

Sánchez-Ayénde, M. Mujeres puertorriqueñas de edad mediana como principales proveedoras de cuidado a adultos/as mayores. Adriana Gómez (ed.) La revolución de las canas: Reflexiones y experiencias sobre el envejecer de las mujeres. Cuadernos Mujer y Salud 4, 1999: 124-135.

Por: Melba Sánchez Ayénde, Ph.D.^{1, 2}

Marco conceptual

Los cambios relacionados con la industrialización, la migración de áreas rurales a urbanas, los desplazamientos por guerras, la incorporación de la mujer a la fuerza laboral formal y los descensos en las tasas de natalidad han alterado los patrones de dinámica familiar. Sin embargo, a pesar de estos cambios, la investigación gerontológica transcultural ha demostrado la prevalencia del apoyo familiar en la vida de los adultos de edad mayor tanto en la vida diaria como en los momentos de crisis (Andrews, 1986; Bonita, 1996; Kosberg, 1992; Kahana & Young, 1990; Kahana et al. 1994; Neysmith 1991; OPS, 1989; Sánchez Ayénde 1994). La gerontología social y la teorías prevalecientes sobre relaciones de familia señalan que la familia extendida como unidad doméstica o domiciliaria ya no es la que prevalece en muchos países debido a la separación geográfica u ocupacional entre las generaciones, las guerras y a la práctica de matrimonios neolocales. No obstante, todavía existe un círculo de parientes -- compuesto mayormente por familias nucleares unidas por lazos de afecto y obligación familiar-- que provee asistencia al adulto mayor a pesar de que la dinámica dentro de la que ocurre la misma está pasando por modificaciones. El aumento en la proporción de adultos mayores, en particular del grupo de 75 años y mayor, presenta un desafío al apoyo que ofrece la familia al adulto anciano que necesita cuidado especial en una época histórica en la cual los cambios demográficos y sociales han impactado la dinámica del cuidado.

La incorporación de muchas mujeres al mercado laboral formal e informal, la reducción del tamaño de la familia y la migración tanto interna como externa han afectado las redes de apoyo de los adultos mayores y de aquellos miembros de su familia que les ayudan; parientes que en su gran mayoría son mujeres. Tradicionalmente, son las mujeres en quienes recae la atención del cuidado de los miembros de la familia, no importa la edad de la persona que requiera atención. Parte del rol femenino es asumir responsabilidad por el cuidado de los enfermos de la familia. Las relaciones personales y familiares al igual que las relaciones de asistencia que se dan en ellas están enmarcadas dentro de la dimensión cultural y el mundo de significados que caracteriza a ésta. La investigación gerontológica transcultural ha evidenciado en otros lugares que las definiciones culturales de roles masculinos y femeninos, interdependencia familiar, obligación filial y reciprocidad afectan el proceso de proveer asistencia a un adulto mayor de salud frágil. Afectan tanto el tipo de asistencia ofrecida como la dinámica que se da en el proceso (Aranda & Knight, 1997; Bonita, 1996; Brody, 1990; Cameron et al., 1989; Conell & Gibson, 1997; Carers National Association, 1992; Horowitz, 1985; Jacobson, 1987; Lewis & Meredith, 1989; Neysmith 1991; Rosenberg, 1990; Sánchez-Ayénde, 1992). Las mujeres que proveen cuidado a sus familiares de edad mayor tienen que manejar los conflictos que surgen de sus múltiples roles. No obstante, sus funciones se dan por sentado y no se les concede la importancia que ameritan.

La investigación sobre los sistemas de apoyo informal de los adultos mayores puertorriqueños en Puerto Rico y en los Estados Unidos indica que la familia continúa siendo la principal fuente de sostén de los adultos de edad avanzada. Los hijos y el cónyuge del adulto de edad avanzada son su principal fuente de

¹ Catedrática; Programa de Gerontología, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Miembro "Grupo Asesor de Expertos sobre Vejez y Salud", Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

² Dirección : Programa de Gerontología, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas UPR, PO Box 365067, San Juan, Puerto Rico 00936-5067.

apoyo (Avilés, 1994; Cantor, 1979; Dávila & Sánchez-Ayénde, 1996; Delgado, 1995; Irizarry & Sánchez-Ayénde, 1987; Sánchez-Ayénde, 1984, 1986, 1993, 1997). El cuidado que ofrecen los hijos es limitado mientras la pareja de adultos mayores es funcional. Cuando uno de los progenitores muere, vive solo o sufre de algún deterioro significativo de salud entonces los hijos asumen un rol primario en el cuidado de su madre o padre. Las hijas tienden a asumir el rol de proveedora de cuidado mucho más que los varones.

Objetivos de la investigación

El objetivo principal de la investigación que se detalla en este artículo fue estudiar las circunstancias bajo las cuales mujeres puertorriqueñas de edad mediana que son las principales proveedoras de cuidado a un familiar de edad mayor llevan a cabo las funciones asociadas con dicho rol. Las preguntas específicas que sirvieron de base a la investigación fueron las siguientes: (1) ¿Por qué se asumió el rol de cuidadora?, (2) ¿Cuáles son las funciones instrumentales de apoyo al adulto mayor que llevan a cabo las principales proveedoras de cuidado, (3) ¿Cómo perciben las cuidadoras su situación? (4) ¿Cuál es la dinámica que caracteriza el proceso de proveer cuidado? El estudio tuvo una duración de dos años y fue de índole cualitativa.

Métodos

La muestra fue seleccionada de una lista de pacientes que había participado en un estudio de respuestas culturales al dolor crónico en Puerto Rico (Bates, Rankin-Hill, Sánchez-Ayénde & Méndez-Bryan, 1994). De esa lista se seleccionaron adultos puertorriqueños de 60 años o más que padecían de dolor crónico debido a algún tipo de artritis³ y que vivieran en un vecindario de clase media en el área metropolitana de San Juan.

Se utilizaron entrevistas intensivas con preguntas estructuradas y abiertas para obtener información sobre la situación de la proveedora principal de cuidado. El "Stanford Arthritis Center Health Assessment Questionnaire (HAQ)" (Fries et al., 1980) se usó para determinar la habilidad funcional del paciente artrítico al momento de la primera entrevista. El "General Well-Being Schedule (GWBS)" (Dupuy, 1984) se utilizó para medir bienestar subjetivo y aflicción de la proveedora principal de cuidado. Las preguntas abiertas iban encaminadas a obtener información sobre las funciones y dinámica diaria relacionadas con la provisión de cuidado y las fuentes de conflicto con las que la cuidadora tenía que lidiar. Las participantes también se visitaron durante la semana y el fin de semana para corroborar su percepción de las funciones de apoyo que llevaban a cabo. Sólo se consideraron funciones instrumentales para los propósitos de la investigación. En el estudio participaron treinta mujeres que eran las principales proveedoras de cuidado a un familiar de edad mayor.

Características de las participantes

Adultos mayores

Setenta y tres por ciento de los adultos mayores que recibían cuidado eran mujeres. La mediana de edad de los recipientes del cuidado fue 76. Cincuenta y siete por ciento de los adultos mayores llevaba padeciendo dolor crónico por más de 10 años; 30% por 5 a 10 años y 13% por 3 a 5 años. Catorce de las 22 mujeres de edad mayor eran viudas, cuatro eran casadas, dos eran divorciadas y dos nunca se habían casado. Tres de los ocho varones eran viudos, tres eran divorciados y dos vivían con su esposa. Ninguno de los adultos mayores era médico indigente y no cualificaba para servicios gratuitos de ama de llaves. La

³ Pacientes diagnosticados con artritis reumatoide severa o agresiva, osteoartritis o lupus sistémico.

mayoría de los ancianos vivía en su hogar y 30% vivía en el de una hija o hermana.

Las puntuaciones en la Escala del HAQ indicaron que 50% de los adultos mayores tenía "mucha dificultad" en términos funcionales. Cuarenta y cuatro por ciento tenía "alguna dificultad" y sólo dos (6%) no podían llevar a cabo ninguna actividad del diario vivir por sí mismos.

Cuidadoras

Las 30 mujeres que participaron en el estudio eran las principales proveedoras de cuidado de un adulto mayor que padecía de artritis y dolor crónico. La identificación de quien era la persona que proveía el mayor cuidado recayó en el adulto mayor. Noventa por ciento de las cuidadoras eran hijas y las restantes eran hermanas. La edad mediana de las cuidadoras fue 52. Dos de las tres hermanas estaban cuidando a una hermana mayor quien, como ellas, jamás se había casado.

TABLA 1 AQUI

Sesenta y siete por ciento de las 27 hijas eran casadas; 26% eran divorciadas y 7%, solteras. Cincuenta y siete por ciento de las mujeres de edad mediana trabajaban fuera del hogar. La mayoría (59%) estaba empleada en las siguientes ocupaciones: secretaria, dependiente en una tienda, recepcionista y telefonista. Cuarenta y un por ciento estaban empleadas en ocupaciones profesionales: maestra de escuela elemental o intermedia, profesora universitaria, bibliotecaria, trabajadora social y farmacéutica. Todas las mujeres que cuidaban a una hermana trabajaban fuera del hogar. Todas las hijas casadas o divorciadas tenían hijos. La única hermana que tenía hijos era soltera.

Los resultados del GWBS indicaron que 57% de las cuidadoras estaban en situaciones de estrés moderado, 10% en estrés severo y 33% reportaron un estado positivo de bienestar. Sólo 10% de las participantes expresaron que deseaban institucionalizar al adulto mayor al que estaban cuidando. Todas ellas obtuvieron una puntuación de estrés severo en el GWBS, estaban cuidando a un adulto mayor con problemas severos de incapacidad funcional y llevaban nueve años o más en su rol de proveedora principal de cuidado. Dos de estas mujeres padecían de enfermedades crónicas. Dos de ellas tenían una situación familiar caracterizada por abuso de sustancias controladas o alcohol por un hijo o esposo.

TABLA 2 AQUI

Casi tres cuartas partes de las mujeres respondieron que no sentían estrés en su rol de proveedoras o que el que sentían era poco. Las tres hermanas y 70% de las hijas percibieron su situación de esta manera. Las autoevaluaciones de estrés fueron similares a las puntuaciones obtenidas en el GWBS.

Razones y motivos para sumir el rol de proveedora de cuidado

El número promedio de años que las participantes llevaban como principales proveedoras de cuidado fue ocho. Todas expresaron que las responsabilidades asociadas con la provisión de cuidado habían variado a través de los años y que se habían tornado más arduas. Las razones que llevaron a que las mujeres asumieran el rol de proveedoras de cuidado son: la provisión de cuidado es responsabilidad de las mujeres, proximidad residencial al adulto mayor y no haber otra persona para proveer el cuidado. Las siguientes citas son ejemplos de la percepción de que proveer cuidado es una responsabilidad integrada al rol femenino:

Es responsabilidad de las mujeres cuidar a sus padres. En las mujeres se puede confiar más. Los varones no ayudan igual ni de la misma manera.

Yo soy la hija mayor y es mi obligación como la mayor. Los hombres no cuidan a sus padres igual; no saben, aunque sea el padre y no la madre.

Las razones ofrecidas que fueron clasificadas bajo "proximidad residencial" giraron en torno a ser la única hija o hermana que vivía en Puerto Rico (los otros hermanos habían migrado a los Estados Unidos) o en San Juan o cuya residencia quedaba más cercana a la del adulto mayor.

TABLA 3 AQUI

La mayoría de las participantes expresó que su motivación principal para ofrecer el cuidado al adulto mayor tenía que ver con su percepción de lo que era una responsabilidad familiar, ya bien fuera filial o fraternal. Hablaron de un sentido de obligación unido al de reciprocidad. Las siguientes citas ofrecen ejemplos de deber filial y fraternal, respectivamente:

Mi papá nos abandonó cuando éramos niños. Se fue a New Jersey y nunca nos mandó chavos. Mi hermano mayor tenía 13 años y yo, 9. Mami insistió que siguiéramos en la escuela. Ella limpió casa, planchó ropa... cualquier cosa que pudiera hacer la hizo. ¿Cómo se me puede olvidar eso? Eramos pobres pero en casa jamás faltó comida. Ella me pagó los dos años de secretarial. Claro, yo tenía mi trabajito pero ella se encargó de que yo, su única hija, tuviera una mejor oportunidad que ella en la vida. Me cosía la ropa y la que las familias donde ella trabajaba desechaban, se la traía a casa y me la arreglaba. ... Me compró mi primera maquinilla para que yo pudiera practicar y hacer trabajos en casa. ¿Cómo le voy a volver la espalda ahora? Es mi obligación como hija.

Siempre fuimos muy unidas. Ella era la mayor de los hermanos y yo, la menor. Siempre veló por mí y ha sido una tía maravillosa para mi hijo. Aún ahora, con su artiritis, me ayuda a cuidar a mis nietos. Mi mamá nos enseñó a que veláramos la una por la otra. Es mi obligación como hermana.

El amor o afecto fue otra motivación expresada para asumir el rol de cuidadora. El amor filial o fraternal y la responsabilidad de cuidado están entrelazados a la calidad de la relación entre madre-hija, padre-hija o hermanas:

Fue una madre sin igual. ¡Nos dio tanto amor! No es fácil [las tareas de cuidado] porque ella necesita mucha atención por su condición. Es mucho trabajo. Pero, ¿cómo puedo yo decir que la quiero y no cuidarla? Yo no soy como mi hermana menor que sólo viene de visita.

Yo siempre fui su querendona. Me malcrió mucho. Yo fui la última y mi hermana que viene antes me lleva ocho años. Cuando yo nací él tenía como 45 años. ...Fue un padre que siempre se preocupó por mí. Estudiaba conmigo porque mami no estudió más que hasta quinto grado. El se mató trabajando por todos nosotros para que fuéramos profesionales. De día trabajaba de dependiente en una tienda de ropa de hombre y cuando salía entraba como camarero en un restaurant que quedaba cerca. ...¿Tú crees que yo puedo olvidar todo ese amor?

Siempre nos llevamos bien desde niñas. Era mi hermana favorita y yo la de ella, a pesar de nuestras diferencias en edad. Como ninguna de las dos se casó, siempre hemos vivido juntas y nos hemos ayudado. ¿Qué se supone que yo haga ahora que me necesita más que nunca? ¿Ponerla en un asilo? ¡Jamás mientras yo tenga salud! Yo no le podría hacer eso. ¿Qué clase de hermana sería? Así no es como nos enseñaron a nosotras a querernos y a cuidarnos.

Funciones de apoyo

Tareas cotidianas

Las tareas cotidianas de apoyo se definieron como aquéllas que las participantes llevaban a cabo todos los días o cuatro días o más de la semana. Entre éstas se encuentran: limpieza ligera del hogar, dar un baño al adulto anciano frágil y preparación de comidas. Cuando el adulto mayor que es dependiente es el padre y necesita ayuda en términos de higiene personal se establecía un patrón de ayuda donde la esposa del anciano o un pariente varón de la cuidadora principal (hermano, esposo o hijo) ayudan a ésta a llevar a cabo la tarea. Nociones culturales sobre roles masculinos y femeninos, pudor y relación padre-hija entran en juego en este patrón de asistencia. Dos de las mujeres que están proveyendo la mayor parte de la asistencia que su padre necesita expresaron lo siguiente:

Mi mamá trata de ayudarme pero ella necesita ayuda para sus propias cosas. Yo podría bañarlo sola pero él (padre enfermo) se niega a que yo lo vea desnudo. ... Mi hermano menor se para en casa de ellos [los padres] todos los días después del trabajo y lo baña. El vive cerca de ellos y tiene que pasar por el frente de la urbanización todos los días.

Yo lo podría bañar pero él [padre] lloró la primera vez que tuve que hacerlo. ¡Estaba desesperado y gritando que por qué Dios le había dejado vivir para ver el día que su única hija mujer tuviera que verlo desnudo y bañarlo como un bebé!... ¡Fue horrible! Ahora mi hijo y mi esposo me ayudan. Pero fue difícil convencerlo [papá] pues él siempre fue un hombre que se bastó solo y dice que nunca pensó que llegaría el día en que lo trataran como a un niño. ...El tiene su mente clara y se da cuenta de todo.

Las mujeres diferenciaron entre limpieza fuerte y limpieza ligera. La limpieza ligera incluyó tareas como: barrer o pasar el mapo o trapo a las áreas más frecuentadas de la vivienda, limpiar el área de la cocina, lavar los platos y hacer la cama. Las tareas fuertes fueron definidas como aquéllas que conllevan trabajo más fuerte o estrenuo y que no se llevan a cabo la mayoría de los días de la semana: limpiar el área del baño, limpieza detallada del hogar incluyendo muebles, figuras y ventanas y desollinar. Se dan diversos patrones de rutina entre aquellas mujeres que comparten la vivienda con la persona de edad mayor y las que viven en una residencia separada. Por ejemplo, Cecilia⁴ es dependiente de una tienda y vive con su hermana mayor quien padece de artritis reumatoide severa y no puede asumir responsabilidad alguna por las labores domésticas. Cecilia llega a su casa alrededor de las 6:30 PM, lleva a cabo las funciones ligeras de limpieza, cocina y baña a su hermana. Matilde, a diferencia de Cecilia, vive en el mismo vecindario que su mamá. Matilde es secretaria y comienza a trabajar a las 7:00 AM, sale del trabajo a las 3:30 PM y llega a casa de su madre a las 4:30 PM. Matilde es casada con tres hijos entre las edades de 24 a 18 y todos los hijos viven con ella y su esposo. Ella describe su rutina cotidiana de asistencia de la siguiente manera:

Salgo del trabajo a pelear con el tapón. Cuando llego a su casa [madre enferma] lo primero que hago es tomarme una taza de café. Ella [madre] me tiene el café listo con unas galletas y queso. ...Ella trata de hacer lo más que puede pero su condición no se lo permite. Así es que me siento un rato y hablo con ella y me pongo al día de todo lo que ha pasado en la familia: quién la llamó, quién pasó a verla... Mientras hablamos yo voy cocinando algo ligero, nada fuerte... pollo, pescado, sopa, viandas ... algo que ella pueda comer esa noche y almorzar al día siguiente. Ella no tiene fuerzas para levantar una cacerola ni un sartén. Mientras la comida se va haciendo, la baño. Ella tiene una silla en la bañera pero se le hace difícil pasar las piernas por el borde de la bañera. Todo toma tiempo. Ella no se puede lavar la espalda ni los pies. Yo hago eso. Le lavo las cabeza dos veces por semana. Cuando termino de hacer esto, la ayudo a salir de la bañera y la seco y le pongo su camisa de dormir. A ella se le dificulta subir los brazos. Cuando está vestida, nos vamos a la cocina y friego los trastos y limpio un poco el reguero que hice al cocinar. Si ella tiene ganas de comer, le sirvo; sino se lo pongo en unos "bowls" para más tarde y para el día siguiente. ... Cada dos días paso una escobita rápida y mapeo; la limpieza sería la hago en el fin de semana. Todas estas cosas me toman como dos horas y después me voy a mi casa a

⁴ Todos los nombres son ficticios para que las circunstancias particulares no puedan asociarse a una persona específica.

bregar con mis hijos y mi esposo.

La preparación de comidas toma diferentes formas cuando el adulto mayor no comparte la residencia con la cuidadora principal. Algunas mujeres cocinan todos los días mientras otras preparan durante el fin de semana la comida para toda la semana y la guardan en recipientes. Otras cocinan para cada dos o tres días y algunas han contratado servicios de comidas llevadas al hogar.

Tareas rutinarias no cotidianas

Ciertas tareas se llevan a cabo rutinariamente pero no cotidianamente: una vez a la semana, cada dos semanas o una mes al mes o menos. La mayoría de las mismas tiene que ver con: la limpieza fuerte del hogar, el lavado y planchado de ropa, la compra de comestibles, medicinas o cualquier otro artículo que necesite la persona de edad mayor, la transportación del adulto anciano a tiendas, a pasear o a actividades recreativas o sociales, la transportación a citas médicas o servicios de rehabilitación y el manejo de asuntos financieros. Nuevamente, se observan diferencias entre aquellas mujeres que comparten la misma residencia con el adulto mayor y las que viven en residencias separadas. Las tareas de limpieza fuerte del hogar y del lavado y planchado de ropa de quienes residen con el adulto frágil son parte de las tareas que se llevan a cabo en la misma vivienda. Las que no comparten el mismo techo llevan a cabo estas funciones en dos residencias diferentes y ello implica un horario más extendido de funciones y una duplicidad de las mismas. Rosa es un ejemplo de esto. Ella tiene 52 años, trabaja como secretaria, es divorciada y madre de cuatro hijos. Los dos menores (18 y 24 años de edad) viven con ella y las dos mayores (26 y 28 años de edad) están casadas y con hijos pequeños. Rosa hace un recuento de cómo organiza la limpieza fuerte de su hogar y del apartamento en que vive su papá:

Durante los fines de semana limpio mi casa y la de él. Yo trabajo mucho en la semana y él, hombre al fin, no es muy recogido. Mi mamá era la que limpiaba y cocinaba. A los 82 años yo no puedo pedirle a él que comience a hacer lo que jamás hizo en vida de mi mamá. Mis sábados comienzan a las seis de la mañana. Voy a su casa temprano porque por las tardes mi hija mayor viene y me trae los nenes y nos vamos de tiendas o al colmado. Llego temprano a su casa pero no importa porque él siempre está en pie a las cinco y media. Los viernes por las tardes recojo la ropa sucia en su casa y por las noches la pongo en la máquina aquí en casa y se secan por la noche. Llevo toda la ropa de cama y la de él conmigo el sábado por la mañana y llego a su casa a más tardar a las siete. Ya él está despierto, vestido y desayunado. Si yo no he tenido tiempo de desayunar en casa, lo hago en la de él: tostadas y café. ...Lo primero que hago es el baño y después le hago la cama, cambio las toallas, paso la escoba y el mapo, limpio los muebles... He aprendido a ser rápida y termino todo como a las diez. ¡Gracias a Dios que su apartamento es pequeño! Cuando termino todo le hago su almuerzo y le preparo algo para la comida. Me aseguro que tenga todo lo que necesita: medicinas, jabón, lo que necesite para su aseo y el de la casa. Entonces me vengo para casa y comienzo con los baños y la ropa de los muchachos; lavo, plancho, todo eso. ... A la una y media estoy lista para salir con mi hija y mis nietos. Eso yo no lo perdono. ¡Esos nietos son mi alegría mayor! ...Los domingos lo busco y me lo traigo a casa para el almuerzo. Aquí siempre hay gente: nietos, hijos... Se pasa la tarde aquí sentado. Él no puede caminar mucho por su condición. Por las tardes yo preparo la comida de él porque él tiene una dieta especial por el colesterol y la diabetes. Casi siempre él se sienta en la cocina conmigo mientras yo cocino y hablamos. En la semana yo no puedo hablar mucho con él porque siempre ando de prisa. ...Yo soy casi siempre quien lo lleva al barbero; si no, mi hijo. ...Yo soy quien también lo lleva a sus citas médicas.

Las citas médicas rutinarias afectan de diferente manera a aquellas mujeres que trabajan fuera del hogar y a las que son amas de casa. Todas las mujeres de edad mediana y los adultos mayores se quejaron de las largas horas de espera en las oficinas de los médicos o en otros escenarios de salud. La organización del tiempo y de las tareas de las que trabajan fuera difiere de las que no trabajan fuera del hogar en cierta medida pero todas han de reorganizar sus horarios y sus responsabilidades. Josefina, maestra de escuela

elemental con 40 años de edad, casada y con dos hijos de 14 y 10 años, ofreció la siguiente explicación de cómo organiza su rutina cuando lleva a su madre de 68 años al reumatólogo a las visitas mensuales:

La oficina del médico abre a las siete de la mañana aunque él no llega hasta las diez o más tarde. Mi esposo lleva los nenes a la escuela y yo la llevo a la oficina del médico. Llegamos temprano como a las 6:45. La entro y la siento porque ella a con su artritis se le hace difícil hasta abrir la puerta de la oficina. Entonces voy a un Burger King que queda cerca y le traigo su café con un bizcochito. A ella le gusta desayunar con calma y el ajoro de ese día en casa es increíble. Ella casi siempre desayuna después que nosotros nos hemos ido para el trabajo. La dejo en la oficina del médico y me voy para la escuela. Cuando el médico termina con ella, mi cuñada la va a buscar como a eso de las 11:30-12. Si yo no puedo arreglar con mi cuñada porque ella no puede dejar la oficina, entonces tengo que usar uno de mis días de enfermedad y no ir a trabajar. No es siempre pero a veces lo he tenido que hacer.

Ana, profesora universitaria, 51 años de edad, casada, madre de tres hijos pero con sólo un adolescente viviendo en su casa, cuenta cómo ella lidia con sus responsabilidades como profesora e hija cuando tiene que llevar a su madre de 78 años a las citas médicas:

Trato de acomodar sus citas con mi programa de clases. Pero no siempre se puede y a veces la tengo que dejar sola por horas esperando en la oficina del médico. Si mis clases son por la tarde, amanecemos en la oficina del médico y tratamos de ser las primeras para así yo dejarla en casa e irme tranquila a la universidad. ...Yo allí [oficina del médico] hago de todo: corregir exámenes, sacar promedios... Pero a veces el médico llega tarde y he tenido que irme a dar clases y dejarla sola en la oficina. Claro, siempre voy a una cafetería y le compro su sandwich con un jugo y se lo dejo para que no pase hambre. ...Entonces tengo que ver por dónde andan mis hermanos para ver si la pueden ir a buscar o si mi esposo la puede ir a buscar cuando sale de su trabajo. Pero no siempre es posible hacer arreglos a última hora, con mis hermanos sobre todo; mi esposo no me falla. ...Yo me pregunto ¿qué hace la otra gente que no tiene un horario flexible como el mío?

Milagros es ama de casa, tiene 56 años de edad, es casada y abuela de cinco niños entre las edades de 10 a 2. Ella ayuda a sus hijas, quienes trabajan fuera del hogar, cuidando a los nietos: recoge los niños a la salida de la escuela o el centro de cuidado infantil, les da de comer y los baña e inclusive prepara comida para que una de sus hijas se la lleve a su hogar en la tarde. Aunque Milagros no tiene responsabilidades relacionadas con el trabajo fuera del hogar, sus labores domésticas y de cuidado de nietos se ven afectadas los días que tiene que llevar a su madre de 79 años, quien padece de osteoartritis severa, a alguna cita médica. La madre de Milagros vive con ella. Milagros relata lo siguiente:

Yo trato de salir de aquí lo más temprano posible en las mañanas. Para ella [madre] no es fácil porque amanece con dolores y bien tiesa. Ella mejora después de las 10. Pero a la una de la tarde yo tengo que recoger a mi nieto en el sitio donde lo cuidan y los otros salen de la escuela de 2:30 en adelante. A veces el médico llega tarde y he tenido que dejarla sola en la oficina e ir a buscar al bebé y regresar con el bebé a la oficina. Yo me pongo nerviosa y ella se molesta. A veces hasta le echo la culpa y después me siento fatal; no es su culpa. ...Después ando por ahí guiando rápido pues tengo que estar buscando los otros nietos en los colegios o en la casa para cuando la guaguaita los deje allí. ...Las cosas no siempre salen como uno las planea.

Emergencias de salud

Las mujeres de edad mediana también asumen un rol primario durante las crisis de salud del adulto frágil. Cuando la/el anciana(o) no vive con su hija, generalmente la hija se lleva al padre o madre a su hogar o se muda al hogar del progenitor(a) hasta que pasa la crisis. Esto es más común para aquéllas que son solteras o divorciadas con hijos que no residen en el hogar. Si el adulto mayor es hospitalizado o ha de estar encamado(a) en el hogar, la cuidadora principal trata de desarrollar un horario de responsabilidades con los

demás integrantes de la familia, muy en especial si ella trabaja fuera del hogar. Sin embargo, la cuidadora principal asume la función de vigilar diariamente la salud del enfermo(a) y de que el itinerario se esté siguiendo. Ella es también la persona más dada a quedarse por las noches cuidando al adulto frágil, sobretodo en los casos de una madre o hermana. Cuando la cuidadora principal trabaja fuera del hogar, se establece un sistema de rotación para quien se tenga que quedar en las noches. En el caso de los padres, si alguien tiene que quedarse durante la noche en el hospital, le corresponde a un hijo. Si no puede quedarse un hijo o nieto, raras veces se queda alguien con el anciano. Se pudo observar que era más fácil conseguir que un familiar femenino se quedara con el adulto frágil cuando éste era una mujer.

Funciones que consumen más tiempo o energía

Las mujeres expresaron casi unánimemente que las tareas instrumentales de apoyo que se les hacía más difícil llevar a cabo eran: llevar al adulto mayor a citas médicas o de tratamientos de rehabilitación, limpieza del hogar (ligera y fuerte) y aseo del adulto mayor. Las respuestas giraron en torno a la cantidad de tiempo o el esfuerzo físico que las tareas requerían. Las mujeres que trabajan fuera de su hogar y no comparten una misma residencia con el adulto mayor expresaron que el trabajo fuerte de limpieza tenía que ser desempeñado durante los sábados que es el día en el que usualmente ellas hacían la limpieza fuerte de su hogar. Llevar al adulto de edad mayor a las citas médicas es percibido como una tarea que requiere mucho tiempo; específicamente, las largas horas de espera en los consultorios médicos.

TABLA 4 AQUI

Otros aspectos de la provisión de cuidado **Cuidadores secundarios**

Las personas que más ayudan a las cuidadoras principales en sus funciones de cuidado son las hijas y los esposos. Las (os) hermanas(os) fueron la segunda categoría de personas que fueron mencionadas con más frecuencia. Las hermanas fueron mencionadas más que los hermanos pero no por mucho. Otras personas que fueron mencionadas como las que más ayudaban a la cuidadora principal fueron: cuñadas, sobrinas y madre de edad mayor.

TABLA 5

Se preguntó a las participantes los nombres de dos personas que proveían asistencia cuando era necesario y que no fueran quienes más les ayudaban. No todas las participantes pudieron mencionar a dos personas. Sólo las hermanas que eran cuidadoras principales pudieron hacerlo. Los hijos (ambos géneros juntos) fueron las personas que más se mencionaron como proveedores de apoyo secundario a la cuidadora principal. Las hijas y las hermanas fueron las categorías separadas más frecuentemente mencionadas. Los hijos vienen después de las hijas y las hermanas. Las cuñadas y sobrinas fueron mencionadas como tercera categoría y le siguieron los hermanos y sobrinos. Una de las hermanas que es proveedora principal de cuidado mencionó a la esposa de un sobrino como su fuente secundaria de apoyo.

Las redes de apoyo de las cuidadoras están compuestas mayormente por mujeres. Sesenta por ciento de las mujeres de edad mediana señalaron que la persona que más les ayuda en las tareas instrumentales del cuidado del adulto mayor es un familiar femenino. Cabe resaltar que 40% de la muestra indicó que era un familiar varón quien más las ayudaba. Las participantes expresaron que los esposos y las hijas eran quienes más ayudaban en el cuidado del adulto de salud frágil (27% cada uno). La mayoría de las personas disponibles en las redes de apoyo secundario de las cuidadoras principales son también mujeres, siendo mencionadas dos veces más que los varones.

Fuentes de conflicto

La situación de proveer apoyo a un adulto de edad avanzada de salud frágil no está desprovista de conflictos o tensiones a pesar de que todas las mujeres participantes señalaron ser parte de una red de relaciones familiares que les provee asistencia y que 73% de ellas expresó no sentir mucho estrés o no sentir ningún estrés en sus funciones. Sólo dos quintas partes de las cuidadoras principales dijeron sentirse muy satisfechas o bastante satisfechas con la asistencia que reciben de aquéllos que forman parte de sus redes de sostén. Cincuenta por ciento de las mujeres participantes señalaron sentirse "algo satisfechas" y expresaron desear más cooperación de sus familiares. Diez por ciento de las mujeres indicó no estar satisfechas con la asistencia que recibían de su familia.

TABLA 6 AQUI

Casi la mitad de las cuidadoras principales (47%) dijeron que en contadas ocasiones recibían ayuda de otra persona fuera de quien habían señalado como su fuente primaria de ayuda. Los demás miembros de la familia no proveían suficiente ayuda ni tampoco podían contar con ellos la mayoría de las ocasiones. Tres de las 30 mujeres (10%), todas hijas, señalaron que consideraban que ni aún la persona que habían nombrado como fuente primaria de asistencia les ayudaba lo suficiente. Las tres hermanas que cuidaban a sus hermanas mayores expresaron sentirse muy o bastante satisfechas con la ayuda que recibían de sus familiares.

Se preguntó a las principales proveedoras de cuidado que dijeran cuáles eran las tres principales fuentes de conflicto que confrontaban en su rol. No todas mencionaron tres causas pero todas mencionaron al menos dos. Las causas de conflicto o tensión se clasificaron en las siguientes categorías: problemas con otros miembros de la familia o con el adulto mayor, problemas relacionados con el empleo y problemas intrínsecos al rol de principal proveedor de cuidado. Cada categoría, a su vez, fue subdividida. Las razones asociadas con el rol de proveer sostén al adulto mayor fueron las menos mencionadas: desempeño adecuado del rol y problemas financieros asociados con el mismo. Los problemas con las hermanas y los hermanos fue la fuente de estrés más mencionada. Las mujeres indicaron que la mayoría de sus hermanas y hermanos no ayudaban en las funciones de sostén al anciano(a) ni asumían tanta responsabilidad como ellas pero que criticaban la manera en que ellas llevaban a cabo dichas funciones. Luisa, una ama de casa de 56 años, casada y que ayuda a su hija cuidando a sus nietos menores de tres años de edad se quejó de las críticas de sus hermanos:

Ella [hermana] vive como a 10 millas de él [padre enfermo] y sabe que yo hago lo mejor que puedo. Yo tengo mi esposo que me está volviendo loca todo el día metido en la casa ahora que se retiró y también cuido a mis nietos. ¡Ella se atreve a decirme que no estoy limpiando bien la casa de papi! ...¡Yo no soy sirvienta! ¡Tengo miles de cosas que hacer! ¿Por qué no va ella y me ayuda aunque sea de vez en cuando? Ella va de visita. Lo único que hace es ir a comprarle las medicinas. Eso no toma mucho tiempo. Ni su esposo ni sus hijos van a ayudar con el baño de él [padre] ni siquiera los fines de semana. ¡Por lo menos mi esposo y mis hijos me ayudan! ...Mis dos hermanos viven en Chicago y no puedo depender de ellos. ¡Aún de lejos ellos se atreven a criticar!

Mercedes tiene 51 años de edad y es soltera. Es maestra de escuela intermedia y es la principal proveedora de cuidado de su hermana. Mercedes expresó lo siguiente:

Tengo una hermana y un hermano que viven aquí en San Juan. Me ayudan en todo lo que pueden. Bueno, quizás no ayudan todo lo que deben pero algo es algo. ...Lo que me molesta es que se quejan de cómo yo hago ciertas cosas. ¡Inclusive mi cuñada se atreve a criticarme a veces! ... Ellos no la entienden [hermana enferma]

como yo la entiendo. Además, ellos no tienen que bregar con la situación día a día y hora a hora como yo. ...Es muy fácil criticar cuando no tienes que estar día a día haciendo las cosas.

TABLA 7 AQUI

Casi dos terceras partes de las mujeres que participaron en el estudio mencionaron problemas con el adulto de edad mayor como una fuente de tensión. Algunas señalaron que el(la) anciano(a) se quejaba de que ellas no pasaban suficiente tiempo con él o ella. Esto fue característico de las que no compartían una misma vivienda con el adulto mayor o las que trabajaban fuera del hogar. También indicaron que los cambios de ánimo del anciano(a), específicamente durante los días en que el dolor era más fuerte que de costumbre, también eran una fuente de tensión. Luz, una dependiente de 52 años y soltera es la principal fuente de sostén de su padre de 78 años. Luz no vive con su padre en la misma casa pero vive cerca de él. Ella expresó lo siguiente respecto a esta situación:

Hay ocasiones cuando él se siente bien mal porque el dolor es muy fuerte y apenas puede hacer algo. ...Bueno, él no puede hacer muchas cosas pero por lo menos se viste y se puede preparar el desayuno y arreglar su cama. Cuando se siente así se deprime y yo me deprimó al verlo de esa manera. Para hacer las cosas peor, él no quiere que me venga a mi casa y me hace sentir culpable. Yo le digo que debería darle gracias a Dios que sus hijos se preocupan por él. Pero como yo soy la que va todos los días a verlo, yo soy la que más tiene que verlo así. A veces faltó al trabajo pero yo soy maestra y no puedo faltar mucho. ... Pero cuando lo veo así y tengo que irme al trabajo me paso todo el día preocupada y con unos sentimientos de culpa horribles.

Los conflictos en la relación conyugal fueron mencionados como una tercera fuente de tensión en el área de problemas con otros miembros de la familia. Cincuenta y ocho por ciento de las 19 mujeres casadas señalaron que sus responsabilidades como cuidadora principal ocasionaban fricciones con su esposo. Los esposos se quejan de que ellas pasan mucho tiempo en casa del anciano(a) enfermo(a), que los otros hermanos y hermanas no participan tanto de las funciones relacionadas con el cuidado, que su privacidad es invadida por el adulto mayor y que la esposa está muy cansada para asumir funciones conyugales como compartir y mantener relaciones sexuales.

De las 28 mujeres que tienen hijos, 57% expresó que los problemas con los hijos son otra fuente de tensión. Los hijos adultos se quejan de que sus madres están extenuadas por las tareas de cuidado y que sus tías y tíos no están ausmiendo sus responsabilidades filiales. Otro motivo de queja por parte de los hijos es que la madre no puede ayudar tanto como es necesario en las funciones de cuidado de nietos debido a sus responsabilidades relacionadas con la atención del adulto de salud delicada. Algunos hijos adolescentes manifestaron que sus madres a veces se encontraban muy cansadas o de mal humor debido a sus funciones como cuidadora.

Noventa y cuatro por ciento de las 17 mujeres que son parte de la fuerza laboral formal indicaron que sus funciones como cuidadora crean conflictos con sus responsabilidades como empleadas. Particularmente señalaron las tensiones resultantes de los momentos en que surge una crisis de salud, el transportar y acompañar al adulto mayor a las citas médicas y la prisa o cansancio generado por las responsabilidades y conflictos múltiples que acarrear los roles trabajadora-cuidadora-ama de casa.

Todas las mujeres que viven en un domicilio diferente al del adulto que requiere atención (21 de las 27 hijas) expresaron que llevar a cabo las labores domésticas de ambas residencias era una fuente de estrés. Se quejaron del cansancio que trae consigo tener la responsabilidad del trabajo doméstico de dos residencias y de la falta de tiempo para descansar. Las mujeres de edad mediana también indicaron que las responsabilidades y conflictos generados por su multiplicidad de roles afectaba sus patrones de sueño, las hacía sentirse tensas y fatigadas y no les permitía tiempo libre para descansar o hacer actividades relacionadas con su persona. Una mujer señaló:

Todo lo que deseo es tener un día en que pueda dormir un sábado hasta las ocho de la mañana o quedarme en casa limpiando sin tener que estar ajorá entre una casa y la otra... O nada más quedarme en la cama haciendo nada y leyendo un Vanidades...

Otra fuente de conflicto mencionada por las mujeres de edad mediana son las dudas sobre si están desempeñando su rol de cuidadora de manera adecuada. Algunas también indicaron que ha habido ocasiones en que sienten resentimiento y coraje hacia el adulto mayor. Las siguientes expresiones proveen una idea al respecto:

Hay ocasiones en las que siento coraje hacia él [padre enfermo]. ¡Después me entra un sentimiento de culpa! El fue un padre maravilloso que se mató trabajando para nosotros. ¿Qué clase de hija soy yo que puedo tener esos sentimientos tan horribles?

Todo el mundo tiene una opinión sobre cómo yo debo dividir mi tiempo y cómo he de hacer las cosas. Yo soy la que siempre está mal y no puedo manejar la situación. ...A veces veces me pregunto si estaré haciendo las cosas mal y otras resiento que yo sea la que tiene que hacerse cargo de las cosas y después me siento fatal. Allá los demás si no ayudan lo que deben pero yo no debo pensar así. Ella fue una madre ejemplar.

La fuente de tensión o conflicto que fue menos mencionada fue agobio financiero ocasionado por gastos en los que se incurrían al cuidar al adulto mayor. Veintisiete por ciento de las mujeres señalaron que ser la cuidadora implica incurrir en ciertos gastos que no siempre son cubiertos por el ingreso del adulto anciano y que no todos los hermanos y hermanas estaban dispuestos a participar o podían participar en dichos gastos económicos.

Satisfacción con el rol de cuidadora principal

Todas las mujeres indicaron que ellas estaban haciendo lo que sentían que era correcto hacer respecto al adulto mayor de salud frágil que necesitaba atención especial. Sólo dos de las mujeres mencionaron que, de ellas poder, llevarían al adulto de edad mayor a una institución para ancianos. Todas las participantes aludieron a sus deberes como hija o hermana como razón principal para derivar satisfacción en el desempeño del rol. Sin embargo expresaron que el saber que estaban haciendo lo que debían no era sinónimo de que no se sintieran estresadas. Señalaron que había dos áreas que desearían que sufrieran modificaciones en cuanto a su situación como proveedoras principales de cuidado. Una de estas áreas tiene que ver con ayuda en el desempeño de las funciones instrumentales. Las mujeres indicaron que necesitaban más ayuda tanto de sus familiares como de las agencias formales en las siguientes áreas: aseo de adulto mayor, limpieza del hogar y transportación y escolta a servicios médicos. La segunda área tiene que ver con relaciones familiares. Las mujeres de edad mediana expresaron que sus funciones serían más llevaderas si hubiere menos interferencia y crítica de parte de sus familias.

Discusión e implicaciones

Los hallazgos proveen una visión de la dinámica de la situación de mujeres puertorriqueñas que son las principales proveedoras de cuidado de un familiar de edad mayor que requiere ayuda en el desempeño de ciertas actividades de la vida diaria. Los hallazgos respaldan estudios a nivel internacional que indican que las mujeres son las que mayormente asumen el rol de cuidadora principal al igual que son la mayoría de las integrantes de las redes de apoyo informal del adulto mayor. También indican que proveer cuidado al adulto de edad mayor es un proceso continuo y asociado en gran medida con la historia particular de la relación entre quien provee el cuidado y la(el) anciana(o). Señalan que la multiplicidad de roles que desempeña la cuidadora principal y las funciones y responsabilidades asociados con cada rol son fuente de tensión en el desempeño

del rol de cuidadora principal. Estos roles ocasionan estrés a la cuidadora y también al adulto mayor quien puede sentir que es una carga para otros. (Litvin, 1992).

También este estudio añade más evidencia a la vertiente de investigaciones que señalan que los cuidadores informales no son autosuficientes como muchas veces se da por sentado (Twigg, 1989) y que sus labores de cuidado afectan el resto de sus responsabilidades familiares y sociales. La investigación en los Estados Unidos y Gran Bretaña ha demostrado que el nivel de dependencia del anciano frágil afecta la carga o agobio que siente el (la) cuidador(a). La provisión de cuidado a un anciano mayor física o mentalmente dependiente trae consigo mucho estrés. Pero los estudios también indican que hay otras características de la situación de cuidado que afectan, tales como los recursos y el apoyo de otros con los que cuente el (la) cuidador(a) principal. La mayoría de los estudios existentes sobre agobio del cuidador principal ha centrado su atención en medidas de "Actividades del diario vivir/Actividades instrumentales del diario vivir" y cómo afectan la carga del cuidador (George, 1990; Pearlin et al., 1990; Zarit, 1989). Sin embargo, se ha señalado que estos indicadores objetivos de estrés no son suficientes para describir las demandas de cuidado que enfrenta quien provee el cuidado ni la carga que éstas demandas conllevan (Zarit, 1989; Kramer, 1997; Li et al. 1997). El agobio o carga que experimenta el (la) cuidador(a) tienen unas dimensiones situacionales y subjetivas que guardan relación con: conflicto de roles, definiciones del rol de cuidador(a), sentido de competencia o adecuación en términos de la labor de cuidado, restricciones de actividades sociales y percepción de la existencia de apoyo de otros familiares o de agencias de servicios formales.

Los hallazgos de esta investigación señalan de que a pesar de que la familia sigue proveyendo la mayor parte del cuidado de los adultos mayores que viven en la comunidad, no puede asumirse que la familia pueda ofrecer a los adultos mayores todo el cuidado que necesitan o que el cuidado que ofrezca sea el más adecuado. El proceso de cuidar a un anciano que necesita atención especial no es uno desprovisto de tensión. Los sistemas formales de provisión de servicios no pueden satisfacer todas las necesidades de los adultos de edad mayor que necesitan atención especial en el desempeño de las tareas del diario vivir como tampoco puede la familia. La familia, como institución, necesita el refuerzo de los sistemas formales.

REFERENCIAS

- Andrews, G.; Esterman, A.J.; Brounack-Mayer, A.J., and Rungie, C.M. 1986. Aging in the Western Pacific. World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, Manila.
- Aranda, María P. & Knight, Bob G. 1997. The influence of ethnicity and culture on the caregiver stress and coping process: A sociocultural review and analysis. *The Gerontologist*, 37: 342-354.
- Avilés, Maribel. 1994. Sistema de apoyo informal que reciben las personas de edad avanzada residentes en estructuras multipisos del área metropolitana de San Juan y su satisfacción con el mismo. Trabajo de investigación para el grado de Maestría en Educación con Concentración en Economía Doméstica, Universidad de Puerto Rico, Río Piedras.
- Bates, Maryann S., Rankin-Hill, Lesley, Sánchez-Ayénde, Melba & Méndez-Bryan, Ricardo. (1994). A cross-cultural comparison of adaptation to chronic pain among Anglo-Americans and native Puerto Ricans. *Medical Anthropology*, 16(2), 1-33.
- Bonita, Ruth. 1996. Women, Aging and Health: Achieving Health Across the Lifespan. Geneva:World Health Organization, WHO/HPR/AHE/96.1.
- Brody, E.M. 1990. Women in the Middle: Their Parent-Care Years. New York: Springer.
- Cameron, E.; Evers, H.; Badger, F., and Atkin, K. 1989. Black old women, disability and health carers. In *Growing Old in the Twentieth Century*. M. Jefferys, ed. London: Routledge.
- Cantor, Marjorie H. 1979. The informal support system of New York's inner city elderly: Is ethnicity a factor? In D.H. Gelfand & A.J. Kutzik (eds.). *Ethnicity and Aging*. New York: Springer Publishing Co.
- Carers National Association. 1992. "Speak Up, Speak Out", Listen to Carers. London: Issue Communications Ltd.
- Connell, Cathleen M. & Gibson, Gloria D. 1997. Racial, ethnic and cultural differences in dementia caregiving: Review and analysis. *The Gerontologist*, 37: 355-364.
- Dávila, Ana Luisa & Sánchez-Ayénde, Melba. 1996. El envejecimiento de la población de Puerto Rico y sus repercusiones en los sistemas informales de apoyo. En C. Welti (ed.). *Dinámica demográfica y cambio social*. México: Ediciones de Buena Tinta.
- Delgado, Melvin. 1995. Puerto Rican elders and natural support systems: Implications for human services. *Jnal. of Gerontological Social Work*, 18: 92-100.
- Dupuy, H.J. 1984. The psychological General Well-being Index. In N.K. Wenger, M.E. Mattson, C.D. Furberg, et al. (eds.). *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. New York: Le Jacq Publishing Company, Inc.
- Fries, J.F., Spitz, P.W., Kraines, R.G., and Holman, H.R. 1980. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 23: 137-45.
- George, Linda K. 1990. Caregiver stress studies -- There really is more to learn. *The Gerontologist*, 30: 580-581.
- Horowitz, Amy. 1985. Sons and daughters as caregivers to older parents: Differences in role performance and consequences. *The Gerontologist*, 25: 612-623.
- Irizarry, Annabelle y Sánchez-Ayénde, Melba. 1987. The Support System of the Puerto Rican Elderly: An Island-Wide Overview. Annual Convention of the American Public Health Association; New Orleans, Louisiana; October.
- Jacobson, David. 1987. The cultural context of social support and support networks. *Medical Anthropology Quarterly*, 1: 42-67.
- Jones, D.A. 1986. A Survey of Carers of Elderly Dependents Living in the Community. Final Report of the Research Team for the Care of the Elderly. Cardiff: University of Wales College of Medicine.
- Kahana, Eva & Young, Robert. 1990. Clarifying the caregiving paradigm: Challenges for the future. In E. Kahana & R. Young (eds.). *Aging and Caregiving: Theory, Research and Policy*. California: Sage.
- Kahana, Eva, Biegel, David E. & Wylke, May L. 1994. Developmental challenges and family caregiving. In E. Kahana, D.E. Biegel & M.L. Wylke (eds.). *Family Caregiving Across the Lifespan*. California: Sage.
- Kosberg, Jordan I. 1992. An international perspective on family care of the elderly: An introductory overview. In J.I. Kosberg (ed.). *Family Care of the Elderly: Social and Cultural Changes*. California: Sage.

Kramer, Betty J. 1997. Gain in the caregiving experience: Where are we? What next? *The Gerontologist*, 37:218-232.

Lewis, John and Meredith Bea. 1989. Contested territory in informal care. In M. Jefferys (ed.). *Growing Old in the Twentieth Century*. London: Routledge.

Li, Lydia Wailing, Seltzer, Marsha Mailick, and Greenberg, Jan S. 1997. Social support and depressive symptoms: Differential patterns in wife and daughter caregivers. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B:s200-s211.

Litvin, S.J. 1992. Status transitions and future outlook as determinants of conflict: The caregiver's and care receiver's perspective. *The Gerontologist*, 32: 68-76.

Neysmith, Sheila M. 1991. Dependency among Third World elderly: A need for direction in the nineties. In M. Minkler & C. L.Estes (eds.). *Critical Perspectives on Aging: The Political and Moral Economy of Growing Old*. New York: Baywood Publishing Co.

Organización Panamericana de la Salud. 1989. El reto del envejecimiento en América Latina: Resultados de la encuesta de necesidades de los ancianos en cinco países. Versión condensada. Programa de Salud de los Adultos, Subprograma de Salud de los Ancianos, Washington, D.C.

Pearlin, L.I.; Mullan, J.T.; Semple, S.J. and Skaff, M.M. 1990. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30: 583-594.

Sánchez-AyéndeZ, Melba. 1984. Puerto Rican Elderly Women: Aging in an Ethnic Minority Group in the United States. Unpublished doctoral dissertation, University of Massachusetts at Amherst (Anthropology).

Sánchez-AyéndeZ, Melba. 1992. Puerto Rican elderly women: Shared meanings and informal supportive networks. In M.L. Andersen and P.H. Collins (eds.). *Race, Class and Gender*. California:Wadsworth.

Sánchez-AyéndeZ, Melba. 1993. La mujer como proveedora principal de apoyo a los ancianos: El caso de Puerto Rico. En E. Gómez-Gómez (ed.). *Género, Mujer y Salud en Las Américas*. Washington, D.C.:Organización Panamericana de la Salud, Pub. Cient. 541.

Sánchez AyéndeZ, Melba. 1994. El apoyo social informal. En E. Anzola, D. Galinsky, F. Morales, A. Salas & M. Sánchez AyéndeZ (eds.). *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Publ. Cient. No. 546.

Sánchez-AyéndeZ, Melba. 1997. Middle-Aged Puerto Rican Women as Primary Caregivers to the Elderly: A Qualitative Analysis of Everyday Dynamics. Aceptado para publicación *Journal of Social Work and Ethnicity*.

Twigg, J. 1989. Models of carers: How do social care agencies conceptualise their relationship with informal carers? *Journal of Social Policy*, 18: 53-66.

Zarit, Steven H. 1989. Do we need another "stress and caregiving" study? *The Gerontologist*, 29: 147-148.

TABLA 1
Características de las cuidadoras principales

Características	Todas (N=30)	Hijas (n=27)	Hermanas (n=3)
Edad (mediana)	52	52	59
Distribución edades	37-59	37-59	54-59
Estado civil			
• Casada	63.3%	66.7%	33.3%
• Divorciada	23.3%	25.9%	0.0%
• Soltera	13.3%	7.4%	66.7%
Número promedio de hijos	3.4	3.4	1.0
Coresidencia con adulto mayor	30.0%	22.2%	100.0%
Trabaja fuera del hogar (n=17)	56.7%	51.8%	66.7%
• No profesional	58.8%	57.1%	66.7%
• Profesional	41.2%	42.8%	33.3%

TABLA 2

Tensión asociada con situación de cuidado
(Por ciento)

Características	Todas (N=30)	Hijas (n=27)	Hermanas (n=3)
Nivel de estrés medido por "General Well-Being Schedule"			
• Positivo	33.3	29.6	66.7
• Moderado	56.7	59.3	33.3
• Severo	10.0	11.1	0.0
Autoevaluación del estrés generado por situación de cuidado			
• Ninguno	13.3	7.4	66.7
• No mucho	60.0	63.0	33.3
• Bastante	20.0	22.2	0.0
• Mucho estrés	6.6	7.4	0.0
Sí ha considerado institucionalizar al adulto mayor	10.0	11.1	0.0

TABLA 3: Situación de cuidado (Por ciento)

Características	Todas (N=30)	Hijas (n=27)	Hermanas (n=3)
Número promedio de años como cuidadora principal	8	9	3
Razón primordial para asumir rol cuidadora			
• Rol femenino	63.3	66.6	33.3
• Proximidad residencial	30.0	33.3	0.0
• No había otra persona	6.6	0.0	66.7
Motivación primordial para proveer cuidado			
Obligación	30.0	29.6	33.3
Amor	20.0	18.5	33.3
Amor y obligación familiar	50.0	51.8	33.3

TABLA 4

Tipos de apoyo
(Por ciento)

Tareas	Todas (N=30)	Hijas (n=27)	Hermanas (n=3)
Labores domésticas	100.0	100.0	100.0
Preparación de comidas	100.0	100.0	100.0
Transportación escolta a citas médicas	100.0	100.0	100.0
Administración de finanzas	100.0	100.0	100.0
Compras (comida y otros artículos necesarios)	93.3	81.5	100.0
Limpieza/planchado de ropa	83.3	81.5	100.0
Transportación (diferente a citas médicas)	80.0	77.8	100.0
Aseo personal	63.3	63.0	100.0
Tareas más estresantes			
Transportación/Escolta a citas médicas	100.0	88.9	100.0
Labores domésticas	70.0	77.8	33.3
Aseo personal	63.3	63.0	66.7
Limpieza/planchado de ropa	60.0	66.6	0.0
Preparación de comidas	46.7	66.6	0.0

* Se preguntó a las participantes que mencionaran las tareas que llevaban a cabo. No se impusieron restricciones en cuanto al número. Las respuestas fueron clasificadas en las categorías designadas por la investigadora. Se pidió a las participantes que mencionaran las tres tareas que más estrés le produjera llevar a cabo. Se seleccionaron aquellas mencionadas por 30% o más de las participantes.

TABLA 5

Personas que ayudan en las tareas de cuidado
(Por ciento)

	Todas (N=30)	Hijas (n=27)	Hermanas (n=3)
PERSONA QUE MAS AYUDA (sólo una)			
Esposo	26.7	25.9	33.3
Hija	26.7	29.6	0.0
Hermana	16.7	18.5	0.0
Hermano	13.3	14.8	0.0
Cuñada	6.7	7.4	0.0
Sobrino	6.7	0.0	66.6
Madre	3.3	3.7	0.0
OTRAS PERSONAS QUE AYUDAN (dos personas)			
Hermana	23.3	25.9	66.6
Hija	23.3	22.2	33.3
Hijo	16.7	22.2	33.3
Hermano	13.3	11.1	66.6
Sobrino	13.3	11.1	33.3
Sobino	6.7	7.4	0.0
Esposo	3.3	3.7	0.0
Esposa del sobrino	3.3	0.0	33.3

TABLA 6 : Satisfacción con personas que cooperan en tareas de cuidado(Por ciento)

	Todas (n=30)	Hijas (n=27)	Hermanas (n=3)
Muy satisfechas	13.3	11.1	33.3
Bastante satisfechas	26.7	25.9	33.3
Algo satisfechas	50.0	51.9	33.3
Nada satisfechas	10.0	11.1	0.0

TABLA 7 : Fuentes de tensión/conflicto (Por ciento)

	Todas*	Hijas	Hermanas
A. Problemas relacionados con la familia			
Problemas con hermanos y hermanas	80.0 (n=30)	85.2 (n=27)	33.3 (n=3)
Problemas con anciano(a)	63.3 (n=30)	70.4 (n=27)	0.0
Problemas con esposo	57.9 (n=19)	40.7 (n=11)	0.0
Problemas con hijas(os)	57.1 (n=28)	78.9 (n=15)	33.3 (n=3)
B. Problemas con empleo	94.1 (n=17)	100.0 (n=14)	66.6 (n=3)
C. Problemas asociados con rol de proveedora principal de cuidado			
Dudas sobre desempeño adecuado	33.3 (n=30)	37.0 (n=27)	0.0
Finanzas	26.7 (n=30)	25.9 (n=27)	33.3 (n=3)
D. Problemas asociados con asuntos personales o de salud			
Tiempo libre/ocio	76.7 (n=30)	77.7 (n=27)	66.6 (n=3)
Fatiga/Ansiedad/Falta de sueño	59.3 (n=30)	55.6 (n=27)	33.3 (n=3)
Administración de tareas del hogar de la proveedora de cuidado	100.0 (n=21)	77.8 (n=21)	0.0

* "Todas" se refiere al total de mujeres que fueron clasificados en esa categoría; ie.: "problemas con esposo"=aquéllas que tienen esposo; no incluye mujeres divorciadas/ "problemas con empleo"=aquéllas que forman parte de la fuerza laboral formal y no la muestra de 30 mujeres. El número total de cada categoría aparece en paréntesis.