son mujeres que han hecho una “carrera de cuidadoras”, primero de sus hijos/as, ahora de sus padres o cónyuges; es decir, ancianas cuidando ancianos (Robles, 2003).

Respecto a la segunda fase de responsabilización, se identifican dos formas de introducirse al trabajo del cuidado: una consiste en aquella en la que hay un deseo, una motivación o una convicción de cuidar independientemente de contar con ayuda. En esta dimensión destaca una relación positiva, es decir, la naturaleza del vínculo construido a lo largo de la vida entre la persona mayor y la cuidadora ha sido positiva, por lo que surgen más elementos favorables que desfavorables para el cuidado. En este sentido, se asume la responsabilidad de cuidar con todas sus implicaciones. Lo que media aquí es una gama de emociones positivas que, a pesar de la adversidad, hacen que el cuidado se mantenga y se distinga por ser “un buen cuidado”:

Por ejemplo, de que ella ya no se puede mover, de [que] hay que subirla, ahorita como quiera ella se da ánimo, ¿no?, de caminar y de hacer sus cosas, pero a veces cuando se siente muy mal, pues hay que ayudarla a muchas cosas, ¿no?, incluso... pues ellos ya requieren de mucho cuidado, hasta de bañarlos, ¿no?, sí se bañan y lo que usted quiera, pero... por ejemplo, sus pies... ya no se pueden agachar, hay que estar más al pendientes de ellos, ¿no?, cortarles sus uñas. Yo lo vi todo, esta vez cuando mi papá lo operaron, yo lo atendí, o sea le digo que yo un poquito sé, no sé mucho [pero] hay que lavarle la herida, hay que verle sus pies cómo tiene, sus uñas cortárselas, todo, hasta darle masaje. Y yo vi todo eso cuando mi papá estuvo operado, le hice todos esos cuidados, entonces eso es lo que necesitan, no que precisamente tengan una operación para

poder hacer todo esto. Siempre, todo el tiempo hay que estarlos vigilando, en todo, en todo, en todo, en todos los aspectos. (Pina, 63 años, hija cuidadora de Rosa María, 86 años)

La segunda forma de introducirse al trabajo del cuidado en la fase de responsabilización está relacionada con el contexto cultural, socioeconómico y personal de quien cuida. Como bien plantea Robles (2007), las cuidadoras idóneas son aquellas mujeres divorciadas, solteras, viudas que tienen recursos económicos escasos, desempleadas o empleadas en la informalidad, también aquellas que están jubiladas. Generalmente este grupo de cuidadoras han sido designadas explícita o implícitamente por los demás integrantes de la familia, especialmente los varones; aunque también puede haberse dado por “decisión propia”<sup>2</sup>. Estas cuidadoras, en el fondo, están inconformes con el rol y la responsabilidad, lo cual hace más fácil la presencia de tensiones en la relación con el receptor/a del cuidado, o bien, con los demás integrantes de la familia que no colaboran de manera equitativa. Ante la presencia de tensión, surge el riesgo de prodigar un “cuidado inadecuado”, es decir, un cuidado que no aporta los elementos suficientes y necesarios para lograr el bienestar del otro, como se aprecia en el siguiente relato:

Si de repente sí la regaño, cuando no quiere comer le digo: cómete esto, las viejitas de la Zapata ya quisieran tener algo así o que las atendieran como te atiendo yo a ti, no si redigo, le digo, me desespero y todo... [Investigador: “¿Sientes que haces las cosas bien?”] Sí, siento que las hago bien, sí siento que las hago bien, y que estoy al pendiente y que sí la cuido y que sí, pero hay días en que sí me desespero, verdad, hay días que sí, nomás que ¡Ay Dios mío, perdóname! Pero, es que yo este día estoy... por eso me voy a caminar para sentirme bien. (Susana, 68 años, hija cuidadora de Rosaura, 93 años)

Es así que en las familias existe una decisión o motivación por parte de quien se responsabiliza del cuidado, pero esta persona no necesariamente puede tener los elementos suficientes para llevarlo a cabo. En muchos casos el cuidado se satisface en la parte instrumental y afectiva; en otros, solo en lo instrumental, pero sin la calidad que requiere la persona receptora del cuidado. En ocasiones faltan los recursos económicos; en otras, se puede

2 Las comillas enfatizan que, aunque se asuma el cuidado como decisión personal, está permeado por una norma social implícita e interiorizada en las mujeres como parte de su identidad, pues desde niñas se va construyendo la idea de que son ellas a las que les corresponde el cuidado de los miembros de la familia. Entonces realmente no se decide con libertad, sino que hay condiciones contextuales que determinan la decisión.

satisfacer lo económico, pero no lo afectivo y lo instrumental. El cuidado está matizado por las condiciones que rodean la decisión. No basta con responsabilizarse, sino que se debe estar consciente de las implicaciones que conlleva esta actividad. Una condición que refuerza la idea del cuidado femenino es la satisfacción de la persona receptora, ya que el cuidado que recibe está relacionado con las cualidades de la cuidadora. Si bien existe en el imaginario de las familias que las mujeres son “naturalmente” buenas para cuidar, esto no siempre es así. De tal forma que se requieren ciertas competencias actitudinales y competencias técnicas (Recio et al., 2015), que se traducen en proporcionar un buen trato y afecto a la persona dependiente, además de realizar las tareas de forma adecuada.

La responsabilización del cuidado no puede pensarse como exclusiva de la persona que cuida, sino como una responsabilidad compartida con el Estado, la comunidad y la familia, es decir, desde la solidaridad comunitaria. Los recursos para el cuidado provienen de distintas fuentes y no todos deben concentrarse en las cuidadoras.

Asimismo, se pueden señalar otros aspectos problemáticos del fenómeno del cuidado, como aquellos en los que de manera evidente se asumen mayores riesgos al cuidar, especialmente, cuando la cuidadora tiene ya una edad avanzada y la mayor parte del día enfrenta sola las tareas. Se trata de mujeres que llevan toda una vida como cuidadoras y, en palabras de Robles (2003), han hecho una “carrera” de cuidadoras.

Yo sola, le quito su pañal, lo volteo para allá [...] y entonces ya como puedo lo levanto y lo siento en la orilla de la cama, lo agarro de las dos manos y lo estiro y lo siento, ya estando él sentado en la orilla de la cama ya pido el favor a ver quién hay para que lo levante en peso y lo sienten en el sillón porque yo no puedo eso, eso sí no puedo hacerlo y entonces ya me lo sientan en el sillón, llevo la bandejita donde le lavo las manos, llevo el jabón, la toalla, le lavo las manos y luego ya me vengo y le estoy preparando su desayuno, le llevo de almorzar allá, así donde lo ha encontrado, le doy de almorzar, le acabo de dar de almorzar, me vengo yo y empiezo a almorzar yo [...] Luego ya sigo trabajando todo el día, haciendo esto, lavando, haciendo la comida, no falta que hacer y entonces pues ya a las tres o cuatro de la tarde llega uno de mis hijos, lo levanta de ahí en el sillón donde está, yo ya tengo la comida, lo levantan, lo meten al baño y en la silla de ruedas lo traen para acá, aquí come en la silla de ruedas lo movemos y ya aquí come, terminamos de comer, lo sacan y lo dejan ahí en el patio un rato y ya en la tardcecita lo meten para adentro y yo pues junto con él porque ahí en el patio donde se está ahí tengo que estar en una silla sentada, ya sea que me ponga

a leer la Biblia o a coser o lo que sea y me estoy ahí con él ya en la tarde ya tardecito oscureciendo —Ya méteme— y ya me vengo con él también, es una vida dura, ya me vengo con él y ahí me estoy en la tarde hasta que de plano se hace noche, rezamos el rosario los dos. (Consuelo, 73 años, esposa cuidadora de Rigoberto, 82 años)

En relación con la tercera fase de prestación del cuidado, en la mayoría de los casos, las cuidadoras son esposas o hijas, quienes, dada la construcción social del rol femenino y sus condiciones socioeconómicas desfavorables, asumen las tareas efectivas de cuidado y se desgastan tanto física como emocionalmente. Incluso cuando se cuenta con recursos económicos y materiales, esta actividad extenua a quien la realiza, pues no es lo mismo aportar el recurso para cuidar, que cumplir con las tareas que conlleva. En muchas familias, son los varones quienes aportan económicamente, mientras las mujeres, algunas más que otras, efectúan la práctica. Así como el género, el parentesco constituye un producto cultural y, como tal, está sujeto al cambio social. Es necesario entender la forma en que esto toma lugar en las prácticas sociales (Comas d'Argemir y Soronellas, 2019). Parentesco y género son una díada indispensable que está presente en las motivaciones para el cuidado. El siguiente relato muestra cómo las características personales de la cuidadora, el rol que desempeña en la familia y el tipo de vínculo entre madre e hija cuidadora la colocaron como la cuidadora idónea, pues Paulina es madre soltera, con escasa escolaridad y desempleada:

Pues mis hermanos que están en el “otro lado” (Estados Unidos) me compraron esta casa aquí en Durango, porque cada vez que mi mamá se ponía “mala”, teníamos que venir desde el rancho y a veces a la medianoche... entonces me dijeron: “mira, te compramos una casita en la ciudad, esa va a ser tuya, pero estás al pendiente de mi mamá”. (Paulina, 62 años, hija cuidadora de Rosenda, 92 años)

En el caso del cuidado informal a personas mayores, la respuesta dependerá del tipo de relación construida entre la persona cuidadora y el enfermo en el momento del cuidado, pero también de la historia de esa relación. Las tareas de cuidado pueden ser recibidas con mayor facilidad cuando entre los/as dos protagonistas hay una relación afectiva forjada a lo largo de los años. Ello puede ocurrir entre cónyuges, de hijos/as a padres, o bien, por designación de otros; como en el caso de Rosalina, a quien le fue asignado el rol por sus familiares dadas sus precarias condiciones socioeconómicas, además de ser madre soltera, y tener dos hijos y sin empleo formal.

Cuando mi abuelito falleció, pues todas se pusieron de acuerdo ¿Que quien? Según esto nos íbamos a rotar para cuidarla. Y entonces mis tías dijeron que iban hacer el esfuerzo todas [de] darme, darme unos centavitos para que yo viniera y la cuidara... y yo siempre fui muy “apegada” a ella. (Rosalina, 31 años, nieta cuidadora de Yocasta, 83 años)

Otro ejemplo es el de María Esther, cuyo hermano fallece un mes después de que le pidiera que se cambiara a la casa materna para cuidar a su madre:

Fue un mes antes y dice mi hermano “Mira, tu casa ya está, tu casa ya está y yo cuando me muera te voy a dejar \$25,000 pesos porque yo quiero que me hagas la cremación, y te los voy a dejar a ti, te voy a dejar un dinerito para ti, para que me veas a mamá”, le digo: “no, pero ¿por qué yo?”, dice: “no, es que tú, yo veo que tú eres más paciente”, y le digo: “no, no quiero regresarme”, dice: “bueno, piénsale, piénsale”. (María Esther, 46 años, hija cuidadora de Margarita, 84 años)

En los casos anteriores, los recursos económicos para otorgar cuidados no fueron un problema, pues hubo familiares que pudieron pagar para que otros integrantes más vulnerables económicamente desempeñaran el papel. En este sentido, se hacen difusas las fronteras entre lo privado y lo público, pues hay trabajos de cuidado gratuitos en lo público y pagados en lo privado (Pérez Orozco, 2006). Los casos presentados tienen dos matices interesantes: por un lado, una cara positiva, pues podemos pensar que un integrante desprotegido de la familia obtiene un beneficio económico a cambio del cuidado; pero por otro, el pago concedido cae en el ámbito de la informalidad: ¿Cuánto costaría ese cuidado si lo otorga el mercado? Por otra parte, estos mecanismos implementados por las familias proporcionan al Estado la excusa perfecta para evadir todo tipo de responsabilidad respecto a la reproducción social (Ezquerria, 2011).

Diferentes situaciones muestran con mayor claridad la otra cara de la moneda, cuando la ausencia de recursos familiares, materiales y de cuidado, aunados a la desprotección social devienen en un cuidado insatisfactorio y precario, pues los gastos que genera la enfermedad no siempre son cubiertos por la seguridad social o las instituciones de salud. A continuación, se describen dos experiencias en las que no solo la falta de solvencia económica limita o impide la posibilidad de atender al enfermo, sino que también las tensiones familiares y el desgaste físico y emocional de la cuidadora se implican:

No mire, eso es lo que más me queda a mí eso, [llora] lo siento que se haya muerto sin la última atención, yo le diré que en verdad yo no tenía dinero, tengo ahorita pues situaciones que haga de cuenta que llega la pensión y así como llega se me va en los compromisos que

tengo, entonces si yo les hablo desde las ocho y media, si la están viendo ¿Por qué ellos que son los mayores, porque no dicen “sabes que vamos a llevarla a algún lado”? [...] A nadie se le ocurrió... [Llora] haga de cuenta que vinieron porque yo les hablé y porque pues a ver, nadie dijo “Oye, ¿qué hacemos?” Mi hermano Enrique que hubiera venido, “vamos a llevarla”, como yo pensé, “oigan mi mamá está mala, vengan porque les está hablando”, o sea ¿era un así como que vengan y hagan lo que Chayo dijo, vénganla a ver acabada? Pero no, a la hora se quedan tantas... siento no sé... una molestia, hasta le podría decir que un sentimiento de culpa de decir “se murió sin hacer nada”. (Raquel, 46 años, hija cuidadora de María Santos, 92 años)

Otro caso que muestra las implicaciones de la precariedad de las familias en torno a los gastos que origina el cuidado, se identifican en el ejemplo de Tina:

La albúmina humana, esa cuesta mil setecientos cada una, la más barata la consigue en novecientos y la más barata la consigue en setecientos y tanto, pero son cinco albúminas por cada cinco litro de agua que le saque, entonces tiene que estar teniendo las albúminas, más albúminas, más albúminas, y aparte el hospital general es otra situación que si lo van a considerar ya no es como antes que decían: “te consiguen el descuento y pagas poquito”, no es cierto, ahora ya no, ahora aunque te bajen el nivel, pues yo esta vez de siete mil, le bajé a tres mil, y luego de tres mil, le bajé a dos mil y luego de dos mil le bajé a dos mil trescientos, o sea que ya no es tampoco así, y luego yo creo que el patronato del hospital general no abarca tanto porque yo traté de hablar para que el patronato me apoyara con algunas albúminas y tampoco se pudo. (Tina, 38 años, hija cuidadora de Genoveva, 83 años)

Los cuidados, como plantea Pérez Orozco (2006), ponen en el centro tanto la dimensión afectivo-relacional, como lo más carnal de la experiencia vivida. La falta de acceso a la protección social en salud hace evidente las debilidades de la política, pues no poseer una cobertura universal implica, por un lado, que se queden fuera de la atención quienes menos tienen, y por otro, impide ejercer un derecho ciudadano. Adicionalmente, las cuidadoras ponen en riesgo su salud física y emocional, debido al desgaste inherente a esta práctica, sobre todo, cuando se atraviesan otras condiciones adversas como la pobreza y la falta de una red de apoyo social:

Me duele la espalda, me duele la cintura, las piernas, pero es también por mi diabetes, también por la diabetes me siento [...] porque a veces me deprimó demasiado y me duele todo, todo el cuerpo y

me siento muy mal y así tengo que hacerlo, aunque sea arrastrando los pies tengo que hacerlo porque me necesita y lo debo de hacer. (Carla, 73 años, esposa cuidadora de Leonel, 87 años)

En México, las cuidadoras no son visibles a las políticas de atención a la vejez. Se atiende al enfermo/a, se le dota de tratamiento, estudios, etcétera; es decir, la mirada está puesta en ellos<sup>3</sup>, pero la figura de la cuidadora no se integra a las acciones que se desarrollan en las instituciones de salud. El estado físico y, sobre todo, el emocional se vuelven extremadamente vulnerables y no existe una alternativa de atención para ellas. Más aún, ni siquiera ellas mismas se dan cuenta de esta necesidad, por ende, no la reclaman. El caso siguiente expresa claramente esta premisa:

Y luego te digo, que para mí ese día entré en una crisis terrible, o sea, yo ya no soportaba más estar adentro del Seguro [Instituto Mexicano del Seguro Social, una institución de salud], o sea, yo ya bajaba y ya no, y ya no quería, yo ya no quería, o sea, te haces... al principio decía, bueno está cerquitas de aquí de la vuelta del Seguro, del ISSSTE [Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, otra institución de salud] al Seguro dije, “estaba cerquitas”, pero en la noche me estaba hasta las 12:00 de la noche y a la 1:00 de la mañana que me cubrían, me cubrían hasta las 5:00 los muchachos que contrataba, o cuando ya me estaban pidiendo... los doctores me hablaban por el celular, me levantaba y se me hacía eterno llegar al Seguro, llegar de ahí del ISSSTE al Seguro que tanto espacio es, se me hacía eterno, yo ya no, yo iba por el elevador y sentía que se iba [el elevador], más bien yo quería que se fuera hasta el infinito y ya que ahí parara toda mi historia, pero no, agarraba fuerza diaria, diaria, diaria, diaria, diaria a verla, nos amanecía ahí y contábamos las horas y ella muy tranquila, eso sí, muy tranquila. (Tina, 38 años, hija cuidadora de Genoveva, 83 años)

## Las motivaciones para cuidar

Desde la óptica del cuidado femenino, es importante distinguir que no todas las mujeres asumen la obligación del cuidado con sus progenitores mayores. La motivación para el cuidado también va en función del vínculo con la persona cuidada, con la historia previa de la relación, con los recursos materiales y económicos de las cuidadoras y también con las expecta-

---

3 Aunque no siempre se cuente con la calidad de atención y disponibilidad de los servicios de salud, las acciones institucionales contemplan satisfacer los problemas de enfermedad de las personas mayores, mas no así de quienes los cuidan.

tivas que el receptor tiene de quién lo cuida. No obstante, el parentesco y la consanguinidad constituyen una motivación prioritaria para otorgar el cuidado, aunado a la relación de confianza y a la presencia de afecto entre quien cuida y quien es cuidado/a (Comas d'Argemir y Soronellas, 2019). En el caso del cuidado entre cónyuges, es frecuente el cuidado de la mujer hacia el marido; pero cuando ocurre a la inversa, también esta motivación aparece como la primera opción, aunque generalmente la ayuda de otra mujer cuidadora está presente. Los siguientes relatos de los/as receptores ejemplifican esta situación:

Pos como quiera es nuestra obligación ya de uno y otro [ayuda entre cónyuges], sí, darse uno al otro [...] a veces viene mi nieta y nos ayuda. (Antonia, 83 años, receptora de cuidados)

[Investigador: "Si viene otra gente a bañarla, ¿no se siente a gusto? ¿Con alguna otra hija o nuera?"] No, ya me acostumbré con Paty y ya sabe, con otra nuera le tengo que decir esto, esto y esto y Paty ya sabe, con mucho gusto me lo hace. A veces la veo que anda medio, de mal genio o que trae algún problema y la veo media seria, pero ya no me platica nada, ni yo le quiero sacar nada, si ella me platica bien, si no también. (María Dolores, 93 años, receptora de cuidados)

No, pues ella [la hija], porque pues es mujer, pues con los hijos no es igual, pues ya nada más de ellos que cuando menos los veo o hablo con ellos, tengo uno que parece que son muy necesario y él viene o no, se pasan los años que no nos vemos, así cada quien es. (Amelia, 89 años, receptora de cuidados)

En los dos últimos relatos vemos, por una parte, la preferencia hacia una hija para recibir de ella el cuidado. La confianza y el vínculo establecido limitan la apertura a recibir cuidados de otras mujeres de la familia. Es decir, la elección de la cuidadora se establece entre más cercano es el parentesco. Adicionalmente, la feminización del cuidado, presente en los dos relatos da cuenta de la adjudicación de esta responsabilidad preferentemente en las mujeres de la familia —esposas o hijas—. De tal forma que ya el hecho de ser mujer es una motivación también para cuidar.

El cuidado produce género y parentesco. Incluir a los hombres en esta actividad resignifica el contenido de ambos, pues cuando los hombres se involucran en esta tarea, se promueven cambios no solo en el sujeto varón, sino en el contexto familiar y en el contexto institucional; es decir, se genera un cambio cultural pero también político (Comas d'Argemir y Soronellas, 2019).

En cuanto a las distintas motivaciones para cuidar a las personas mayores, algunos estudios señalan la diversidad de motivos: “por un deber moral”, “porque no me queda otro remedio”, “porque ella me ayudó a mí”, entre otros (Pérez, Varela, Martínez y Musitu, 2012, p. 52). En estas se encuentran implícitas creencias y valores determinados por la cultura, pero también las posibilidades y compromisos vitales (Delicado, 2006). El cuidado producirá satisfacción o insatisfacción en la medida en que afecte o no la vida personal, familiar y la economía de quienes cuidan, o también si está presente o no un sentimiento de resignación (Pérez et al., 2012). Además, se ha demostrado que entre las motivaciones más importantes del cuidado están los vínculos emocionales y las obligaciones filiales, lo cual explica que, a pesar de la insatisfacción que les puede generar el cuidado, este se mantenga como parte de sus responsabilidades morales (Lara, 2009). Es decir, las personas no responden igual ante los cuidados recibidos cuando se realizan como resultado de un vínculo afectivo, que cuando se otorgan por un deber moral. De ahí depende entonces la calidad y también la satisfacción o no en quien lo recibe.

## **La normatividad y las políticas públicas sobre el cuidado en México**

El cuidado es parte de vivir en sociedad, por tanto, se convierte en un elemento central del desarrollo social, pero también del bienestar. En concordancia con otros estudios ya citados en este trabajo, la forma en que las sociedades enfrenten el tema del cuidado implicará una reorganización de la ciudadanía social y la solidaridad. Pero más allá de esto, “las implicaciones sociales y económicas dependerán mucho más de los arreglos institucionales (públicos y privados) específicos de cada país, lo que afectará no solo la división de la responsabilidad de provisión de bienestar entre el Estado, la familia y la comunidad, sino también los contratos de género y generacionales en esta materia” (Huenchuan y Rodríguez, 2014, pp. 10-12).

En este sentido, ¿qué podemos hacer sobre el cuidado en un contexto de envejecimiento? Actualmente existen una serie de discusiones y evidencias de que el tema del cuidado a las personas mayores ha quedado integrado en los documentos normativos más importantes para México y el continente americano. Existen dos que son centrales en México para la protección de los derechos de los adultos mayores en donde el cuidado es mencionado: La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, promulgada en 2002 y reformada en 2016 (ver Diario Oficial de la Federación, 2002), y la Convención

Interamericana para la Protección de los Derechos de las Personas Mayores, aprobada por los países de la Organización de los Estados Americanos el 15 de junio de 2015<sup>4</sup>.

La Ley de los Derechos de las Personas Mayores surgió en un contexto donde ya se comenzaba a establecer la transición de un enfoque asistencial a uno de derechos humanos en las políticas hacia las personas mayores. Esto, como resultado de la Conferencia de Población de Beijing en 1994, las reuniones regionales organizadas por la CEPAL y las conferencias sobre Población y Desarrollo, las cuales paulatinamente integraron la perspectiva de derechos en los instrumentos y políticas de las diferentes partes del mundo.

Respecto al tema de cuidado, la Ley de Derechos de las Personas Adultas Mayores de México señala en sus artículos III y X que las familias deberán recibir el apoyo institucional para el cuidado de sus familiares mayores. Asimismo, se menciona que estos tendrán derecho a recibir atención y tratamiento en caso de enfermedad, a decidir sobre su situación de salud y a tener una nutrición adecuada. Sin embargo, estos derechos no son garantizados, pues en la realidad hay personas mayores que no cuentan con el apoyo familiar ni el institucional.

En la ley mexicana hay una ambigua alusión a la relevancia de los cuidados, pero existe poca visibilización del tema tanto en las instituciones que atienden a esta población como en la sociedad en general. Asunto que puede resultar problemático dada la complejidad del tema y sus implicaciones a nivel de la reproducción de la desigualdad en la población femenina, así como en la vulneración de los derechos de las personas mayores en México. Lo anterior se corrobora cuando las personas mayores requieren de cuidados a largo plazo<sup>5</sup> o cuidados paliativos<sup>6</sup>, pues no existe una política pública que aborde estas problemáticas. La única solución para los familiares incide a nivel privado ya que no siempre está al alcance de los ingresos de quienes cuidan, por lo que muchos no tienen más alternativa que asistirlos en el domicilio.

---

4 Al momento de escribir este artículo la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos de las Personas Mayores 2015 aún no había sido ratificada por el gobierno mexicano.

5 Los cuidados de largo plazo refieren a aquellos en donde las personas con dependencia moderada o severa que no pueden ser cuidados en su hogar tienen que internarse en residencias de larga estadía (públicas, privadas o mixtas) para recibir atención integral y de calidad.

6 Se refieren a la atención y cuidado integral e interdisciplinario de pacientes en etapas avanzadas de una enfermedad terminal, en donde se busca mejorar su calidad de vida, controlar su dolor, apoyarlos psicológica y espiritualmente. La atención se enfoca en el paciente, su familia y su entorno.

Por su parte, la Convención Interamericana (ver Organización de Estados Americanos, 2015) señala entre sus principios fundamentales “el bienestar y el cuidado” pero también advierte la responsabilidad del Estado y la participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna. Adicionalmente, en sus artículos 6 y 9, la Convención plantea el “Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez”, con acciones institucionales que apoyen los cuidados integrales y paliativos tomando en cuenta el consentimiento informado de las personas mayores. De la misma forma se contempla el derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, además de que se propone capacitar y sensibilizar a funcionarios públicos, personal de los servicios sociales y de salud para garantizar un trato digno y prevenir negligencias y abusos, así como desarrollar programas de capacitación y apoyo a los cuidadores en la familia.

Lo anterior pone de manifiesto la brecha entre una ley promulgada en 2002 por un país como México, que todavía desconocía la temática del cuidado en toda su complejidad, y los planteamientos de la Convención Interamericana. La cual propone un instrumento vinculante para orientar las políticas hacia las personas mayores del continente, incluyendo medidas como el “acceso equitativo a la atención de cuidados; el desarrollo de sistemas nacionales de cuidado; el incremento de la oferta y calidad de estos sistemas, y la creación de programas específicos de cuidado, incluidos los de atención domiciliaria, servicios de cuidado comunitario, programas de respiro, conserjería, capacitación y asistencia a personas cuidadoras y programas de transferencias para personas cuidadoras, incluidas las prestaciones de la seguridad social” (CEPAL, 2015, p. 218).

En México, el tema de los cuidados ha cobrado mayor importancia en la atención de la población infantil al contar con guarderías y estancias dependientes del Estado, mas no de igual manera para las situaciones de discapacidad y atención a la dependencia en la vejez. Con excepción de algunos países del Cono Sur y del Caribe como Argentina, Costa Rica, Cuba y Uruguay, en el resto de Latinoamérica se ha avanzado poco en colocar el tema del cuidado en la vejez en la agenda pública. La ausencia de una política de cuidado para la dependencia y la discapacidad sigue reafirmando la responsabilidad en la familia y, sobre todo, en las mujeres.

En el caso de los cuidados a las personas mayores, existen algunos avances en la política social del gobierno de la Ciudad de México, en donde se

desarrollan programas relacionados con la atención médica domiciliaria para aquellas personas mayores que tienen limitaciones para moverse, por ejemplo, el programa: Cuidados de largo plazo que mediante la visita de personal de salud, preferentemente mujeres, se monitorean las necesidades de atención integral de esta población (Programa de Gobierno, 2020-2024). Se debe considerar que en un contexto como el de México, donde la seguridad social es limitada, la red familiar constituye el principal apoyo para las personas mayores, lo cual puede tener implicaciones negativas tanto en los que otorgan cuidado como en quienes lo reciben, agudizando las desigualdades y la vulnerabilidad (Huenchuan y Rodríguez, 2015).

En cuanto a las instituciones que ofrecen servicios de cuidado en México, estas son en gran proporción de naturaleza privada, razón por la cual muchas familias no pueden acceder a estos servicios. En cuanto a las escasas instituciones públicas, estas se concentran en las ciudades más importantes del país y un buen número de ellas se encuentran en condiciones deficientes en cuanto a personal especializado, infraestructura y recursos materiales. Por esta razón, es fundamental ayudar a las familias y a las mujeres cuidadoras para que presten asistencia a sus miembros. Independientemente de las carencias económicas, un servicio necesario para apoyar a quienes cuidan lo comprende un programa de apoyo psicosocial que ayude al empoderamiento de las mujeres, tanto al interior de las familias como en el contexto social en el que se desenvuelven, pues como lo muestran los resultados, son mujeres con alto nivel de vulnerabilidad social.

## Reflexiones finales

Los principales proveedores/as del trabajo de cuidados son distintos para la población infantil que para la población adulta mayor, aunque en ambos casos se caracterizan por ser mujeres. Así sea desde el cuidado institucional que ofrece el Estado, o desde el mercado o la familia, cuidar a personas que están al final de la vida complica las tareas de cuidado que se les ofrecen. En el trabajo de cuidados realizado por los trabajadores/as en el mercado esto es considerado un “trabajo sucio” (Recio et al., 2015), un trabajo duro que implica tareas devaluadas y poco reconocidas socialmente. Asimismo, no todos los prestadores de cuidado en las instituciones públicas tienen la actitud requerida para un buen trato a los ancianos/as enfermos/as.

El débil papel del Estado para ofrecer cuidados mediante las instituciones de salud a personas mayores y la presencia de un mercado que oferta servicios —muchos de ellos no están regulados, ni cuentan con personal

profesional, abaratando la mano de obra de cuidadoras/es— son una combinación perversa que empuja a las familias a dos situaciones igualmente desventajosas: a conformarse con recibir malos e insuficientes cuidados, o a pagar costos económicos elevados sin la garantía de que lo que reciben sea de calidad.

Frente al envejecimiento demográfico, los cambios que se advierten en nuestra organización social son evidentes al menos en el tema de cuidado. Como se ha visto, las motivaciones para ejercer esta actividad son diversas, pero, sin duda, el trabajo de cuidar sin las condiciones óptimas reproduce vulnerabilidades de generación en generación. Entre las principales repercusiones que genera el cuidado de las mujeres están: menor tiempo para su autocuidado, tiempo de ocio y participación social; dificultades para incorporarse a un trabajo extradoméstico; menores posibilidades para avanzar en el ámbito educativo y laboral; inserción en trabajos con menores ingresos, con condiciones precarias y menos valorados (Organización de las Naciones Unidas, 2016).

Dadas las condiciones de desigualdad en los procesos de cuidado en México, las mujeres se ven inmersas en esos procesos con afectaciones psíquicas y físicas que inciden en su desarrollo personal. No obstante, las desigualdades mencionadas se entrecruzan con otras variables que complejizan y recrudecen más esta dimensión, entre ellas el sistema de creencias que se construye alrededor de la obligación moral del cuidado, y que se ha delegado por generaciones en las mujeres. Se requiere dejar de incorporar a las mujeres en “el dilema de la buena persona” como dice Folbre (2001), atraparla en el mandato de “la buena esposa o la buena hija”, sin reflexionar que debemos transformar a todas las personas en cuidadores universales, con el propósito de mitigar conflictos potenciales entre los principios<sup>7</sup> establecidos como componentes de la equidad de género y minimizar la necesidad de negociar (Fraser, 2000).

Los temas del cuidado y el papel de las cuidadoras deben rebasar la esfera privada, pero sin que llegue a ser una cuestión exclusiva de la esfera pública. Es un asunto que necesita discutirse en el ámbito político, considerando la intervención de diversos actores: tomadores de decisiones, cuidadoras y personas mayores receptoras del cuidado. Es necesario, como argumenta Enríquez (2014), es preciso orientarnos hacia una colectivización del cuidado, pero con una clara y contundente responsabilidad

---

7 Estos principios se refieren a: antipobreza, antiexplotación, igualdad de ingreso, igualdad de tiempo libre, igualdad de respeto, antimarginación y antiandrocentrismo, enunciados por Fraser (2000) en su capítulo: “Después del salario familiar”.

del Estado. Una política de esta naturaleza debe de construirse progresivamente, considerando los principios de igualdad y universalidad, teniendo en cuenta las necesidades de cuidado según el grupo de población al que se pertenezca, no olvidando la corresponsabilidad de cada actor —Estado, mercado, familias y comunidad—, así como la distribución equitativa de dicha tarea por sexo (CEPAL, 2015).

En diversas convenciones internacionales<sup>8</sup> sobre los derechos de las personas mayores, México ha establecido su compromiso de implementar las políticas necesarias para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Sin embargo, la realidad apunta a que sigue existiendo un vacío en las políticas de cuidados de larga duración y que “la familia” sigue siendo la principal responsable de los cuidados de sus mayores (Matus-López, 2015; Monteverde, Tomas, Acosta y Garay, 2016). Es indispensable que al interior de las familias se promueva la equidad y corresponsabilidad en los cuidados, ya sea entre las mismas mujeres, pues no todas participan con el mismo tiempo y calidad. Dicho de manera más enfática, es necesario contemplar al cuidado de los varones como un imperativo social necesario para el bienestar personal y social.

## Referencias

- Aguirre, R. (2008). El Futuro del cuidado. En Arriagada, I. (Ed.), *Futuro para las Familias y Desafíos para las Políticas. Serie Seminarios y Conferencias*, (pp. 23-34). Santiago de Chile: CEPAL.
- Arroyo, M. C. y Vázquez, L. (2016). Percepción de personas mayores sobre la atención en instituciones de salud de la ciudad de Durango. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 11(21), 144-172. DOI: 10.22201/cimsur.18704115e.2016.21.12
- Arroyo, C., Ribeiro, M. y Mancinas, S. (2011). *La vejez avanzada y sus cuidados. Historias, subjetividad y significados sociales*. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Banchs, M. A. (30 de junio de 1998). Mujer, visibilidad y ciudadanía. *Coloquio Violencia contra la Mujer, Derecho de las Humanas y Ciudadanía*. Ponencia presentada en el 50 Aniversario de la OEA, II Aniversario de gestión Autoridades UCV y VI Aniversario Centro de Estudios de la Mujer UCV. Recuperado de: [http://pmayobre.webs.uvigo.es/textos/maria\\_banchs/mujer\\_visibilidad\\_y\\_ciudadania.pdf](http://pmayobre.webs.uvigo.es/textos/maria_banchs/mujer_visibilidad_y_ciudadania.pdf)

8 Entre estas convenciones están el Plan de Acción de Madrid (2002), la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe (2003), la Declaración de Brasilia (2007) y el Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo (2013) (Monteverde et al., 2016).

- Benería, L. (2008). The crisis of care, international migration, and public policy. *Feminist Economist*, 14(3), 1-21. DOI: 10.1080/13545700802081984
- Blair, E. (2009). Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición, *Revista Política y Cultura*, 32, 9-33. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0188-77422009000200002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0188-77422009000200002&lng=es&nrm=iso)
- Comas d'Argemir, D. y Soronellas, M. (2019). Men as Carers in Long-Term Caring: Doing Gender and Doing Kinship. *Journal of Family Issues*, 40(3), 315-339. DOI: 10.1177/0192513X18813185
- Comas d'Argemir, D. (2016). Hombres cuidadores: Barreras de género y modelos emergentes. *Psicoperspectivas*, 15(3), 10-22. DOI: 10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue3-fulltext-750
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2015). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2016). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Delicado, M. V. (2006). Características sociodemográficas y motivación de las Cuidadoras de personas dependientes, *Praxis Sociológica*, 10, 200-234.
- Diario Oficial de la Federación. (2002). *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*. Ciudad de México: Cámara de Diputados.
- Ehrenreich, B. y Hochschild A. R. (2003). *Global Woman: nannies, maids, and sex workers in the new economy*. New York: Metropolitan Books.
- Enríquez, R. (2014). Feminización y colectivización del cuidado en la vejez. *Cuadernos de Pesquisa*, 44(152), 378-399. DOI: 10.1590/198053142873
- Eternod, M. y Jácome, T. (2018). El trabajo de cuidados, obstáculo para las autonomías de las mujeres. En Ferreyra, M. (Ed.), *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*, (pp. 216-227). Ciudad de México: ONU-MUJERES.
- Ezquerro, S. (2011). Crisis de los cuidados y crisis sistémica. La reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones Feministas*, 2, 175-194. DOI: 10.5209/rev\_INFE.2011.v2.38610
- Flaquer, L. (2013). Los trabajos de cuidado: de una obligación tradicional a un derecho social. En Gilligan, C., *La ética del cuidado*, (pp. 72-85). Barcelona, España: Fundación Víctor Grifols i Lucas.
- Folbre, N. (2001). *The invisible heart: Economics and family values*. New York: The New Press.

- Fraser, N. (2000). *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista"*. Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes / Siglo del Hombre.
- Garay, S., Montes de Oca, V. y Arroyo, C. (2018). Costos e implicaciones del cuidado a personas mayores en México. En *Población y desarrollo sostenible: Políticas públicas y avances en la medición sociodemográfica*. Ponencia presentada en el VIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, octubre, Puebla, México.
- García, A. (2018). Políticas de cuidado. El caso de la ciudad de México. En Ferreyra, M. (Ed.), *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*, (pp. 228-240). Ciudad de México: ONU-MUJERES.
- Himmelweit, S. (2017). *Changing norms of social reproduction in an age of austerity*. Ochanomizu University: Departmental Butlein Paper. Recuperado de: <https://ci.nii.ac.jp/naid/120006223797/>
- Huenchuan, S. y Rodríguez, R. I. (2014). *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Ciudad de México: Naciones Unidas.
- Huenchuan, S. y Rodríguez, R. I. (2015). *Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México: Diagnóstico y lineamientos de política*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Encuesta Intercensal 2015*. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/>
- Krmpotic, C. y de Ieso, C. (2009). Los cuidados familiares: aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género. *Revista Katálysis*, 13(1), 95-101. DOI: 10.1590/S1414-49802010000100011
- Lara, M. (2009). *Las creencias sobre la reciprocidad de los cuidados al final de la vida: sus efectos moduladores sobre el bienestar de las personas mayores* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, España. Recuperado de: [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/76281/DPEE\\_LopezMartinL\\_CreenciassobrelaReciprocidad.pdf?sequence=1](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/76281/DPEE_LopezMartinL_CreenciassobrelaReciprocidad.pdf?sequence=1)
- Matus-López, M. (2015). Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América Latina. *Salud Colectiva*, 11(4), 485-496. DOI: 10.18294/sc.2015.785

- Monteverde, M., Tomas, S., Acosta, L. y Garay, S. (2016). Envejecimiento poblacional y magnitud de la dependencia en Argentina y México: perspectiva comparada con España. *Revista Latinoamericana de Población*, 18(19), 135-154. DOI: 10.31406/relap2016.v10.i1.n18.6
- Morse, J., Barrett, M., Mayan, M., Olson K., y Spiers J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13-22. DOI: 10.1177/160940690200100202
- Organización de Estados Americanos. (2015). *Convención Interamericana para la Protección de los Derechos de las Personas Mayores*. Tratados Multilaterales Interamericanos. Texto de la Convención.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2017). *Envejecimiento y cambios demográficos. Salud en las Américas*. Recuperado de: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=314&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=314&lang=es)
- Organización de las Naciones Unidas. (2016). *Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado. ONU-MUJERES*. Serie Transformar Nuestro Mundo. ONU Mujeres, 2015. Recuperado de: <https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2016/01/trabajo-domestico>
- Pedrero, M. (2018). Diferencias de género y roles familiares en la asignación de tiempo destinado a cuidados. En Ferreyra, M. (Ed.), *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*, (pp. 54-67). Ciudad de México: ONU-MUJERES.
- Pérez, V., Varela, R. M., Martínez, B. y Musitu, G. (2012). *Familiares cuidadores de mayores: percepción de los cuidados*. Zerbitzuan, 52, 87-99. DOI: 10.5569/1134-7147.52.05
- Pérez Orozco, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, 5, 7-37. Recuperado de: [http://revistaeconomiacritica.org/sites/default/files/revistas/n5/1\\_amenaza\\_tormenta.pdf](http://revistaeconomiacritica.org/sites/default/files/revistas/n5/1_amenaza_tormenta.pdf)
- Razavi, S. y Staab, S. (2010). Mucho trabajo y poco salario: perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado. *Revista Internacional del Trabajo*, 129(4), 449-467. DOI: 10.1111/j.1564-9148.2010.00095.x
- Recio, C., Moreno, S., Borràs, V. y Torns, T. (2015). *La profesionalización del sector de los cuidados*. Zerbitzuan, 60, 179-193. DOI: 10.5569/1134-7147.60.12

- Redondo, N., Garay, S., Guidotti, C., Rojo-Pérez, F., Rodríguez, V., Díaz, M. y Llorente, M. (2016, octubre). ¿Cómo afecta la discapacidad al entorno residencial de las personas mayores? Un estudio comparado en países iberoamericanos. *Unidad y diversidad de los procesos demográficos: desafíos políticos para América Latina y el Caribe en perspectiva internacional comparada*. Ponencia presentada en el VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población y el XX Encuentro Nacional de Estudios Poblacionales, Foz do Iguaçu, Brasil.
- Robles, L. (14-18 de julio de 2003). Una vida cuidando a los demás. Una carrera de vida en ancianas cuidadoras. *Repensando las Américas en los umbrales del siglo XXI*. Ponencia presentada en el LI Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile.
- Robles, L. (2004). El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos: un sistema de autoatención. *Cuadernos de Saúde Pública*, 20(2), 618-625. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000200032
- Robles, L. (2007). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos*. Guadalajara: Editorial Universitaria.
- Tronto, J. (2018). Economía, ética y democracia: tres lenguajes en torno al cuidado. En Arango Gaviria, L. G., Amaya Urquijo, A., Pérez-Bustos, T y Pineda Duque, J. (Eds.), *Género y cuidado. Teorías, escenarios y políticas*, (pp. 22-36). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Valderrama, M. J. (2006). El cuidado, ¿una tarea de mujeres?, *Vasconia*, 35, 373-385. Recuperado de: <http://ojs.eusko-ikaskuntza.eus/index.php/vasconia/article/view/310>
- Vaquiro, S. y Stiepovich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y Enfermería*, 16(2), 9-16. DOI: 10.4067/S0717-95532010000200002
- Vega, C. y Gutiérrez, E. (2014). Nuevas aproximaciones a la organización social del cuidado. *Debates Latinoamericanos. Íconos: Revista de Ciencias Sociales*, 50, 9-26. DOI: 10.17141/iconos.50.2014.1425