

**EL TRABAJO DE CUIDADOS
DESDE LA PERSPECTIVA FAMILIAR**
EN DIÁLOGO CON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

EL TRABAJO DE CUIDADOS DESDE LA PERSPECTIVA FAMILIAR EN DIÁLOGO CON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Autores/as

Dra. C. Rosa Campoalegre Septien (coord.)
M. Sc. Yanel Manreza Paret
M. Sc. Odalys González Collazo
Dra. C. Felicitas R. López Sotolongo
Lic. Ernesto Chávez Negrín
M. Sc. Milagros Samón Quiala
Lic. Yudelsy Barriel Díaz

Colaboradores/as

Xiomara Leyva Romero
Rachel Palma Saint-Juste
Geidy Caridad Hernández Iglesias

.....
"Voy a hacer ciertos cambios en mi casa
como hicieron mis padres en su tiempo
al cabo esta será la misma casa
los que no son iguales son los tiempos".

"Mi casa punto cu" (Tony Ávila, 2012)

.....



GRUPO DE ESTUDIOS SOBRE FAMILIA
La Habana, 2017-2019

Edición y corrección

Maylen Gesen Gallinal

Diseño interior y cubierta

Salvador González García

©Todos los derechos reservados, 2021
©Rosa Campoalegre Septien, 2021
©Yanel Manreza Paret, 2021
©Odalys González Collazo, 2021
©Felicitas R. López Sotolongo, 2021
©Ernesto Chávez Negrín, 2021
©Milagros Samón Quiala, 2021
©Yudelsy Barriel Díaz, 2021
©Xiomara Leyva Romero, 2021
©Rachel Palma Saint-Juste, 2021
©Geidy Caridad Hernández Iglesias, 2021

©Publicaciones Acuario, 2021

©Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, CIPS, 2021

ISBN: 978-959-7226-86-4

 **CIPS**
Centro de Investigaciones
Psicológicas y Sociológicas


ACUARIO

Índice

Prólogo / 9

Introducción / 19

Capítulo I. El trabajo de cuidados: apreciando el contexto teórico y político / 23

- 1.1 Contexto teórico del trabajo de cuidados / **24**
- 1.2 El trabajo de cuidados y las políticas públicas: enfoques y debates contemporáneos / **27**

Capítulo II. Aspectos metodológicos / 35

- 2.1 Problema, objetivos, preguntas científicas y categorías de análisis / **35**
- 2.2 Diseño muestral / **38**
- 2.3 Métodos y técnicas / **40**

Capítulo III. Mapa temático: investigaciones y programas desarrollados en Cuba acerca del trabajo de cuidados en las familias y su atención por las políticas públicas (2010-2017) / 43

- 3.1 Datos generales y enfoques teóricos de las investigaciones mapeadas / **44**
- 3.2 Metodologías empleadas / **47**
- 3.3 Principales resultados, problemas identificados y recomendaciones en las investigaciones analizadas / **49**
- 3.4 Políticas y programas vinculados al trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar en Cuba / **53**

Capítulo IV. Resultados. El trabajo de cuidados: modalidades, prácticas, actores sociales e imaginarios / 61

- 4.1 Caracterización sociodemográfica de cuidadores/as, personas que requieren cuidados y jefes/as de hogar / **61**
- 4.2 El trabajo de cuidados: modalidades y prácticas / **70**
- 4.3 Actores sociales vinculados al trabajo de cuidados / **86**
- 4.4 Imaginarios en torno al trabajo de cuidados / **92**
 - 4.4.1 Imaginarios de niños/as y adolescentes acerca del trabajo de cuidados / **102**

Capítulo V. Programa para el trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas / 107

- 5.1 Las recomendaciones desde las familias: un punto de partida clave / **108**

- 5.2 Componentes del Programa para la atención al trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar: Parte General / **111**
- 5.3 Parte Especial: plan de acción y servicios / **114**

Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones / 125

- 6.1 Conclusiones / **125**
- 6.2 Recomendaciones / **128**

Anexos / 129

- Anexo 1. Relación de expertos/as entrevistados/as / **129**
- Anexo 2. Mapa de la provincia La Habana y sus municipios / **130**
- Anexo 3. Técnica ZOCODIS / **131**
- Anexo 4. Guía de entrevista a expertos/as / **132**
- Anexo 5. Guía de encuesta a cuidadores/as / **133**
- Anexo 6. Guía de encuesta al jefe o jefa de hogar / **141**
- Anexo 7. Guía de encuesta a la persona cuidada / **146**
- Anexo 8. Guía de observación a la familia / **153**
- Anexo 9. Técnica Dibujo de la familia / **156**
- Anexo 10. Técnica de la Composición "Mi familia..." / **156**
- Anexo 11. Diseño del Taller de reflexión y validación del Programa para el trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas / **157**
- Anexo 12. Relación de instituciones en las que se gestionó información relativa a la búsqueda bibliográfica / **160**
- Anexo 13. Modelo de ficha de contenido utilizada / **161**
- Anexo 14. Datos sociodemográficos de la muestra estudiada / **162**
- Anexo 15. Condiciones materiales de vida de las familias de la muestra / **164**
- Anexo 16: Equipos para la ayuda de la persona cuidada (Tabla Multirrespuesta) / **165**
- Anexo 17. Temas sugeridos para abordar en la capacitación a cuidadores/as (Tabla Multirrespuesta) / **165**
- Anexo 18. Personas que ayudan al cuidador (Tabla Multirrespuesta) / **166**
- Anexo 19. Miembro que más aporta económicamente al hogar (Tabla Multirrespuesta) / **167**
- Anexo 20. Cambios en el estado de salud de los/as cuidadores/as (Tabla Multirrespuesta) / **167**
- Anexo 21. Descripción del estado de salud de la persona cuidada (Tabla Multirrespuesta) / **169**
- Anexo 22. Explicación de las relaciones cuidador/a-persona cuidada (Tabla Multirrespuesta) / **170**
- Anexo 23. Conocimientos sobre actos de violencia hacia otra persona necesitada de cuidados (Tablas Multirrespuesta) / **170**
- Anexo 24. Tipo de violencia hacia el/la cuidador/a, jefe/a de hogar y persona cuidada (Tabla Multirrespuesta) / **171**

- Anexo 25. Actos de violencia que fueron ejercidos hacia el/la cuidador/a, jefe/a de hogar y persona cuidada (Tabla Multirrespuesta) / **172**
- Anexo 26. Tiempo en que el/la cuidador/a, jefe/a de hogar y persona cuidada fueron víctimas de violencia (Tabla Multirrespuesta) / **172**
- Anexo 27. Persona que ejerció los actos violentos hacia al cuidador/a, el/la cuidador/a, jefe/a de hogar y persona cuidada (Tabla Multirrespuesta) / **173**
- Anexo 28. Instituciones y/u organizaciones que apoyan al trabajo de cuidados según criterio de personas cuidadas (Tabla Multirrespuesta) / **173**
- Anexo 29. Razones para cuidar (Tablas Multirrespuesta) / **174**
- Anexo 30. Argumentos de los/as encuestados/as para identificar al cuidador/a con cualidades y características mencionadas (Tablas Multirrespuesta) / **177**
- Anexo 31. Dibujos infantiles de la Familia / **179**
- Anexo 32. Composiciones elaboradas por adolescentes / **180**
- Anexo 33. Programa analítico sobre cuidados / **184**

Referencias Bibliográficas / 189

De los/las autores / 195

Prólogo

El envejecimiento demográfico¹ es una verdad irrefutable. En el caso de Cuba, desde el año 1978, el país se encuentra por debajo del nivel de reemplazo de la fecundidad, hay un bajo nivel de mortalidad y una alta esperanza de vida. Al concluir el año de 2017, las mujeres con edades entre 15 y 49 años concluyeron su periodo reproductivo con 1,61 hijos como promedio. Se prevé que para el año 2030 el 33.3 % de la población cubana superará los 60 años, de modo que se situará entre los países más envejecidos del mundo. Este grupo de personas va a crecer hasta los 3.3 millones de habitantes, constituyendo un verdadero desafío para un país como Cuba, en vías de desarrollo. En cuanto a la relación de masculinidad, si hoy es de 1 003 por cada 1 000 mujeres, se va a invertir para el año 2030 y entonces tendremos 993 hombres por cada 1 000 mujeres, producto de la feminización del envejecimiento, según lo expresa Enrique González Galván, investigador del Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE), de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI).

Cuba es en la actualidad el segundo país de mayor índice de personas adultas mayores, después de Uruguay. Las estadísticas reflejan además que, en gran parte de Europa, Norteamérica y en algunos países de América Latina, amén de otros situados en otros lares de la geografía mundial, hay un incremento considerable de las personas adultas mayores e incluso de personas mayores de 85 años, a lo cual también habría que adicionar el número de personas en situación de discapacidad, las que no necesariamente coinciden con aquellas que arriban a dicha franja etaria. En Cuba, aproximadamente el 18.3 % de la totalidad de sus habitantes tiene más

¹ El envejecimiento demográfico constituye un fenómeno constatado y observado en todos los países desarrollados, que se caracteriza por un aumento en el porcentaje que representan las personas mayores de 65 y más años sobre el total de la población y una disminución de la proporción de los grupos de edades más jóvenes. En el caso de Cuba ver en panel moderado por la Dra. Grisell Rodríguez, del CEDEM, "La población cubana. Desafíos socio-demográficos", en *Novedades en población*, CEDEM, Universidad de La Habana, No. 16, año VIII, julio-diciembre 2012, pp. 33-45 (pp. 34-36).

de 60 años, según los datos reflejados,² por Hidalgo Martinola, Diana Rosa, Larissa Turtós Carbonell, Ángela Caballero Batista, Juana Rosa Martinola Meléndez. Si bien no puede dudarse de que la senectud es una de las causas que incrementa el número de personas con discapacidades, sobre todo intelectuales, sensoriales y físico-motoras, no puede dejarse de tomar en cuenta tampoco el aumento de la cronicidad de las enfermedades, como las neurodegenerativas, que llevan a largos periodos de tiempo en que la persona las padece, dado incluso, en algunas ocasiones, su prematuro diagnóstico. Todos estos factores conducen al aumento de personas necesitadas de cuidados, donde las mujeres son el principal soporte de dichos cuidados al resultar en una alta proporción las cuidadoras principales.³

Si bien la necesidad de cuidados no es un fenómeno nuevo en cuanto siempre han existido personas requirentes de ellos, la convergencia de diferentes factores como son, entre otros, el envejecimiento demográfico, el aumento de la esperanza de vida y los cambios en la estructura familiar, han propiciado que se convierta en un fenómeno que necesita respuestas urgentes y adecuadas para hacerle frente desde diferentes ámbitos como el político, el tecnológico, el social, el sanitario, el psicológico, el familiar y el económico y por supuesto también el jurídico. La persona en situación de cuidado requiere recibir una asistencia por parte de otros durante un periodo prolongado.

No se trata del cuidado de una enfermedad puntual, sino que la cronicidad propia del mal estado de salud limita la autonomía de la persona. Todo ello implica la necesidad de asistencia para aquellas actividades que una persona realiza diariamente, al ser el cuidado de naturaleza prolongada. Estos cuidados, constantes y perdurables, durante un largo lapso han sido denominados cuidados de larga duración, los que suponen una provisión de la asistencia con una intensidad progresiva, en la medida misma en la que se incrementa el grado de necesidad de la persona receptora del cuidado.

² "Relaciones interpersonales entre cuidadores informales y adultos mayores", en *Novedades en población*, CEDEM, Universidad de La Habana, No. 24, año XII, julio-diciembre 2016 (pp. 77-83), p. 78.

Se trata –según nos alerta la investigadora Alina Alfonso León– de lo que se ha dado en llamar "inversión de la pirámide de edades", donde aparece una cúspide más ancha (mayor proporción/porcentaje de personas de 60 años y más) y un estrechamiento de la base (disminución de la proporción/porcentaje de personas entre 0 y 14 años). Vid. Alfonso León, Alina, "Un estudio piloto sobre los cuidadores de ancianos", en *Novedades en población*, CEDEM, Universidad de La Habana, No. 22, año XI, julio-diciembre 2015, pp. 29-37 (p. 36).

³ A tal punto que Carral Miera, Cristina, "Cuidadoras invisibles, derechos graciabiles. De cómo la redacción 'neutra' de las normas en una situación con amplia brecha de género perpetúa la desigualdad", Tesis de doctorado. bajo la dirección de Juan de Dios Izquierdo Collado y Alfredo Hidalgo Lavié, Departamento de Sociología, UNED, 2017, p. 350, disponible en http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:CiencPolSoc-Ccarral/CARRAL_MIERA_Cristina_Tesis.pdf, consultada el 7 de julio de 2020, llega a referirse a los cuidadores en género femenino, y así lo hace saber expresamente en nota al pie (2), p. 26.

No puede perderse de vista que las enfermedades crónicas y las discapacidades pueden ir acompañadas de limitaciones funcionales y cognitivas, que resultan en la imposibilidad de realizar o dificultades para realizar las actividades de la vida diaria, necesarias para el cuidado personal, o las actividades instrumentales de la vida diaria, necesarias para una vida independiente.

En Cuba, si bien los éxitos de la salud han logrado una vida más prolongada de las personas, la realidad muestra que ni la sociedad ni las familias están preparadas para que un porcentaje elevado de la población tuviera edades tan avanzadas, por ello “mientras la esperanza de vida aumenta, el número de cuidadores potenciales se verá reducido por el sostenido descenso de la fecundidad, y cada vez serán más las personas que deban afrontar el tener que cuidar a un familiar de edad avanzada y también a uno o varios en la infancia. Es importante destacar el papel de las mujeres en este rol. La tradición, la socialización y las relaciones económicas sitúan a las mujeres en el centro de las tareas de cuidado”.⁴

El cuidado familiar generalmente incluye elementos asociados con aquellas actividades que proveen de atención y asistencia a terceras personas vinculadas en el orden familiar. Se ha definido como “el proceso de ayudar a otra persona que no es capaz de actuar por sí misma de una manera ‘integral’ (física, mental, emocional y social) [...] facilitado por ciertos rasgos, emociones, habilidades, conocimientos, tiempo y una conexión emocional con la persona”.⁵

La clave del cuidado familiar está en la disponibilidad física y emocional de una persona para dedicarse con regularidad a la atención de un familiar, llegando incluso a renunciar o disminuir sensiblemente sus capacidades productivas o laborales, en función de satisfacer los requerimientos o demanda del destinatario de sus servicios asistenciales.

En Cuba, las tres cuartas partes de la población de la tercera edad que se encuentra en situación de cuidado reciben un apoyo de tipo informal, siendo la familia la que más contribuye al mismo. De esas tres cuartas partes, el 85 % del cuidado informal se presta en el domicilio.⁶

⁴ BENÍTEZ PÉREZ, María, Elena, “Envejecer en Cuba: mucho más que un indicador demográfico”, en *Novedades en población*, CEDEM, Universidad de La Habana, año XI, No. 22, julio-diciembre 2015 (pp. 129-140), p. 18.

⁵ LITWIN y ATTÍAS-DONFUT cit. pos. MOLERO JURADO, M.^a del Mar, M.^a del Carmen PÉREZ-FUENTES, José Jesús GÁZQUEZ LINARES, “Cuidadores familiares, no profesionales o informales: Revisión de la terminología en publicaciones científicas”, *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, UDES, Bucaramanga, volumen 3, No. 1, enero-junio 2016, pp. 68-76 (p. 69).

⁶ HIDALGO MARTINOLA, Diana Rosa, Larissa TURTÓS CARBONELL, Ángela CABALLERO BATISTA, Juana Rosa MARTINOLA MELÉNDEZ, “Relaciones interpersonales entre cuidadores in-

A los cuidadores familiares también se les denomina cuidadores informales, porque a diferencia de los cuidadores profesionales, que se han especializado en razón de que el cuidado es su propia profesión, los primeros se dedican al cuidado por un motivo circunstancial, sin conocimientos especializados en el tema y sin compensación alguna. Por el contrario, los cuidadores profesionales son contratados, de manera que reciben una compensación económica por su servicio, mientras que los cuidadores informales lo hacen por altruismo, sobre la base del deber moral que sienten cumplir con sus familiares, muchas veces sus propios padres; deber moral que aun en la sociedad actual, patriarcal y androcéntrica, suele ser atribuido su cumplimiento a las mujeres -como lo demuestra el texto que me honro prologar- bien como hijas, como esposas o como hermanas. Se sostiene que “los cuidados informales representan alrededor del 75 % de toda la ayuda que reciben las personas mayores dependientes en los países desarrollados, correspondiendo el resto a los cuidados de larga duración provistos formalmente por los organismos públicos y privados”.⁷ Investigaciones realizadas en otros campos ajenos al Derecho demuestran que las personas prefieren los cuidadores informales y solo en última instancia se acude a cuidadores profesionales.⁸

Según exponen Pinto Afanador y Sánchez Herrera “entre las familias hay diversas formas de cuidar a sus enfermos en las que se incluyen el cuidado anticipatorio, la protección, la prevención, la supervisión y el cuidado instrumental”⁹

Sin embargo, a pesar de las redes de apoyo con las que en ocasiones puede contarse, ya integren estas redes instituciones, organizaciones y la propia familia, el peso mayor lo llevan los cuidadores familiares, quienes experimentan “con frecuencia un sentimiento de carga generado por la responsabilidad de cuidar a otra persona, dependiente en muchos aspectos de la vida diaria y por el estrés de tomar constantemente decisiones que afectan la propia vida y la del ser querido, lo que resulta

formales y adultos mayores”, en *Novedades en población*, CEDEM: Universidad de La Habana, No. 24, año XII, julio-diciembre 2016 (pp. 77-83), p. 78.

⁷ JACOBZONE cit. pos. CARRETERO GÓMEZ, Stephanie, Jorge GARCÉS FERRER, Francisco RÓDENAS RIGLA, “La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial”, Colección Políticas de Bienestar Social, tirant lo blanch, Valencia, 2006, p. 32.

⁸ Tómese en cuenta las distintas investigaciones realizadas desde la sociología a las que hacen referencia CARRETERO GÓMEZ, S., J. GARCÉS FERRER, F. RÓDENAS RIGLA, “La sobrecarga de las cuidadoras...”, cit., p. 32 y ss.

⁹ PINTO AFANADOR, Natividad y Beatriz SÁNCHEZ HERRERA, “El reto de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad”, en Natividad Pinto Afanador (coordinadora), *Cuidado y práctica de enfermería*, Universidad Nacional de Colombia, 2000, pp. 172-183 (p. 177), disponible en <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/02.pdf>, consultado el 27 de junio de 2020.

muchas veces agobiante”.¹⁰ Entiéndase que el cuidador familiar, según expresa la Sociedad española de Geriátrica y Gerontología, es “la persona que asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidados diarios de cualquier tipo de persona enferma. Es quien además le acompaña la mayor parte del tiempo y quien, aparte del enfermo, sufre un mayor peligro de agresión sobre su salud, convirtiéndose en sujeto de alto riesgo”.¹¹ Este cuidador familiar muchas veces se apoya en otros familiares, que colaboran en menor escala en el cuidado del adulto mayor o de la persona en situación de discapacidad.

Desde el género como perfil, no cabe duda de que la mujer siempre ha estado destinada a tales menesteres. La labor de cuidado, ya sea en episodios propios de enfermedades o padecimientos que suponen un internamiento hospitalario, sea breve o extenso, ha sido atribuido por “razones naturales”¹² a ella, sin percibir

¹⁰ Ibidem.

¹¹ *Alzheimer: una enfermedad compartida. Curso de formación para cuidadores, Módulo 3: “El cuidador principal y la familia”*, pp. 32-39 (p. 33), disponible en https://knowalzheimer.com/wpcontent/uploads/2017/01/Curso_Cuidadores_Alzheimer_completo.pdf, consultado el 27 de junio de 2020.

¹² Vid. JIMÉNEZ RUIZ, Ismael, María MOYA NICOLÁS, “La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar”, *Enfermería global*, Revista electrónica trimestral de enfermería, Universidad de Murcia, No. 49, enero 2018, pp. 420- 433, www.um.es/eglobal/, disponible en <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.292331>, consultado el 28 de junio de 2020. Estos autores realizaron una investigación cualitativa (en Murcia capital y Santomera, España), basada en la teoría fundamentada de tipo descriptivo, con el objetivo de visibilizar cómo la función del cuidado familiar queda adscrita a las mujeres como parte de un rol de género motivado por un sentimiento de obligación, naturalizado por parte de las mujeres a la hora de cuidar. La muestra utilizada estuvo constituida por 9 participantes, a las que se le sometió a una entrevista semiestructurada. En dichos estudios se concluye que el peso del cuidado familiar recae sobre la mujer, pero sustentado en un falso consenso. De ese modo se constató –según expresan los autores– que “hay un pseudo-reparto de algunas facetas del cuidado. Un reparto que siempre viene marcado por desigualdades de género, tanto a la hora de la asignación de las tareas como a la hora de elegir a la persona adecuada para que le ayude con el cuidado” (p. 428), “esta división inefectiva de la carga del cuidado, sumada a los roles del modelo de género en transición de la mujer crea una doble (persona cuidada y familia) y en ocasiones una triple carga de trabajo (persona cuidada, familia y trabajo) inabarcable, que favorece el deterioro físico” (p. 429), “las cuidadoras que conforman nuestra muestra comparten la impresión de que la labor de cuidar recae sobre ellas de forma natural y es asumida como tal sin que parezca que haya otras posibilidades de repartición del cuidado” (p. 431), “comúnmente se le atribuye propiedades de solidaridad y abnegación al género femenino (lo que) provoca una asociación socialmente aceptada de mujer con cuidado” (p. 431), “la toma de decisión de quien será el/la cuidador/a principal se fundamenta en un falso consenso, pues no existe un consenso como tal si no una aceptación de la situación, en ocasiones con resignación”, “(e)l cuidado se establece como un rol totalmente naturalizado y una obligación moral en las mujeres”, “las mujeres no sólo asumen de forma mayoritaria el papel de cuidadoras principales, también son mujeres las que ayudan a otras mujeres en el cuidado” (p. 433).

remuneración alguna ni tan siquiera reconocimiento familiar o social. Es una labor “propia de su sexo”, que ha llevado incluso a que la mujer lo haga sin condicionamiento alguno, expresión de su gratitud respecto de quien recibe el cuidado, ya sean parientes directos consanguíneos, o afines. Tómese en consideración que, en esa concepción androcéntrica y patriarcal, es “lógico” que sean las mujeres de los hijos las que cuiden a los suegros o suegras, máxime cuando estos no tuvieron descendientes femeninas, como se aprecia en un estudio¹³, descriptivo, analítico y correlacional, realizado en México (Estado de Tamaulipas), cuyo objetivo fue identificar el bienestar del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia funcional, desde una perspectiva de género. Se aplicó un cuestionario a una muestra por conveniencia de 300 cuidadores principales de adultos mayores y arrojó como resultados que el 85 % de ellos eran mujeres, en tanto que la mitad no tenía trabajo o en todo caso percibía bajos ingresos. Las mujeres tienden a cuidar con un sentido de responsabilidad, aunque en ello renuncien a su propia realización personal, de modo que en la medida en que la enfermedad de la persona que recibe su cuidado se haga más intensa y progresiva, ello le implica la consagración de más tiempo y esfuerzo y mayores erogaciones económicas, casi nunca compensadas. “Son las mujeres quienes mayoritariamente se acogen a las medidas de suspensión temporal, reducción o flexibilización del tiempo de trabajo, reforzando así formas de familia en las que el hombre es quien desarrolla una actividad laboral continua y a tiempo completo, mientras que la mujer combina trabajo y cuidado, con elevado coste para su promoción profesional e incluso para su mantenimiento en el empleo”.¹⁴

Sin dudas, son muchos y variados los riesgos que asumen los cuidadores, sin dejar de perder de vista que las mujeres son en este orden, mayoría. Tal actividad les supone en el orden personal, una renuncia a desarrollar una vida adecuada o querida, conllevando no en pocas ocasiones angustia, estrés, depresión, ansiedad, así como el deterioro progresivo de su nivel de intimidad; en el orden social les implica un aislamiento, con el respectivo costo afectivo, pérdida de amistades y de proyección pública; y en el orden profesional, una renuncia a su capacidad productiva, el abandono total y en el mejor de los casos, parcial, de su proyecto de vida, de la profesión

¹³ Asimismo, que se trata de un grupo en desventaja social y de salud, donde su ocupación, el parentesco y nivel de dependencia del adulto mayor, afectan su bienestar mayormente en la dimensión espiritual y en menor medida la dimensión social. Vid. FÉLIX ALEMÁN, Aurora, Rosa María AGUILAR HERNÁNDEZ, María Luz MARTÍNEZ AGUILAR, Hermelinda ÁVILA ALPIRÉZ, Laura VÁZQUEZ GALINDO, Gustavo GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, “Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género”, *Cultura de los Cuidados* (edición digital), año XVI, No. 33, 2.º cuatrimestre 2012, disponible en <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.011>, consultada el 28 de junio de 2020.

¹⁴ CARRAL MIERA, Cristina, “La responsabilidad de cuidar a personas en situación de dependencia, una propuesta teórica para la elaboración de políticas públicas”, *Encrucijadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales*, volumen 10, 2015, p. 10, disponible en www.encrucijadas.org, consultada el 28 de junio de 2020.

en la que se formó, con la pérdida además de habilidades y la desactualización de conocimientos técnicos. Y ni qué decir en el orden económico, por las erogaciones que muchas veces tiene que asumir y la pérdida de oportunidades laborales.

Según nos informa desde los Estados Unidos el profesor TATE, “algunos hijos adultos optan por dejar atrás carreras productivas y dedicar su tiempo al cuidado de los padres ancianos. Otros hijos permanecen en el lugar de trabajo, pero dedican una cantidad significativa de tiempo a ayudar a sus padres con el manejo de medicamentos, el transporte y otras necesidades. Estas actividades pueden afectar negativamente el desempeño laboral del hijo cuidador y pueden conducir a un mayor estrés, incluso si el cuidador puede equilibrar con éxito las responsabilidades laborales y familiares”.¹⁵

A ello súmese también las consecuencias que una larga e intensa labor de cuidado le supone al cuidador en el ámbito psicológico y físico; así, v. gr., síntomas inespecíficos como la astenia y el malestar general, pasando por otros como alteraciones del sueño, cefaleas, diabetes, úlcera gastroduodenal, anemia y alteraciones osteomusculares. Incluso también inmunodepresión. Igualmente, suelen sentirse enojados, culpables o desesperanzados, cansados o deprimidos ante la realidad. El estrés emocional es lógico y comprensible. Las personas se asustan de las emociones fuertes, de lo que experimentan al tener sentimientos contradictorios: sentir rechazo y afecto al mismo tiempo o sentimientos negativos hacia el enfermo.

En el caso de Cuba, el notorio envejecimiento poblacional alcanzado “pone sobre la mesa la importancia, y por qué no, la urgencia de diseñar políticas de cuidado que apoyen tanto a las personas que requieren los mismos como a los proveedores de atención. No se trata de una empresa fácil, es un reto multifactorial y requiere de un enfoque con sentido amplio que involucre a esferas tan importantes como la salud, educación, servicios, producción material y seguridad social, por solo citar unos pocos. De otro lado requiere de un alto nivel de compromiso, de comprensión y solidaridad por parte de las personas que se comprometen con esta noble tarea”.¹⁶ De este modo, el tema rebasa cualquier elucubración teórica para situarse en la cabecera de la agenda de los más altos funcionarios del Estado y del gobierno- como se constata en los resultados de esta investigación- en aras de trazar pautas, en las que el Derecho tiene un rol importante, para atender, priorizar e incentivar la labor de cuidado familiar.

La investigación contenida en este libro -de la que se hablará por tiempo al convertirse en uno de los estudios referentes sobre el tema, y no solo en suelo patrio- precisamente se sitúa en esa tesitura, al dejar clara la tridimensionalidad del trabajo

¹⁵ TATE, Joshua C., “Caregiving and the Case for Testamentary Freedom”, University of California, Davis, volumen 42, 2008 (pp. 129-193), pp. 173 y 174.

¹⁶ ALFONSO LEÓN, A., “Un estudio piloto...”, cit., p. 36.

de cuidado, ya sea como un “derecho humano inalienable”, como “una de las funciones familiares para proveer de bienestar a los/as miembros de las familias” y a la vez como “un sistema de organización societal en función del bienestar de las personas”. Este tríptico se hace imprescindible para entender el cuidado y visualizar los actores protagónicos de esta labor, en la que las familias, la sociedad y el Estado tienen una inescindible corresponsabilidad.

Se trata de un resultado de investigación que propone un programa para el trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas con el cual se logra deconstruir categorías y conceptos claves para el estudio del tema desde un enfoque decolonial, de género y de derechos. Igualmente, se logra la caracterización del trabajo de cuidados en familias seleccionadas, a partir de las principales modalidades, actores, prácticas e imaginarios sociales. Con este programa se logra producir conocimiento actualizado sobre el tema de estudio y un mapa temático de las investigaciones y programas desarrollados en Cuba desde el 2010 hasta el 2017 en materia de cuidados familiares y su atención por las políticas públicas.

Los resultados de esta investigación tienen tres escenarios fundamentales de impacto: en política pública, en producción científica y en producción de capacidades con actores implicados. Tales resultados tendrán una innegable impronta en el nuevo Código de las familias el cual deberá reflejar la realidad socio-familiar cubana de la contemporaneidad en la que los cuidados familiares juegan un papel importante porque inciden en un por ciento significativo de las familias cubanas y se convierte en una labor que tiene alcance afectivo, pero también sin dudas económico.

La investigación, cuyos resultados se socializan también en este libro, ha sido realizada por un equipo multidisciplinario del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, dirigido por la prestigiosa investigadora Dra. Rosa Campoalegre Septien, traza pautas no solo para visualizar el cuidado sino para intentar dar respuesta a las innumerables interrogantes que los científicos sociales nos formulamos ante lo que los investigadores llaman la “crisis del cuidado”, que como toda crisis supone un tránsito evolutivo del fenómeno, en tanto que la alerta demográfica nos hace pensar en quién o quiénes pueden asumir los cuidados familiares en una sociedad que avanza hacia un número cada vez mayor de personas que requieren cuidados y un número menor de personas que pueden asumirlos, dada la innegable reducción de la población de niños y jóvenes en el país, situación que de seguir comportándose de esa manera se agudizaría en las próximas décadas. De ahí la certeza de quienes investigan en este texto en el sentido de que “la población cubana viene experimentando en el presente siglo un rápido proceso de envejecimiento demográfico”, en el que no siempre la corresponsabilidad sale a flote quedando tan solo en las márgenes de los preceptos constitucionales. El cuidado sigue teniendo en Cuba aroma de mujer. La cultura androcéntrica y adultocéntrica ha situado a la mujer que pasa los 50 años como la máxima responsable de los cuidados de la familia

en un momento de su vida en que ya ha concluido la labor de cuidado de sus hijos en las edades tempranas y de adolescencia, de modo que el deber ahora como hija o como nuera corresponde frente a sus padres o suegros. Por ello como expresan los investigadores, apoyados en los estudios de la profesora Reina Fleitas “la falta de tiempo y la sobrecarga de roles que experimentan las mujeres cuidadoras en las edades de 50 años y más, son determinantes directas de los problemas de salud que ellas viven”, muchas veces padecidos en silencio en aras de no perturbar el proyecto de vida de los hijos o angustiar aún más a las personas a la que cuidan. El síndrome del cuidador se instala, se agudiza sin que muchas veces las instituciones respondan en la manera en que la labor del cuidador, reclama.

Como jurista y teniendo en cuenta el llamado que en varias oportunidades se hace en esta valiosa investigación al Derecho, que llega incluso a volcarse con pulcritud en las recomendaciones, no cabe dudas que tenemos una larga deuda – como otras con otros tantos- para con los cuidadores. Los juristas hemos llegado con bastante retraso a buscar alternativas plausibles para la protección, desde el Derecho, de los cuidadores principales, que constituyen el soporte de un núcleo familiar con personas adultas mayores o en situación de discapacidad que reclaman cuidado. No puede perderse de vista la tradición histórica de la que proviene el cuidado y el contexto social actual en el que se inserta nuestro modo de afrontarlo. Por este motivo, dado el envejecimiento poblacional que en algunos países, entre los cuales se ubica Cuba, es significativo y con ello el considerable ascenso de personas requirientes de cuidados, la protección a los cuidadores no solo debe ser transversal en el ámbito del Derecho público (a través de incentivos fiscales o el reconocimiento constitucional o de entes administrativos destinado a este fin), sino también desde el Derecho privado, el que puede ofrecer herramientas útiles que compensen el desequilibrio patrimonial que supone el desempeño de la labor de cuidador (por ejemplo incentivos sucesorios), y donde las normas del Derecho de sucesiones¹⁷ pueden ser una herramienta útil a tal fin. Pensar en alternativas que sin menguar el altruismo, el afecto, la solidaridad, la entrega, el amor que informan la labor de los cuidadores familiares, esencialmente mujeres de mediana edad, que han renunciado a sus capacidades productivas y a su proyecto de vida personal y profesional, a su vez incentiven el cuidado, compensen el silencio, la invisibilización, el estrés, la sobrecarga emocional y física y faciliten una redistribución equitativa y justa del caudal hereditario. Es necesario poner la mira hacia aquellas personas que como cuidadores, social y económicamente han quedado desprotegidas a la muerte del receptor de los cuidados por haber dedicado su vida a procurar dichos cuidados,

¹⁷ También la libertad de testar puede ser una alternativa útil y al alcance de todos. Nadie mejor que el testador para compensar los esfuerzos del cuidador y equilibrar las participaciones que sus herederos tendrán en su acervo hereditario, a partir de un modelo sustentado en el comportamiento o la conducta. A falta de ejercicio de la facultad de testar, corresponderá al legislador, a través de las atribuciones legitimarias o de las de naturaleza ab intestato –según considere a bien–, establecer la mejor correlación entre participación en la herencia y comportamiento y atención para con el causante en el ocaso de la vida.

como a aquellas personas que exigen seguir compatibilizando en su trayectoria vital los cuidados y el acceso a un empleo o su mantenimiento (el incentivo que puede propiciar el Derecho del Trabajo al reconocerle como un empleo con posibilidad de una jubilación posterior). Por este motivo cualquier regulación que pretenda proteger esta figura ha de ser capaz no solo de regular cómo queremos que sea de ahora en adelante la protección de las personas que se ocupan de los cuidados, sino que también ha de ser capaz de proteger a un colectivo que no ha tenido la oportunidad de protegerse a sí mismo y que ni siquiera se ha visibilizado.¹⁸ Urge un reconocimiento infraconstitucional del cuidado que desarrolle lo previsto en los artículos 84, 87 y 88 de la Constitución en los que implícitamente está inserto el cuidado familiar, de modo que el Derecho actúe como lo que es, un sistema protector, garante de derechos y deberes de contenido jurídico, no solo a modo de enunciado normativo sino vinculante en sus efectos, coactivo, coercitivo, que permita cumplir su cometido, a saber: la eficacia de la norma.

Para ello es necesario ante todo concientizar a los entes públicos, incluido el Estado, a los de carácter comunitario, vecinal y sobre todo a las familias, buscando resortes que permitan la necesaria cohesión y corresponsabilidad ante el cuidado de los más necesitados; sólo así estaremos transitando en pos de una efectividad en el ejercicio del derecho humano al cuidado.

La Habana, 22 de marzo de 2021

Leonardo B. Pérez Gallardo

Profesor Titular de Derecho civil

Facultad de Derecho

Universidad de La Habana

Presidente de la Sociedad de Derecho Civil y Familia

de la Unión Nacional de Juristas de Cuba.

¹⁸ Apud CARRAL MIERA, C., "Cuidadoras invisibles...", cit., p. 350.

Introducción

Los estudios y las realidades en torno a los cuidados confirman la tendencia a la compleja relación entre familias y políticas públicas en América Latina y el Caribe, que ha sido evaluada como una historia de desencuentros (Arriagada, 2007). En este contexto, la transformación de las relaciones familiares y de género hace emerger como tema relevante lo concerniente al trabajo de cuidados, que rebasa el ámbito familiar hacia el análisis de su consideración en materia de políticas públicas.

De manera creciente, se plantean múltiples interrogantes desde la Academia, las familias y los escenarios de políticas públicas. Sin embargo, el cuidado en ocasiones tiende a ubicarse entre los puntos ciegos de las políticas (Grillo, 2014). El reconocimiento pleno del trabajo de cuidados implica el desmontaje del mito acerca de su invisibilidad, afianzado desde el modelo patriarcal, aún hegemónico en las relaciones familiares y de género, la organización social del trabajo y en los modelos de protección social.

El posicionamiento epistémico del tema parte de una perspectiva decolonial asumida desde el paradigma de la interseccionalidad, que permite apreciar la diversidad de los cuidados y la impronta de las desigualdades sociales en este campo. Sobre tales presupuestos, desde la *Epistemología del Sur* (De Sousa, 2009), este resultado de investigación polemiza en torno a deconstruir tales políticas públicas y el propio concepto de cuidados.

En relación a qué es trabajo de cuidados, aún el debate científico es intenso. Reconocidos/as autores/as han formulado definiciones (Batthyány, 2015; Paperman, 2005; CEPAL, 2006; Franco, 2014; Aguirre, 2014; Huenchan y Rodríguez 2015; Molinier, 2015; Borgeaud, 2018; Tronto, 1993). Como un aporte propio a esa polémica nuestro Grupo de Estudios sobre Familia del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS), se posiciona planteando que, en primer lugar, la complejidad y la diversidad de los cuidados, conducen a un planteamiento epistémico en plural y con circularidad (Campoalegre, 2014a). En segundo lugar, arriba a la com-

preensión teórica del trabajo de cuidados visto tridimensionalmente, entendiéndolo como: derecho humano inalienable, una de las funciones familiares para proveer de bienestar a los/as miembros de las familias y un sistema de organización social en función del bienestar de las personas.

El trabajo de cuidados, en calidad de función familiar, comprende no solo acciones/ actividades, sino además las relaciones que se establecen para desplegarlas y los efectos que estas generan en las personas cuidadas, en quienes las cuidan y en las familias en su conjunto. Al unísono, el sistema de organización social de cuidados tiene como actores principales al Estado, a las familias, al mercado y a la sociedad civil. Las modalidades del trabajo de cuidados son diversas; se destacan las denominadas: formal e informal, primaria y secundaria, que son las más empleadas en este libro.

En materia de trabajo de cuidados, el modelo cubano es *sui generis* y aún se encuentra en construcción, descansa en la interrelación Estado-familias como los principales actores responsables de su provisión social, entre transiciones y tensiones acentuadas por la diversidad y complejidad familiar en el nuevo contexto económico y social.

En Cuba la importancia del tema es crucial, debido a que el trabajo de cuidados es un asunto de emergencia social. El tamaño medio de las familias disminuye debido al poco número de hijos/as, se evidencia una mayor cantidad de miembros de la tercera edad, en correspondencia con el elevado grado de envejecimiento poblacional y sus implicaciones sociales (Chávez, 2018), en el contexto del incremento de las desigualdades sociales. Proporcionalmente hay un mayor índice de dependencia económica, existen más personas que cuidar que cuidadores/as, planteándose nuevas demandas desde las familias y otros ámbitos de la sociedad.

Se afronta la denominada crisis de los cuidados. Los dilemas de quién cuida a quién y cómo, expresan esta crisis. Al unísono, se coloca hoy el problema de la ética y la economía de los cuidados como tipo de trabajo social, que no se reduce al ámbito familiar, pero que ha sido considerado como una acción marginal de la economía productiva (Campoalegre, 2014b). También, se reconoce la reproducción en el cuidado del paradigma de hombre proveedor y mujer cuidadora, con lo que se naturaliza la feminización de los cuidados como patrón de socialización y reproducción social.

La población cubana viene experimentando en el presente siglo un rápido proceso de envejecimiento demográfico. Ello a su vez está dando lugar a la transformación en la estructura de las necesidades de cuidados a ofrecer en las familias. Investigar dichos cambios y procurar el perfeccionamiento del trabajo de cuidados que lleven a cabo las familias cubanas, en el contexto de las transformaciones que están teniendo lugar en el modelo económico y social del país, da cuenta de la relevancia científica y social de este resultado que tributa al bienestar familiar como compo-

nente esencial en la construcción de un socialismo sostenible y próspero (Partido Comunista de Cuba, 2016).

La novedad del tema descansa en la especificidad del contexto en que se desarrolla y su escaso tratamiento, tanto en el CIPS, como a escala nacional.¹⁹ Novedad reforzada por la estrategia metodológica asumida y por las modalidades del trabajo de cuidados estudiadas desde una perspectiva interseccional: cuidado a adultos/as mayores; cuidados simultáneos a: adultos/as mayores y a niños/as; y a adultos/as mayores y a personas con discapacidad permanente o temporal. Se enfoca el trabajo de cuidados desde el paradigma de la corresponsabilidad.

El trabajo de cuidados ha sido tratado como parte de varias investigaciones del Grupo de Estudios sobre Familia (Álvarez *et. al.*, 1987; Durán y Chávez, 1997, citado por López, Castro, González y Manreza, 2017), pero su mayor desarrollo lo ha alcanzado en los últimos años, mediante los trabajos siguientes:

- “Género y cuidado en familias latinoamericanas y caribeñas en situación de vulnerabilidad social” (Campoalegre, 2014a), que constituyó un módulo del Seminario virtual CLACSO.
- “Una aproximación al análisis de la estructura societal del cuidado en Cuba en el periodo 2011-2014” (Riestra, 2015).
- “La organización social del cuidado infantil. Visiones y retos desde Cuba” (Campoalegre, 2014b).
- “El envejecimiento demográfico cubano y sus implicaciones para el trabajo de cuidado” (Chávez, 2014).
- “Cuba: Políticas familiares y de género en un contexto de cambios” (Campoalegre, Arcaute, Chávez, Manreza, Riestra, y Solares citado por Di Marco, Atiño, Giraldo. 2016a), investigación realizada como un proyecto del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- “Glosario de términos utilizados por el Grupo de Estudios sobre Familia” (Campoalegre R., Solares, L., Chávez, E., Manreza, Y., Samón, M., 2016b).
- “Protección legal y cuidados” (López, 2016).

Resulta relevante que, por primera vez, nuestro Grupo se plantea el trabajo de cuidados como proyecto de investigación independiente y no como una tarea perteneciente a otros proyectos.

¹⁹ Sobre este aspecto se profundizará en el primer capítulo del libro al abordar los antecedentes.

El estudio comparado sobre políticas familiares y de género en el ámbito regional (Campoalegre, Arcaute, Chávez, Manreza, Riestra y Solares, 2016a), demostró que en el contexto de la actualización del modelo económico y social cubano, se han producido modificaciones en las relaciones familia-Estado-mercado y sociedad civil, resultando en la asunción de un rol más activo por parte de las familias cubanas en el cumplimiento de sus funciones, en la solución de sus problemas. Se han generado transferencias de servicios de cuidados hacia el mercado, lo cual trae aparejado la reproducción de desigualdades sociales, que acentúan la feminización de los cuidados y promueven la tensión entre familismo y el desfamilismo o mercantilización.

Al respecto, el Grupo de trabajo Familia y Género de CLACSO define que:

“El familismo se refiere a la fuerte presencia de la familia y de los valores familiares en los sistemas de previsión social mediante las transferencias intrafamiliares. Mientras, la mercantilización expresa el grado en que se garantizan los derechos de las personas en dependencia de la participación en el mercado. (2013: 6).

Este proyecto responde al problema científico de: ¿Cómo contribuir al perfeccionamiento del trabajo de cuidados²⁰ desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas, en el contexto de la actualización del modelo económico y social? Mientras, el objetivo general es: Proponer un programa para el trabajo de cuidados en la provincia desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas en el contexto de la actualización del modelo económico y social cubano.

La estructura de este libro: la introducción, el desarrollo –distribuido en cinco capítulos–, las conclusiones, las recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos. El primer capítulo, se destina al marco teórico, el segundo capítulo a la estrategia metodológica trazada, los tres restantes presentan los resultados obtenidos según los tres objetivos específicos planteados, a saber: elaborar un mapa temático de las investigaciones y programas referidos al trabajo de cuidados en las familias²¹, caracterizar dicho trabajo en familias seleccionadas, y diseñar, objetivos y contenidos como parte de un programa para el trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas.

²⁰ Inicialmente el proyecto abarcaba dos provincias del país: La Habana y Villa Clara. Teniendo en cuenta las limitaciones de financiamiento, se reajustó, de modo que se realizó solo en la primera provincia, situación que influye en el alcance del estudio, aunque sin afectar su validez.

²¹ Se identifican investigaciones y programas implementados en el periodo 2010-2017, señalando su perfil y contenido principal, con independencia de su vigencia.

..... **Capítulo I. El trabajo de cuidados: apreciando el contexto teórico y político**

Cuidar es trabajar y amar

En la revisión bibliográfica realizada para el estudio y en el discurso de los/as expertos/as entrevistados/as, se asocia el trabajo de cuidados a la protección de sujetos menores de edad, adultos mayores declarados judicialmente incapaces y a las personas que presentan alguna discapacidad, a quienes se considera como parte de un sector que muestra diferentes niveles de dependencia. Al respecto, sostienen que la acción de cuidados significa brindar asistencia a una persona que no puede hacerlo por sí misma, se ha visto como un desafío para el sistema sanitario (Rodríguez citado por López, F., *et. al.*, 2017). Ello circunscribe al trabajo de cuidados a un enfoque ceñido a la dependencia, lo que tiende a descalificar y estigmatizar a tales personas. Esta es una tesis a de/construir, debido a que los cuidados son un ciclo todos/as necesitamos y debemos devolver cuidados.

El enfoque de géneros y de derechos es el punto de partida epistémico para el estudio y la atención al trabajo de cuidados (Campoalegre, 2014a). En consecuencia, se asume el concepto de personas que requieren cuidados y no de personas dependientes.

A partir de esa visión se enlaza el cuidado con otras variables: familia, vulnerabilidad, violencia, desigualdades sociales, discriminación, entre otras. Se convierte en un emergente investigativo visualizar el cuidado como una categoría de alta diversidad, marcada por las desigualdades sociales de clase y grupo, género, generación, color de la piel, etnia y territorio; y reconocerla como una categoría compleja que abarca intenciones, acciones, actores y resultados.

1.1 Contexto teórico del trabajo de cuidados

Entre las definiciones de trabajo de cuidados, destaca la realizada por Karina Batthyány:

(...) sin pretensión de ofrecer una definición exhaustiva, que el cuidado designa la acción de ayudar a un niño, niña o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Engloba, por tanto, hacerse cargo del cuidado material, que implica un “trabajo”, del cuidado económico, que implica un “costo económico”, y del cuidado psicológico, que implica un “vínculo afectivo, emotivo, sentimental”. El cuidado puede ser realizado de manera honoraria o benéfica por parientes, en el contexto familiar, o puede ser realizado de manera remunerada en el marco o no de la familia. La naturaleza de la actividad variará según se realice o no dentro de la familia y, también, de acuerdo a si se trata o no de una tarea remunerada. (2015:11).

Sin embargo, habría que acotar a esta definición que los cuidados no se reducen solamente a la atención a un niño/a o persona dependiente, sino que es un derecho universal que a todos nos atañe y que entra en relación directa con la responsabilidad ²².

Ello deconstruye patrones sexistas con relación a los cuidados. En esencia la necesidad de cuidados no es diferente de la que siempre han tenido los seres humanos en distintos momentos de su ciclo vital.

Otra línea de análisis ha sido enfatizar en la dimensión de los cuidados como un derecho, lo que implica considerarlo desde su doble circunstancia, es decir, desde las personas que precisan cuidados, como desde aquellas que cuidan (Aguirre, 2014; Rodríguez citado por López *et. al.*, 2017). En tal sentido Batthyány señala:

Desde la perspectiva normativa de la protección social propuesta por la CEPAL (2006) el cuidado debe entenderse como un derecho asumido por la comunidad y prestado mediante servicios que maximicen la autonomía y el bienestar de las familias y los individuos, con directa competencia del Estado. Este es precisamente uno de los grandes desafíos en torno al cuidado: avanzar hacia su reconocimiento e inclusión positiva en las políticas públicas. (2015: 12).

El cuidado es definido como acciones intencionadas para generar bienestar a los miembros de la familia, procurando satisfacer necesidades físicas y emocionales que permitan estar y sentirse bien (Franco, 2014). En tal sentido, se refuerza el tema de la ética de los cuidados y la economía de los cuidados, pues no basta proveer bienestar a las personas cuidadas, es importante de qué manera se hace, con respeto de los derechos del otro/a.

²² Se profundizará este tema en el próximo capítulo del libro.

Han sido formuladas distintas concepciones sobre las modalidades/tipos que adopta el trabajo de cuidados, atendiendo a diferentes criterios de clasificación, los cuales no son excluyentes y en algunos casos pueden superponerse. Tomando como criterio de clasificación quién cuida, es decir la/s persona/s que ejecutan el trabajo de cuidados, se distinguen los siguientes:

- Cuidador/a primario/a o principal: [...] “es el que asume la total responsabilidad en la tarea, pasando por diferenciaciones progresivas según la ayuda formal o informal que reciban” (Péculeo *et. al.*, 2006 citado por Espín, 2010:7).
- Secundarios/as: persona que realiza el trabajo de cuidados, pero [...] “no tienen la responsabilidad principal del mismo. (Péculeo *et. al.*, 2006 citado por Espín Andrade, 2010).
- Cuidador/a informal: Persona miembro de la red social (familiares o no) del, o de la, receptor/a de los cuidados, que brinda atención de manera voluntaria y sin que medie remuneración económica.
- Cuidador/a formal/profesional: Personas que no son parte de la familia, que pueden estar capacitadas o no para ejercer dicho rol, y que a cambio reciben una remuneración económica. La diferenciación se basa fundamentalmente por la recepción o no de beneficios pecuniarios, por el nivel de instrucción que se posea para la realización de esta tarea, por el nivel de compromiso y vínculo afectivo con que se realiza y por el tipo de relación que existe entre el cuidador y el receptor de los cuidados. (Espín, 2010).

Otro criterio de clasificación de carácter internacional es atendiendo al contenido del trabajo de cuidados.

a. Según las actividades de la vida:

La clasificación de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2007) distingue dos tipos de cuidados: Los cuidados de largo plazo en Salud y los cuidados de largo plazo sociales. La definición de los límites para esta clasificación resulta compleja (según la propia OCDE), aunque recomiendan hacerlo sobre la base de los tipos de servicios recibidos ya sea en (ABVD)²³ o en (AIVD)²⁴ y partiendo de la base que las ayudas para las ABVD son prestadas o supervisadas por profesionales de la salud” (Monteverde, citado por López *et. al.*, 2017).

²³ Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

²⁴ Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

b. Según el área de influencia principal del carácter del trabajo de cuidados: material, económico y psicológico.

El carácter material supone la posibilidad de acceso y la tenencia o no de recursos necesarios para realizar las labores particulares del cuidado, además de las actividades propias que se ejercen e implican el trabajo en sí. El económico tiene que ver con los gastos pecuniarios que se emplean y se necesitan para el desempeño de las tareas de cuidados. El psicológico comprende las interacciones socio-afectivas que se desarrollan a lo largo del proceso de cuidados con un alto componente relacional.

Nótese como la dependencia sigue siendo el marcador para el enfoque epistémico del trabajo de cuidados y sus modalidades o tipos en que se despliega, con énfasis del enfoque salubrista.

Históricamente el núcleo familiar ha sido el encargado de las tareas de cuidado y por tanto la unidad familiar facilita estas acciones, pero no puede ser la única institución garante del trabajo de cuidados, ni puede sola resolver la calidad y recursos necesarios para este. A ello se añade el impacto de la desigualdad por género, edad, "raza"²⁵, territorio y otras, que también se manifiestan en el intercambio entre cuidadores/as y personas cuidadas, como por ejemplo la subalternidad de las mujeres con relación a los hombres en tareas de cuidados.

Entre las causas determinantes de que la familia asuma el cuidado principal de la persona dependiente, están las culturales, especialmente los imaginarios socialmente contruidos sobre el mismo, dentro de las que se pueden mencionar lo conceptualizado en la literatura como familismo, más habitual en las culturas hispanas. El familismo hace alusión a fuertes sentimientos de lealtad, reciprocidad y solidaridad entre miembros de una misma familia (Losada, Knight y Márquez, 2003, citado por Espín, 2010).

Se ha avanzado en el reconocimiento de que el cuidado es un trabajo que contribuye a la preservación de la vida, mediante la ayuda y asistencia de otra persona (Paperman, P, 2005, Molinier, P, 2015). Su especificidad está basada en lo relacional, ya sea en el contexto familiar o fuera del mismo. En este reconocimiento han tenido una contribución significativa las luchas feministas, sin embargo, este reconocimiento no es pleno pues aún se solapa en el trabajo doméstico, tiende a ser invisibilizado y descalificado con respecto a otros tipos de trabajo. En el contexto de las familias, su carácter a la vez obligatorio y percibido frecuentemente como desinteresado le otorga una dimensión moral y emocional (Batthyány, 2015).

²⁵ Si bien ha sido demostrado que las razas no existen este término se sigue empleando en las ciencias sociales como variable analítica.

En diálogo con los/as expertas entrevistado/as (Anexo 1) se confirma en la experiencia cubana la tendencia global referida a que el trabajo de cuidado en el hogar no está completamente reconocido, se coloca parte del trabajo doméstico que recae en las mujeres. Tampoco, se crean todas las facilidades desde las políticas, como la creación de servicios de lavandería y comida rápida.

1.2 El trabajo de cuidados y las políticas públicas: enfoques y debates contemporáneos

La discusión sobre el trabajo de cuidados ha conducido a colocarlo como un problema de política pública al que deben responder los Estados. No se trata, por tanto, de un problema individual y privado que cada persona responde como puede y en función de los recursos de los que dispone, sino que se trata de un problema colectivo que requiere de respuestas colectivas y, por ende, sociales (Batthyány, 2015). Para ello se deben articular políticas sociales especialmente en los ámbitos culturales, laborales, fiscales y de salud, que faciliten el cuidado familiar, y que incorporen al adulto/a mayor y también al cuidador/a (Aja, Rodríguez, Martín, Benítez, Alfonso, Araujo, Lorenzo, 2014). Se aprecia en los estudios la necesidad de concientizar al cuidado como un trabajo, que además de remuneración demanda de capacitación y apoyo institucional, estatal y social. Estas son demandas claves de la economía de los cuidados.

Acerca de esta línea de pensamiento, aporta la Dra. Teresa Lara Junco, quien fue entrevistada como experta. Ella afirma que:

Para que el reconocimiento desde las políticas sea pleno debe desnaturalizar el cuidado, la necesidad de abordar la redistribución de las responsabilidades desde un nexo que articule una política de cuidado (la provisión universal de servicios de cuidado) con políticas de empleo y de desarrollo productivo territorial, tomando en cuenta el constructo sociocultural de género. (López *et. al.*, 2017).

Sin embargo, no toda medida conciliatoria entre trabajo y familia promueven la corresponsabilidad social, ya que las medidas deben contribuir a la redistribución de las responsabilidades domésticas y del cuidado entre el ámbito del hogar, más privado, y el público y también entre hombres y mujeres. (Álvarez 2017 citada por López *et. al.*, 2017).

Los aportes de estudios sobre corresponsabilidad son variados, pero en general encaminados a de/construir patrones sexistas presentes en las funciones familiares. Sobre este tema Karina Batthyány señala:

Para que las mujeres puedan insertarse laboralmente, requieren de una infraestructura suficiente (familiar, de políticas públicas o de servicios de cuidado adquiridos en el mercado) que la sustituya durante su jornada laboral, por ser

ellas quienes destinan la mayor parte de su tiempo a las tareas de los cuidados, bajo grandes tensiones. (2015: 8).

La corresponsabilidad se concibe como la responsabilidad directa de cada uno en tareas cotidianas necesarias con la equitativa participación de todos los miembros de la familia en el cumplimiento de sus obligaciones. El concepto de corresponsabilidad, hace referencia a patrones comportamentales e interaccionales que intervienen en el reparto, la distribución y el consenso en torno a los roles y tareas familiares entre los miembros de las familias, comprende por tanto la percepción de un reparto justo de tareas, la actuación coordinada y la asunción de responsabilidades de manera compartida y que implica no solamente su realización sino su organización y control (Maganto, J., Etxeberria, J. y Porcel, A. 2010).

En materia de corresponsabilidad, en la Constitución cubana se norma, en su Artículo 73 que: “El Estado, la sociedad y las familias tienen la obligación de proteger y asistir a los adultos mayores en lo que a cada uno corresponde y de promover su integración social.” (Asamblea Nacional del Poder Popular, 2018:13).

En Cuba, desde el sector de la salud se ha dado paso al desarrollo de estudios que tienen como objetivo lograr una atención integral y focalizada en sujetos necesitados de cuidados. La acción de cuidado significa brindar asistencia a una persona que no puede hacerlo por sí misma (Rodríguez, 2017 citada por López *et. al.*, 2017), se ha visto como un desafío para el sistema sanitario.

Ejemplo de esta política ha sido la creación en 1997 del Programa Nacional Integral de Atención al Adulto Mayor, el cual se mantiene vigente hasta nuestros días y contempla tres Sub-programas: Atención comunitaria, Atención institucional y Atención hospitalaria; su dirección está a cargo del Ministerio de Salud Pública, pero en él también participan otras instituciones. Se encuentra dentro de los cuatro programas priorizados por ese Ministerio, lo cual hace evidente el interés del Estado cubano en brindar una atención óptima a las personas de 60 años y más (MINSAP y CITED, 2012).

La perspectiva del trabajo de cuidado como política pública profundiza la discusión sobre temas centrales, a saber: la “crisis del cuidado”, la ética y la economía de los cuidados, la feminización de los cuidados, la adultez mayor, los/as cuidadores/as y el accionar jurídico. Los desafíos en torno al trabajo de cuidado, colocan a debate la llamada “crisis del cuidado”. Se trata no solo de quién cuida a quién, sino además cómo lo hace, lo que concierne a la ética de los cuidados (Gilligan, C., 1987 citado por Durán, N., 2015).

Existen más personas que cuidar y menos cuidadores(as). Esta problemática se visualiza predominantemente en grupos familiares compuestos por mujeres solas con hijos/as y padres o madres adultos mayores(as). La disminución de las redes de apoyo, sobre todo en los casos en que estas personas no pueden valerse por sí

misimos/as, además del aumento de los hogares unipersonales, agudiza este fenómeno (Campoalegre *et. al.*, 2015).

El aspecto más trascendente que ha tenido lugar en la dinámica sociodemográfica cubana en las últimas dos décadas y que en cierta forma sintetiza el comportamiento de todos los componentes del accionar poblacional, ha sido la intensificación del proceso de envejecimiento demográfico, o sea, el incremento de la significación porcentual de los ancianos en relación con la población total, y en particular con respecto a niños y adolescentes (Chávez, Durán, Valdés, Gazmuri, Díaz, Padrón y Perera, 2011).

Según la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI, 2018), el proceso de envejecimiento, visto como un aumento en la proporción de personas de 60 años y más con relación a la población total, se ha venido desarrollando y profundizando en los últimos años. De esta manera, el país ha transitado desde un 11,3 por ciento de personas de 60 años y más en 1985, (CEE, 1989) hasta un 20,4 por ciento en el 2018 (ONEI, 2019).

En el caso cubano es importante precisar que la fecundidad se encuentra por debajo del nivel de reemplazo – menos de una hija por mujer– desde hace 41 años, lo que ha provocado que los niños y adolescentes menores de 15 años hayan ido disminuyendo su significación porcentual con respecto a la población total (ONEI, 2019). Para el año 2025, se proyecta que las personas de 60 años y más en Cuba se incrementarán a un 26 por ciento de la población total (ONEI, CEPDE, s/f).

Según el estudio sobre envejecimiento poblacional, a partir del censo de población y viviendas del 2012, aproximadamente un cuarenta por ciento (40 %) de los hogares en Cuba, los que contabilizan 1506 852, tienen un adulto/a mayor entre sus miembros. El 82,2 % de la población de 60 años y más padecen al menos de una enfermedad crónica no transmisible, en el caso de las mujeres la proporción asciende al 88,4 %, mientras que para los hombres es de 75,2 % (ONEI, 2014:57).

Las familias sintetizan la congruencia entre los cambios económicos, políticos, sociales, culturales y demográficos que tienen lugar en los países, de este modo, la incorporación masiva de las mujeres al trabajo asalariado fuera del hogar, el considerable aumento de su nivel de instrucción y la feminización de la fuerza técnica del país, se cuenta entre los factores de mayor significado y trascendencia para las familias cubanas contemporáneas, en un escenario donde la demanda demográfica de las personas que necesitan cuidado se está incrementando por el creciente envejecimiento poblacional.

Se espera que en el futuro la llamada cuarta edad, es decir, las personas que sobrepasan los 75 años, pueden llegar a representar la sexta parte de la población cubana hacia mediados del presente siglo (Oficina Nacional de Estadística e Información, Centro de Estudios de Población y Desarrollo (ONEI, CEPDE, s/f)).

En los análisis del envejecimiento poblacional y el trabajo de cuidados, se incluye la perspectiva de género. El Censo de población efectuado en el 2012 reflejó que las mujeres representan casi el 53 % de la población anciana en Cuba y constituyen el 56,5 % entre las personas de 80 años y más. Las mujeres tienen una mayor esperanza de vida geriátrica (23,6 años) que los hombres (21,0 años) (ONEI, 2019), pero su calidad de vida es menor, ya que suelen sufrir con más frecuencia enfermedades degenerativas, como la demencia, Alzheimer y osteoporosis, y otras crónicas, como la diabetes y los padecimientos isquémicos y cardiovasculares (Fleitas, 2014).

Una razón que hace al envejecimiento un asunto fundamentalmente de mujeres, es que sobre ellas recae el peso del cuidado de los/as adultos/as mayores, tanto en las instituciones públicas como en los hogares cubanos, y aunque los hombres tienen un papel creciente en la atención a la familia, todavía la diferencia con relación a las mujeres es notable. La falta de tiempo y la sobrecarga de roles que experimentan las mujeres cuidadoras en las edades de 50 años y más, son determinantes directas de los problemas de salud que ellas viven (Fleitas, 2014).

Entre los resultados arrojados por las investigaciones analizadas se destaca el fenómeno de la feminización de los cuidados y su vínculo con la violencia de género, a lo que se adicionan las afectaciones físicas y psíquicas que provoca la asunción del rol según las características de las personas que cuidan. Esto ha significado una alta individualización, una mayor vulnerabilidad de las personas que cuidan y una elevada familiarización de la atención.

Las mujeres siguen siendo las primeras responsables del cuidado, acompañamiento y atención, temporal y permanente, de familiares dependientes, todo ello sustentado por la existencia de un patrón tradicional de distribución de tareas que revela desigualdades y que, además, es reproducido en la educación de los hijos e hijas desde edades tempranas (ONEI, 2016). Ellas son las personas de la red familiar con una dedicación más extensa al cuidado, que no se contabiliza, solamente en el tiempo dedicado al mismo, sino y más importante, en la disponibilidad permanente por cualquier necesidad de atención a la persona beneficiaria (Del Río, 2014).

Tales resultados han sido constatados en la Encuesta Nacional Sobre Igualdad de Género ENIG-2016, realizada por el Centro de Estudios de la Mujer y el Centro de Estudios de Población y Desarrollo:

Las mujeres, en sus hogares, dedican 14 horas más de tiempo que los hombres a estas tareas (35:20 horas vs 21:04 horas), de las cuales 9,2 horas de la diferencia le corresponden a las tareas domésticas y 4,9 horas al cuidado de personas necesitadas o dependientes. (2018:33).

Aún con el disfrute de los derechos que tienen las mujeres cubanas y de su avance social, económico y cultural, persisten inequidades en el tiempo que las mujeres dedican al cuidado y al trabajo doméstico (Lara, citado en López *et. al.*, 2017), de

este modo, se reproduce la tradición según la cual ellas resultan ser las cuidadoras por excelencia en el seno familiar. Generalmente no se tiene en cuenta qué quieren ellas, antes de convertirlas en responsables por los cuidados de niñas, niños y personas dependientes. Esta función asignada socialmente afecta sus derechos y limita sus oportunidades, capacidades y elecciones, convirtiéndose en un obstáculo a la igualdad de género y a su bienestar (García, citado en López *et. al.*, 2017).

Un elemento extremadamente útil son las encuestas de uso de tiempo (Lara, 2001, citado en López *et. al.*, 2017) que permite aproximarnos empíricamente a la división sexual del trabajo al interior de los hogares, observar cambios y permanencias, no comparables entre sí, pero con tendencias generalizadas sobre la distribución desigual de tareas domésticas y de cuidado. (Batthyány, 2015). Garantizar el cuidado de los/as adultos/as mayores es una de las principales dificultades que enfrentan las familias, pero entre sus miembros, son las mujeres las más afectadas y tal situación provoca que en innumerables ocasiones den ruptura a sus vínculos laborales aún con plena capacidad física y rango de edad laboral. Sobre el tema de las personas que proveen cuidado, el profesor Ernesto Rojas Vera señala:

Las opciones que existen para que estas personas se protejan en términos de seguridad social, es acogerse a una licencia sin sueldo o pedir la baja de su centro laboral. También, la cuestión de la jubilación anticipada. Entonces esas opciones no las protegen realmente. Otras opciones son muy burocráticas, difíciles de acceder. (López *et. al.*, 2017).

Las prácticas y representaciones en torno a los adultos mayores y el envejecimiento están relacionadas con los significados que puede tener la idea de cuidados y con el valor, reconocimiento y obligatoriedad con que se identifique dicho trabajo (Carrasquer, 2013). Con respecto a la reciprocidad de los apoyos entre el adulto mayor y las personas significativas que le rodean, se plantea que el intercambio de apoyo influye en la calidad de los vínculos y fortalece las redes del/a adulto/a mayor (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003).

Otro asunto relevante, es el interés por los trabajos que estudian las consecuencias del cuidado en la salud del cuidador/a (Gil, 2013), particularmente “La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer” (Expósito, 2008) y “Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia” (Espín, 2008).

En el campo de las consecuencias del cuidado y la protección a quienes lo proveen, la doctora Lilian Rodríguez Rivera, experta entrevistada, refiere que:

Desde su aspecto positivo es bueno cuidar, hay una retribución y en ocasiones se le da valor a la persona encargada de cuidar, pero se debe empezar a proteger sus derechos tanto del sujeto de cuidado como del cuidador. Deben ga-

rantizarse servicios de respiro para los cuidadores; con la escala Zarit se puede medir la sobrecarga del cuidado. (López *et. al.*, 2017:23).

Es identificada como consecuencia de la realización del trabajo de cuidado la disminución del bienestar psicológico de los cuidadores/as, debido a las exigencias de ese rol. Se han implementado nuevas modalidades como las casas para personas con demencia, para apoyar en el cuidado y la estimulación cognitiva de estas personas (Fernández, citado por López *et. al.*, 2017).

Acerca de la atención a la salud de las personas que proveen cuidados el experto entrevistado, Ernesto Rojas Vera señaló: “La atención médica no solo debe velar por la persona dependiente sino también por el cuidador(a) quien sufre un proceso de desgaste físico y emocional importante durante todo ese proceso.” (López *et. al.*, 2017:78).

En materia de política pública, cabe valorar los aportes de las disciplinas jurídicas sobre las posibles respuestas normativas que la realidad impone ante el trabajo de cuidados. Los/as expertos/as destacan que:

En todo caso, se requiere creatividad, flexibilidad de los legisladores y de los operadores jurídicos, perfeccionamiento en el funcionamiento de los mecanismos existentes y reconocimiento de aquellos nuevos que puedan contribuir a la seria ejecución de la protección ya establecida con el fin de que la utopía humanista que impregna al Derecho sea ciertamente una utopía realizable. (Delgado, Pereira, 2017: 34).

La protección al trabajo de cuidado encuentra en la Constitución de la República de Cuba un verdadero sostén. Sin embargo, aunque existe la voluntad política de apoyar desde el punto de vista jurídico, laboral y sanitario el trabajo de cuidado en las familias, lo cual se materializa a través de múltiples normativas, las personas mayores aparecen mencionadas de manera genérica en las normas que regulan la salud, el empleo o la seguridad social.

El marco legal del cuidado debe superar lo demográfico y lo laboral, a fin de contribuir a potenciar capacidades que permitan la gestión de las personas. (Lara, citado por López *et. al.*, 2017:31). Algunas normas jurídicas han quedado rezagadas en determinados aspectos y están en proceso de actualización, como ya lo fue recientemente la Constitución cubana.²⁶

Aún no hay normas específicas, ni en el Código Civil ni en el Penal, ni en el Código de Familia que protejan a las personas mayores de las actuales vulneraciones de

²⁶ Proclamada en Sesión Extraordinaria de la Asamblea del Poder Popular el 10 de abril de 2019, en el Palacio de Convenciones de La Habana.

sus derechos como las situaciones de maltrato²⁷ o su derecho al cuidado lo que se logrará a partir del cumplimiento del cronograma legislativo para la elaboración de las leyes que desarrollen los preceptos establecidos en la Constitución, acorde con lo establecido en la disposición transitoria Decimotercera del texto constitucional cubano.

Sobre el tema legislativo la doctora Mayda Álvarez, una de las expertas entrevistadas, expone la siguiente idea:

Se necesita una legislación específica que regule las cooperativas de cuidado (...). Una legislación especial en protección del adulto mayor; en el Código de Familia se ha incluido la responsabilidad de la familia por el adulto mayor, pero eso no basta, esas son las dedicadas a la familia, pero dónde está la de toda la población. Código de la niñez y la infancia. Violencia en materia legislativa a las víctimas de violencia que son sujetos de cuidado. (López *et. al.*, 2017:96).

Han sido analizadas hasta el momento dos cuestiones claves en el desarrollo de la teoría de los cuidados:

- En primera instancia la deconstrucción del concepto de cuidados a partir de la apreciación de los enfoques teóricos sobre el mismo, enfatizando en su carácter de trabajo y su diversidad, hasta llegar al posicionamiento del grupo acerca de que son los cuidados.
- En segunda lugar, fueron analizadas los desafíos para las políticas públicas en este campo y sobre esta base se da paso a los aspectos metodológicos que constituyen el segundo capítulo de este libro.

Este análisis describe el marco teórico de la investigación y se complementa con la fundamentación metodológica, que se expone en el capítulo siguiente.

²⁷ Se considera maltrato a las personas mayores toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive a las personas mayores de 65 años de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o vulneren su integridad física, psíquica y social, así como su autonomía (Sánchez y Díaz, 2009).

Capítulo II. Aspectos metodológicos

Sondeando el trabajo de cuidados

El proyecto empleó la metodología cuali-cuantitativa, proyectada desde la perspectiva decolonial que asume como ejes transversales el enfoque integral de la familia como unidad de análisis, la interseccionalidad (Segato, 2010) y el enfoque de género y derechos del trabajo de cuidados.

2.1 Problema, objetivos, preguntas científicas y categorías de análisis

Problema científico:

¿Cómo contribuir al perfeccionamiento del trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas, en el contexto de la actualización del modelo económico y social?

Objetivo general:

Proponer un programa para el trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas en el contexto de la actualización del modelo económico y social cubano.

Objetivos específicos:

1. Elaborar un mapa temático de las investigaciones y programas desarrollados en Cuba desde el 2010 hasta el 2017 referidas al trabajo de cuidados en las familias y su atención por las políticas públicas.
2. Caracterizar el trabajo de cuidados en familias seleccionadas, a partir de sus principales modalidades, prácticas, actores e imaginarios sociales.

3. Diseñar objetivos y contenidos como parte de un programa para el trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas.

Preguntas científicas:

¿Cuáles son los principales aportes y limitaciones de las investigaciones desarrolladas en Cuba en la etapa 2010-2017 relativas al trabajo de cuidados en las familias?

¿Qué imaginarios sociales, actores, modalidades y programas se adoptan en el trabajo de cuidados en familias de la muestra seleccionada?

¿Qué componentes deben integrar un programa para el trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas, en el contexto de la actualización del modelo económico y social cubano?

De acuerdo con el problema de investigación a resolver, los objetivos planteados y los resultados que se pretende alcanzar, esta investigación comprenderá tres partes básicas, expuestas seguidamente:

1. Búsqueda bibliográfica y consulta a expertos/as sobre la temática a estudiar con vistas a la sistematización.
2. Estudio de terreno para profundizar en el conocimiento de las características del trabajo de cuidados que desarrollan familias seleccionadas.
3. Elaboración de una propuesta de programa, con las recomendaciones correspondientes, tanto en lo referido a la práctica social como a la investigación.

Categorías de análisis

Las categorías de análisis²⁸ son definidas a partir de la producción del Grupo y del CIPS en diversas etapas de su desarrollo e incluyen además posicionamientos asumidos de referentes internacionales, que han sido contextualizados al caso cubano. Ellas son las siguientes:

1. Actualización del Modelo Económico y Social Cubano: Proceso de puesta en práctica en nuestro país de un nuevo Modelo Económico y Social, cuyos contenidos y principios fundamentales se exponen en el documento "Conceptualización del modelo económico y social cubano de desarrollo socialista". La Conceptualización resume las concepciones esenciales para impulsar el

²⁸ Son expuestas en orden alfabético.

desarrollo socioeconómico conforme con las aspiraciones y particularidades actuales del proceso revolucionario cubano. Su objetivo esencial es explicar y fundamentar con claridad y rigor las características principales del Modelo, para contribuir a su mejor comprensión y servir de guía conceptual para su actualización (Partido Comunista de Cuba [PCC], 2017).

2. Corresponsabilidad: Consiste en la distribución equitativa de diferentes funciones o tareas entre dos o más personas o instituciones. En el ámbito familiar es la responsabilidad directa de cada uno en tareas cotidianas necesarias con la equitativa participación de todos los miembros de la familia en el cumplimiento de sus obligaciones. El concepto de corresponsabilidad hace referencia a patrones comportamentales e interaccionales que intervienen en el reparto, la distribución y el consenso en torno a los roles y tareas familiares entre los miembros de las familias, comprende por tanto la percepción de un reparto justo de tareas, la actuación coordinada y la asunción de responsabilidades de manera compartida y que implica no solamente su realización sino su organización y control (Maganto, Etxeberria, y Porcel, 2016).
3. Funcionamiento familiar: Conjunto de actividades vitales que desarrollan las familias, las relaciones que se establecen y los efectos generados en ellas. Expresa cómo se cumplimenta el complejo de funciones familiares. (Reca, 1990 citado por Chávez *et. al.*, 2011:24).
4. Imaginarios sociales: “[...] Configuraciones subjetivas complejas dinamizadas desde sistemas simbólicos; legitimados y compartidos en cada sociedad y época, que permiten entender, explicar y construir la realidad desde el accionar cotidiano y en tanto compuestos por los simbolismos, pueden articularse en su expresión con arquetipos y mitos y configurar mentalidades resistentes al cambio (Domínguez, Rego, García, Cadaval, Bombino y Castilla, 2018:12).
5. Interseccionalidad: Resultado del entrecruzamiento de género, generación, “raza”, clases/grupos sociales y territorio, que explica cómo se reproducen históricamente las desigualdades sociales en el objeto de estudio.
6. Mapa temático: Variante de cartografía social que representa de modo integrado las temáticas abordadas en las investigaciones sobre cuidado en el país, sus autores/as principales, las metodologías empleadas, los programas y servicios sociales aplicados, los instrumentos jurídicos reguladores y las recomendaciones formuladas referidas a las políticas públicas y la investigación social relativas al cuidado.
7. Modalidades de trabajo de cuidados: Son las formas/tipos/variantes que adopta la realización del trabajo de cuidados y se clasifican atendiendo, a dos criterios básicos: quién lo ejecuta y al contenido del mismo. Se distinguen:

Cuidador/a primario/a o principal, cuidador/a secundario/a, cuidador/a informal, cuidador/a formal/profesional, cuidados de largo plazo en Salud, cuidados de largo plazo sociales, cuidado material, económico y psicológico.²⁹

8. Política pública: “Cursos de acción gubernamental que atienden o intentan atender situaciones no solo socialmente problematizadas sino, sobre todo, políticamente visibilizadas” (Luccas, 2015:3). Implica la participación diferenciada de los actores económicos, las familias la sociedad civil y los/as ciudadanos/as.
9. Prácticas de trabajo de cuidados: Conjunto de acciones y actividades desarrolladas por una o varias personas, llevadas a cabo con la finalidad de brindar ayuda de cualquier tipo y naturaleza a otra persona que la necesita, sea esta miembro o no de la propia familia, para lo cual se emplean apoyos materiales, económicos y psicológicos y sanitarios. En el ámbito familiar integran las estrategias familiares.
10. Programa social: Componente de la política pública que, a partir de determinados principios y objetivos, moviliza de forma articulada un conjunto de acciones, servicios y actores en función de uno o varios problemas sociales identificados. Representa una iniciativa con intencionalidad de mejora para el bienestar de la población.
11. Trabajo de cuidados: Cuando está referido al ámbito familiar, es una de las funciones dirigidas a generar bienestar a los miembros de las familias. Es un derecho humano inalienable. Al unísono constituye un sistema de organización societal que tiene como actores principales al Estado, la familia, el mercado y la sociedad civil.

2.2 Diseño muestral

Esta investigación comprendió la realización de encuestas a un total de 100 familias en las que había al menos una persona adulta mayor que necesitaba de cuidados. La mitad de esas familias residen en el municipio Plaza de la Revolución, y la otra mitad, en el municipio Diez de Octubre, ambos pertenecientes a la provincia La Habana (Anexo 2).

Esos territorios fueron seleccionados debido a su elevado nivel de envejecimiento poblacional, ya que La Habana es la segunda provincia más envejecida del país –solo superada por Villa Clara–, así como por su cosmopolitismo e importancia cuantitativa y cualitativa dentro del conjunto de la población cubana. A su vez, Plaza de la Revolución es el municipio más envejecido de Cuba, y Diez de Octubre

²⁹ En el capítulo 1 al analizar el marco teórico de la investigación son definidas estas modalidades.

es el municipio de la capital que tiene un mayor número absoluto de adultos/as mayores (véase la Tabla No. 1). En Plaza de la Revolución fueron seleccionados los consejos populares de Vedado-Malecón y Carmelo, mientras en Diez de Octubre los consejos populares de Santos Suárez, Luyanó y Tamarindo.

Tabla No. 1. Cuba, provincia de La Habana y municipios seleccionados. Informaciones generales sobre el envejecimiento demográfico*

Territorio	Población total	Población mayor de 60 años	
		Total	%
Cuba	11 209 628	2 286 948	20,4
Provincia La Habana	2 131 480	46 0401	21,6
Municipio Plaza de la Revolución	143 148	40 012	28,0
Municipio Diez de Octubre	201 888	48 070	24,0

*Cifras referidas al 31 de diciembre de 2018.

Fuente: Oficina Nacional de Estadística e Información, 2019. "El envejecimiento de la población cubana 2018". ONEI/CEPDE, La Habana.

El diseño muestral aplicado combina muestras por conglomerado (consejos populares) seleccionados en cada municipio y muestras intencionales de: familias en cada barrio y expertos/as. En la selección de las familias se adoptó el criterio de que en ellas se realicen las modalidades de trabajo siguientes: familias en que se cuide adultos/as mayores solamente, familias en las que se cuide, simultáneamente, a adultos/as mayores y a niños/as, o a adultos/as mayores y a personas con discapacidad definitiva o temporal.

En todos los casos se contó con el apoyo de los trabajadores y trabajadoras sociales de cada consejo y algunos médicos de familia de los territorios en calidad de porteros/as,³⁰ quienes de conjunto realizaron un levantamiento de las familias donde convivía una persona adulta mayor dependiente de cuidados, así como de aquellas donde laborara una Asistente Social a Domicilio (ASD).

Previo al trabajo de campo fue efectuado un pilotaje de los instrumentos a emplear, cuyos resultados sirvieron de base para el perfeccionamiento de los instrumentos y la organización del trabajo de campo. El pilotaje se llevó a cabo fundamentalmente en el municipio Plaza de la Revolución, por ser el más envejecido del país, y también por ser el más accesible, pues es donde está ubicado nuestro Centro, específicamente en el Consejo Popular Vedado-Malecón. En este

³⁰ Según Taylor“(…), además de ser un informante clave, es una persona que sitúa en el campo y ayuda en el proceso de selección de participantes en el caso de realizar entrevistas o grupos focales” (1989, p. 21).

Consejo, mediante la información existente en los Consultorios del Médico de Familia, se pudieron seleccionar, de manera intencional, 18 familias en las que se realiza trabajo de cuidados. Por motivos operativos, también se incluyeron en el pilotaje dos familias residentes en el municipio Arroyo Naranjo, por reunir las características necesarias y vivir en la cercanía de una de los miembros de nuestro Grupo, lo cual facilitó las encuestas.

Ya en el trabajo de campo, la aplicación de los instrumentos se efectuó fundamentalmente en la sesión de la mañana, ya que en las tardes los/as cuidadores/as estaban más sobrecargados/as de trabajo vinculado al cuidado y a las tareas domésticas. Sin embargo, los dibujos y composiciones se aplicaban en horario de la tarde cuando regresaban niños/as y adolescentes de la escuela.

Como principales ventajas del trabajo de campo se pueden señalar en primera instancia el apoyo de las instituciones implicadas, fundamentalmente el MTSS y el MINSAP. En segundo lugar, el largo tiempo que se le dedicó a cada familia, que trascendió la aplicación de las técnicas, ya que se convirtió en un espacio para dialogar y escuchar a estas familias, ávidas de comunicación y atención. En el caso de los/as cuidadores/as pudieron canalizar por esta vía sus preocupaciones y frustraciones con respecto al trabajo de cuidados, y las personas mayores compartieron sus historias de vida. Mientras, las desventajas de este proceso radican en muchas ocasiones las familias percibían en las especialistas una esperanza para solucionar sus problemas o satisfacer sus necesidades, situación que fue necesario aclarar en ese espacio.

2.3 Métodos y técnicas

En correspondencia con el problema y los objetivos de investigación se emplearon los métodos teóricos siguientes:

Análisis-síntesis para el procesamiento de datos cualitativos, la interpretación y presentación de los resultados; histórico-lógico a fin de la búsqueda y sistematización de los antecedentes y las historias de los barrios que integran la muestra y el análisis de documentos orientado al estudio de documentos oficiales y censales, investigaciones, publicaciones, ponencias y otras fuentes especializadas, tanto en el diagnóstico como en la elaboración del Programa. Al respecto, se aplicó la técnica ZOCODIS (Anexo 3), en busca de delimitar las zonas de concentración, dispersión y silencio que integran el mapa temático.

El trabajo de campo partió de la entrevista a expertos/as (Anexo 4). Posteriormente se aplicaron tres encuestas en las familias que integraron la muestra: encuesta al cuidador/a (Anexo 5), encuesta al jefe o jefa de hogar (Anexo 6) y encuesta a la persona cuidada (Anexo 7), con ejes estables que posibilitaron articular los resultados obtenidos en estos instrumentos.

Las encuestas constaron de preguntas cerradas, abiertas y de selección múltiple, se aplicaron de forma oral, cara a cara con la persona encuestada, lo cual favoreció el diálogo con los miembros de la familia. Además, de manera simultánea se aplicó una Guía de observación (Anexo 8) sobre las condiciones materiales de vida de las familias y la dinámica interna de las relaciones entre los miembros, con énfasis en los vínculos cuidador/a-persona cuidada y las manifestaciones de violencia intrafamiliar.

Se trabajó también con niñas y niños entre 6 y 10 años, a partir del empleo del Dibujo de las Familias (Anexo 9), y con adolescentes entre 11 y 16 años con la composición “Mi familia” (Anexo 10). Finalmente, fue desarrollado un taller con vista a la generación y validación de conocimientos y propuestas con investigadores/as, educadores/as y familias referentes de política social (Anexo 11).

El procesamiento cuantitativo de las entrevistas a las familias se hizo mediante análisis de frecuencia de los datos de las planillas de recogida de información, a través del empleo del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (Statistical Package for Social Sciences, SPSS versión 18). Se interpretó también desde el punto de vista cualitativo, fundamentalmente en las preguntas abiertas, donde se le daba la oportunidad a los sujetos que expresaran tres o más alternativas de respuestas. Esta forma de obtención de respuestas es denominada Multirrespuesta, por lo que se expondrán en los análisis la cantidad de veces que responden ante las preguntas hechas de este tipo y no la cantidad de sujetos que respondieron como tal. También se realizó la triangulación de fuentes, métodos y técnicas.

En este capítulo han sido analizados los fundamentos metodológicos de la investigación realizada, develando el cómo fue obtenido el resultado en cuestión, desde el problema hasta los métodos, técnicas y procedimientos empleados.

..... **Capítulo III. Mapa temático: investigaciones y programas desarrollados en Cuba acerca del trabajo de cuidados en las familias y su atención por las políticas públicas (2010-2017)**

Apreciando miradas precedentes

Este capítulo del libro da respuesta al primer objetivo específico de la investigación, el cual consiste en Elaborar un mapa temático de las investigaciones y programas desarrollados en Cuba desde el 2010 hasta el 2017 referidas al trabajo de cuidados en las familias y su atención por las políticas públicas, y se basa fundamentalmente en el documento “Informe sobre la búsqueda bibliográfica realizada” (Chávez, Manreza y Barriel, 2017), el cual constituye un informe parcial de la presente investigación, y en las contribuciones de los debates colectivos del Grupo.

Para la realización del trabajo se gestionó información directamente en 35 instituciones localizadas en la capital del país (Anexo 12), en la mayoría de las cuales no se encontró documentación que resultara de utilidad para nuestra investigación, lo que demuestra que al tema de los cuidados familiares aún no se le presta toda la atención que merece. También se llevó a cabo una búsqueda a través de Internet, de la que se obtuvo información de interés, principalmente en instituciones ubicadas en otras provincias del país, como las universidades de Pinar del Río, Matanzas, Villa Clara, Cienfuegos, Ciego de Ávila, Camagüey, Holguín, Santiago de Cuba y Guantánamo. Para la recogida de información se utilizó el modelo de ficha de contenido (Anexo 13). Como resultado final de la exploración realizada se ficharon

un total de 54 documentos, lo que constituyó el material fundamental para la elaboración de esta parte del libro.

El mapa temático presenta una panorámica resumida de las informaciones básicas recogidas en las fichas confeccionadas, que comprenden las relativas a los/as autores/as de los documentos y a las instituciones en que laboran, al lugar y al año de publicación, a los tipos de documentos fichados y a los objetivos a cumplimentar que ellos se propusieron, enfoques teóricos, metodológicos, resultados y recomendaciones.

3.1 Datos generales y enfoques teóricos de las investigaciones mapeadas

En relación con los autores/as se puede comenzar afirmando que, tal como ocurre habitualmente en las investigaciones relativas a las Ciencias Sociales en sentido general, y en los estudios relacionados con el tema familiar en particular, hay un amplio predominio femenino, pues el 73,8 % de ellos/as son mujeres. En los casos de materiales producidos fuera de la capital del país, la proporción de autoras mujeres se eleva al 81,4 %, y en los realizados en universidades es del 79,7 %.

En cuanto a sus especialidades profesionales, si bien no es posible realizar en este caso un análisis detallado, ya que en ocasiones esa información no aparece registrada, se puede decir que las más representadas son la Psicología y la Medicina, aunque también hay varios trabajos realizados desde la óptica de la Sociología, el Derecho y la Demografía, entre otras disciplinas.

En lo que respecta a las instituciones en las que se originaron esos documentos, las principales son las universidades, que aportan el 53,6 %, seguidas por los centros de investigación no universitarios y por otras instituciones laborales (19,6 % en cada uno de estos últimos dos casos). Entre las universidades se destacan sobre todo la de La Habana y la de Ciencias Médicas de La Habana, en las que se produjeron en conjunto casi la tercera parte de dichos documentos, y entre los centros de investigación no universitarios sobresale el CIPS, de donde proceden 9 de los 11 documentos fichados pertenecientes a este tipo de institución.

Desde el punto de vista territorial existe una representación de las distintas zonas geográficas del país, pues si bien la capital aporta la mayor cantidad de documentos (40), el resto de la Región Occidental participa con 4 (correspondientes a Pinar del Río, Artemisa y Matanzas), la Región Central igualmente con 4 (de Villa Clara, Cienfuegos y Ciego de Ávila), y la Región Oriental con 6 (de Holguín, Granma, Santiago de Cuba y Guantánamo).

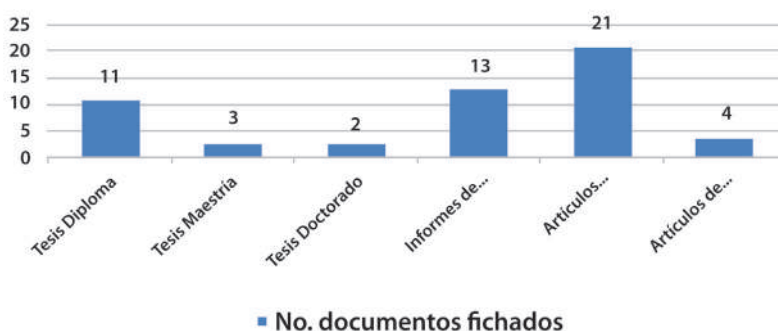
En lo referido a los años de publicación de los materiales trabajados, se tiene que la gran mayoría de ellos –45 en total– corresponden a la etapa más reciente,

comprendida entre los años 2010 al 2017, mientras que solo 9 fueron publicados anteriormente. Estos últimos se incluyeron en la investigación, bien porque son trabajos realizados por nuestro propio Grupo y sirven de antecedentes necesarios al presente estudio, o por ser otros documentos importantes, tales como Tesis de Doctorado.

Los materiales incluidos en la presente investigación pueden clasificarse, de acuerdo con su tipo, en Tesis –ya sea de Diploma, Maestría o Doctorado–, informes de investigación, artículos basados en investigaciones y artículos de opinión o divulgativos, habiendo sido su distribución cuantitativa la que aparece en el Gráfico 1.

Como allí se aprecia, el mayor peso lo tienen los artículos que dan a conocer resultados de investigaciones, los cuales constituyen casi las dos quintas partes de todos los documentos fichados. Le siguen en cantidad las Tesis de Diploma, y después aparecen los informes de investigación. Las tesis de Maestría y de Doctorado, desafortunadamente, son bien escasas.

Gráfico 1. Número de documentos fichados, según su tipo



Los objetivos que se proponen los trabajos fichados son disímiles, pero pudieran agruparse en sentido general en: investigativos, de transformación social, de capacitación y descriptivos. Los objetivos que más se corresponden con tareas investigativas son los que implican acciones tales como “caracterizar”, “analizar” y “evaluar”, entre otras, mientras que los objetivos de transformación social se proponen “ofrecer recomendaciones”, “proponer acciones”, “lograr la integración” o “fundamentar la necesidad de un cambio legislativo”, por ejemplo. Los objetivos de capacitación apuntan hacia metas tales como “modificar los conocimientos”, “implementar acciones de capacitación”, o “diseñar un programa psicoeducativo”, al tiempo que los objetivos descriptivos se centran sobre todo en “explorar”, “diagnosticar” o “describir”.

El enfoque teórico de las investigaciones fichadas aborda el objeto de estudio desde diferentes disciplinas biopsicosociales, de manera independiente o integrada.³¹ Para su análisis se aplica la técnica ZOCODIS, cuyos resultados reflejan tendencias predominantes y desencuentros, hasta el disenso.

Se halla un predominio de investigaciones que se enfocan teóricamente desde la Medicina, la Psicología y la Sociopsicología (20, 18 y 16 estudios, que representan un 37,1 %, un 33,3 % y un 29,6 %, respectivamente, del total de investigaciones fichadas), ubicándose en la zona de concentración a nivel moderada (véase el Gráfico 2). En el caso del enfoque Médico la tendencia puede estar asociada a que estos estudios se realizaron por profesionales vinculados al sector de la salud, quienes relacionan el cuidado con el proceso de salud-enfermedad. La prevalencia del enfoque psicológico y sociopsicológico puede estar vinculada con la cantidad de investigaciones realizadas desde la facultad de Psicología y otras instituciones como el CIPS, cuyos autores son psicólogos y/o sociólogos, fundamentalmente.

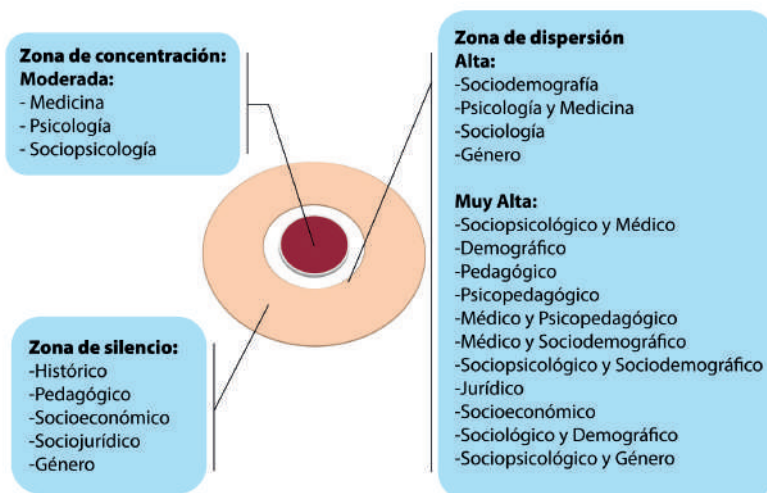
La integración de otras disciplinas para el estudio de la temática del cuidado familiar ya no se observa como tendencias predominantes, sino como desencuentros. Son los casos de la Sociodemografía, y la Psicología integrada a la Medicina, que se hallan en 9 investigaciones, para un 16,7 %, respectivamente y se ubican en la zona de dispersión alta (véase el Gráfico 2). El abordaje de la Sociodemografía se emplea fundamentalmente para explicar el proceso de envejecimiento en la población cubana, mientras que los enfoques Psicológicos y Médicos se centran en el análisis de fenómenos psíquicos (necesidades, habilidades, capacidades, sobrecarga) que experimentan los/as cuidadores(as), reduciendo el cuidado familiar al ámbito de la salud.

En la zona de dispersión alta también se ubica el enfoque Sociológico y el de Género, con un total de 6 investigaciones cada uno, que representan el 11,1 %, (véase el Gráfico 2).

Los enfoques teóricos desde la Pedagogía, la Historia, el Derecho, la Demografía y la Economía, así como la integración entre dos o más de ellos, solo se observan en la zona de dispersión muy alta. Sobresale el enfoque Sociopsicológico integrado al Médico en 5 investigaciones, para un 9,3 %; seguido por el Demográfico, en 4 investigaciones, que representan el 7,4 %. Mientras que el Pedagógico, el Psicopedagógico y la integración del Médico y el Psicopedagógico, el Médico y el Sociodemográfico, y el Sociopsicológico y el Sociodemográfico, se abordan en 3 estudios para un 5,6 %. Los enfoques Jurídico, Socioeconómico, el Sociológico integrado al Demográfico y el Sociopsicológico integrado al Género, se emplean en 2 investigaciones, lo que representa un 3,7 % en cada caso, y se ubican en la zona de dispersión muy alta (véase el Gráfico 2).

³¹ Psicología, Sociología, Pedagogía, Historia, Derecho, Demografía, Economía y Medicina.

Gráfico 2. Enfoque teórico empleado, según técnica ZOCODIS



3.2 Metodologías empleadas

La estrategia metodológica se entiende como la “orientación principal que sobre la base de los objetivos, guía el proceso de obtención y análisis de la información en la investigación, mediante la articulación de enfoques, métodos y técnicas” (Campoalegre, *et. al.*, 2016c), desde las diferentes perspectivas de la investigación. Se clasifican en:

- **Cualitativa:** Es un enfoque inductivo, recurrente, que se centra en la profundidad de las ideas, la amplitud, la riqueza interpretativa y la contextualización del fenómeno. Por tanto, no busca la réplica y se conduce básicamente en ambientes naturales (Hernández, Fernández y Baptista, 2006 citado en Campoalegre, *et. al.*, 2016c).
- **Cuantitativa:** Se centra en el análisis causa-efecto, siguiendo un proceso secuencial, deductivo y probatorio. Busca la medición de los fenómenos y para ello utiliza la estadística. Permite la generalización de los resultados, precisión, réplica y predicción (Hernández *et. al.*, 2006 citado en Campoalegre, *et. al.*, 2016c).
- **Mixta:** Es un paradigma en la investigación relativamente reciente e implica combinar los enfoques cuantitativo y cualitativo en un mismo estudio (Hernández *et. al.*, 2006 citado en Campoalegre, *et. al.*, 2016c).

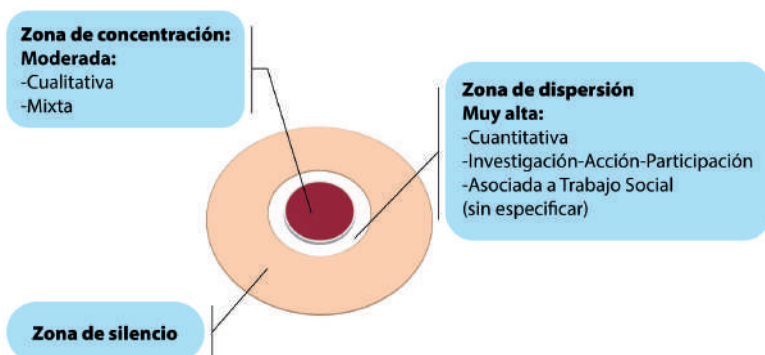
- Investigación-Acción-Participación: Proceso integrado que combina la investigación social, el trabajo educativo y la acción; donde el problema a estudiar se origina en la propia comunidad o lugar de trabajo. Su objetivo es la transformación estructural y la mejora de la vida de los sujetos implicados, logrando que estos controlen todo el proceso global de la investigación (Rodríguez, Gil y García, 2002 citado en Campoalegre, *et. al.*, 2016c).

En el análisis de la metodología empleada en las investigaciones fichadas se obtiene que las tendencias predominantes se dirigen hacia la Cualitativa, utilizada en 23 estudios, lo cual representa un 42,6 %, y la Mixta, en 21 estudios, para un 38,9 %. Ambas se ubican en la zona de concentración moderada, indicando la importancia de los estudios centrados en la riqueza interpretativa y la contextualización del cuidado en las familias (véase el Gráfico 3).

Se observan zonas de dispersión evaluadas como muy alta para la metodología Cuantitativa (empleada en 5 estudios para un 9,3 %), Investigación-Acción-Participación (utilizada en 2 investigaciones para un 3,7 %) y asociadas al Trabajo social, o que no especifican la metodología utilizada (3 casos, para un 5,6 %). (Véase el Gráfico 3).

Con respecto a los conceptos definidos se hallan 22 investigaciones (para un 40,7 %) que definen conceptos asociados a la temática del cuidado, ubicándose en la zona de concentración moderada. De ellas 7 definen el propio término de cuidado, destacándose una visión asociada al proceso de salud-enfermedad, lo cual está relacionado con el enfoque Médico que prevalece en los estudios fichados.

Gráfico 3. Estrategia metodológica empleada, según técnica ZOCODIS



Del mismo modo ocurre al definir al cuidador(a), en 8 estudios, al que asocian con un familiar como cuidador(a) principal o informal y reconocen la no remuneración que requiere este trabajo. Se definen otros términos asociados al cuidado, como son enve-

jecimiento (en 5 estudios), adulto mayor, abuelidad y otros vinculados a la preparación, la red de apoyo social y las condiciones emocionales del cuidador/a, pero con valores poco representativos (en 1 investigación cada uno). Sin embargo, se observa que la mayor parte de las investigaciones fichadas (32, para un 59,3 %) no definen conceptos asociados al cuidado, de las cuales 20 responden directamente al tema analizado.

Para el análisis de las características de la muestra se define como punto de partida, establecer la cantidad de estudios que trabajan con un diseño muestral, quedando 35 investigaciones, que representan el 64,8 % de las 54 fichadas. De modo que los estudios revisados tienden a aplicar sus enfoques en muestras determinadas según los objetivos que se proponen; sobre esta base se identifica el alcance territorial de dichas muestras. Se observa una ponderación de estudios desde la localidad, ubicándose en la zona de concentración muy alta (32 investigaciones, para un 91,4 %). Estas se concentran a su vez en la parte occidental de Cuba, específicamente en la capital (19 investigaciones, que representan el 54,2 %). Mientras que la parte oriental y central se ubican en la zona de dispersión alta y muy alta, con valores de 14,2 % y 11,4 %, respectivamente. Solo 2 investigaciones se realizaron a escala nacional, y ellas fueron la Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional (ENEP) y el Estudio sobre Envejecimiento Poblacional a partir del Censo de 2012, las cuales se centran en el envejecimiento como fenómeno sociodemográfico.

Otra de las características para el análisis de la muestra lo constituye la unidad de análisis sobre la que se enfoca la misma. Se constató un predominio del sujeto como unidad de análisis en las investigaciones (28 casos, para un 80 %),³² el cual se ubica, según la técnica ZOCODIS, en la zona de concentración muy alta. Dentro del mismo se destacan las investigaciones que se enfocan en el cuidador(a), familiar en sentido general (19 estudios); seguido del cuidador(a) de adultos/as mayores (7 investigaciones), ubicándose en la zona de concentración muy alta y en la zona de dispersión a nivel moderado, respectivamente.

La familia como unidad de análisis se observa solo en 7 investigaciones, que representan el 20 % y se ubica en la zona de dispersión moderada. Estos resultados confirman la necesidad de visualizar la familia como unidad de análisis para el estudio del cuidado, al ser uno de sus actores principales.

3.3 Principales resultados, problemas identificados y recomendaciones en las investigaciones analizadas

Para el análisis de los principales resultados obtenidos en las investigaciones fichadas se tuvieron en cuenta 51 documentos, ya que en los 3 casos restantes los

³² Se toma como valor total 35 investigaciones que trabajan con diseño muestral.

resultados a que se llega están en función de objetivos que no se vinculan directamente al tema del cuidado. Un primer resultado que se aprecia, como tendencias cuantitativa y cualitativamente significativas, es el fenómeno de la feminización del cuidado. El mismo se observa en 18 investigaciones, que representan el 35,3 %, ubicándose en la zona de concentración a un nivel moderado, según el análisis de la técnica ZOCODIS. En ellos se obtiene que las mujeres son las que generalmente asumen el cuidado de enfermos/as, personas mayores y niños/as; y a ello se le adiciona que las mismas por lo regular se encuentran transitando por la adultez media, son amas de casa o trabajadoras del sector estatal y poseen niveles de escolaridad medios o altos. Se reafirma así la reproducción de roles genéricos, que otorgan a la mujer la prioridad de asumir las tareas correspondientes al cuidado.

El resto de los resultados arrojados ya no se ubican en la zona de concentración, sino en la de dispersión. A un nivel alto se encuentran los estudios que se vinculan con el desconocimiento de las personas que cuidan sobre la enfermedad y las características de los/as adultos/as mayores, así como sus insuficientes habilidades para las labores de cuidado. Estas informaciones se hallan en 10 investigaciones, para un 19,6 % y demuestran la necesidad de entrenamiento para el trabajo de cuidados, lo cual contribuye al bienestar psicológico del cuidador(a).

Del mismo modo están los resultados que se asocian directamente a los problemas de salud física y psíquica que presentan las personas que cuidan, provocados por las exigencias y características del propio rol de cuidar. Entre las principales dificultades sobresalen el cansancio, los dolores musculares, el estrés, la ansiedad y la depresión. Ello se constata en 9 investigaciones, para un 17,6 %. Este resultado se relaciona con la afectación del bienestar psicológico que vivencian las personas que cuidan debido igualmente a las exigencias del rol. Se observa en 6 investigaciones, para un 11,7 %.

El patrón de afrontamiento hacia el rol de cuidado que asumen las personas que cuidan resultó estar centrado en el vínculo afectivo y la responsabilidad con el familiar. Estos hallazgos se ubican en la zona de dispersión alta (8 estudios, que representan el 15,7 %) y se vinculan a que el cuidador/a es en todos los casos un miembro del hogar, por lo que priman los vínculos emocionales y las relaciones de parentesco, dependencia y convivencia entre ellos/as. El apoyo social que reciben las personas que cuidan es insuficiente (7 investigaciones, que representan el 13,7 %) y se encuentra igualmente en la zona de dispersión alta. Estas valoraciones demuestran la inadecuada articulación Familia-Estado y Sociedad en el trabajo de cuidados y una recarga extraordinaria para las familias, cuyo cuidador/a informal vivencia una sobrecarga que repercute en sus esferas laboral, socioeconómica y de descanso.

El resto de los resultados arrojan informaciones poco representativas que se detectan como vacíos sobre la temática del cuidado. Entre ellas se pueden mencionar la visión del adulto mayor como sujeto activo, las facilidades de asistencia social que

se les brinda a las personas que cuidan y las insuficiencias en la atención integral al adulto mayor.

Todos estos resultados constatan la urgencia de continuar profundizando en el tema de los cuidados desde una visión de género que incluya también a los cuidadores hombres que asumen este rol, así como profundizar en las implicaciones del cuidado sobre la violencia de género.

Otros resultados obtenidos en los documentos fichados se presentan a continuación:

- Existe una asociación violencia-cuidados, ya que tiende a relacionarse a las demandas sociales y particularmente familiares de la mujer como protagonista del “cuidado del hogar”. Entre los eventos potencialmente psicopatógenos que pueden contribuir a la violencia en la familia, se mencionan las crisis de cuidado (Ficha 8).
 - a. Las cuidadoras por lo regular son mujeres, adultas de edad mediana, casadas y/o en unión conyugal, con escolaridad medio-alto (preuniversitario y universitario), fundamentalmente trabajadoras del sector estatal y amas de casa. Cuidan a sus progenitores y progenies, por un período de tiempo entre 1 y 5 años, durante todo el día (Ficha 15).
 - b. El mayor por ciento de las mujeres que cuidan no recibe ayuda y quien la recibe es de la familia. Ellas presentan manifestaciones de cansancio, dolores musculares y sentimientos de soledad, las acciones que más realizan a su familiar son apoyo emocional, toma de signos vitales y administración de medicamentos (Ficha 19).
- Se encontró un grado intenso de sobrecarga en las cuidadoras, baja autoestima e inteligencia emocional, lo cual causa dificultades para el afrontamiento exitoso del estrés que genera el rol de cuidar y potencia la aparición de la sobrecarga del cuidador (Ficha 31).
- El proceso de envejecimiento acelerado que experimenta la sociedad cubana contribuye a la profundización de la crisis de los cuidados, lo que se expresa a través de la oferta de servicios de cuidados dirigida a personas mayores, la cobertura de las prestaciones de seguridad social y la distribución de la carga de cuidado en la vejez. Se está produciendo una mercantilización de los cuidados y una mayor familiarización de la atención (Ficha 40).
- Hay una disminución del bienestar psicológico de los cuidadores(as), debido a las exigencias de ese rol. Ellos/as se caracterizan por insatisfacción con la vida y estados emocionales negativos, con frecuentes y variadas expresiones de insatisfacción, destacándose las demandas de apoyo dirigidas al sistema

familiar, la existencia de conflictos familiares, las limitaciones en las esferas personal y laboral, el resentimiento de la economía familiar, la disminución del vínculo social y notables afectaciones en la salud física y psíquica (Ficha 41).

Los principales problemas identificados por los/as autores/as de los trabajos fichados se corresponden fundamentalmente con los indicadores "Salud y Familia". De ellos, un 57,5 % están referidos a problemas de salud y un 42,5 % a las consecuencias que estos generan para los familiares de las personas afectadas. Dada la recurrencia del tema, se definieron como categorías de análisis las siguientes: "personas que requieren cuidados" y "cuidadores/as", y en correspondencia con ello se identificaron las variables que se exponen a continuación: "enfermedad crónica no transmisible", "enfermedad en fase terminal", y "otras patologías degenerativas".

Un 11 % de los materiales están referidos a los disímiles problemas de salud que afrontan los/as adultos/as mayores, como la pérdida gradual de la audición, la visión y la memoria, la aparición de la enfermedad de Alzheimer, y otras. Mientras el 2 % de los mismos se centra en los cuidados que necesitan las personas con alguna discapacidad.

Del total de los estudios, el 46,2 % están enfocados hacia los familiares de las personas dependientes de cuidados, en los cuales se destacan la aparición de enfermedades de tipo psicológicas asociadas al estrés, derivado del padecimiento del síndrome del cuidador. En tanto el 42,5 % del total, se centra específicamente en el estudio de quienes necesitan de estos cuidados, con más de la mitad referido a pacientes hospitalizados. Sobresalen las investigaciones relacionadas con enfermedades de larga evolución, como las demencias (11,1 %), respecto a las cuales se abordan temáticas sobre las afectaciones psicológicas que se agudizan en esta etapa de la vida.

El 20 % de los trabajos se refieren al aumento de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, y particularmente se enfatiza en la Insuficiencia Renal en Fase Terminal, haciendo énfasis en la complejidad de su tratamiento, que demanda muchos cuidados, y en su carácter prolongado.

En el 9 % de los trabajos se menciona la necesidad de capacitar a los familiares para desempeñarse como cuidadores, y en solo un 7 % se resaltan los problemas socioeconómicos que enfrentan estas familias que se desempeñan como cuidadoras de alguno de sus miembros. En muy pocos trabajos (7 %) se aborda el tema relacionado con el sistema de seguridad social cubano para con esta población que envejece de manera acelerada, y en general no se polemiza sobre cómo podría contribuir dicho sistema a elevar la calidad de vida de este grupo poblacional.

Una cuarta parte del total de documentos fichados se refiere a la disminución de la población de adultos jóvenes disponibles para cuidar, y solo un 11 % se plantea

como problema el hecho de contribuir a la atención de las familias mediante la implementación de nuevas políticas públicas.

En cuanto a las recomendaciones que se formulan, un primer aspecto a destacar es que en 25 de los documentos fichados –los cuales representan el 46 % del total– no se exponen recomendaciones, o ellas no se vinculan directamente con el trabajo de cuidados en las familias. En los 29 documentos restantes, que constituyen el 54 %, y en los que sí se formulan recomendaciones, el mayor número de ellas están enfocadas en la transformación social (19 casos), seguidas por las referidas a temas investigativos (15 casos) y de capacitación, sobre todo de los/as cuidadores(as) (12 casos).

Desde el punto de vista de su alcance, en 22 ocasiones las recomendaciones formuladas son de carácter nacional, en otras 6 son locales y en una es de tipo sectorial. Asimismo, en solo 5 de los documentos fichados aparece un conjunto amplio de recomendaciones, mientras que en 13 de ellos las recomendaciones que se hacen son más bien limitadas, y en los 11 casos restantes resultan poco significativas por su potencialidad de transformar la realidad o de desarrollar nuevos conocimientos.

En las recomendaciones que se formulan y en la mayoría de los casos las propuestas se hacen sin definir a sus posibles ejecutores, lo cual indica que no existe la necesaria interrelación ni el adecuado diálogo entre los/as investigadores(as) y los correspondientes tomadores de decisiones, lo que hace más problemática su eventual puesta en práctica.

3.4 Políticas y programas vinculados al trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar en Cuba

En este epígrafe se resumen las principales disposiciones jurídicas y laborales que regulan el trabajo de cuidados en nuestro país, en particular el que se lleva a cabo en el seno de las familias.

El Código de Familia, aprobado en el año 1975 y aún en vigor, se establece la igualdad de derechos y responsabilidades de ambos cónyuges en el cuidado de los(as) hijos(as) y de la familia en general.

En 1984, como parte del perfeccionamiento de la atención primaria, surge el Programa del “Médico y la Enfermera de la Familia”³³, el cual centró la atención médica en un área determinada del territorio, lo que permitía conocer mejor a los pacientes, las familias y sus problemáticas específicas. Este programa contribuyó

³³ Su propio nombre ya establece desigualdades de género en el sistema societal de cuidados.

sensiblemente a la elevación de la calidad en la prestación del servicio, reduciendo la morbi-mortalidad e incrementando la esperanza de vida (Álvarez, 2008). A ello se suma la labor educativa del médico de la familia, que influye de manera directa en la comunidad, pues promueve estilos de vida saludables, lo que implica un cambio en la actitud de los individuos y sus familias.

En el año 2003 se aprobó el Decreto Ley No. 234³⁴ “De la maternidad de la trabajadora”, que incluyó algunos cambios y adiciones con respecto a la anterior legislación del año 2001. Una de las oportunidades más significativas que se incorporó fue el hecho de que una vez concluida la licencia postnatal y la etapa de lactancia materna, tanto la madre como el padre pueden decidir quién se acogerá a la licencia, devengando la prestación social, para asumir una parte importante del tiempo las labores de cuidado del niño(a). Aun cuando esto supuso un importante paso en el reconocimiento de los derechos de ambos progenitores, en documentos legislativos posteriores como el Código de Trabajo aprobado en el 2013, se continúa haciendo referencia solamente a la maternidad (Campoalegre, 2014a; Riestra, 2015); lo que contribuye a la feminización de los cuidados que profundiza la sobrecarga de tareas domésticas y de cuidado a cargo de las mujeres y niñas.

Los Lineamientos del Partido y la Revolución, en lo que respecta a las políticas públicas referidas a las familias, establecen cinco objetivos generales. En el primero de ellos se reconoce el desarrollo de los sistemas de seguridad y asistencia social como uno de los principales logros del proceso revolucionario cubano, junto al acceso a la atención médica, la educación, entre otros servicios y bienes que conforman la organización social de los cuidados.

A su vez, a fines del año 2016 entró en vigor el Decreto Ley No. 339, “De la maternidad de la trabajadora”, que vino a sustituir el antes citado, y tuvo como principales objetivos conceder derechos a la madre y al padre trabajadores del sector estatal, en lo que a cada cual corresponda, para propiciar la responsabilidad compartida con la familia en el cuidado y atención del hijo e hija menores de edad. A esos fines:

- Asegura y facilita a la mujer trabajadora la atención médica durante el embarazo, el descanso pre y posnatal, la lactancia materna y, a ambos padres, el cuidado del menor. En caso de fallecimiento de la madre, establece una protección al padre trabajador u otro familiar trabajador de los determinados en el presente, a quien se encargue el cuidado del menor.
- Dispone un tratamiento diferenciado cuando el menor requiera de atenciones especiales.
- Uno de los cambios que introdujo este nuevo Decreto es la posibilidad de extender a los abuelos maternos o paternos, que sean trabajadores, el cuidado

³⁴ Este decreto fue derogado en el año 2006 por el Decreto Ley No. 339.

de los(as) niños(as) hasta su primer año de vida, lo que anteriormente solo podía hacerlo el padre.

En la actual Constitución de la República de Cuba, vigente desde el 10 de abril de 2019, se enuncian los fundamentos políticos, sociales y económicos del Estado, y se establece que este, como poder del pueblo y a su servicio, garantiza la atención médica de la población, su acceso al estudio, el trabajo, la cultura y el deporte; así como ofrece especial protección a la infancia y las personas con alguna limitación para trabajar. En diferentes momentos de este texto constitucional se pueden identificar aquellos sectores de la población que cuentan con especial protección por parte del Estado, como es el caso de: las infancias, las juventudes, los/as adultos/as mayores sin recursos o amparo familiar, las mujeres durante su maternidad, las personas que presentan alguna limitación para trabajar por su edad, invalidez o enfermedad, y la familia ante el fallecimiento del trabajador o trabajadora.

También se declaran algunos de los servicios que el Estado provee a la población, con lo cual contribuye a la inserción de los miembros de la familia en la sociedad, a través del estudio, el trabajo u otras formas de desempeñar sus responsabilidades en esta. Entre ellos se pueden citar: círculos infantiles, seminternados e internados escolares, casas de atención a ancianos; asistencia médica y hospitalaria gratuita por medio de la red de instalaciones del servicio médico, de los policlínicos, hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado, prestación de asistencia estomatológica gratuita, entre otros.

Una de las estrategias aplicadas es priorizar la protección de la asistencia social hacia sectores de la población en desventaja social, entre los cuales se identifican a personas con limitaciones o impedimentos para trabajar y las familias en situación de vulnerabilidad social (Campoalegre, 2014b).

Al analizar la Ley No. 105 de Seguridad Social, aprobada en el año 2008 y vigente hasta la actualidad, se identifican puntos de contacto con estos lineamientos. En ella se establecen los mecanismos para el financiamiento del Sistema de Seguridad Social, dentro de los cuales tienen un papel rector los aportes del Estado, que figura como uno de los principales garantes de la protección social. Es a través de estos mecanismos que se garantizan las prestaciones a los(as) beneficiarios(as) del Sistema, como formas de cuidados directos (es el caso de las prestaciones en servicios, fundamentalmente de la atención médica) e indirectos (prestaciones monetarias y en especies, dígase alimentos, medicamentos, entre otros) (Riestra, 2015). En esta Ley se establece:

La posibilidad de percibir más de una pensión a la que se tenga derecho, con lo cual se beneficia a los menores huérfanos de ambos padres y a las viudas pensionadas. Esta acción, al igual que la anterior, constituyen mecanismos de protección especial a sectores de la población que puedan encontrarse en situación de vulnerabilidad social, como es el caso de las familias monoparentales con jefatura

femenina. El reconocimiento del derecho del viudo, de matrimonio formalizado o reconocido judicialmente, de 65 años o más, o incapacitado para el trabajo, y que dependiera del cónyuge, a simultanear su pensión con la que generó la fallecida.

La Ley No. 116 “Código de Trabajo” (2013) establece las pautas para la regulación de la esfera laboral, en correspondencia con el proceso de actualización del modelo económico y social expresado elementos de continuidad y ruptura en políticas públicas:

El Estado brinda un conjunto de servicios a las familias, entre los cuales se incluyen: asilos o, casas públicas de acogida para adultos(as) mayores, guarderías o “círculos infantiles”, hogares de amparo familiar, entre otras. Estos resultan insuficientes para satisfacer la amplia demanda, sobre todo en el contexto de una población cada vez más envejecida, que significa una mayor cantidad de adultos(as) mayores que sobrepasan los 70 años de edad y que requieren de cuidados especializados.

El otorgamiento de licencias no retribuidas a solicitud del trabajador(a) con responsabilidades de cuidado de familiares, se establece para el sector estatal de la economía. La licencia garantiza al trabajador(a) la posibilidad de conservar su puesto de trabajo mientras se encuentra cumpliendo estas funciones, aun cuando no reciba remuneración durante este tiempo. Es una forma de estimular a los miembros de las familias para que mantengan su vínculo laboral en estas condiciones. La cuestión principal a debatir con respecto a este artículo radica en la circunscripción de la aplicación de esta medida en el sector estatal, que debe ser extendida a otros espacios económicos para que los(as) trabajadores(as) insertados en estos puedan mantener su puesto laboral ante situaciones familiares similares.

Como parte del proceso de actualización del modelo de desarrollo socioeconómico en el país, se han producido un conjunto de flexibilizaciones y transformaciones en el sector no estatal de la economía. Una de las más significativas ha sido la ampliación del trabajo por cuenta propia, a partir de la aprobación de un total de 181 actividades que pueden ser ejercidas en el sector privado, de las cuales, tres de ellas son de cuidados directos e indirectos: personal doméstico, asistente infantil para el cuidado de niños, cuidador de enfermos, personas con discapacidad y ancianos. En la sociedad cubana actual estos servicios constituyen una opción importante para las familias, que pueden hacer uso de estos para garantizar el cuidado de los miembros que más lo necesitan, y de esta forma, poder mantener su inserción laboral. Sin embargo, las familias no se encuentran en igualdad de condiciones de partida para el acceso a estos servicios que se ofrecen en el sector privado.

Entre estas políticas, atendido al objetivo de ese estudio sobresale la Política de atención al envejecimiento poblacional en Cuba. En 1997 se creó el Programa Nacional Integral de Atención al Adulto Mayor, el cual se mantiene vigente hasta nuestros días y contempla tres subprogramas: atención comunitaria, atención institucional y atención hospitalaria; su dirección está a cargo del Ministerio de Salud

Pública, pero en él también participan otras instituciones. Se encuentra dentro de los cuatro programas priorizados por ese Ministerio, lo cual hace evidente el interés del Estado cubano en brindar una atención óptima a las personas de 60 años y más (MINSAP y CITED, 2012).

En el año 2008 entró en vigor la Ley 105 de Seguridad Social, que incrementa los beneficios a la población adulta mayor y pretende un mayor amparo a las personas de otras edades que tengan bajos ingresos y/o situaciones especiales. Ello rebasa el marco de las pensiones y jubilaciones e incluye seguridad en el empleo, en el ingreso, protección y salud en el trabajo, seguridad en la formación profesional, en la nutrición, la actividad física, el desarrollo individual y la participación social de los adultos mayores.

El Régimen de Asistencia Social –según establece la Ley de Seguridad Social– protege especialmente a los ancianos, a las personas no aptas para trabajar y, en general, a todas aquellas cuyas necesidades básicas no estén aseguradas o que, por sus condiciones de vida o de salud, requieran protección y no puedan solucionar sus dificultades sin ayuda. Existe igualmente un Régimen de Prestaciones en servicios, en especie y monetarios. En materia de servicios, el sistema ofrece a toda la población del país, de forma gratuita, asistencia médica y estomatológica, preventiva y curativa, hospitalaria general y especializada, rehabilitación física, psíquica y laboral y los servicios funerarios.

En especie se ofrecen, también gratuitamente, medicamentos y alimentación al paciente hospitalizado, medicamentos en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que no requieran ingreso hospitalario, aparatos de ortopedia y prótesis para casos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Las prestaciones monetarias comprenden subsidios por enfermedad o accidente, prestaciones por maternidad, pensión por invalidez total o parcial; pensión por edad y la pensión originada por la muerte del trabajador o el pensionado. Otra modalidad de atención son los hogares de ancianos, para los que necesitan cuidados permanentes y carecen de toda posibilidad de permanecer en la comunidad. La mayoría de sus residentes presentan múltiples enfermedades crónicas y discapacidades físicas y mentales.

En la atención hospitalaria, se cuenta con los servicios de geriatría dirigidos a los adultos mayores con múltiples enfermedades, con complicaciones crónicas y agudas, que demandan de una atención más especializada, al igual que el grupo de mayores de 80 años. Los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución (2011), en el numeral 144 expresa:

“Brindar particular atención al estudio e implementación de estrategias en todos los sectores de la sociedad para enfrentar los elevados niveles de envejecimiento de la población”. En ese mismo año se creó el Grupo de Trabajo “Envejecimiento poblacional y la salud del trabajador”, para la identificación

del conjunto de acciones y regulaciones que le correspondan al Ministerio de Salud Pública y a otras instituciones del país.

La asistencia social comprende las funciones relacionadas con la prestación de servicios asistenciales de tipo permanente a personas desvalidas, ancianos e impedidos físicos y mentales. Incluye los hogares de ancianos, hogares para inválidos, hogares de ciegos y hogares para personas con enfermedades mentales, entre otros.

El Servicio Asistente Social a Domicilio brinda apoyos relativos a los hábitos higiénicos y alimentarios, la elaboración de alimentos, el mantenimiento de la higiene del hogar y la movilización y el desplazamiento de la persona. Como funciones complementarias se ocupa de la administración de medicamentos, previa prescripción médica, el acompañamiento dentro y fuera del domicilio, la realización de gestiones que el beneficiario no puede hacer por sí mismo y promover el acceso a los servicios sociales, paseos, visitas, consultas médicas, entre otros.

El Servicio de Alimentación proporciona alimentos elaborados en comedores o unidades del territorio, para el desayuno, el almuerzo y la comida a personas que lo requieran. Su costo puede ser sufragado por el propio beneficiario, sus familiares o a través de los subsidios de la Seguridad Social a las personas con ingresos insuficientes. Durante los últimos cinco años se ha mantenido un crecimiento sostenido de los beneficiarios de este servicio. Del total de vinculados, el 60,2 % son personas mayores (MINSAP y CITED, 2012).

El Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG) se dedica a la atención comunitaria integral del adulto mayor, brindando apoyo al equipo de medicina familiar y fomentando otras modalidades formales y no formales de atención comunitaria dirigidas a elevar la calidad de vida de este grupo poblacional. Garantiza la atención integral al adulto mayor con riesgo (solo, frágil, discapacitado), brinda asistencia médica especializada a través de un sistema de evaluación geriátrica integral, coordina las respuestas que solucionen las necesidades de los adultos mayores por él atendidos, y está dirigido a mantener su permanencia en la comunidad y fomentar un envejecimiento saludable. Existen 444 EMAG en el país, uno por cada área de salud.

Por otra parte, los Círculos de Abuelos –agrupaciones de adultos mayores de base comunitaria– desarrollan actividades de promoción de salud y de prevención de enfermedades, a través de encuentros deportivos, culturales y recreativos.

Las Casas de Abuelos es una modalidad que brinda atención integral diurna a los adultos mayores carentes de amparo filial en absoluto o de familiares que puedan atenderlos durante el día, teniendo como características desde el punto de vista funcional que se les dificulta la realización de las actividades de la vida diaria instrumentadas y que mantengan las capacidades funcionales básicas para realizar

las actividades de la vida diaria. Brinda la oportunidad de cuidados diurnos, rehabilitación y favorece la socialización.

La protección a adultos mayores que vivan solos y no puedan valerse por sí mismos, garantiza la atención especializada que necesitan los mismos para elevar su calidad de vida. Las Escuelas para Cuidadores son un programa psicoeducativo dirigido a grupos de familiares que asumen el cuidado primario o secundario de pacientes con dependencia, por parte de un equipo multidisciplinario de profesionales que capacitan a estos cuidadores para la adecuada atención a adultos mayores dependientes y la de ellos mismos.

Sin embargo, aun cuando el Estado y el Gobierno cubanos han demostrado un positivo interés por atender las necesidades de los(as) adultos(as) mayores, y ello se ha materializado en el conjunto de disposiciones y políticas antes expuestas, el insuficiente desarrollo económico del país no ha permitido alcanzar un nivel adecuado de satisfacción de todas esas necesidades, según se pudo constatar en la Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional (ONEI; 2011).

Del total de respuestas sobre las fuentes de ingreso, el 9 % de los ancianos/as encuestados/as declaró, que no recibió ingresos en el último mes, con un porcentaje más elevado (14,0 %) para las mujeres. A propósito de la satisfacción con el nivel de ingresos obtenidos, el estudio reflejó que el 10,3 % de los adultos mayores declara vivir entre “muy bien” y “bien” con el dinero que reciben, en tanto el 58,5 % lo hace “privándose de muchas cosas” o “mal/casí no alcanza para vivir”. Esto puede ser reflejo de que la mayoría de ellos cuenta solo con el ingreso por jubilación o pensión. Las mujeres, de acuerdo con este estudio, tienden algo más que los hombres a sentir que viven con privaciones y carencias (el 61,1 %), probablemente porque una proporción más elevada de ellas no percibe ingresos y porque se encargan más de los aspectos económicos de los hogares. Asimismo, el 31,4 % de los entrevistados se muestra insatisfecho de manera general respecto a su vivienda, debido sobre todo a problemas constructivos, tales como fallas en el techo, filtraciones, grietas o desplomes, o hundimientos en el piso (ONEI, 2011).

Entre otras informaciones de interés se advierte que el denominado grupo de los “viejos viejos” (personas de 75 años y más) es el de mayor crecimiento en nuestra población, y se calcula que por cada niño(a) y adolescente de 0-14 años habrá 1,2 personas de 75 y más años en el año 2045.

Generalmente los/as hijos/as, después del cónyuge, son los principales proveedores de apoyo, aunque no siempre ocurre así. Por lo general las personas que residen en un núcleo familiar con ancianos/as, ofrecen ayudas de diversa índole a los/as mismos/as, primando la compañía y la realización de las tareas domésticas. Para los adultos/as mayores que tienen alguna limitación, las actividades de mayor dependencia son caminar, bañarse y vestirse.

Los procesos involutivos que aparecen, o se agravan en la adultez mayor, inciden en las esferas afectiva, cognitiva y emocional en esa etapa de la vida. Se expone el tema referido a la necesidad de afectos, de intercambio de información y de experiencias que experimentan los/as adultos/as mayores. Además, se destacan los cambios que se dan en los roles sociales y familiares de estos/as ancianos/as necesitados/as de cuidadores/as, los casos de familias en las que viven dos o más ancianos/as, y los/as ancianos/as que cuidan a otros/as adultos/as mayores.

Desde la óptica del cuidado a infantes, se menciona la protección integral a la infancia que existe en nuestro país, y se agrega que la atención está prevista desde antes del embarazo, con programas de educación sexual y planificación familiar, pero no se enfatiza en el tema del cuidado.

Se destaca que para lograr la educación de los/as cuidadores/as se necesita utilizar los métodos de la Andragogía, que los procesos de educación popular comunitaria son la vía idónea para lograrlo, siendo un enfoque que procura el logro de la autonomía a partir de la participación, concibe a la educación como proceso transformador, en el cual el aprendizaje y la conceptualización se basan en la experiencia práctica de las propias personas y grupos participantes en procesos de formación.

El Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED), desarrolla un laboratorio de evaluación funcional del anciano, para valorar la capacidad de los sistemas neuropsensorial, auditivo y visual de esas personas de la tercera edad.

El presente ha colocado a debate el mapa temático de las investigaciones sobre el tema, con el análisis de sus componentes. Culmina valorando las políticas y programas aplicados en Cuba que tributan al trabajo de cuidados. Sobre esta base fue posible realizar el trabajo de campo previsto en el proyecto, tal como detalla el siguiente capítulo.

Capítulo IV. Resultados. El trabajo de cuidados: modalidades, prácticas, actores sociales e imaginarios

“Aterrizar en las comunidades los planes que se tienen para el adulto mayor”
(Jefa de hogar, cuidadora adulta mayor)

La investigación de campo se realizó para dar cumplimiento al segundo objetivo del Proyecto, consistente en caracterizar el trabajo de cuidado en familias seleccionadas, a partir de sus principales imaginarios, modalidades, prácticas y actores sociales. Se parte de la selección de una muestra de 100 familias en las que había al menos una persona adulta mayor que necesitara de cuidados.

Los instrumentos que se aplicaron fueron la encuesta a cuidadores/as, a jefes/as de hogar y a la persona cuidada; la guía de observación a la familia y técnicas proyectivas (dibujo de la Familia y composición) a los/as niños/as y adolescentes de la muestra que tuvieran entre 6 y 15 años. Tras el procesamiento de la información de las Encuestas en el Paquete estadístico SPSS y el análisis del resto de las técnicas aplicadas, se obtienen los siguientes resultados:

4.1 Caracterización sociodemográfica de cuidadores/as, personas que requieren cuidados y jefes/as de hogar

En este acápite se expondrán las características sociodemográficas de una parte de la muestra de estudio, específicamente nos centraremos en los/as cuidadores/as, las personas dependientes de cuidados y jefes/as de hogar. Cada uno de estos

grupos estuvo integrado por 100 personas, para un total de 300. La caracterización de los niños/as y adolescentes se trabajará en un apartado independiente.

Los datos sociodemográficos de los/as cuidadores/as indican que el 85 % pertenecen al sexo femenino y 15 % al masculino (Tabla No. 2). En cuanto al rango de edad (Tabla No. 2), se halla una mayor concentración (36 % del total de la muestra) en las edades comprendidas entre 51 y 60 años, le siguen los/as cuidadores/as entre 41 y 50 años y entre 61 y 70 años, que representan el 17 % de la muestra, respectivamente. Resulta interesante que el 6 % de la muestra tienen más de 81 años y aún están ejerciendo tareas de cuidado en su hogar, mientras que solo el 11 % son jóvenes menores de 40 años. Ello da cuenta de las debilidades en cuanto la reproducción intergeneracional del ciclo de cuidados.

Tabla No. 2: Rango de edad y sexo del cuidador/a (en por ciento)

Grupo de edades	Sexo	
	F	M
Menos de 40 años	9.0	2.0
41-50 años	14.0	3.0
51-60 años	30.0	6.0
61-70 años	16.0	1.0
71-80 años	9.0	2.0
81-90 años	4.0	1.0
Más de 91 años	1.0	0
No respuesta ³⁵	2.0	0
Total	85.0	15.0

Estos resultados corroboran cómo la mayoría de los/as cuidadores/as son mujeres que transitan por la etapa de la adultez media avanzada³⁶ y mayor, lo que denota la reproducción de patrones de género que agudizan el fenómeno de la feminización de los cuidados. Al reflexionar sobre el comportamiento generacional entre hombres y mujeres se encuentra que en ambos sexos predominan estas etapas de la vida, así como la ausencia de jóvenes en las familias debido al alto índice de envejecimiento poblacional del territorio, ya que ambos municipios son los dos más envejecidos de la capital.

³⁵ Las dos mujeres cuidadoras no desearon revelar su edad, aunque se aprecia que ambas pertenecen a la etapa de la adultez media avanzada.

³⁶ Pues están en el rango de 51-60 años.

Las familias estudiadas cuentan con una jefatura de hogar femenina (84 %) donde el 48 % de las mujeres tienen más de 60 años (Tabla No. 3). El Grupo de Estudios sobre Familia se adscribe al criterio de Catasús y Franco (citado en Campoalegre, *et. al.*, 2015) al considerar que la jefatura de hogar depende de la percepción de los miembros de la familia, y en muchas ocasiones, de la opinión individual de la persona que informa. En consecuencia, se trata de una categoría a continuar profundizando en su real alcance y formas de manifestación.

Tabla No. 3: Rango de edad y sexo del jefe/a de hogar (en porciento)

Grupo de edades	Sexo	
	F	M
Menos de 40 años	1.0	1.0
41-50 años	7.0	2.0
51-60 años	19.0	4.0
61-70 años	11.0	1.0
71-80 años	16.0	6.0
81-90 años	21.0	2.0
Más de 91 años	9.0	0
Total	84.0	16.0

De este modo, se les pregunta a los miembros de la familia a quién o a quiénes consideraban jefe o jefa del hogar ante lo cual nos encontramos con un panorama diverso que se muestra en la siguiente tabla:

Tabla No. 4: Persona de la familia considerada jefe/a de hogar (en porciento)

No.	Tipo de personas	Porciento
1.	Cuidador/a primario/a informal	50.0
2.	Cuidador/a secundario/a informal	4.0
3.	Cuidador/a primario/a formal (Asistente Social a Domicilio) [ASD]	6.0
4.	Persona cuidada No apta para responder ³⁷	16.0
5.	Persona cuidada apta para responder	24.0
	Total	100.0

Se observa en la Tabla No. 4 cómo la mitad de la muestra encuestada (50 %) que se consideran jefes/as de hogar son a la vez cuidadores/as primarios/as que poseen vínculos parentales con la persona cuidada. Sobre esta figura recaen las

³⁷ Debido a limitaciones cognitivas.

tareas asignadas al cuidado y la toma de decisiones de todas las actividades que se realizan a lo interno de la familia. De este modo, se refuerza la sobrecarga de roles en un solo miembro del hogar que como tendencia es una mujer, revelando la imbricación de dos fenómenos: la feminización de los cuidados y la jefatura de hogar femenina.

Un por ciento menor (4 %) de jefes de hogar son otros miembros del hogar que, si bien realizan actividades de cuidados, no tienen la responsabilidad principal del mismo, ya que el 75 % del total han contratado a un Asistente Social a Domicilio (ASD) y el 25 % restante es un pariente que no se ocupa del cuidado a la persona adulta mayor.

Se consideran jefes de hogar también a algunos/as cuidadores/as primarios/as formales o ASD (6 % de la muestra), quienes, a pesar de no compartir lazos de consanguinidad con la persona cuidada, se sienten parte de la familia, fundamentalmente de aquellos hogares unipersonales donde la persona que requiere de cuidados no convive con otros miembros parentales. Así el cuidador/a formal estrecha vínculos que trascienden la relación de servicio, generándose lazos de proximidad con la persona que atiende hasta sentirse parte activa y ocupar la jefatura del hogar.

Por su parte otro 40 % de la muestra reconocida como jefe/a de hogar son personas que requieren cuidados, dentro de las que hay un 16 %, todas mujeres, que no están aptas mentalmente para responder la encuesta y aun así son identificadas como jefas por sus propios cuidadores/as (mayormente hijo/a, ASD y otros parientes). Esta situación puede estar dada por el largo tiempo que llevaban estas mujeres asumiendo la jefatura de hogar antes de enfermarse; y sus familiares no han concientizado que esta realidad cambió, percibiendo a nivel subjetivo y simbólico que estas personas mayores aún son la cabeza de familia. En el caso de los cuidados por un ASD, al no ser parte de la familia, identifican a la persona cuidada como la encargada de la misma. El 24 % de las personas mayores restante sí asumen una posición activa en la toma de decisiones en el hogar.

De este modo, la jefatura de hogar en la muestra estudiada responde a cuestiones objetivas y subjetivas propias de la dinámica del funcionamiento de cada una de las familias. Así encontramos jefas cuidadoras informales, pero también formales que se consideran miembros de la familia, al compartir vínculos afectivos y satisfacer necesidades materiales y espirituales de la persona dependiente de cuidados. También, observamos adultos/as mayores que encabezan a sus familias quienes son partícipes activos en la toma de decisiones; pero el dato más significativo resulta en aquellas jefas de hogares de la tercera edad incapacitadas cognitivamente por el avanzado grado de demencia que padecen a quienes aún se les percibe como cabezas de familia.

En cuanto al análisis por color de la piel, es de destacar que existen más cuidadores/as blancos/as (57 %) que negros/as (28 %) y mestizos/as (15 %). Comportamiento

similar se obtuvo con los/las jefes/as de hogar. En este caso el 62 % de los/as jefes/as de hogar fueron blancos/as, 23 % mestizos/as y el 15 % negros. El predominio de los primeros puede estar dado por características propias de la población cubana, ya que en el país predomina el color de la piel blanca (64,1 %) y lo mismo ocurre en La Habana con un 58,4 %, así como en los municipios Plaza de la Revolución (66,6 %) y Diez de Octubre (59,9 %) (ONEI, 2016).

El estado conyugal de la muestra de cuidadores/as es el de casado/a (39 %) y soltero/a (31 %). No obstante, predominan aquellos sin vínculo de pareja en la muestra estudiada, ya que se reporta un 55 % del total de encuestados/as entre solteras/os, divorciados/as, viudos/as y separados/as (Anexo 14.1). En jefes/as de hogar el estado conyugal que prima es el casado/a (32 % de la muestra), mientras que la cuarta parte es viudo/a (25 %). El resto son solteros/as (20 %), divorciados/as (15 %), unidos/as (4 %) y separados/as (2 %). De este modo se ratifica que la tendencia de la muestra de jefes/as de hogar (68 % del total) no mantiene un vínculo de pareja, lo cual se puede asociar al grupo etario al cual pertenecen junto al poco tiempo que le dedican a la realización de actividades ajenas al cuidado, limitando la socialización con los otros/as.

Estos resultados muestran un escenario heterogéneo en los procesos de formación y disolución del vínculo de las relaciones de parejas en la muestra analizada. Al correlacionar estos datos con la etapa del ciclo vital por la cual transitan, refleja el desarrollo de una cultura híbrida de género que es fruto de la coexistencia de dos modelos culturales en pugna: el patriarcado que puja por reproducirse y el de una cultura de la equidad que emerge, aunque bajo la resistencia que le impone su antecesor (Fleitas, 2005).

El nivel educacional de los/as cuidadores/as y jefes/as de hogar es alto, ya que predomina el universitario (27 % y 23 % respectivamente) y técnico medio (26 % y 23 % respectivamente) (Anexo 14.2).

Un análisis de la situación laboral según el sexo destaca que, de las 85 mujeres cuidadoras el 28.2 % de ellas son trabajadoras estatales; el 27 % amas de casa y el 23.5 % pensionadas por jubilación. Mientras, que, de los 15 hombres, el 40 % no tienen vínculo laboral, el 26.7 % son trabajadores/as estatales y el mismo porcentaje son pensionados por jubilación (Tabla No. 5). Estos resultados constatan la simultaneidad de tareas que deben realizar las mujeres dentro y fuera del hogar como trabajadoras estatales, domésticas y cuidadoras, quienes vivencian una sobrecarga de roles con respecto a los hombres quienes en su mayoría son desocupados.

Tabla No. 5: Situación laboral según el sexo de los/as cuidadores/as (en porcentaje)

Situación laboral	Sexo/ % que representa según el sexo			
	F	% que representa del total de mujeres	M	% que representa del total de hombres
Trabajador/a estatal	24.0	28.2	4.0	26.7
Desocupado/a	9.0	10.6	6.0	40.0
Ama de casa	23.0	27.0	0	0
Pensionado/a por jubilación	20.0	23.5	4.0	26.7
Pensionado/a (otra causa)	1.0	1.1	0	0
TPCP Contratado/a	4.0	4.7	0	0
TPCP Independiente	3.0	3.5	0	0
TPCP Propietario/a	0	0	1.0	6.7
Peritado/a	1.0	1.1	0	0
Total	85.0	100.0	15.0	100.0

En el caso de los/as jefes/as de hogar, la situación laboral que sobresale es pensionado/a por jubilación con un 47 %, seguido por un 15 % de amas de casa, 14 % son trabajadores/as estatales, 12 % desocupados/as, 5 % pensionados/as por otras causas, 1 % peritado/a, 1 % TPCP contratado y 1 % TPC independiente. El 4 % no responde (Anexo 14.3). Estos resultados están determinados por la etapa de la vida por la cual transitan, además de desempeñar roles de cuidador/a y en otros casos son las personas cuidadas con limitaciones físicas y mentales.

Fue de interés para la investigación conocer sobre las personas que estaban siendo cuidadas en el momento de la aplicación de las encuestas, siempre que su estado mental le permitiera responder al cuestionario. Es de destacar que de las 100 personas seleccionadas, 57 no estaban aptas mentalmente para responderlo debido a limitaciones cognitivas que presentaban. Este factor tributó a que las respuestas correspondientes a los asuntos más generales fueran dadas por sus cuidadores/as.

De esta forma se pudo obtener que en lo que respecta al sexo y la edad, se destaca que el grueso de las personas cuidadas son mujeres mayores de 70 años, quienes constituyen las tres cuartas partes de ese conjunto (Tabla No. 6).

Tabla No. 6: Rango de edad y sexo de la persona cuidada (en porciento)

Grupo de edades	Sexo	
	F	M
51-60 años	1.0	0
61-70 años	5.0	1.0
71-80 años	22.0	9.0
81-90 años	33.0	6.0
Más de 91 años	22.0	1.0
Total	83.0	17.0

La distribución por color de la piel (Anexo 14.4) muestra una sobrerrepresentación de las personas de piel blanca, con respecto al total provincial, pues constituyen el 67 % de los/as cuidados/as, contra el 58,4 % de la población total residente en la provincia de La Habana, mientras que las de piel negra (17 %) se encuentran por debajo de la media provincial (26,4 %) (ONEI, 2016). Ello posiblemente se relacione con el hecho de que la mitad de los encuestados/as residen en el municipio Plaza de la Revolución, uno de los de más alto nivel de vida de la capital, habitado por una mayor proporción de población blanca que otras partes de la ciudad.

En cuanto a la situación conyugal, se aprecia una gran diferencia por sexos: mientras que entre las mujeres predominan ampliamente las que declararon ser viudas, que constituyen el 50.6 % del total de mujeres, entre los hombres el 64.7 % de ellos son casados (Tabla No. 7). Este hecho se relaciona con tres comportamientos demográficos: en primer lugar, la esperanza de vida geriátrica –o sea, a los 60 años– de las mujeres es mayor que la de los hombres: 23,6 años contra 21,0 (ONEI, 2019); en segundo lugar, generalmente en las parejas el hombre supera en edad a la mujer; y por último, los hombres adultos mayores tienden a volver a casarse o a unirse después de una ruptura matrimonial por divorcio o fallecimiento de su pareja, en mayor proporción que las mujeres de esas edades.

Tabla No. 7: Situación conyugal según el sexo de la persona cuidada (en porciento)

Situación conyugal	Sexo/% que representa según el sexo			
	F	% que representa del total de mujeres	M	% que representa del total de hombres
Soltero/a	13.0	15.7	2.0	11.8
Casado/a	3.0	3.6	11.0	64.7

Tabla No. 7 (continuación)

Situación conyugal	Sexo/% que representa según el sexo			
	F	% que representa del total de mujeres	M	% que representa del total de hombres
Separado/a	3.0	3.6	0	0
Divorciado/a	12.0	14.4	1.0	5.9
Viudo/a	42.0	50.6	0	0
Unido/a	1.0	1.2	1.0	5.9
No respuesta	9.0	10.8	2.0	11.8
Total	83.0	100.0	17.0	100.0

Respecto al nivel educacional se pudo obtener que el 23 % de la muestra presentan un nivel escolar de noveno grado seguido por aquellos/as con una escolaridad de Secundaria básica (18 %) y los técnicos/as medios (14 %) (Anexo 14.2). Estos resultados pueden estar dados debido a que gran parte de la muestra nació antes del Triunfo de la Revolución y solo tuvieron acceso al nivel primario y secundario de educación, lo cual más adelante fue potenciado a partir del año 1959. La situación laboral predominante de las personas cuidadas, como era de esperar, es la de ser pensionados, fundamentalmente por jubilación (62 %) (Anexo 14.3). Debido a la situación de salud, edad o dependencia en que se encuentran las personas cuidadas, ninguna de ellas está ejerciendo una ocupación.

El equipamiento familiar como conjunto de bienes que poseen las familias, contribuye a la calidad de vida, al bienestar de sus miembros y a la posibilidad de realizar las tareas de cuidado con mayor facilidad. Obsérvese en las siguientes tablas (No. 8 y 9) que se pudo evidenciar que el 94 % de las familias poseen mobiliario en la sala y 89 % en el comedor. El estado de conservación de los muebles de la sala y el comedor es bueno como tendencia, dato que se observa en el 50 % y 51 % de las familias, respectivamente.

Tabla No. 8: Existencia de mobiliario en la sala y el comedor (en porciento)

Existencia de mobiliario	Mobiliario sala	Mobiliario comedor
No respuesta	2.0	6.0
Sí	94.0	89.0
No	4.0	5.0
Total	100.0	100.0

Tabla No. 9: Estado del mobiliario en sala y comedor (en porciento)

Estado del mobiliario	Sala	Comedor
No respuesta	21.0	26.0
Buena	50.0	51.0
Regular	20.0	19.0
Mala	5.0	1.0
No se observa	4.0	3.0
Total	100.0	100.0

Respecto a la tenencia de equipos electrodomésticos se pudo constatar que el 96 % de las familias poseen televisor, refrigerador y ventiladores, los cuales en su mayoría (más del 60 %) están en buen estado. Se observó también la pertenencia de otros equipos modernos como computadora, DVD y aire acondicionado en el 41 % de las familias (Anexo 15.1). Otro de los indicadores para explorar el nivel de vida de las familias de la muestra lo constituye el acceso a servicios básicos, lo cual está cubierto en el 98 % de ellas. Como tendencia tienen un buen acceso al agua potable, la electricidad y el gas (Anexo 15.2). Por otra parte, las condiciones higiénico-sanitarias resultaron ser buenas también para la mayoría de las familias observadas (88 %), mientras que se calificaron de regular y mala para un 9 % y 2 %, respectivamente (Anexo 15.3).

Paralelamente, en relación al equipamiento como apoyo al trabajo de cuidados, se observa además en la siguiente Tabla que el 60 % de las familias poseen algunos de los equipos necesarios para la movilidad de las personas cuidadas, mientras que el 20 % no tiene ningún equipo y el 17 % no lo necesita, ya que la persona cuidada no lo requiere.

Tabla No. 10: Equipamiento para la ayuda de persona necesitada de cuidados

Equipamiento para la ayuda de persona necesitada de cuidados	Porcentaje
Sí	60.0
No	20.0
No se necesita	17.0
No respuesta	3.0
Total	100.0

De las 60 familias que poseen algún equipamiento se reportaron 34 veces la tenencia de sillas de ruedas, 23 veces la pertenencia de bastones, 19 veces la de un andador y 14 veces la cama antiescaras. Con menor número de repeticiones se obtienen

3 veces las respuestas vinculadas a las adaptaciones constructivas que favorecen a las personas cuidadas y sus cuidadores; 2 veces las muletas y con frecuencia de 1 vez se reportan la silla de ruedas eléctrica, la silla para bañarse y la cuña (Anexo 16).

4.2 El trabajo de cuidados: modalidades y prácticas

En la muestra estudiada las modalidades de trabajo son vistas bidimensionalmente, en primer lugar, se fija la mirada en quién realiza estas actividades y en segundo lugar en los contenidos que la integran.

En el estudio de campo realizado se obtuvo que existen varios actores que participan activamente en el trabajo de cuidado en las familias. Se destacan como primordiales los cuidadores/as principales informales que son parientes; estos son aquellas personas que no reciben una retribución por el trabajo de cuidado y poseen un alto vínculo afectivo con la persona cuidada. Al respecto, como se observa en la Tabla No. 11, la investigación constató que el 45 % de los/as cuidadores/as son los hijos/as de la persona que está siendo cuidada. De igual forma, sucede con los/as jefes/as de hogar, donde el 34 % son los hijos/as de las personas que son cuidadas y se suman un 10 % que son los cónyuges. En relación a la persona cuidada se obtienen similares resultados a los anteriores ya que esta es atendida fundamentalmente por sus hijos/as (18 %), los nietos/as (6 %) y conyugues (5 %). La reciente Encuesta Nacional sobre Igualdad de Género ENIG-2016 por su parte reflejó una realidad similar a la encontrada en nuestro estudio ya que reflejó, que tanto hombres como mujeres a lo interno de las familias emplean más de 28 horas semanales al trabajo de cuidado no remunerado (Álvarez, M. *et. al.*, 2018:33).

Estos resultados describen un escenario que es bastante común en la sociedad cubana de hoy, donde los/as hijos/as son los que llevan el peso del cuidado de sus padres y madres ya longevos/as. Tales datos demuestran también cómo continúa resaltándose el papel de la familia la cual ocupa un papel fundamental como principal garante de la provisión de cuidados manifestándose así el fenómeno del familismo en este complejo escenario.

En segundo lugar, aparecen los/as cuidadores/as formales no parientes, primarios/as y secundarios/as, que son retribuidas por el estado y por las propias familias, que no han sido instruidos en la actividad de cuidado y que poseen un alto grado de compromiso. De esta forma se observa cómo en el caso de los cuidadores el 19 % son no parientes, en el caso de los/as jefes/as de hogar el 6 % son cuidados por cuidadores/as formales No parientes, primarios/as y secundarios/as y respecto a las personas que son cuidadas se manifiesta con un 9 %. Vale destacar, que en los hogares unipersonales (5 %), el cuidador/a es el Asistente Social a Domicilio (ASD), que no es familiar pero sí principal, ya que ante la ausencia de miembros de la familia que se ocupen de la persona mayor, este asume todas las responsabilidades del hogar y llega a sentirse parte de la familia.

Tabla No. 11: Personas encargadas del cuidado

Tipo de persona	Cuidador/a		Jefe/a de hogar		Persona que requiere de cuidados	
	Total	(%)	Total	(%)	Total	(%)
No respuesta	15	15.0	0	0	3	3.0
Hijo/a	45	45.0	34	34.0	18	18.0
Hermano/a	3	3.0	3	3.0	2	2.0
Cónyuge	7	7.0	10	10.0	5	5.0
Sobrino/a	1	1.0	2	2.0	0	0
Tío/a	1	1.0	1	1.0	0	0
Suegro/a	1	1.0	0	0	0	0
Otros parientes	2	2.0	4	4.0	0	0
No es pariente	19	19.0	6	6.0	9	9.0
Nieto/a	6	6.0	1	1.0	6	6.0
No apto/a mentalmente para ser entrevistado/a	0	0	16	16.0	57	57.0
Yo soy la persona cuidada	0	0	23	23.0	0	0
Total	100	100.0	100	100.0	100	100.0

Predomina entre los/as cuidadores/as la tendencia de una ausencia de capacitación para ejercer las diversas modalidades del trabajo de cuidados, ya que solamente el 4 % de cuidadores/as afirman haberla recibido. De este total, el 3 % refieren haber cursado una escuela de cuidadores³⁸ y el 1 % no responde el lugar donde se capacitó. Las instituciones u organizaciones que los/as capacitaron fueron el MINSAP (2 sujetos) y el MTSS (en 1). La frecuencia fue de más de 2 veces por semana en los 3 casos que respondieron afirmativamente.

De igual modo, es muy bajo el conocimiento sobre las opciones de capacitación para cuidadores, solo un 9 % de los casos responde afirmativamente, evidenciándose el desconocimiento por parte de las familias de las políticas y programas, de-

³⁸ Espín (como se citó en López, 2017) explica: "En todas las áreas del país hay un plan de acción donde tienen que contar con una Escuela de Cuidadores porque el CITED, el Departamento Nacional del MINSAP y el Centro de Promoción para la Salud se dieron a la tarea de educar facilitadores para formar las escuelas de los adultos mayores dependientes. El objetivo de las escuelas de cuidadores es desarrollar valores "cuidar a quien nos cuida", enseñar cómo adaptar la vivienda con los recursos que tenemos, cómo repartir las tareas, cómo saber que está deprimido el sujeto o sujeta del cuidado y los recursos sociales que puede emplear para auxiliarse". (p. 15).

sarrolladas por el Estado en este tema, así como de los requisitos necesarios para acceder a estas.

La necesidad de capacitación se refuerza debido a que tanto cuidadores/as como jefes/as de hogar mostraban que comparten la tendencia de la inexperiencia en las tareas de cuidado, comportamiento que se refleja en las tablas siguientes:

Tabla No. 12: Experiencias previas en el trabajo de cuidados (en porciento)

Experiencia previa en cuidados	Cuidadores/as	Jefes/as de hogares
Sí	41.0	27.0
No	59.0	44.0
No responde	0	12.0
No apto/a mentalmente para ser encuestado	0	16.0
Total	100.0	100.0

Tabla No. 13: Tiempo de experiencia en el trabajo de cuidados del cuidador/a (en porciento)

Tiempo de experiencia en el trabajo de cuidados del cuidador/a	Cuidadores/as
No respuesta	1.0
Menos de 1 año	22.0
Entre 1 y 5 años	45.0
Entre 5 y 10 años	23.0
Entre 10 y 15 años	5.0
Entre 15 y 20 años	2.0
Entre 30 años y más	2.0
Total	100.0

Nótese que el 59 % de los/as actuales cuidadores/as refirió no haber cuidado previamente a otra persona. Este mismo dato fue explorado con los jefes/as de hogar³⁹ y se pudo obtener que el 44 % de estos nunca había cuidado a nadie en su vida mientras que el 27 % sí había realizado esta actividad anteriormente. Un 12 % no respondió a esta pregunta y un 16 % no se encontraban mentalmente apto/as para ser encuestados/as. Se demuestra así que tanto para el cuidador/a como para el jefe/a de hogar la tarea de asistir a otra persona resulta una actividad totalmente novedosa.

³⁹ El jefe/a de hogar en el trabajo de cuidado se desdobra en disímiles roles como lo son el ser cuidador/a y en varios escenarios ser la persona cuidada.

Otro aspecto de interés que caracteriza la modalidad del trabajo de cuidados en la muestra de estudio es que desempeñan cuidados de largo plazo en salud en el seno de estas familias, lo cual viene a ser dado por la cantidad de tiempo que llevan ejerciendo el trabajo de cuidados. Se puede observar en la Tabla No. 13 que resalta que el 45 % lleva solo entre 1 y 5 años asumiendo este rol, le siguen aquellos que llevan entre 5 y 10 años (23 %), seguidos por los que tienen menos de un año (22 %) y solo un 9 % del total lleva más de 10 años asumiendo esta actividad.

El trabajo de cuidados trae consigo el aprendizaje de tareas que son fundamentales para el adecuado cuidado de la persona que requiere de su atención, así como nuevos modos de hacer, de actuar y de sentir. Esta necesidad de nuevos aprendizajes se expresa a través de las demandas que estos hacen acerca de los temas que quisieran conocer acerca del trabajo de cuidado.

Sobre los temas que sugieren para la capacitación, se refiere con mayor frecuencia, la atención psicológica y médica al adulto mayor (31 veces)⁴⁰, le sigue la preparación general para el trabajo de cuidado (17 veces). Con menos frecuencia se reportan los conocimientos sobre las enfermedades que aquejan al adulto mayor y los primeros auxilios (6 veces en cada caso) (Anexo 17). Estas demandas se vinculan con la poca experiencia que tienen los/as encuestados/as en la tarea de cuidar a una persona necesitada de cuidados, lo cual se reflejó en análisis anteriores.

La escasez de conocimientos y la inmovilización de recursos personológicos para el entrenamiento y adquisición de herramientas para el cuidado, constituyen un reflejo tendencial de las prácticas de cuidado. Este resultado demanda la necesidad de garantizar la capacitación de los/as cuidadores/as en relación a las actividades de cuidado, así como el levantamiento de sus necesidades, no solo en términos de recursos para cuidar, sino como sujetos que requieren reconocimiento social y derechos.

Al respecto, las expertas encuestadas resaltan que los temas que se demandan en la formación de cuidadores apuntan principalmente al trabajo con los materiales necesarios para los cuidados, con las técnicas que deben emplearse, en la vigilancia de la higiene, el tratamiento hacia el anciano, el respeto y la educación formal (Folgado, I. citado por López *et. al.*, 2017:14). También consideran que se deben formar a los cuidadores en las enfermedades que más generan dependencia (Parkinson, cáncer u otras), en saber cómo ayudar al sujeto del cuidado para las tareas cotidianas y cómo cuidarse ellos(as) mismos(as) (Rodríguez, L. citado por López *et. al.*, 2017:14).

⁴⁰ Esta forma de obtención de respuestas es denominada Multirrespuesta, por lo que se expone la cantidad de veces que responden ante la pregunta hecha y no la cantidad de sujetos que respondieron como tal. Ver capítulo metodológico.

Por su parte Baldoquín, L. (2017) señaló: “Hay que aprender qué es ser anciano cuando aún no lo seas, su concepto y lo que lleva consigo: cambio de mentalidad, capacidad física, capacidad intelectual. Tener claro que no se deben descuidar, pero tampoco sobreproteger. Cuba tiene que “prepararse” ya que se espera en el año 2025 seamos el número uno de envejecimiento en América Latina” (López et. al., 2017:16).

Ante la interrogante de a quién o quiénes habían cuidado anteriormente se obtienen resultados diferentes entre cuidadores/as y jefes/as de hogares. Con respecto a los/as cuidadores/as la mayoría de las personas cuidadas en experiencias anteriores, no son parientes del/a cuidador/a repitiéndose 21 veces. Este hecho confirma cómo tradicionalmente la mujer ha asumido el rol de cuidadora dentro del hogar el cual se extiende a otros ámbitos y personas con las cuales no comparte lazos de consanguinidad pero que igualmente asume, ya sea por motivos afectivos o económicos. Le continúan quienes plantean que ha cuidado a su madre y padre (10 y 7 veces respectivamente) y con menor frecuencia de aparición se mencionan a los/as abuelos/as, cónyuges, suegros/as y otros parientes, en el orden que se exponen. Mientras, los/a jefes/as de hogares señalan a los/as parientes como las personas que más han cuidado; especialmente a: madres (7 veces repetida), padres y no parientes (6 veces repetida cada una) y cónyuges (4 veces repetida).

Como se observa en la siguiente Tabla se pudo identificar que las actividades más realizadas por los/as cuidadores/as encuestados/as para proveer asistencia a la persona que cuidan son la alimentación (referido por el 81 %) y el aseo (referido por el 75 %). Estas actividades se concentran en bañarlos/as, vestirlos/as, afeitarlos, darle la comida, cocinar y comprar los alimentos. También, se reporta la realización de las labores del hogar en un 55 % y el tratamiento médico (49 %).

Tabla No. 14: Actividades realizadas para el trabajo de cuidado (en porciento)

Actividades realizadas para el trabajo de cuidado	Cuidadores que realizan la actividad	Cuidadores que no realizan la actividad	Cuidadores que no responden
Aseo	75.0	20.0	5.0
Alimentación	81.0	13.0	6.0
Labores del hogar	55.0	41.0	4.0
Traslado de la persona cuidada dentro del hogar	14.0	81.0	5.0
Traslado de la persona cuidada fuera del hogar	20.0	76.0	4.0
Tratamiento médico	49.0	49.0	2.0
Compañía	9.0	87.0	4.0

Entretenimiento	5.0	90.0	5.0
Total	100.0	100.0	100.0

El uso del tiempo para el desempeño de estas actividades demuestra como tendencia que tanto el 71 % de las mujeres como el 14 % de los hombres se dedican diariamente al trabajo de cuidado.

Tabla No. 15: Frecuencia con que se realiza el trabajo de cuidado según sexo (en porciento)

Frecuencia con que se realiza el trabajo de cuidado	Femenino	Masculino	Total
No respuesta	1.0	0	1.0
Diariamente	71.0	14.0	85.0
Lunes a viernes	6.0	0	6.0
Tres veces por semana	2.0	1.0	3.0
Días alternos	3.0	0	3.0
Cada quince días	2.0	0	2.0
Total	85.0	15.0	100.0

El comportamiento es similar al explorar la cantidad de horas que ocupan al día hombres y mujeres. En este caso el 53 % de las mujeres y el 10 % de los hombres refieren que se dedican al trabajo de cuidado más de 20 horas diarias. Este resultado que es representación de las prácticas de cuidado constituye a la vez un reflejo de los imaginarios que prevalecen entre los sujetos de estudio, los cuales perciben que el trabajo que realizan les ocupa muchas más horas de las que objetivamente pueden estar disponibles. Lo cual nos habla de cómo el trabajo de cuidado es visto como una actividad que genera sobrecarga, entrega total y pocas horas de descanso.

Tabla No. 16: Cantidad de horas dedicadas al cuidado (en porciento)

Cantidad de horas dedicadas al cuidado	Femenino	Masculino	Total
No respuesta	1.0	0	1.0
Menos de 8 horas al día	9.0	2.0	11.0
Entre 8 y 16 horas al día	16.0	1.0	17.0
Entre 16 y 20 horas al día	6.0	2.0	8.0
Más de 20 horas al día	53.0	10.0	63.0
Total	85.0	15.0	100.0

Se observa, que, a pesar de manifestarse la feminización del cuidado como tendencia en la muestra estudiada, los pocos hombres que asumen estos roles a lo interno de las familias, emplean el tiempo de manera similar que las mujeres.

Estos resultados también son un llamado de alerta para tener en cuenta que el cuidado no remunerado que realizan los familiares pone en tensión la tenencia y permanencia de un empleo fijo o la realización de otras actividades personales. El Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud realizado por la Organización Mundial de la Salud [OMS] reflexiona acerca de este tema y refiere:

“[...] la prestación de cuidados suele ser incompatible con un empleo de jornada completa y limita el desarrollo profesional normal. Para las personas en edad de trabajar, los cuidados informales se asocian a un mayor riesgo de pobreza y pueden reducir o eliminar totalmente los derechos posteriores de jubilación” (2015:140).

De igual forma esta práctica de cuidado que es común entre los cuidadores/as nos evidencia la necesidad de redistribuir de manera más equitativa el uso del tiempo en las labores de cuidado para evitar la sobrecarga de roles sobre la figura del cuidador/a, educando a los otros miembros de la familia a la cooperación en la atención del adulto/a mayor. Se hace igualmente necesario establecer acciones que desde las políticas públicas protejan y amparen a los/as cuidadores/as principales informales que son parientes que se encuentra al frente de una situación de cuidado. Estas políticas pueden diversificarse hacia el área laboral, de salud pública, de asistencia social, de educación y capacitación.

Por otra parte, la práctica del trabajo de cuidado en el estudio (Tabla No. 17) mostró que como tendencia el 57 % de los/as cuidadores/as reciben ayuda de otra persona para ejercer los cuidados.

Tabla No. 17: Existencia de ayuda hacia el cuidador para cuidar

Existencia de ayuda hacia el cuidador para cuidar	Cuidadores/as Porcentaje
No respuesta	3.0
Sí	57.0
No	4.,0
Total	100.0

Esta ayuda es dada fundamentalmente por los/as hijos/as de los propios cuidadores/as, lo cual fue manifestado por estos 25 veces. Le siguieron en orden que reciben ayuda de otros parientes y no parientes con una frecuencia de 13 veces, respectivamente. En este caso la categoría otros parientes está conformada por cuñados, yernos, suegras y suegros, entre otras. Referente a los no parientes aquí se hace mención a los ASD, vecinos/as y amigos/as (Anexo 18).

Se evidencia así el papel que juegan las redes de apoyo durante el proceso de cuidado, representada fundamentalmente por miembros consanguíneos del núcleo familiar; siendo estos actores que participan y se movilizan en torno a las acciones de cuidado. De igual forma estas redes trascienden el parentesco hasta convertirse en redes solidarias lo cual viene a ser demostrado con la presencia de redes vecinales y comunitarias (Arés, 2014 citado por Campoalegre *et. al.*, 2016b:62).

Los principales tipos de ayuda o apoyo manifestado hacia estos cuidadores/as fueron el apoyo económico (repetido 39 veces), el apoyo afectivo, el apoyo en las labores del hogar (35 veces, respectivamente) y en las tareas del cuidado de la persona cuidada (con una frecuencia de 33 veces), como se aprecia en la tabla siguiente.

Tabla No. 18: Tipo de apoyo recibido por el cuidador/a

Tipo de apoyo recibido por el cuidador/a	Cantidad de veces repetido por el cuidador/a
Afectivo	35
Económico	39
Patrimonial	6
En las labores del hogar	35
En las tareas del cuidado con la persona necesitada de cuidados	33
Traslado a consultas médicas	1

Se demuestra de esta forma como la función económica viene a constituir la modalidad principal de ayuda hacia el cuidador/a por parte de los otros miembros de la familia quienes, a través de la monetarización, el abastecimiento de recursos varios (alimenticios, de aseo, materiales) y los esfuerzos laborales hiperbolizan esta función con el objetivo de paliar la situación de cuidado.

La misma es una característica propia que se da a lo interno de muchas familias cubanas contemporáneas como resultado de la crisis económica vivida a finales de la década de los 80 que causó grandes transformaciones a nivel estructural. Campoalegre y otros autores lo exponen del siguiente modo:

“Las dificultades para cubrir los recursos básicos para la vida por medio de la remuneración salarial, han ocasionado que estas pasen a ocupar un nivel superior en la jerarquía de necesidades. En el ámbito familiar esto se expresa a través del fenómeno de “hipertrofia de la función económica”, de manera que se prioriza el cumplimiento de esta, en detrimento de otras” (Campoalegre *et. al.*, 2016b:42).

Ante este escenario vemos que la situación económica de las familias es considerada regular por el 39 % de los/as jefes/as de hogares, el 25 % considera que es buena

y un 11 % la valora de mala. No responden a esta pregunta el 16 % porque no está apto/a mentalmente para hacerlo y el 9 % porque pueden estar evitando revelar la situación financiera real de su hogar. A percepción del propio jefe/a de hogar él es el que aporta el mayor ingreso monetario al hogar (reportado 26 veces), seguido de los/as hijos/as (24 veces) y el cónyuge (16 veces) (Anexo 19).

Se observa también en la anterior Tabla (No. 18) cómo en estas familias convergen otras formas de asistir al otro/a que incluye un acercamiento afectivo (35 veces repetida) y un apoyo presencial en el hogar que consideramos puede ser muy efectivo durante el proceso de cuidado y que puede llegar a constituir un alivio para estas personas que están encargadas del otro u otra. De tal forma se evidencia como el contenido económico prima en el modo en que se asumen los cuidados, por encima del material y el psicológico.

Sin embargo, se manifiesta cómo un número elevado de cuidadores/as (40 %) no cuentan con el mismo apoyo, lo cual se traduciría en una mayor carga física y psicológica para estos, así como más diversos los roles que tienen que asumir para satisfacer sus propias necesidades y de la persona que tiene a cargo.

En el caso de los/as cuidadores/as primarios que no están siendo apoyados por nadie, se evidencia un claro detrimento de la función socializadora que deben tener las familias la cual aboga por la interrelación de las actividades y relaciones que se dan entre sus miembros mediados y desarrollados por condiciones de vida determinadas (Chávez *et. al.*, 2008 citado por Campoalegre *et. al.*, 2016b:43).

Claramente, al no estar esta función suficientemente afianzada, se está viendo retada dentro del propio hogar, siendo la manifestación de desapego hacia el otro, el distanciamiento y el enajenamiento de los problemas que ocurren en su interior, expresión de las vulnerabilidades que sufren como tal. En este caso el/la cuidador/a incurre en una sobrecarga de los roles que debe cumplir y la persona cuidada está siendo desplazada o no aceptada dentro del núcleo familiar.

Otro de los aspectos que juega un papel fundamental en la forma en que se asume y se hace el trabajo de cuidado, está relacionado con el estado de salud física y psíquica del cuidador/a. Interesante fue encontrar (Tabla No. 19) que el 64 % de los/as cuidadores/as encuestados/as consideraron haber experimentado cambios en su salud a partir de desempeñarse en este rol (un 51 % respondió que sí lo perciben y el 13 % a veces). De ellos, hay una representación del 61 % del total de mujeres que respondió afirmativamente y un 33 % del total de hombres. Este resultado confirma que las mujeres tienden a exponer las afectaciones de salud con mayor facilidad que los hombres, debido a patrones que aún persisten de la cultura patriarcal donde se asume el género masculino como dotado de fortaleza y salud.

Tabla No. 19: Cambios en la salud del cuidador/a según sexo (en porcentaje)

Cambios en la salud del cuidador/a	Femenino	Masculino	Total
No respuesta	1.0	0	1.0
Sí	46.0	5.0	51.0
A veces	13.0	0	13.0
No	25.0	10.0	35.0
Total	85.0	15.0	100.0

Algunos estudiosos del tema como García (2001), plantean que el cuidador sufre afectaciones en el transcurso de esta actividad, se ha descrito que pueden sobrevenir problemáticas en la salud física, tales como: cansancio, cefaleas y dolores articulares y en lo psíquico, provoca trastornos depresivos, trastornos del sueño, ansiedad e irritabilidad.

Resultados similares se arrojan en la muestra estudiada donde sobresalen enfermedades como el estrés, repetido 15 veces, dolores corporales y cambios en la presión arterial (con una frecuencia de 9 veces cada uno). A la vez se reportan cambios en el estado emocional y dolores en la columna (repetido 8 veces cada caso) (Anexo 20).

La concurrencia de estos síntomas supone la carga del cuidador/a, concepto relacionado con los problemas físicos, psicológicos y sociales que devienen de la realización de actividades vinculadas al cuidado de otros/as. Riviera (como se citó en Espín, 2010) plantea que las variables que ejercen una mayor influencia en la carga del cuidador están relacionadas con los años de duración de la enfermedad y los problemas conductuales del paciente, los estilos de afrontamiento del cuidador, recursos financieros, el apoyo social y el número de roles del cuidador, así como el tipo de relación cuidador-paciente; y se ha encontrado que, a mayor implicación emocional, mayor carga.

No solo la mirada del cuidador sobre su estado de salud es importante, sino también la de la propia persona que está asistiendo a cambios físicos y mentales que no le permiten una total validez y autonomía. Como bien se planteó en otro momento del libro, solo 43 personas que reciben cuidados se encontraban con todas las capacidades mentales y psicológicas para responder la encuesta. Nótese en la Tabla No. 20 que, de estas, 24 informaron que su estado de salud era regular y 16 consideraron que era malo. Solo tres (dos mujeres y un hombre) declararon que es bueno.

Tabla No. 20: Estado de salud actual de las personas cuidadas (en porcentaje)

Estado de salud actual de las personas cuidadas	Femenino	Masculino	Total
Bueno	2.0	1.0	3.0

Tabla No. 20 (continuación)

Estado de salud actual de las personas cuidadas	Femenino	Masculino	Total
Malo	12.0	4.0	16.0
Regular	20.0	4.0	24.0
No apto/a mentalmente para ser entrevistada/o	49.0	8.0	57.0
Total	83.0	17.0	100.0

Los motivos para caracterizar el estado de salud propio como regular o malo se debe a la presencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles [ECNT] y a dificultades físico-motoras. Los datos ofrecidos por la Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional [ENEP] del año 2010-2011 exponen que el 82,2 % de la población de 60 años y más padecen al menos de una ECNT; siendo el caso particular de las mujeres las de mayor proporción al manifestarse en un 88,4 %, mientras que para los hombres es de 75,2 %. (ONEI, 2014:54).

En el caso de nuestra investigación, los problemas de salud que se repiten con mayor frecuencia de parte de la persona necesitada de cuidados, no se apartan de los resultados devenidos en las encuestas realizadas a nivel nacional. Así se obtuvo que en la muestra también convergen varias ECNT y otras limitaciones que dificultan el validismo de la persona que está siendo cuidada, ya que plantean que padecer de diabetes (6 veces), dificultades para trasladarse (6 veces), hipertensión arterial (5 veces) y no poder caminar (4 veces), son las más presentes (Anexo 21).

Reflexionar sobre el impacto psicológico que pueden padecer los individuos que requieren cuidados ante la vivencia de limitaciones reales y pérdidas físicas se impone. Por esta razón se hace necesaria la elaboración e implementación de programas de intervención psicológicos y educativos dirigido a las personas mayores que aborden temáticas tan sensibles, como lo son el estilo de vida, la importancia de la salud y la prevención de enfermedades en este grupo poblacional.

Los cuidadores/as no quedan alejados de este escenario, sobre todo aquellos cuidadores/as principales informales, que son parientes que acompañan diariamente a la persona necesitada. Estos también pueden verse afectados/as emocionalmente ante la experiencia de ver pasar al sujeto dependiente de cuidados por este complejo proceso. Por lo que prever la aparición y desarrollo de eventos depresivos y otros como el duelo constituiría un aspecto fundamental a tomar en cuenta por los especialistas de salud que se encuentran en la base comunitaria.

Son las relaciones que se establecen entre el cuidador/a y la persona necesitada de cuidados un pilar fundamental que modula y da dinamismo a esta actividad. Ambos actores consideran que las relaciones que se establecen entre ellos son buenas como se observa en la tabla a continuación.

Tabla No. 21: Relaciones entre cuidador/a y persona cuidada (en porciento)

Relaciones entre cuidador/a y persona cuidada	Cuidador/a	Persona cuidada
No respuesta	5.0	1.0
Buenas	87.0	41.0
Regulares	8.0	1.0
No apto/a mentalmente para ser encuestado/a	0	57.0
Total	100.0	100.0

Los motivos que sustentan estas buenas relaciones entre los cuidadores/as y personas cuidadas versan entre la cercanía afectiva, el entendimiento y aceptación mutuos, así como un alto grado de compromiso por el vínculo familiar que presentan. De esta forma entre los/as cuidadores/as se obtuvieron respuestas tales como: nos llevamos y entendemos bien (38 veces repetida), la/o trato bien (9 veces), es mi madre (8 veces), no existen contradicciones en nuestra relación (6 veces). De parte de las personas cuidadas el discurso es similar por lo que existe una compatibilidad de opiniones al respecto. Las frases expresadas fueron: nos llevamos bien (10 veces), nos entendemos bien (9), hay afecto (6), es mi hijo/a (5) y no me maltrata (4) (Anexo 22).

Sin embargo, hay otro aspecto de las prácticas del cuidado que muchas veces queda invisibilizada y que constituye una realidad que denigra y atenta dicha actividad. Nos referimos a las violencias ejercidas en el trabajo de cuidar al otro/a. La visión de las familias de estudio constituyó de un gran valor que nos permitió adentrarnos en cómo esta práctica es asumida o no por ellas.

Fue interés de esta investigación explorar si los sujetos de estudio tenían conocimiento sobre familias que ejercieran violencia hacia la persona cuidada, qué tipo de violencia ejercían y quién era el autor o autora de la misma. De esta forma se pudo constatar que un 80 % de los cuidadores/as no tenían conocimientos de estas acciones, pero un 15 % sí, lo cual consideramos que es significativo. En el caso de los/as jefes/as de hogar se pudo obtener que el 67 % de sujetos respondieron negativamente, un 6 % refirió no saber y un 11 % afirmaron que tenían conocimientos de estos hechos en otras familias. En el caso de las personas cuidadas se obtuvo un resultado similar donde se obtuvieron muy escasas respuestas afirmativas tal como se ve en la Tabla No. 22.

Tabla No. 22: Si conocen de alguna familia que violente a la persona cuidada (en porciento)

Si conocen de alguna familia que violente a la persona cuidada	Cuidador/a	Jefe/a de hogar	Persona cuidada
No respuesta	2.0	0	1.0

Tabla No. 22 (continuación)

Si conocen de alguna familia que violenta a la persona cuidada	Cuidador/a	Jefe/a de hogar	Persona cuidada
Sí	15.0	11.0	5.0
No	80.0	67.0	31.0
No sé	3.0	6.0	6.0
No apto/a mentalmente para responder	0	16.0	57.0
Total	100.0	100.0	100.0

Los principales actos de violencia a los que sometieron a las personas necesitadas de cuidados y que los cuidadores/as tenían conocimiento fueron básicamente manifestaciones de la violencia física y psicológica. La misma se pudo constatar ante las múltiples respuestas que ofrecieron ante esta interrogante. De esta forma se obtuvo que: gritarle (8 veces respondida), maltratarla, con una frecuencia de 6 veces, humillarla con 5 veces de aparición y golpearla reportado 4 veces, son ejemplos de las acciones de las que sufría el que estaba en una situación de vulnerabilidad (Anexo 23.1).

En el caso de los/as jefes/as de hogar los principales actos violentos que reconocieron que ocurrían hacia estas personas necesitadas también eran gritarle (7 veces repetida), maltratarla (6 veces) y golpearla (5 veces). En las personas cuidadas se obtienen similares respuestas: gritarle (4 veces), golpearla (3 veces) y maltratarla (2 veces). Todas estas, constituyen acciones que denigran y atentan contra la seguridad física y psicológica de la persona que lo recibe. Es importante destacar que en todos los casos descritos las agresiones fueron ejercidas hacia personas mayores (Anexo 23.2 y 23.3, respectivamente).

El Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (OMS, 2015) aún en este tema y plantea que el maltrato de las personas mayores puede comprometer aún más la autonomía, la dignidad y la seguridad de los adultos mayores que ya son vulnerables. En ciertas circunstancias incluso es probable que la persona mayor no sea la única víctima, ya que el maltrato puede ser consecuencia del desgaste de los propios cuidadores, que se sienten sobrecargados.

Como se observa en la Tabla No. 23, fueron reconocidos por los/as cuidadores/as que los principales involucrados/as en la aplicación de esta violencia son parientes cercanos a la persona cuidada (reportado 9 veces). En el caso de los jefes de hogar reconocieron que las personas que violentaron fueron en su mayoría también parientes cercanos a la persona cuidada (6 veces respondida) y los/as hijos/as (4 res-

puestas). Las personas cuidadas identificaron que los principales agentes de dicha violencia habían sido los propios hijos/as (2 veces) y otros/as parientes (3 veces).

Tabla No. 23: Personas que violentaron a alguna persona cuidada desde el reporte del cuidador/a, el/la jefe/a de hogar y persona cuidada (Multirrespuesta)

Personas que violentaron a alguna persona cuidada	Cantidad de veces repetido por el/la cuidador/a	Cantidad de veces repetido por el/la jefe/a de hogar	Cantidad de veces repetido por la persona cuidada
Parientes	9	6	3
No parientes	3	1	0
Madre	2	1	0
Padre	1	2	0
Hijos/as	2	4	2
El cuidador/a	1	1	0
Cónyuge	0	2	0

Todo este escenario nos muestra cómo en estos casos el ciclo de la violencia en muchas ocasiones se ejerce y parte dentro del mismo entorno familiar por personas que se encuentran activamente involucradas en la tarea de cuidado.

Tales hechos violentos se expresan con una relativa regularidad en estos hogares. De los 15 cuidadores/as que identificaron conocer la existencia de estos hechos violentos en su entorno, 8 refirieron que los mismos también han ocurrido alguna vez en el transcurso de su vida y que 4 se manifestaban actualmente.

Por otra parte 2 cuidadores/as refirieron que en los últimos doce meses y solo uno planteó que la semana pasada. Estos resultados demuestran la relativa estabilidad en las familias que tiene la presencia y expresión de actos violentos. A su vez nos indica que este tema es un emergente a ser analizado en las familias que tengan cuidadores/as y personas cuidadas ya que la violencia y sus manifestaciones pueden ser naturalizadas en el complejo proceso de la atención al otro.

No solo fue importante para la investigación determinar si los/as encuestados/as tenían conocimiento de otras familias que violentaran a alguna persona necesitada de cuidados, sino también conocer cómo el fenómeno de la violencia se manifestaba entre ellos mismos, aspecto que nos daría a conocer más elementos sobre la práctica del cuidado en estos hogares.

Ante la interrogante a los encuestados/as si se habían percibido como víctimas de violencia, pudimos constatar una similitud entre todo/as al tener una respuesta ne-

gativa al respecto. Obsérvese en la Tabla No. 24 que con muy bajos porcentos responden afirmativamente solo un 11 % de los/as cuidadores/as y de los/as jefes/as de hogares respectivamente y un 3 % de las personas cuidadas. Estas respuestas coinciden con las anteriormente exploradas en el conocimiento que pudieran tener la muestra de estudio sobre actos de violencia hacia una persona necesitada de cuidados. Al ser la mayoría los que responden negativamente puede ser signos de desconocimiento, evasión o no aceptación de la presencia de la misma.

Tabla No. 24: Si el cuidador/a, jefe/a de hogar y persona cuidada ha sido víctima de violencia (en porcentaje)

Si han sido víctimas de violencia	Cuidador/a	Jefe/a de hogar	Persona cuidada
No respuesta	12.0	10.0	14.0
Sí	11.0	11.0	3.0
No	75.0	62.0	26.0
A veces	2.0	1.0	0
No apto/a mentalmente para responder	0	16.0	57.0
Total	100.0	100.0	100.0

En el caso de los/as cuidadores/as que han sido víctimas de violencia, la que han percibido con mayor intensidad ha sido la psicológica (expresada 9 veces), la cual ha estado compuesta por gritos (4 veces), humillaciones (3 veces), y el no tomarlo en cuenta (1 vez). En el caso de los que han sido víctimas de violencia física (7 casos) las principales manifestaciones que han vivenciado son los golpes (con una frecuencia de 5 veces) y el asalto (1 vez). El tiempo en que estas personas fueron víctimas de violencia comprende los momentos alguna vez en su vida (15 veces encontradas) y actualmente (3 veces). Los ejecutores de estos actos de violencia comprenden a los cónyuges como principales figuras (frecuencia de 6 veces) seguido de aquellas personas que no son parientes cercanos a la persona violentada (5 veces) donde se encuentran desconocidos de la calle, vecinos o amigos (Anexos 24, 25, 26 y 27, respectivamente).

Por otra parte, aquellos/as jefes/as de hogares que consideraron haber sido víctimas de violencia las que más padecieron fueron también la violencia psicológica (12 veces respondidas) y la física (7 veces respondida). Estos actos violentos se efectuaron a través del cónyuge principalmente (13 veces), seguido por personas que no son parientes (4 veces) y de la figura paterna (3 veces). Los principales actos violentos a los que lo sometieron fueron los gritos (5 veces respondida), humillaciones y golpes (4 veces cada uno). Todas estas acciones han tenido lugar alguna vez en la vida de los sujetos de estudio (con 19 respuestas dadas al respecto) (Anexos 24, 27, 25 y 26, respectivamente).

Por último, las personas cuidadas el único tipo de violencia que reconocen haber recibido es de tipo físico, ejercidas por el cónyuge (3 veces repetida), el hermano/a (2 veces referida); y un no pariente (1 vez repetida). Los actos de violencia recibidos consistieron en asaltos, empujones, gritos y violencia económica (control del dinero propio por la otra persona) (Anexos 24, 27 y 25, respectivamente).

La observación realizada a las familias encuestadas (Tabla No. 25) nos reveló un resultado similar al que ellos nos manifestaron. De esta forma se constató visiblemente manifestaciones de violencia en el 9 % de las familias de la muestra, dato que, si bien no tiene una alta representatividad cuantitativa, sí resulta cualitativamente significativo, pues evidencia cómo el cuidado familiar puede ser uno de los escenarios propicios para la violencia.

Tabla No. 25: Manifestaciones de violencia intrafamiliar según observación (en porciento)

Manifestaciones de violencia intrafamiliar según observación	Porcentaje
Se observa	9.0
No se observa	91.0
Total	100.0

El tipo de violencia observada por los/as investigadores/as (Tabla No. 26) en todos los casos fue la psicológica, a partir de manifestaciones como los gritos (reportado 5 veces), humillaciones (4 veces), maltratos (1 vez) y el no tomar en cuenta a la persona necesitada de cuidados (1 vez).

Tabla No. 26: Actos de violencia observados en las familias por el investigador/a (Multirrespuesta)

Actos de violencia observados en la familia por el investigador/a	Cantidad de veces reportado
No toman en cuenta a la persona necesitada de cuidados	1
Gritos	5
Maltratos	1
Humillaciones	4

Los sujetos que ejercieron violencia con relación a la persona cuidada fueron en la mayoría de los casos el cuidador/a (reportado 5 veces), también lo hizo el hijo/a (referido 3 veces), el cónyuge (2 veces) y otros parientes (1 vez). El sujeto violentado fue la propia persona necesitada de cuidados (observado 8 veces) y otros parientes de esta (referido 1 vez).

Tales resultados nos hacen reflexionar, que si bien la violencia de género no constituye en los estudios el tema central, se aprecia que existe una asociación violencia-cuidados, ya que tiende a relacionarse a las demandas sociales y particularmente familiares de las mujeres como protagonista del trabajo de cuidado en el hogar.

Por otra parte, la constatación de la presencia de la violencia intrafamiliar en los hogares cubanos muestra que las personas mayores también son víctimas de este fenómeno desde sus diversas manifestaciones. El alto índice de no respuestas o de respuestas negativas ante la existencia de la violencia intrafamiliar permite identificar, mediante los procesos de socialización familiar, la naturalización y legitimación de la violencia.

En paralelo, sobre este aspecto, el experto entrevistado, el fiscal Dr. Lorenzo Palenzuela afirma que:

La comunidad, vista como una de las áreas de incidencia y apoyo a las familias con personas que requieren de cuidados, constituye una fortaleza, aún poco aprovechada, para garantizar a nivel local los derechos al cuidado de las personas que los necesitan. Con esta línea de pensamiento se entrelazan ideas sobre la necesidad de que el sistema formal capacite a los representantes de los factores de la comunidad para que por extensión atiendan a los cuidadores(as). (López *et. al.*, 2017:14)

La tarea de cuidar al otro/a supone una carga física y emocional que recae sobre la figura del cuidador/a, quien puede llegar a experimentar un estado emocional negativo como ira, malestar y hasta manifestar actos de violencia contra la persona cuidada como vía de canalización de la carga sostenida en el tiempo. Por este motivo consideramos necesaria también la capacitación integral a los/las cuidadores/as para que puedan incorporar herramientas psicológicas para el adecuado afrontamiento a la sobrecarga del rol de cuidado.

4.3 Actores sociales vinculados al trabajo de cuidados

El trabajo de cuidados como sistema de organización societal, comprende entre sus principales actores al Estado, la familia, el mercado y la sociedad civil (Campoalegre *et. al.*, 2016a, p. 31). En capítulos anteriores se ha recreado teórica y metodológicamente la existencia de una distribución inequitativa de la responsabilidad social del cuidado, donde una parte significativa recae en las familias, y en la mayoría de los casos, en las mujeres de las familias.

Por tanto, escuchar las voces de las familias encuestadas sobre el rol de otros actores sociales para el desempeño del trabajo de cuidados en Cuba, es fundamental

para la investigación. Uno de los temas colocados en las encuestas que más aportó a este abordaje fue la identificación de los principales problemas que, según el criterio de los sujetos encuestados, dificultan el trabajo de cuidados en las familias.

En el caso de los/as cuidadores/as, jefes/as de hogar y personas necesitadas de cuidados, la limitación económica es la dificultad que más se repite (Tabla No. 27). Estos aluden expresiones tales como: “el salario no alcanza”; “las chequeras son bajas”; “falta de capacidad económica para apoyar al cuidador”; “las dificultades económicas que no alcanzan para comprar los medicamentos”; entre otras que denotan las carencias monetarias de las familias, al considerar insuficientes los ingresos que provienen del Estado para el adecuado desempeño de las tareas de cuidados en el ámbito familiar.

Tabla No. 27: Problemas que dificultan el trabajo de cuidado en Cuba (Multi-respuesta)

Problemas que dificultan el trabajo de cuidado en Cuba	Cantidad de veces repetida/Encuestado(a)		
	Cuidador/a	Jefe/a de Hogar	Persona que requiere de cuidados
	Total	Total	Total
Económicos	41	34	17
Inexistencia de artificios para el cuidado	19	11	2
Insuficiente atención al adulto/a mayor por instituciones	16	15	4
Pobre alimentación	15	8	3
Falta de artículos de aseo	9	12	1
Falta de medicamentos	10	10	2
El cuidador/a no tiene quien le ayude a cuidar	6	6	7
Los miembros de la familia tienen que trabajar	7	7	5
Malas relaciones familiares	6	5	4
Falta de personas preparadas para atender a los/as que requieren ayuda	4	7	3

Sin embargo, resulta de interés que en preguntas anteriores los/as propios/as cuidadores/as reportaron que el tipo de apoyo mayormente recibido es el económico. La satisfacción de las necesidades económicas intrafamiliares ocupa un nivel superior en la jerarquía de necesidades por lo que los miembros de las familias priorizan

esta función en detrimento de las otras, dibujando un escenario que da lugar a la “hiperbolización de la función económica” (Campoalegre *et. al.*, 2016), fenómeno que se comporta de manera tendencial en la muestra estudiada.

En paralelo se refieren otras dificultades, aunque con diferencias cuantitativas según cada actor encuestado del hogar. Estas se vinculan a las carencias materiales provocadas por la situación socioeconómica que atraviesa el país, la escasez de recursos y de servicios que ofrece el Estado para la ayuda a las familias con miembros necesitados de cuidados. Entre ellas se reportan la inexistencia de artificios para el cuidado (como sillas de ruedas, bastones y andadores); la insuficiente atención al adulto mayor por las instituciones, la escasa alimentación y la falta de medicamentos. Estas limitaciones se refieren con una frecuencia mayor por los/as cuidadores/as y jefes/as de hogar; mientras que estos últimos destacan entre sus respuestas la falta de artículos para el aseo (12 veces). Las carencias reportadas obstaculizan el cumplimiento de las tareas de cuidado y se mencionan fundamentalmente por las personas que están a cargo del cuidado, ya que en muchos casos el jefe/a de hogar coincide con el cuidador/a (Ver Tabla No. 27).

Por su parte las personas necesitadas de cuidados aptas para responder mencionan también la poca ayuda hacia los/as cuidadores/as (7 veces); la necesidad de los miembros de las familias (fundamentalmente mujeres) que tienen que dejar de trabajar para dedicarse al cuidado (5 veces). Identifican con una frecuencia menor de repetición las malas relaciones familiares (4 veces expuesta cada una) y la falta de personas preparadas para atender a los/as que requieren ayuda (3 veces). En 15 ocasiones las personas mayores respondieron no saber a esta pregunta, lo que pudiera interpretarse como una evasión a la situación que atraviesan.

Los obstáculos que refieren los sujetos también están determinados por la reproducción de concepciones asistencialistas que van en detrimento de elementos movilizados de las potencialidades de los individuos, familias y comunidades. Campoalegre y otros autores afirman en una investigación realizada con familias en situación de vulnerabilidad social, que se han creado actitudes de receptores más o menos pasivos en muchos sujetos sociales. Se espera o exige la solución social o estatal de problemas y no se activan los recursos personales, familiares o comunitarios para alcanzar nuevas metas o para transformar la realidad en que se vive. (Campoalegre *et. al.*, 2016d:52)

Desde una visión más positivista se obtuvo el reconocimiento de los sujetos encuestados sobre las instituciones y/u organizaciones que apoyan a las familias con miembros necesitados de cuidados. Así se lograron identificar algunas de las que tienen como objeto social justamente la atención a las personas mayores como el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) desde sus diferentes áreas de atención como los consultorios de médico de la familia, policlínico y hospitales y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS).

En los últimos años se han aprobado medidas relacionadas con la Seguridad Social que promueven la autonomía, participación, inclusión social de las personas mayores y facilitan la incorporación y permanencia en el empleo de los familiares con capacidad para trabajar. Se aplican políticas fiscales y de precios que favorecen la natalidad y la atención de los/as adultos/as mayores. Se han promulgado leyes de Salud Pública, como la Ley No. 41, donde se establece la coordinación de los sistemas nacionales de salud con las demás instituciones del Estado y la participación activa de toda la comunidad para brindar la atención a los ancianos mediante acciones preventivas, curativas y de rehabilitación de índole biopsicosocial para lograr una vida activa y creativa de este grupo etario.

A pesar de estos logros aún se necesitan ejecutar acciones conjuntas que trasciendan el enfoque de salud de las personas mayores hacia aspectos que tienen que ver con la valoración de las redes de apoyo, y su grado de inclusión social según sus dotaciones de capital social.

Se identifican otros actores sociales que intervienen desde espacios comunitarios para apoyarlos/as como la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) que se refiere 13 veces por los/as cuidadores/as, 15 veces por los jefes de hogar y 6 veces por las personas cuidadas. Los Comité de Defensa de la Revolución (CDR) también son mencionados 11 veces por los/as cuidadores/as, 13 veces por los jefes de hogar y 6 veces por las personas cuidadas.

Por su parte, actores que se visualizan más vinculados a la esfera política como el Poder Popular, es expresado 4 veces por los/as cuidadores/as. La Asociación de Combatientes y el Partido Comunista de Cuba (PCC) se reportan una menor cantidad de veces (1 vez cada uno). De modo similar sucede con la Dirección Municipal de Vivienda y Planificación Física (DMVP) y el Ministerio de Educación (MINED) (2 veces para cada institución). Solo 9 veces se menciona que no existen organizaciones con este fin.

En el caso de las personas cuidadas aparece también con menor frecuencia de repetición el Partido Comunista de Cuba (PCC) y la Asociación de Combatientes (4 y 3 veces, respectivamente).

Estos resultados constatan cómo las familias centran su mirada en el Estado como uno de los principales actores que intervienen en el cuidado de las personas necesitadas, y específicamente al área de salud pública, aunque esta visión se ha ido extrapolando hacia otras esferas como la asistencia, seguridad social y organizaciones políticas y de masa que igualmente contribuyen a la atención a las personas mayores.

A pesar de que la mayoría de las personas que cuidan reconocen instituciones estatales que apoyan a las familias, la tendencia (59 %) niega haber recibido atención de algunas de ellas. Sin embargo, el 40 % de los/as cuidadores/as responde que sí o

que a veces han recibido algún tipo de atención por las instituciones mencionadas. En el caso de los/as jefes/a de hogar también se obtuvieron respuestas negativas del 43 %, aunque el 38 % respondió afirmativamente y a veces. Las personas cuidadas no distaron de esta forma de sentir y un 19 % respondieron no, un 12 % respondieron que sí la han recibido y un 9 % manifestaron que a veces (Véase Tabla No. 28).

Tabla No. 28: Si recibe atención de instituciones y/u organizaciones

Recibe atención de instituciones y/u organizaciones	Cuidadores/as (%)		Jefes/as de Hogar (%)		Persona necesitada de cuidados (%)	
	Total	%	Total	%	Total	%
Sí	27	27.0	24	24.0	12	12.0
A veces	13	13.0	14	14.0	9	9.0
No	59	59.0	43	43.0	19	19.0
No sé	0	0	1	1.0	2	2.0
No respuesta	1	1.0	2	2.0	1	1.0
No apto/a para ser encuestado/a	0	0	16	16.0	57	57.0
Total	100	100.0	100	100.0	100	100.0

De esta manera la mayoría de las familias que necesitan atención refieren no recibirla, lo cual está determinado porque las coordinaciones interinstitucionales son débiles y no siempre facilitan la articulación entre los distintos servicios y programas que provienen de distintos actores sociales. Los recursos económicos destinados para el funcionamiento de la institucionalidad y la puesta en marcha de las políticas de cuidado son claramente insuficientes, teniendo en cuenta la complejidad y el progresivo aumento de la población mayor.

De los/as cuidadores/as que afirman haber recibido atención por las instituciones, el 23 % de encuestados/as identifican que fueron atendidos/as por el MINSAP, el 7 % por el MTSS y 1 % por la FMC. El 9 % del total de casos no responden esta pregunta. El tipo de atención recibida se concentra en el tratamiento médico y asistencial, referido 17 veces y las visitas al hogar con una frecuencia de 9 veces, lo cual manifiesta la orientación salubrista con que se aborda el tema. Con menor frecuencia se reportan la prestación monetaria, la asignación de medios básicos para el cuidado y el seguimiento (reportado 2 veces cada caso).

El bajo reconocimiento de este tipo de ayuda se vincula a la escasez de recursos y utensilios para el cuidado, identificado como problemas que obstaculizan el trabajo de cuidados en Cuba. A pesar de que el módulo que reciben las personas cuida-

das es insuficiente, no existe una adecuada articulación de las políticas dirigidas a las familias con miembros que requieren de cuidados o en muchas ocasiones no llegan a ellas.

Del total de personas que respondieron afirmativamente haber recibido atención de las instituciones (40 %), se califica de buena por el 21 % y de excelente por el 6 %. De regular y mala fue calificado por el 3 % de los/as cuidadores/as, respectivamente. El 7 % restante no responde. El tiempo en que recibió la atención fue en su mayoría en los últimos doce meses (15 % del total de sujetos que afirman haber recibido atención). Con menor por ciento (7 %) se expresa actualmente, la semana pasada (4 %) y alguna vez en su vida (2 %). El resto (12 %) no responde. Estos datos confirman el mantenimiento de la atención que reciben las familias analizadas.

Los y las jefes/as de hogar por su parte refieren que las instituciones que más los han apoyado son el MINSAP (reportado 33 veces) y el MTSS (6 veces referido). Mencionan también la Asociación de Combatientes y la institución religiosa (no se especifica por el jefe/a la religión) 2 veces cada una y los CDR y la FMC (1 vez cada una). El tipo de atención recibida en la mayoría de los casos es el tratamiento médico y asistencial repetido 21 veces y visitas al hogar (11 veces). En menor medida se mencionan la asignación de medios básicos para el cuidado y el seguimiento médico (con frecuencia de 4 y 3 veces, respectivamente). La calidad de la atención de estas instituciones hacia ellos la califican mayormente de buena (24 veces) y excelente (11 veces); mientras que se repite 7 veces como mala y 3 de regular. El tiempo en que fueron receptores de esta ayuda se concentra mayormente en los últimos doce meses (19 veces); mientras que actualmente y la semana pasada se repite con una frecuencia de 11 y 5 veces, respectivamente.

Las personas cuidadas reconocen al MINSAP como casi la única institución que les ha dado apoyo ante la situación de cuidado (17 veces); mientras que el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, la Asociación de Combatientes, o alguna institución religiosa, le han dado ayuda, son mencionadas por muy pocos casos de los que refieren ser asistidos por esta (Anexo 28). El principal tipo de atención recibida consiste en el tratamiento médico y asistencial (14 veces), seguido por las visitas al hogar (5 veces), lo cual refleja que la atención institucional en materia de cuidados tiene un enfoque salubrista, debiendo extrapolarse a otros ámbitos de asistencia para lograr una atención integral a las familias con miembros dependientes de cuidados.

En nueve ocasiones la atención se estaba recibiendo en el mismo momento en que se llevaba a cabo la investigación, o en la semana inmediatamente anterior, y en ocho casos ella se obtuvo en el transcurso del año previo al estudio. En relación a la calidad de la ayuda recibida, 14 veces fue evaluada de buena, en 3 de excelente, y en 2 de regular. A su vez, resulta preocupante constatar que en 18 casos (16 de ellos correspondientes a personas mayores de 70 años) se declara no recibir atención por parte de institución alguna.

Los resultados expuestos demuestran la urgencia de un enfoque integrado de políticas que transversalice una perspectiva democrática de los cuidados, a partir de la corresponsabilidad social, que es clave para reorganizar los sistemas de protección social de cara a los desafíos que impone el acelerado envejecimiento poblacional.

Desde un enfoque propositivo se abordan recomendaciones expresadas por las propias familias para mejorar o facilitar el trabajo de cuidado en Cuba, haciéndose énfasis en cuatro esferas: institucional, política en materia de cuidados económica y familiar. Se parte del contenido de las recomendaciones donde nuevamente se rescata el protagonismo de los actores sociales vinculados al cuidado.⁴¹

4.4 Imaginarios en torno al trabajo de cuidados

Los imaginarios construidos alrededor del cuidado por la muestra de estudio deben ser vistos desde su diversidad y complejidad. Tienen puntos de encuentro que hacen visible lo significativo e importante que es el trabajo de cuidados, a la vez que reproduce patrones de desigualdad y de invisibilización sobre algunos de sus actores.

El/la cuidador/a al ejercer este rol articula y manifiesta varias conductas, ideas, formas de actuar y de ver el cuidado que luego serán apreciadas por sus coetáneos, las familias, la sociedad y la propia persona cuidada. Conocer entonces las motivaciones propias que llevaron a estos/as sujetos/as a ser cuidadores/as nos daría a entender tales actitudes.

Durante esta investigación se indagó las razones por las cuales las y los cuidadores/as cuidan y se halló una mayor concentración en motivos vinculados al tipo de parentesco, fundamentalmente el materno-filial, reportado con la frase “es mi madre” (repetida 30 veces). Además, plantean que: no hay otra persona que la cuide (expresada 20 veces) lo cual demuestra como el/la cuidador/a muchas veces tiene que asumir la atención de la persona necesitada en soledad y expresan además que por cuestiones económicas (13 veces) lo cual fue manifestada fundamentalmente por aquellos cuidadores/as formales no parientes, primarios/as y secundarios/as. Existen otras razones que se plantean por los/as encuestados/as de forma dispersa como son: soy su cónyuge; por afecto; es mi responsabilidad y por agradecimiento (Anexo 29.1).

Estos motivos reflejan el despliegue de las funciones familiares durante el curso de vida por el cual transitan sus miembros, donde los/as hijos/as pasan a ocupar el mayor peso en el cuidado y atención de sus madres y padres adultos mayores dentro del hogar. El cumplimiento de estas funciones se estipula además en la Constitución de la República de Cuba en el artículo 84 del Capítulo III de Las Familias en

⁴¹ Véase capítulo 5.

donde se plantea: “Los hijos, a su vez, están obligados a respetar, atender y proteger a sus madres, padres y otros parientes, conforme con lo establecido en la ley.”

Por otra parte, tener la visión de los otros sujetos encuestados y explorar sus imaginarios sobre esta misma temática nos era también complementario. De esta forma recogimos que las percepciones de los jefes de hogar no diferían tanto de las que planteaban los/as mismos/as cuidadores/as. Así se obtuvo que las razones por las que consideran que el cuidador/a se involucra en la tarea de cuidado están asociadas en su mayoría al vínculo parental, filial y afectivo con las personas que son dependientes de cuidado. De esta forma se manifiestan que: por el tipo de parentesco (19 veces respondida), afectivo (18 veces), es mi madre (17 veces), no hay otra persona que la/o cuide (12 veces repetido) son las principales respuestas que ofrecen. En este sentido hay que tener en cuenta que un alto por ciento de los jefes de hogar son los cuidadores/as informales por lo que tienen en su mayoría un vínculo familiar con esta persona en cuestión (Anexo 29.2).

Desde la visión de las personas cuidadas encontramos que entre las razones por las que se considera que su cuidador/a realiza la labor de cuidar, predominan también las de índole afectiva, relacional y familiar: por ser mi hijo/a (13 veces), por afecto (11 veces) y por amor (7 veces); aunque también aparecen otras de carácter económico: por retribución (6 veces) y porque gana dinero (5 veces repetidas). Estos resultados se corresponden con la tendencia de la muestra de ser cuidados principalmente por familiares, aunque también se dan algunos casos atendidos por un Asistente Social a Domicilio (Anexo 29.3).

Hasta el momento se observa que en los imaginarios que hay acerca del cuidado en la muestra de estudio predominan el compromiso familiar, parental y afectivo, además de que se muestra como muchas veces el cuidado es tarea de solo un miembro de la familia; que, como tendencia en nuestra investigación, suele ser una mujer que simultanea los roles de jefa de hogar y cuidadora.

A pesar de que cuidar a otra persona es una acción que demanda sacrificio y entrega y que ocasiona visibles cambios a nivel personal y de salud en quien lo realiza, se evidencia entre los/as cuidadores/as varias satisfacciones⁴² asociadas al trabajo de cuidado. Estas están relacionadas intrínsecamente con las relaciones afectivas que se establecen con la persona cuidada, la satisfacción por ver la finalidad de su trabajo y por el reconocimiento que obtiene cuando realiza el mismo.

Como demuestra la Tabla No. 29, los principales argumentos expresados para plasmar las satisfacciones asociadas al cuidado fueron: ver que la persona que cuida se siente bien y contenta (repetido 34 veces); brindarle compañía, afecto y apoyo (28

⁴² Este resultado fue obtenido a través del análisis de Multirrespuesta (Ver capítulo Metodológico). En este caso permitimos que los cuidadores/as expresaran hasta 3 satisfacciones e insatisfacciones asociadas al trabajo de cuidado.

veces); satisfacer las necesidades de la persona necesitada de cuidados (21 veces) y ver la mejoría del estado de salud de la persona necesitada de cuidados (19 veces).

Tabla No. 29: Satisfacciones e insatisfacciones en los/as cuidadores/as asociadas al trabajo de cuidado (Multirrespuesta)

Satisfacciones asociadas al cuidado	Cantidad de veces referida	Insatisfacciones asociadas al cuidado	Cantidad de veces referida
Ver que la persona que cuido se siente bien y contenta	34	No tengo insatisfacciones	55
Brindarle compañía, afecto y apoyo	28	Cuando la persona cuidada se enferma o empeora su estado de salud	13
Satisfacer las necesidades de la persona necesitada de cuidados	21	Que mi salud física y mental se ve afectada por cuidar	11
Ver la mejoría del estado de salud de la persona cuidada	19	No poder hacer algo más por ayudarla/o	11
Cuidar a mi madre	11	Dificultades económicas para la atención a la persona necesitada de cuidados	8
Retribuir lo que hizo por mí en el pasado	10	Dificultades institucionales y estatales para atención a la persona necesitada de cuidados	7
No tengo satisfacciones	10	No tengo tiempo para mí	7

Obsérvese que al indagar sobre las insatisfacciones asociadas al trabajo de cuidado, sobresale que los sujetos plantean no tener ninguna (55 veces repetido), lo cual ratifica el alto grado de implicación afectiva y en algunos casos parental que tienen con las personas cuidadas. No obstante, a pesar de que refieren no sentir insatisfacciones resaltan algunos otros criterios que están relacionados a las implicaciones que trae cuidar a otra persona, los desafíos que se pueden encontrar en dicha actividad y el esfuerzo que esta demanda. Algunas de sus respuestas fueron: “cuando la persona cuidada se enferma o empeora su estado de salud” (13 veces); “que mi salud física y mental se ve afectada por cuidar”; “no poder hacer algo más por ayudarla/o”, repetido 11 veces en cada caso.

Se demuestra de esta forma cómo las principales satisfacciones e insatisfacciones se centran en el otro/a (la persona cuidada) y se obvia el autocuidado, factores que

como ellos/ellas mismos/as reconocen influyen en la aparición de padecimientos biopsicosociales que limitan el desempeño adecuado de las tareas de cuidados.

Con el objetivo de conocer la representación social que existe sobre la imagen del cuidador/a (Tabla No. 30) se les pidió a todos los sujetos de la muestra de estudio que identificaran hasta tres cualidades que deberían poseer un cuidador o cuidadora y aquellas características que no debería poseer analizando dichas variables como Multirrespuesta.

Tabla No. 30: Imaginarios acerca de las cualidades positivas que debe poseer el cuidador/a (Multirrespuesta)

Cualidades positivas	Cantidad de veces por encuestado/a		
	Cuidador/a	Jefe/a de hogar	Persona cuidada
Paciente	58	43	15
Amor hacia la persona que cuida	24	17	3
Cariñoso/a	15	11	3
Responsable	12	10	2
Humano/a	11	5	1
Amable	9	8	6
Dedicado/a, consagrado/a	9	6	0
Buen trato	8	14	10
Atento/a	5	10	7

Como se observa en la tabla anterior los propios cuidadores/as refieren en primer lugar la paciencia (58 veces), criterio que es compartido por los/as jefes de hogar (43 veces repetida) y la persona cuidada (15 veces). Aparecen otros criterios que también son comunes a todos/as entre los que se encuentran: brindarle amor a la persona que cuida, ser cariñoso, responsable, tener buen trato, atento/a, amable, entre otros.

En el caso de las características que no debe poseer el/la cuidador/a tanto los propios cuidadores de la muestra como los/as jefes/as de hogar y las personas cuidadas identificaron como principales características negativas las mismas. En este caso (Tabla No. 31) coincidieron en que ser maltratador (repetido 24 veces por los cuidadores/as, 18 veces por el jefe/a de hogar y 9 veces por la persona cuidada), tener mal carácter (17 veces por los cuidadores/as, 16 veces por el jefe/a de hogar y 9 veces por la persona cuidada) y ser impaciente (15 veces por los cuidadores/as, 11 veces por el jefe/a de hogar y 6 veces por la persona cuidada).

Tabla No. 31: Imaginarios acerca de las características negativas que no debe poseer el cuidador/a (Multirrespuesta)

Características negativas	Cantidad de veces repetida por encuestado/a		
	Cuidador/a	Jefe/a de hogar	Persona cuidada
Maltratador/a	24	18	9
Mal carácter	17	16	9
Impaciente	15	11	6
Agresivo/a	8	5	2
Descuidado/a	8	4	2
Violento	9	6	2
Mala persona	2	2	5

Resulta interesante que muchas de estas características que la muestra describe como negativas para el/la cuidador/a están vinculadas con la percepción y concepción que tienen del término de violencia. El posicionamiento del Grupo de Estudios sobre Familia acerca del concepto de violencia es dado a través de la definición de Díaz, *et. al.*, (2006) quienes la ven como:

Todo acto u omisión intencional, que tiene lugar en el ámbito de las relaciones interpersonales en la familia, y es capaz de producir un daño físico, psicológico o patrimonial a su(s) propio(s) ejecutor(es), o a otro(s) miembro(s) del grupo, causando irrespeto a los derechos individuales. (p. 35).

Teniendo esto en cuenta observamos en la siguiente tabla que tanto cuidadores/as, como jefes/as de hogar y personas cuidadas entienden a la violencia⁴³ fundamentalmente desde la agresión física repetido 86 veces y psicológica respondida 85 veces. Lo mismo sucede con los jefes/as de hogar en la que la agresión física es reconocida 73 veces y la psicológica con igual número. En el caso de las personas cuidadas aptas para responder el cuestionario, predomina igual percepción reconociéndose la violencia física 34 veces, y la violencia psicológica 31 veces. Con menor frecuencia se refieren a la violencia sexual, la violencia patrimonial, económica y la de género.

⁴³ A partir del discurso de los sujetos sobre lo que consideraban que era la violencia, estas fueron agrupadas en la categoría violencia física, psicológica, sexual, patrimonial, económica y de género.

Tabla No. 32: Conceptualización de la violencia según percepción de la muestra de estudio (Multirrespuesta)

Conceptualización de la violencia	Cantidad de veces repetida por encuestado/a		
	Cuidador/a	Jefe/a de hogar	Persona cuidada
Violencia física	86	73	34
Violencia psicológica	85	73	3
Violencia sexual	5	2	1
Violencia patrimonial	2	0	0
Violencia económica	2	1	0
Violencia de género	1	0	0

La violencia física la describieron como agresiones a la integridad del otro, malos tratos físicos, peleas y golpes hacia otras personas. En el caso de la violencia psicológica se vio traducida a las humillaciones verbales, a los desprecios, la anulación del otro u otra, el no tomar en cuenta las necesidades de las personas dependientes de cuidado, entre otras. Con menor frecuencia se refieren a la violencia sexual, la violencia patrimonial, económica y la de género.

Específicamente cuando se exploraron cuáles eran las manifestaciones que ellos/as identificaban como violencia pudimos constatar que estaban estrechamente relacionados con lo que habían descrito anteriormente en el momento de conceptualizar la misma. Aparecen (Tabla No. 33) de esta forma dentro de las más representativas en toda la muestra en este orden: golpear, maltratar y gritar.

Tabla No. 33: Ejemplos de manifestaciones de violencia (Multirrespuesta)

Ejemplos de manifestaciones de violencia	Cantidad de veces repetida por encuestado/a		
	Cuidador/a	Jefe/a de hogar	Persona cuidada
Golpear	56	55	20
No tomar en cuenta a la otra persona	12	8	5
Gritar	43	33	17
Maltratar	49	38	19
Violencia sexual	6	1	2
Humillar	23	17	7

Tabla No. 33 (continuación)

Ejemplos de manifestaciones de violencia	Cantidad de veces repetida por encuestado/a		
	Cuidador/a	Jefe/a de hogar	Persona cuidada
Desatender a la persona necesitada de cuidados	14	10	5
No sé	3	3	3
Amenazar	12	12	3
Agredir	7	11	10
Ser déspota	1	0	
Ser grosero	4	8	6
Ofender	6	9	4
Asaltar	1	1	0
Violencia doméstica	0	1	0
Manipulación	0	0	1
Discriminación	0	0	1

Se incorporan otras como en el caso de los/as cuidadores y jefes/as de hogar que es humillar. Aparece también amenazar en la percepción del jefe/a de hogar y comparate con la persona cuidada que agredir es otra de las manifestaciones de violencia. Por último, tanto cuidadores/as como personas cuidadas consideraron que desatender a la persona necesitada de cuidados constituye también una expresión o manifestación de violencia. Todos estos ejemplos coinciden plenamente con la formación conceptual que los mismos tienen acerca de lo que es violencia para ellos.

Tales imaginarios expuestos anteriormente nos llevan a reflexionar que las cualidades y características mencionadas reflejan la importancia que le concede la muestra estudiada a ser autocontrolado/a, a considerar a las personas mayores necesitadas como sujetos/as humanos/as y necesitados/as a la vez que brinda un gran valor a los afectos y aquellas características que se deben poseer para el adecuado cumplimiento de las tareas de cuidado.

A raíz de los imaginarios que sobre las cualidades (positivas y negativas) tienen los/as encuestados/as, resultó de interés en la investigación conocer si los/as cuidadores/as se sentían identificados con las características antes expuestas (Tabla No. 34). En este aspecto obtuvimos que las tres cuartas partes del total de la muestra (76 %) se identificaban con las cualidades positivas antes referidas, proyectando una imagen positiva de sí mismo/a ante el ejercicio de las funciones de cuidados en las familias.

Tabla No. 34: Identificación del cuidador/a con cualidades positivas y características negativas (en porciento)

Identificación del cuidador/a con cualidades y características	Porcentaje
No respuesta	8.0
Sí	76.0
No	13.0
No sé	3.0
Total	100.0

Entre las razones que más se repiten para identificarse como tal se reportan: “soy paciente” (expresada 16 veces), “por parentesco” (10 veces), “le brindo cariño” (9 veces), “porque la/o trato/a bien” (8 veces). Así, el amor a las personas que cuidan junto con la paciencia, son elementos imprescindibles para el ejercicio del rol de cuidador/a.

La misma pregunta se dirigió a las y los jefes de hogar y a las personas cuidadas, pero orientándola hacia la percepción de si ellos consideraban que la persona encargada del cuidado contaba con algunas de estas cualidades y características. Los resultados, como se aprecia en la Tabla No. 35, arrojaron que el criterio que tenían los jefes/as de hogares y las personas que están siendo cuidadas era mayoritariamente afirmativo (74 % y 39 % respectivamente).

Tabla No. 35: Opinión de los/as jefes/as de hogar y persona cuidada de si el cuidador/a cumple con cualidades positivas y características negativas

Opinión de los/as jefes/as de hogar y persona cuidada acerca de cualidades y características cuidador/a	Jefe/a de hogar	Persona cuidada
	Porcentaje	Porcentaje
No respuesta	4.0	1.0
Sí	74.0	39.0
No	5.0	3.0
No sé	1.0	0
No apto/a mentalmente para responder	16.0	57.0
Total	100.0	100.0

Las razones por las que consideran esto con mayor frecuencia en el caso de los/as jefes/as de hogar es porque consideran que estas personas cuidan bien a los sujetos dependientes de cuidado (13 veces respondida), brindan cariño (12 veces), por el grado de parentesco que tiene con la persona que cuidan (11 veces), porque tratan bien a la persona cuidada y son pacientes (10 veces respondida cada una) (Anexo 30.1).

Como se observa, estas afirmaciones describen los imaginarios acerca de las cualidades y acciones positivas que son vertidas en aquellos que ejercen la tarea de cuidar. En este punto es importante recordar el gran porcentaje de jefes/as de hogar que se desempeñan como cuidadores/as principales informales que tienen parentesco con la persona cuidada y también a aquellos cuidadores/as formales no parientes, primarios/as y secundarios/as que asumen la jefatura en hogares unipersonales; ya que estas valoraciones en término de resultados de alguna forma pasan a ser autovaloraciones que los propios jefes/as de hogar dan de su desempeño como cuidador/a.

Las personas necesitadas de cuidado vierten sus percepciones fundamentalmente a como son tratados/as en el ejercicio del cuidado, así como a las cualidades positivas que vierten en aquellos/as que la/o cuidan. Así fundamentan criterios tales como: “me cuida bien” (13 veces), “me atiende” (9 veces), “me quiere, es cariñoso/a” (6 veces) y “es mi hijo/a” (5 veces) (Anexo 30.2).

Ante esta situación de cuidado tanto cuidadores/as como jefes/as de hogar manifiestan en su mayoría, que han ocurrido cambios a lo interno del funcionamiento de sus familias a raíz de la presencia de personas necesitadas de cuidado. Así vemos en la siguiente tabla como el 48 % de los cuidadores/as refieren haber percibido estos cambios al igual que un 47 % de los/as jefes/as de hogar.

Tabla No. 36: Percepción de cambios en el funcionamiento familiar (en porcentaje)

Percepción de cambios en el funcionamiento familiar	Cuidador/a	Jefe/a de hogar
No respuesta	10.0	8.0
Sí	48.0	47.0
No	42.0	29.0
No apto/a mentalmente para responder	0	16.0
Total	100.0	100.0

Al realizar una exploración de cuáles eran estos cambios les permitimos referir más de uno, dándole un tratamiento de Multirrespuesta a esta interrogante (Tabla No. 37). Así se obtuvo que ante esta pregunta 15 cuidadores/as no respondieron, lo cual es un aspecto que llama la atención y que puede evidenciar una evasión del tema en cuestión o un desconocimiento de lo que sucede a lo interno del núcleo familiar. En un segundo momento aparece la reestructuración del tiempo con una frecuencia de 13 veces expuesta. Esta reestructuración se hace manifiesta a través de la reorganización de las actividades de la vida cotidiana, la movilidad hacia un segundo plano de las tareas propias para satisfacer la de la persona cuidada, así como la cantidad de horas dedicadas al cuidado.

Como tercera opción de respuesta ofrecida (9 veces repetida) los sujetos manifestaron también un alejamiento de la familia ante la inminente situación de cuidado, entendida también como un desentendimiento; situación que deja en abandono en muchas ocasiones al cuidador/a y que apoya lo anteriormente planteado referente al poco afianzamiento de la función socializadora de la familia. Se obtienen además como otros de los cambios percibidos en lo interno del funcionamiento familiar la sobrecarga de roles, tema que ha sido abordado anteriormente en el desarrollo del libro (donde la mujer resulta ser más vulnerable) y la atención centrada en la persona cuidada. Ambas se muestran con una frecuencia de aparición de 6 veces. Por último, se vislumbra la percepción de una mayor unidad familiar ante la tarea de cuidar. Esta valoración se menciona también 6 veces.

Tabla No. 37: Cambios ocurridos en el funcionamiento familiar según cuidadores/as y jefes/as de hogar (Multirrespuesta)

Cambios ocurridos en el funcionamiento familiar	Cantidad de veces repetida por encuestado/a	
	Cuidador/a	Jefe/a de hogar
Reestructuración del tiempo	13	13
Dejé de trabajar para cuidar	5	4
La salud de la persona cuidada se agrava	2	5
Me siento sola/o	1	1
No tengo vida propia	5	3
La familia se aleja porque hay que dedicarle mucho tiempo al cuidado	9	6
Sobrecarga de roles	6	4
Mayor unidad familiar	6	6
Cambios en el estado de salud de los miembros de la familia	3	1
Se rota el cuidado	2	4
No hay tiempo para el esparcimiento en familia	3	6
La atención se centra en la persona cuidada	6	9
La salud del cuidador se deteriora porque no tiene tiempo para cuidarse	2	1
Muerte de algún miembro de la familia	1	0
Económicos	2	2
El cuidador/a tiene que ir a vivir a la casa de la persona cuidada	0	1
Padezco de dolores físicos	0	1

En el caso de los cuidadores/as que refieren que no ha ocurrido particularmente ningún cambio en el funcionamiento familiar (42 %), su percepción puede ser entendida como una inmovilidad dentro de las funciones que debe experimentar la familia ante un hecho de cambio tan impactante como es la asunción del cuidado de otra persona. O el reflejo de la baja o poca participación de los otros miembros en las tareas de cuidado que hace que se recaiga nuevamente en los aspectos relacionados con la sobrecarga de roles.

Los/as jefes/as de hogar perciben varios cambios que se manifiestan de forma dispersa con poca frecuencia de aparición cada uno. Los más reportados son los siguientes: reestructuración del tiempo al igual que en el caso de los/as cuidadores/as (13 veces repetido), la atención se centra en la persona cuidada (9 veces), no hay tiempo para el esparcimiento en familia y la familia se aleja porque hay que dedicarle mucho tiempo al cuidado (6 veces referido cada uno); además refieren que dejan de trabajar para cuidar y existe sobrecarga de roles (4 veces mencionado en cada caso).

La percepción de estos cambios muestra el complejo escenario de los cuidados marcado por la inequitativa distribución de roles y tiempos entre los miembros de la familia, dando lugar a la feminización de los cuidados y la sobrecarga de tareas. Además de la tendencia a minimizar otras actividades vitales para el desarrollo armónico de la personalidad como son el esparcimiento y el autocuidado, en muchas ocasiones desplazado ante la atención y preocupación hacia el otro/a.

Los cambios reportados por los sujetos de la muestra suponen una carga psicofisiológica para el cuidador o cuidadora, tema que ha ocupado el interés de varias investigaciones como las que lleva a cabo Rojas, E. (citado por López *et. al.*, 2017), uno de los expertos encuestados. Este autor centra sus estudios en el bienestar psicológico de los y las cuidadoras, como una de las categorías que permite indagar en los contenidos subjetivos que emergen en interrelación con las condiciones particulares que median en el ejercicio del rol de cuidador(a) y el impacto que esto supone para la salud de estas personas.

Por otro lado, resultó interesante la referencia a una mayor unidad familiar en 6 ocasiones, lo cual revela las estrategias asumidas por estas familias ante la presencia de uno o más miembros dependientes en el hogar, que, aunque no constituye una tendencia comportamental en la muestra estudiada, comienza a visibilizar la toma de crítica de las familias como las principales protagonistas de cambios para el trabajo de cuidado.

4.4.1 Imaginarios de niños/as y adolescentes acerca del trabajo de cuidados

La exploración acerca del trabajo de cuidados en niños/as y adolescentes que integraron la muestra tiene como fundamento que las familias continúan jugando un

papel fundamental en la educación de los hijos y las hijas y en su cuidado en términos generales. El ámbito familiar es determinante, tanto en el desarrollo afectivo, intelectual, social como cultural del niño/a y los/las adolescentes. La socialización en la familia se encauza a través de todas las acciones que ponen en interrelación a madres, padres e hijos/as. Algunas de ellas encarnan el propósito educativo más explícitamente, mientras que en otras se encuentra de modo más latente (Fleitas, 2005).

La preocupación por el bienestar de la infancia encuentra su máxima expresión en la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (1989), donde se promueve la idea de que la infancia tiene derecho a atenciones especiales, lo cual refleja el interés de los Estados hacia la infancia y juventudes, que se traduce, principalmente en protección; y el papel de la familia en la inserción de estos/as en espacios particulares, para promover su desarrollo, participación y autonomía personal. Los derechos reconocidos en la Convención fueron clasificados, con el objetivo de facilitar su divulgación, en tres tipos: provisión, protección y participación.

En Cuba, los/as niños/as y los adolescentes como grupos sociales son reconocidos sujetos plenos de derecho. Al respecto, el artículo 84 de la Constitución de la República de Cuba, defiende el derecho de los menores de edad a que sus madres y padres u otros parientes consanguíneos o afines, cumplan con la guarda y cuidado, les garanticen el cumplimiento de sus derechos, los protejan de todo tipo de violencia y contribuyan activamente al desarrollo pleno de su personalidad. Mientras, que el artículo 86 regula que “El Estado, la sociedad y las familias bridan especial protección a las niñas, niños y adolescentes y garantizan su desarrollo armónico e integral para lo cual tienen en cuenta su interés superior en las decisiones y actos que les conciernan” (2018:6).

Por estos motivos el Proyecto “El trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar en diálogo con las políticas públicas” incluyó en su muestra de estudio a los niños, niñas y adolescentes de las familias analizadas. Se aplicaron las técnicas proyectivas del Dibujo de la Familia a los niños y las niñas entre 5 y 10 años y la Composición “Mi familia” a los adolescentes entre 11 y 16 años con el objetivo de conocer la percepción de estos grupos etáreos sobre la dinámica familiar vinculada al cuidado.

Los principales hallazgos muestran que, de las 100 familias encuestadas, solo en 4 conviven niños menores de 10 años (todos masculinos), mientras que en 5 familias hay adolescentes entre 11 y 16 años (4 masculinos y 1 femenino). Se ratifica la escasa presencia de niños/as y adolescentes en las familias estudiadas (9 % del total de familias) y del sexo femenino en estas edades. Tales datos se corresponden con las estadísticas a nivel nacional donde se reporta un 63,8 % de hogares sin niños/as menores de 15 años, o lo que es lo mismo, que solo en el 36,2 % reside al menos un menor, para una cifra promedio de apenas 0,54 menores de 15 años por hogar. Quiere esto decir que los hogares cubanos se encuentran mayormente en etapas tardías de su ciclo vital (ONEI, 2014).

Del total de niños, tres reciben cuidados por una mujer cuidadora, que a su vez se encarga de la persona adulta mayor de la familia; de manera similar ocurre con cuatro adolescentes. Los dos casos que no son atendidos por la persona que cuida (1 niño y 1 adolescente) se deben a que esta no es miembro de la familia. Estos resultados refuerzan el fenómeno de la feminización de los cuidados como una tendencia general, ratificada en la muestra estudiada, donde a la par se vivencia por las cuidadoras una sobrecarga de roles. La rutina de la vida cotidiana familiar, de la compra y la realización de las actividades domésticas cotidianas, es muy estresante y agotadora para la mujer, le hace perder tiempo para su descanso y provoca para ella situaciones de salud que determinan su alta morbilidad. Lo más injusto de esa inequidad de roles es que la mujer cuida a todos, pero apenas le alcanza el tiempo para cuidarse ella.

Se indagó el centro educativo al que asisten estos niños/as y se obtiene que un varón asiste al círculo infantil, mientras que dos niños y la totalidad de adolescentes acude a la escuela regular. El niño restante es atendido por la cuidadora familiar ya que tiene un año de vida. Se muestra la responsabilidad compartida entre el Estado y las familias en el cuidado y educación desde las primeras edades.

Se aplica la técnica de Dibujo a los dos niños de 6 y 10 años, pues los dos restantes no cuentan con la edad establecida para la aplicación de la misma; y se trabaja con cinco adolescentes con la técnica de la Composición titulada "Mi familia".

Los dibujos aplicados (Anexo 31) reflejan la representación de los miembros de la familia donde los/as niños/as se incluyen sintiéndose parte de su hogar. En uno de los dibujos se evidencian rasgos de inseguridad determinados por la claridad en el empleo de los trazos que dificultan la visibilidad del dibujo, así como en el pequeño tamaño de los elementos representados. Además, se presentan seriación de elementos que se pueden vincular a posibles conflictos con la figura paterna, al estar ausente del hogar. Tal situación muestra la realidad de muchas familias cubanas monoparentales de jefatura femenina donde las mujeres asumen en ausencia de los padres, el cuidado de sus hijos e hijas. El otro dibujo tiene una mayor calidad en la representación de las figuras, dado que es un niño de mayor edad (10 años), quien dibuja a la madre y el padre presentes en el hogar.

El niño de menor edad representa las figuras humanas con cierto estropeo y reforzamiento fundamentalmente en las figuras de los adultos mayores que puede asociarse a conflictos con la abuela o posible necesidad de atención y afecto que demanda el niño al sentir que su madre desplaza la satisfacción de estas necesidades hacia la adulta mayor del hogar. El otro niño solo representa a la familia nuclear (madre, padre, hermana y él) y obvia a la persona adulta mayor de la familia quien padece de demencia, condición que la mantiene en una posición de pasividad, por lo cual hipotetizamos que el niño no la incluye como parte de la misma.

Las composiciones aplicadas a los/las adolescentes (Anexo 32) muestran cómo el concepto de familia se vincula directamente con la composición de la misma, al referir en la totalidad de los casos la cantidad de miembros que la componen y el parentesco con el/a adolescente. Estas proyecciones expresan la importancia de los vínculos parentales y de consanguineidad para los y las adolescentes de la muestra. Se evidencian la presencia de valores y funciones familiares que la sociedad promueve desde la infancia como el amor, la solidaridad y la unidad entre los miembros de la familia, los que forman parte del ideal de familia al que se aspira a escala social y que se reproducen a partir de la socialización familiar, concepciones que se proyectan en las composiciones.

En solo una composición el adolescente se refiere explícitamente a las personas dependientes de cuidados de su familia, proyecta el estado de salud de las mismas y el grado de implicación afectiva hacia la abuela y el abuelo, resultando un aporte significativo para la investigación. Este adolescente de 11 años comenta en su composición: “[...] a veces ayudo con el cuidado de mis abuelos ya que los quiero mucho y yo soy el nieto menor”.

El resto de los/as adolescentes no se refieren a estas cuestiones, lo cual puede estar asociado a que asumen mayormente una posición de receptores de cuidados, más que de apoyo a las personas dependientes de cuidados. No obstante, estos resultados difieren de la opinión de las personas cuidadas del hogar, quienes como tendencia vivencian que los más jóvenes los apoyan y les brindan cariño, lo que refleja la naturalización de la feminización de los cuidados y las rupturas intergeneracionales en su ciclo. Estos resultados demuestran la necesidad de una educación libre de sexismo desde la infancia que incluya el amor, respeto y cuidado hacia las personas mayores, así como la contribución desde sus posiciones de niños/as y adolescentes a las tareas domésticas y de cuidado.

Es concluyente que en la muestra estudiada hay una baja presencia de niños/as y adolescentes, estos/as son cuidados por la propia cuidadora familiar, quien en todos los casos es una mujer sobrecargada de roles domésticos y de cuidado. Se ponen en evidencia junto al fenómeno de la feminización de los cuidados y el familismo hasta el punto de vivenciar en uno de los infantes el desplazamiento de la satisfacción de necesidades de afecto y atención porque la madre se ocupa también de la persona mayor del hogar. Estos fenómenos se agudizan ante la ausencia de la figura paterna en las familias donde la mujer debe asumir sola el cuidado del niño/a.

El hecho de que algunos adolescentes y un niño no aluden u omiten a las personas mayores de la familia, fundamentalmente cuando son adultos y que no se perciben por los/as más jóvenes como entes activos del hogar. Esta situación demanda de una mayor sensibilización de estos grupos etáreos, del aporte de herramientas y conocimientos sobre las características de la tercera edad y las enfermedades que

pueden padecer los abuelos y abuelas mayores con un grado significativo de deterioro cognitivo.

Se demuestra que en la ejecución de la función socializadora de la familia es donde se reproducen concepciones referidas a la unidad y amor familiar, así como el peso de los vínculos consanguíneos y de parentalidad. No obstante, es necesario lograr una educación libre de sexismo desde la primera infancia donde se incluya el respeto y cuidado a las personas mayores. El Estado de conjunto con la familia y la sociedad juega un papel protagónico en el sistema de los cuidados y asume también la educación desde las primeras edades.

Capítulo V. Programa para el trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas⁴⁴

“Yo sé que tú sabes cuidar”⁴⁵

Los análisis precedentes derivados de trabajo con fuentes documentales y vivas que integraron la muestra seleccionada conducen a considerar que del ejercicio del derecho a los cuidados se derivan grandes retos para las políticas públicas. Se constata la necesidad de perfeccionar el sistema societal de cuidados.

En tal dirección, sobre la base del objetivo específico número 3, previsto en este proyecto se asume la tarea de: diseñar objetivos y contenidos como parte de un programa para el trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas.

Este programa fue objeto de análisis en el taller de validación y propuestas con médicos/as especializados/as en atención primaria y promoción de salud, trabajadores/as sociales y decisores/as de la Dirección Provincial del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en La Habana, educadores/as, investigadores/as, Federación de Mujeres Cubanas, CENESEX, Universidad de La Habana, Cátedra del Adulto Mayor, familias y dos órganos de prensa IPS y la emisora habanera, la COCO.

Los/as participantes del taller argumentaron las ventajas del Programa, formularon nuevas propuestas y modificar algunas de las presentadas que fueron incluidas en

⁴⁴ En lo adelante Programa.

⁴⁵ Frase de una investigadora del CIPS participante en el taller.

el plan de acción. También, hicieron énfasis por las/os participantes en la novedad e integralidad del Programa.⁴⁶ Este taller abrió la posibilidad de nuevas alianzas interinstitucionales a escala local para la aplicación del Programa y profundizó el posicionamiento teórico acerca del trabajo de cuidados y construyó la consigna del Programa, a propuesta de una de las participantes *“Yo sé que tú sabes cuidar”* (Yadira, investigadora).

5.1 Las recomendaciones desde las familias: un punto de partida clave

Resultan de especial interés las recomendaciones para facilitar y mejorar el trabajo de cuidados desde la visión de las familias. En este sentido, las propuestas que se repiten con mayor frecuencia por cuidadores/as son las dirigidas a las instituciones (referidas 68 veces), seguidas de las enfocadas hacia la política en materia de cuidados (40 veces) y la economía (22 veces).

Solo se observan 4 veces, recomendaciones dirigidas a las familias, quienes a pesar de reconocer la existencia de problemas sociales y estatales que interfieren en el cuidado, no son capaces de identificar los problemas que suceden a su interior. Las propias familias mencionaron durante las encuestas la falta de apoyo de otros miembros para el cuidado, la sobrecarga de roles, el distanciamiento de la familia ante las personas adultas mayores en situación de cuidados y la feminización de los cuidados. Sin embargo, proponen un número ínfimo de recomendaciones que pueden ayudar desde el espacio intrafamiliar a la mayor unidad, la reorganización de las tareas y el uso equitativo de los tiempos.

Las instituciones a las que van dirigidas las recomendaciones son el Ministerio de Salud Pública [MINSAP], el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social [MTSS], los centros de capacitación y de atención al cuidado de la adultez mayor. Entre estas recomendaciones los/as cuidadores/as refieren: atención de los organismos encargados como salud pública; mayor atención del médico de familia y ayuda de medios y recursos para atenderlo.

Por otra parte, las recomendaciones en relación con las políticas en materia de cuidados se centran en la necesidad de una mayor atención del Estado y el Gobierno a las personas que requieren cuidados y a los/las cuidadores/as. Las personas encuestadas mencionan la necesidad de que:

- El Estado se preocupe más por los postrados, encamados y ancianos.
- El trabajo conjunto de las organizaciones para el apoyo a las familias con personas que requieren cuidados.

⁴⁶ El taller fue grabado, por lo que se cuenta con una rica evidencia y fuente de información sobre el tema.

Las enfocadas a la economía se vinculan con el aumento de los salarios y pensiones, así como las mejoras económicas de las familias en sentido general, tales como: disponer de presupuesto para amparar a cuidadores y mejorar condiciones económicas y de viviendas en las familias.

Las recomendaciones brindadas por los/as jefes/as de hogar para facilitar el trabajo de cuidado, indican que la mayoría de las respuestas se dirigieron hacia las instituciones, (65 veces). Al respecto, destacan las siguientes:

- Sistematicidad en la entrega de medios y módulos para atender a los adultos mayores.
- Mayor frecuencia en las visitas a las personas enfermas por las instituciones encargadas.
- Lograr un trabajo social más activo.

Se reportaron 32 veces, recomendaciones dirigidas a las políticas sobre cuidados en Cuba como: “aterrizar en las comunidades los planes que se tienen para el adulto mayor” (Jefa de hogar, cuidadora adulta mayor), “crear más lugares para la capacitación de los cuidadores” (Cuidador adulto mayor) y “mejorar la alimentación del adulto mayor a través de una dieta” (Cuidadora, adulta media).

Las recomendaciones relacionadas con la economía, también se manifestaron por un número significativo de encuestados/as, hallándose 23 veces este tipo de respuestas. Entre ellas se mencionaron: “bajar el precio de los culeros y otros medios necesarios para el adulto mayor”; “recibir ayuda económica para los cuidadores/as que no trabajan y mejorar las condiciones económicas y de viviendas de las familias”.

Las recomendaciones dirigidas hacia las familias se hallan solo 4 veces. En este sentido se realizaron propuestas para la acción en el ámbito familiar que apelan a mayor consideración al cuidador/a, así como concientizar la atención a las personas con discapacidad.

Se muestra cómo a pesar de que las familias, tanto cuidadores/as como jefes/as de hogares, reconocen una serie de problemas que obstaculizan el trabajo de cuidado, son pocas las que identifican qué pueden hacer por sí mismas para un adecuado funcionamiento familiar, donde se logre la equidad en cuanto a roles y distribución de los tiempos para el cuidado de la persona dependiente y así se evite la sobrecarga y el fenómeno de la feminización de los cuidados.

Las recomendaciones propuestas también dan cuenta de la necesidad de una mayor atención por parte de las instituciones a las personas que requieren cuidados, desde el punto de vista médico, pero también en la provisión o facilitar el acceso a

los recursos materiales (alimenticios, medicamentos, económicos, entre otros), que contribuyan a la calidad de vida de la persona cuidada y su cuidador/a.

En las personas que requieren cuidados, puede apreciarse un discurso que es compartido con los restantes grupos encuestados, aunque con determinados matices diferenciadores, en los que subyace el lugar de enunciación del/a encuestado/a. Entre las recomendaciones de contenido institucional se destacan: “los ancianos deben tener más atención por parte del Estado”; “las instituciones de salud, y en especial el Médico de Familia, deben darle seguimiento periódicamente a los adultos mayores”; “se requieren más instituciones que atiendan a los ancianos, y estas deben mejorar la calidad de su trabajo”; “hay que capacitar a las personas que cuidan”.

Acerca de las recomendaciones asociadas a las políticas, las personas cuidadas se dirigen, entre otros temas, a: agilizar los trámites para la compra de medicamentos; asignar cuidadores por vía estatal; organizar mejor el trabajo del Médico de la Familia y crear más espacios para el esparcimiento de los adultos mayores. Mientras, en las de tipo económico comprenden asuntos tales como: facilitarles más recursos y medios a los adultos mayores; garantizar una buena alimentación a los ancianos; aumentar las pensiones, pues son insuficientes para garantizar la alimentación; y darle más ayuda económica al/a cuidador/a.

También las personas cuidadas no hicieron ninguna recomendación dirigida a las propias familias, lo que demuestra la falta de reconocimiento del papel activo que deben tener las mismas como entes transformadores de su propia realidad, independientemente de la función del Estado y demás agentes involucrados.

En resumen, un análisis comparado de las tres categorías de personas encuestadas demuestra que se priorizan las propuestas dirigidas a las instituciones, especialmente al MINSAP y al MTSS. En este resultado inciden, al menos dos elementos decisivos:

- Estas instituciones en la vida cotidiana de las familias, representan al Estado como uno de los proveedores principales de bienestar, en calidad de rasgo central del sistema societal de los cuidados en Cuba.
- Impacto de las transformaciones del referido sistema con tendencias hacia el familismo en la actualización del modelo económico y social en el país, que demanda mayor aporte de las familias al bienestar de sus miembros.

En segundo lugar, aparecen las recomendaciones que dirigen la atención a las políticas públicas fijando metas y aspiraciones de cambio. Estas recomendaciones en relación con las políticas en materia de cuidados se centran en la necesidad de una mayor atención del Estado y el Gobierno, tanto a las personas cuidadas, como a los/as cuidadores/as. Por último, se ubican las recomendaciones destinadas al ámbito económico. Aunque parece paradójico, el área económica es en la que se

identifican los mayores problemas, pero también en la que se recibe la mayor parte del apoyo familiar.

Sin embargo, la familia queda prácticamente silenciada como agente de cambio, en las recomendaciones formuladas por los tres grupos encuestados. En este resultado influye el enfoque asistencialista que ha caracterizado a las políticas públicas cubanas con posterioridad al triunfo de la Revolución en 1959.

También, algunas/as expertos/as, desde una posición crítica aportan recomendaciones, tales como:

“Se hace notable la necesidad de construcción y arreglos de círculos infantiles que durante el período especial disminuyeron. [...] el trabajo desde la familia no se reconoce completamente, se recarga a la misma cuando hay cuidados que deben asumir otras instancias, principalmente se recargan a las mujeres de la casa.” (Álvarez, citado por López *et. al.*, 2017:19).

“En el caso de Cuba un problema fundamental es el pesquisaje activo por los médicos de la familia, geriatras y otros operadores de la salud, también falta atención por los factores de la comunidad. Dar prioridad a la pesquisa activa por el sistema de salud y de seguridad social.” (Palenzuela, citado por López *et. al.*, 2017:12).

De este modo, familias y expertos coinciden en identificar desafíos que deben realizar todos los agentes implicados en el trabajo de cuidados en Cuba, en aras de lograr la corresponsabilidad necesaria que facilite el desempeño de estas tareas.

5.2 Componentes del Programa para la atención al trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar: Parte General

Este Programa para la atención al trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar es entendido como componente de la política pública, que a partir de determinados principios y objetivos moviliza de forma articulada un conjunto de acciones, servicios y actores en función del bienestar de las familias. Ha sido diseñado con dos partes constitutivas de carácter general y especial respectivamente. La parte general abarca los objetivos, principios, destinatarios/as y bases para su aplicabilidad. La parte general contiene el plan de acción y los servicios.

Se trata de avanzar hacia un Programa de cuidados a largo plazo que pone énfasis en la adultez mayor y las personas con discapacidad, de modo que se integren y coordinen los cuidados que se brindan actualmente, y se incorporen otros.

El objetivo general del programa es brindar atención a las familias en materia de trabajo de cuidados, con vistas a garantizar el bienestar de sus miembros. Mientras, sus objetivos específicos son:

- Capacitar a cuidadores/as, otros/as miembros de las familias y redes de apoyo para la realización directa e indirecta del trabajo de cuidados en el ámbito familiar.
- Contribuir a la articulación de la labor de las instituciones estatales, las entidades económicas no estatales, los actores de la sociedad civil y las familias en el trabajo de cuidados a escala territorial.
- Instrumentar un servicio de consejería para atender los principales problemas del trabajo de cuidados identificados.

Constituyen los principios de este Programa:

- El empoderamiento familiar; definido como la creación de las condiciones para que las familias puedan desempeñar mejor sus funciones (Campoalegre, R., Solares, Chávez, Manreza y Samón, 2016b).
- La consideración de las familias como unidad de análisis integral y no a sus miembros aislados, su papel central en las fases del Programa.
- El enfoque de género y derechos en calidad de premisa de las acciones del Programa, que supone la deconstrucción de la concepción de dependencia y estimula la promoción de oportunidades.
- La estimulación de las potencialidades comunitarias para el trabajo de cuidados.
- La concepción del Programa como proceso desde el diseño hasta su seguimiento, apreciación, continua y participativa.
- Flexibilidad y contextualización: El programa se concibe como una herramienta flexible que exige ser ajustada a las características del trabajo de cuidados en el territorio donde se aplicará, tanto a sus demandas, tendencias, potencialidades y barreras para desplegarlo.

Destinatarios

Este programa se dirige básicamente a las familias y a su red de cuidados, integrada por los/as cuidadores/as y otros actores comunitarios, estatales y no estatales, y las instituciones estatales responsabilizadas directamente con el trabajo de cuidados a escala territorial.

Bases para la aplicabilidad del Programa

Los contenidos de este Programa requieren como paso previo a su instrumentación en cada territorio, la realización de un análisis de contexto, especialmente en lo concerniente al diagnóstico del comportamiento del trabajo de cuidados. Este análisis debe ser tendencial abarcando aspectos como: la caracterización de las modalidades, actores, prácticas, imaginarios, problemas principales del trabajo de cuidados, propuestas, barreras y potencialidades para su realización. Esta aplicación se desplegará en calidad de proceso que comprende las etapas siguientes:

Etapla preparatoria: Tiene la misión de garantizar la sensibilización con el tema, organizar los equipos y etapas de trabajo. En todas estas etapas debe considerarse como prioritaria la participación de las familias.

Etapla de rediseño: Durante esta etapa se realiza el diagnóstico del trabajo de cuidados en el territorio y se ajusta el Programa a sus resultados. Comprende la socialización de ambos.

Etapla de implementación: Consiste en la aplicación del plan de acción en las áreas identificadas con la dirección del grupo coordinador y la participación de los actores implicados.

Monitoreo: Comprende el seguimiento de las acciones previstas atendiendo a un sistema de indicadores que se construirán en el servicio correspondiente.

Evaluación: Abarca la apreciación del cumplimiento de los objetivos del programa, a través de sus principales efectos.

Ventajas del Programa

Es un Programa transdisciplinar, que rebasa el enfoque salubrista, carential, basado en la dependencia y por ende eminentemente asistencial que predomina en materias de política pública cubanas y en este caso en el trabajo de cuidados. Este Programa, es visto en clave decolonial, por lo que se fundamenta en la deconstrucción de esa visión carential, y en consecuencia promueve el nuevo paradigma de los cuidados como trabajo social, con enfoque de corresponsabilidad, de género y de derechos más allá de las necesidades básicas.

Otra de las ventajas es que da respuesta a unas de las preocupaciones actuales relevantes en cuanto al trabajo de cuidados y es: ¿Quién cuida a cuidador/a? Solucionar esta cuestión es un elemento clave para la estabilidad y el desarrollo del sistema societal de cuidados.

Constituyen ventajas el carácter flexible del Programa como punto de partida para la instrumentación en diferentes territorios sobre la base de la corresponsabilidad.

Se asume la corresponsabilidad, en primer lugar, al interior de las familias y también entre estas, el Estado, la Sociedad civil y el Mercado. Otra ventaja es su capacidad de dar respuestas al desafío de promover “los análisis de diferentes alternativas que contribuyan al cambio de la actual división sexual del trabajo doméstico y de cuidado de las familias, con sobrecarga principalmente de las mujeres” (Álvarez, 2015:135).

El programa apuesta como elemento fundamental a la formación de capacidades en diversos actores del trabajo de cuidados, con lo que se crean las condiciones para su estabilidad perspectiva. Al respecto, se distingue la oportunidad que representa contar con tres servicios sociales dedicados a la atención, el monitoreo y la teleasistencia mediante redes comunitarias, respectivamente. Es un Programa que se caracteriza por su nivel de integración.

Los/as participantes del taller añaden otras ventajas del programa relativas a que:

- Se incorporan al Programa múltiples instituciones y actores sociales vinculados al trabajo de cuidados en Cuba.
- Se establecen propuestas bien pensadas y elaboradas que responden al trabajo de cuidados.
- Posee rigor científico ya que logra proponer acciones que responden al cuidado a partir de la metodología de la acción-participativa.
- Se distingue la novedad del Programa por el impacto social que posee y los beneficios que puede propiciarle a las familias cubanas.

En el discurso de estos/as talleristas sobresalen frases como:

“Muy bien pensado, bastante integral” (Efraín, profesor de Ciencias Médicas).

“Aprender a envejecer” (Arasay, doctora en veterinaria, labora en el CENESEX).

“No había visto la integración de tantos actores desde la base como se manifiesta en este Programa” (Fé, profesora de la Universidad de La Habana).

5.3 Parte Especial: plan de acción y servicios

La parte especial del Programa reviste un carácter instrumental y está conformado por las acciones y los servicios que serán desarrollados en las diversas etapas del Programa. El plan de acción se elaboró atendiendo a los principales problemas identificados que fueron agrupados por áreas de incidencia, correspondientes a cada una de las acciones previstas. Tales áreas son las siguientes: aspectos generales de políticas públicas, económica/material, salud, formación de capacidades para el cambio y jurídica.

Para la gestión del programa se prevé la estructura organizativa integrada por representantes de las entidades estatales y no estatales, organizaciones sociales, una representación de las familias implicadas y otros actores de la sociedad civil intervinientes en el trabajo de cuidados, con el acompañamiento teórico-metodológico del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, a través del Grupo de Estudios sobre Familia.

El Grupo de Estudios sobre Familia coordinará las áreas de formación de capacidades y jurídicas, de conjunto con la Dirección Provincial de Trabajo y Seguridad Social en la provincia de La Habana (DPTSS) y la Unión de Juristas de Cuba, especialmente con el apoyo de las sociedades de Derecho de Familia y de Informática de la referida organización.

Plan de acción

El plan de acción se atiene al criterio de que el trabajo de cuidados requiere un enfoque complejo y transdisciplinar que engloba aspectos políticos, económicos, de salud física y psíquica, éticos, legales, formativos y comunicacionales, entre otros. Tales aspectos posibilitan proveer bienestar a las personas que requieren y/o brindan cuidados y a las familias implicadas.

Área: aspectos generales de las políticas públicas

Esta área agrupa un conjunto de acciones que actúan como premisas para el perfeccionamiento organizativo y funcional del Sistema societal de cuidados en el país y que en consecuencia constituyen el primer eslabón de un programa en esta esfera (Tabla No. 38). Estas acciones se complementan con otras que se despliegan a nivel local, interacción que puede contribuir a dar coherencia y estabilidad perspectiva al Programa, es decir capacidad para seguir sosteniéndose en el tiempo.

Las acciones del Programa se organizan por áreas, articulan recomendaciones y experiencias precedentes, con nuevas propuestas derivadas de los resultados de este proyecto.

Tabla No. 38: Acciones generales de políticas públicas

No.	Acciones de transformación	Participantes
1	Crear una entidad gubernamental encargada de la atención integral al trabajo de cuidados. Entre sus funciones estarían las de articular, financiar, promover y controlar las actividades a escala de la sociedad que propendan a la integración social más plena de los adultos mayores, a su cuidado y a la elevación permanente de su calidad de vida.	Consejo de Estado y de Ministros, MTSS, MINSAP, MINED, CIT-MA, FMC.

Tabla No. 38 (continuación)

No.	Acciones de transformación	Participantes
2	Establecer un sistema integral de cuidado, basado en la corresponsabilidad Estado-familias-comunidad-sector no estatal y sociedad civil.	Consejo de Estado y de Ministros, MTSS, MINSAP, MINED, FMC y familias.
3	Transitar en el diseño de políticas familiares que logren una mejor distribución de roles y tareas entre el espacio doméstico y "público" y partan de un análisis integral del grupo familiar desde la perspectiva de género, de derechos e interseccional.	MTSS, MINSAP, MINED, CITMA, FMC y familias.
5	Analizar las posibilidades de implementar diferentes alternativas de cuidado –además de las ya existentes– desde el Estado y el empleo no estatal, que involucren a otros actores sociales y productivos, como las empresas y la creación de cooperativas no agropecuarias comunitarias que brinden esos servicios.	DPTSS, DPSP, FMC, CITMA, familias y redes comunitarias.

Área económica/material

Los problemas de carácter económico/material, muestran alta incidencia en el trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar, sobre esta base son prioridades en un Programa de Cuidados. Estas acciones (ver Tabla No. 39) tienen la particularidad de que benefician tanto a las personas que requieren cuidados como a sus cuidadores/as, en el desempeño de tareas cotidianas en función del bienestar material y subjetivo de las familias implicadas.

Tabla No. 39: Acciones económicas y materiales

No.	Acciones de transformación	Grupo coordinador
1	Continuar el otorgamiento de subsidios y/o la asignación de recursos a las familias con niños/as, adultos/as mayores que requieren cuidados y personas con discapacidad.	Dirección Provincial de Trabajo y Seguridad social (DPTSS), Direcciones Municipales de Trabajo y Seguridad Social (DMTSS) y Consejos de Administración Municipales.
2	Establecer el impuesto fiscal destinado al trabajo de cuidados, atendiendo a las características de cada territorio.	Gobiernos locales, FMC y CDR.

3	Mejorar las condiciones objetivas y subjetivas de vida de las personas que requieren cuidados y sus familias aprovechando las potencialidades internas, especialmente las locales institucionales y de redes comunitarias. Hacer énfasis en la alimentación y otros derechos relativos al bienestar subjetivo de adultos/as mayores y de las personas con discapacidad.	Dirección Provincial de Trabajo y Seguridad Social (DPTSS), Direcciones Municipales de Trabajo y Seguridad Social (DMTSS), Consejos de Administración Municipales, FMC, CDR, organizaciones no gubernamentales y redes comunitarias [ONG].
4	Elevar la cobertura de la actual prioridad a quienes se desempeñan en puestos imprescindibles para el desarrollo del país y especialmente a quienes son el único sostén del hogar, más aún si son mujeres, mediante alternativas que garanticen de manera efectiva el sustento familiar.	Dirección Provincial de Trabajo y Seguridad Social (DPTSS). Direcciones Municipales de Trabajo y Seguridad Social (DMTSS). Consejos de Administración.
5	Fomentar en proyectos específicos de desarrollo comunitario, los servicios de apoyo al hogar en materia de trabajo doméstico y de cuidados, de modo tal que se facilite la conciliación entre trabajo remunerado y el no remunerado en las familias. Tales como lavandería, comida rápida, mantenimiento a equipos, limpieza, entre otros servicios.	Dirección Provincial de Trabajo y Seguridad Social (DPTSS), Direcciones Municipales de Trabajo y Seguridad Social (DMTSS), Consejos de Administración, ONG y redes comunitarias.
6	Crear y hacer público a la población en cada Consejo Popular el inventario general de disponibilidad y entregas de las ayudas técnicas (instrumentos y utensilios), módulos y otros recursos para el trabajo de cuidados.	Dirección Provincial de Trabajo y Seguridad Social (DPTSS), Direcciones Municipales de Trabajo y Seguridad Social (DMTSS), Consejos de Administración.
7	Sistematizar, hacer públicos y someter a fiscalización popular el acceso y la entrega de medios y módulos para atender a las personas que requieren cuidados, especialmente a las infancias, adultos/as mayores y personas con discapacidad.	Dirección Provincial de Trabajo y Seguridad Social (DPTSS), Direcciones Municipales de Trabajo y Seguridad Social (DMTSS), Consejos de Administración.
8	Incrementar, en la medida de las posibilidades, la dotación de instrumentos y utensilios para el trabajo de cuidado a las familias necesitadas, combinando las acciones de compra/venta, donaciones internacionales, recursos obtenidos por la vía de la corresponsabilidad social de las empresas, los impuestos en el territorio, aportaciones de iniciativas de economía solidaria, el trabajo de racionalizadores e innovadores a escala local.	Dirección Provincial de Trabajo y Seguridad Social (DPTSS), Direcciones Municipales de Trabajo y Seguridad Social (DMTSS), Consejos de la Administración Provincial.

Tabla No. 39 (continuación)

No.	Acciones de transformación	Grupo coordinador
9	Ampliación y el mejoramiento, de acuerdo con las posibilidades y necesidades de cada territorio, de los servicios que se prestan a la trabajadora y sus familias, entre ellos los del cuidado de niños(as) y adultos mayores y personas con discapacidad.	MINSAP, MINED, MINCULT, Gobiernos locales, ONG y redes comunitarias.

Área de Salud

Tomando en consideración las características del modelo cubano de Salud, esta área pone énfasis en las acciones que agrupan las de carácter preventivo.

Tabla No. 40: Acciones de Salud

No.	Acciones de transformación	Grupo coordinador
1	Promover políticas que centren su atención en la salud de cuidadores/as familiares, especialmente implementar programas de intervención para elevar los niveles de bienestar psicológico.	MINSAP, trabajadores/as sociales, redes comunitarias y familias.
2	Crear espacios para cuidadores informales en las instituciones hospitalarias, donde un especialista les brinde acompañamiento psicológico y les prepare para adecuar en su desempeño diario, cómo trabajar con sus emociones.	Direcciones Provinciales y Municipales del MINSAP y familias.
3	Reforzar equipos multidisciplinarios de atención gerontológica que acompaña al Grupo básico.	Direcciones Provincial, Municipales del MINSAP, MTSS y familias.
4	Desarrollar la especialidad de geriatría atendiendo a las necesidades de atención al adulto mayor.	Direcciones Provincial, Municipales del MINSAP, trabajadores/as sociales y familias.
5	Revitalizar el pesquiasaje activo y la atención por geriatras, médicos/as de la familia y otros operadores de la salud.	Direcciones Provincial y Municipales del MINSAP
6	Sistematizar e incrementar el acceso a las ayudas técnicas para atender a los/as adultos/as mayores con limitaciones físico-motoras y personas encamadas.	Direcciones provincial y municipales del MINSAP, trabajadores/as sociales.

7	Coordinar con instituciones especializadas del CITMA, la inclusión de los Consejos Populares estudiados en proyectos vinculados a la reducción de riesgos ambientales y barreras arquitectónicas para las personas adultas mayores y con discapacidad. Conjuguar acciones educativas y obras de saneamiento.	CITMA, MINSAP, gobiernos locales, Organizaciones no gubernamentales, redes comunitarias y familias, trabajadores/as sociales.
---	--	---

Área de formación de capacidades para el cambio

Particularmente en el área de formación de capacidades para el cambio se integran todas aquellas acciones que tributan desde diversos sectores y actores sociales que permitan elevar la agencia de las familias con vistas al trabajo de cuidados (Tabla No. 41).

El área pone énfasis en la articulación de aspectos educativos, comunicativos, socioculturales, de investigación y servicios. Ello también responde al propósito de deconstruir el enfoque reduccionista, que circunscribe el trabajo de cuidados a la dependencia y al área de Salud.

Tabla No. 41: Acciones de formación de capacidades para el cambio

No.	Acciones de transformación	Grupo coordinador
1	Promover la cultura del cuidado y el autocuidado en la sociedad. Desarrollar aprovechando a través de alianzas institucionales, espacios para la promoción de información sobre los cuidados.	CIPS, CITMA, CAM provinciales, FMC, MINED, MES, MINCULT, ICRT, MINSAP, MININT, MINFAR, ONG, familias y redes comunitarias.
2	Implementar contenidos mediante diversas modalidades que promuevan la cultura de los cuidados en todos los niveles de educación.	MES, CITMA, FMC, MINED, MES, MINCULT, MINSAP, MININT, MINFAR, INDER y CIPS.
3	Introducir el trabajo de cuidado como asignatura optativa en todas las carreras universitarias.	MES, MINSAP, MTSS, CITMA, CIPS, MININT, MINFAR e INDER
4	Diseñar e implementar de forma escalonada el programa de capacitación sobre el trabajo de cuidados (Anexo 33).	CIPS, MINSAP, MTSS, FMC, ACLIFIM, familias y redes comunitarias.
5	Crear una base de datos integrada de las adultos/as mayores y personas con discapacidad que requieren cuidados.	MTSS, MINSAP y ACLIFIM

Tabla No. 41 (continuación)

No.	Acciones de transformación	Grupo coordinador
6	Crear un programa radial/televisivo de orientación conocimientos, las técnicas y los procedimientos del cuidado y el autocuidado, de modo que las personas alcancen la mayor edad posible con un adecuado nivel de valimiento.	CIPS, MINSAP, Radioemisora habanera COCO y ACLIFIM
7	Profesionalizar la tarea de cuidado, acreditando los saberes y promoviendo instancias de capacitación partiendo de desmitificar la idea de que las mujeres poseen las habilidades naturales para su realización.	MTSS, MIMSAP, CIPS y ACLIFIM
8	Promover la ampliación de las redes de apoyo familiar, a través de la distribución con equidad de las funciones familiares en el trabajo de cuidados y otras áreas vinculadas a este.	Familias, Medios de comunicación social, CIPS, MTSS, MINED, MINSAP, ACLIFIM, ONGs y redes comunitarias.
9	Voluntariado para la capacitación en aras de fortalecer las redes de apoyo al trabajo de cuidados en Cuba.	Familias, FMC, CIPS Medios de comunicación social, MTSS, MINED y MINSAP ACLIFIM, ONGs y redes comunitarias.
10	Diseñar un folleto sobre el trabajo de cuidados que se titule: "Yo sé que tú sabes cuidar".	CIPS, Familias, FMC, MTSS, MINED MINSAP ACLIFIM, UNJC y redes comunitarias.
11	Crear una agencia de cuidadores/as para solicitar el servicio de cuidados donde se evalúen las capacidades y competencias de las personas para el desempeño de la profesión e incorporarlas a una bolsa de cuidadores/as.	MTSS, familias, FMC, Medios de comunicación social, CIPS, MINED y MINSAP, ACLIFIM, ONGs, redes comunitarias y familias.
12	Creación de espacios para la promoción de diálogos intergeneracionales sobre el trabajo de cuidados en las escuelas primarias y secundarias de los municipios estudiados.	MINED, CIPS, MINSAP, ACLIFIM, redes comunitarias y familias.
13	Promover y asesorar en los consejos populares y con los/as líderes formales e informales, la creación de proyectos socioculturales enfocados en los/as adultos mayores y personas con discapacidad.	Consejos Populares, MINCULT, CIPS, familias y medios de comunicación social.
14	Socializar los resultados de esta investigación a: familias de los municipios habaneros, decisores/as, referentes de políticas públicas, educadores/as, comunicadores/as, líderes/as comunitarios/as y agentes de transformación de la sociedad civil.	CIPS, CITMA, MINCULT, MINED, ACLIFIM, MTSS, MINCULT, Asamblea Provincial del Poder Popular, medios de comunicación MINJUS, familias y redes comunitarias.

15	Realizar investigaciones sobre el cuidado de las familias a escala nacional.	CIPS, CITMA, MINCULT, MINED, MES.
16	Identificar y generalizar acciones de innovación y racionalización para la producción alternativa de ayudas técnicas y otros medios destinados a las personas que requieren cuidados.	CITMA, Asociación de innovadores y racionalizadores [ANIR] y ACLIFIM, MTSS, CAM provinciales, redes comunitarias y familias.
17	Elaborar una multimedia sobre el trabajo de cuidados.	UNJC, CIPS y familias.
18	Diseñar e implementar la línea de ayuda para el trabajo de cuidados.	CIPS, DPTSS y DPS.
19	Diseñar, implementar y monitorear el servicio de atención del Programa.	Ministerio de la Informática y las Comunicaciones, Sociedad Científica de Informática, UNJC, MINSAP, FMC, CIPS, redes comunitarias y familias.
20	Diseñar e implementar un servicio de teleasistencia.	Ministerio de la Informática y las Comunicaciones, Sociedad Científica de Informática, UNJC, MINSAP, FMC, CIPS, redes comunitarias y familias.
21	Diseñar, implementar, dar seguimiento, evaluar y monitorear el Programa.	CIPS, DPTSS y familias.

Área Jurídica

El área jurídica responde al principio de concebir los cuidados en calidad de derecho, así como toma en consideración el contexto de transformaciones jurídicas que el país vive.

Tabla No. 42: Acciones jurídicas

No.	Acciones de transformación	Grupo coordinador
1	Implementar el Fórum Permanente de generación de propuestas en el proceso de perfeccionamiento de la legislación de familias.	CIPS, miembros del Foro, UNJC, redes comunitarias y familias.
2	Establecer espacios radiales y televisivos que aborden los temas del derecho al cuidado y las consecuencias penales de violaciones de derechos.	ICRT, CIPS, UNJC, ICRT, MINED y FMC.

Tabla No. 42 (continuación)

No.	Acciones de transformación	Grupo coordinador
3	Introducir técnicas de informatización y comunicación que contribuyan a dar respuestas a las crecientes necesidades de cuidados.	Ministerio de la Informática y las Comunicaciones, Sociedad Científica de Derecho e Informática, UNJC, MINSAP, FMC y CIPS.

El programa diseñado representa una alternativa de respuesta a las demandas crecientes del trabajo de cuidados en el país, asumido en una perspectiva integradora que promueve capacidades para la transformación en este campo, sobre la base del paradigma de la corresponsabilidad en los ámbitos familiar y social.

Servicios del Programa

El programa prevé servicios en función del trabajo de cuidados, están interrelacionados, se presuponen y se complementan mutuamente: uno es de atención y el otro de monitoreo. El servicio de atención tiene el objetivo de orientar a las familias, especialmente a cuidadores/as, personas que requieren cuidados, así como especialistas y profesionales vinculados al trabajo de cuidados. En tal sentido, a diferencia de las experiencias precedentes,⁴⁷ que suelen fijar un enfoque dicotómico entre los actores del trabajo de cuidados (cuidador/a - persona cuidada), se asume una perspectiva relacional que los abarca a ambos, e incluso al grupo familiar en su conjunto.

La atención será de carácter psicológico y jurídico y de trabajo social. Contará con profesionales de Psicología, Sociología, Derecho, Pedagogía, Comunicación Social y trabajadores/as sociales. Se iniciará de manera experimental en el municipio Plaza de la Revolución, en coordinación con la Casa de Orientación de la Mujer y la Familia del territorio, bajo el auspicio del Grupo de Estudios sobre Familia y sus colaboradores/as.

Este servicio incluirá un sistema de talleres para el desarrollo del bienestar subjetivo, el manejo de herramientas facilitadoras del trabajo de cuidados en las familias que cuentan con personas que requieren cuidados y cuidadores/as informales e informales. La duración de estos talleres será de 10 horas, distribuidas en cinco sesiones. El sistema de talleres responde a la demanda de espacios de socialización, apropiación de conocimientos y experiencias de otras personas que desempeñan tareas de cuidado en sus familias.

Al respecto, se parte del resultado obtenido acerca de que: la mayoría de los/las encuestados/as (57 %) estuvieron dispuestos/as a participar en un encuentro con

⁴⁷ Se refiere a las actuales escuelas de cuidadores/as existentes en algunas unidades de Salud.

otros/as cuidadores en la comunidad. De ellos/as, el 19 % propusieron los días entre semana y 8 % el fin de semana. También el 16 % refirió el horario de la tarde y el 12 % el de la mañana como los más propicios para asistir al encuentro. El resto no responde o no sabe el día que estará más libre o el horario en que podrá asistir, ya que no tienen tiempo suficiente para dedicarse a otras actividades ajenas al cuidado.

Este servicio se iniciará experimentalmente en el municipio Plaza de la Revolución, en la Casa de Orientación de la Mujer y la Familia y la Casa de Abuelos(as) Celia Sánchez Manduley.

El servicio de monitoreo se destinará al seguimiento, actualización y evaluación del proceso de sostenimiento del Programa en el área de formación de capacidades y será coordinado por el Grupo de Estudios de Familia del CIPS y la DPTSS de La Habana. El criterio esencial del monitoreo es el cumplimiento de los objetivos del programa sobre la base de los principios determinados y su concreción en el plan de acción, para lo cual se construirán, de conjunto con los destinatarios/as del Programa, pautas grupales correspondientes a cada una de las acciones previstas. Se realizará por el CIPS y se rendirá cuenta a la DPTSS y DPSP respectivamente la marcha del programa.

La teleasistencia constituye un servicio de carácter preventivo que se desarrolla sobre la base de redes comunitarias, el trabajo social y la atención primaria de salud. Tiene la ventaja de brindar protección a las personas que requieren cuidados en su hogar lo que reporta mayor seguridad. Incluye la línea de autoayuda unida a la formación y movilización de redes comunitarias, que en la vecindad puedan acudir de inmediato a dar apoyo a la persona que requiere cuidados.

Estas redes se coordinarán por los/as trabajadores sociales y líderes/a formales e informales del barrio. Ello presupone incentivar a las instituciones y organizaciones que trabajan a nivel comunitario para que se apoyen y atiendan de forma individualizada a las familias con miembros que requieren de cuidado y se generen redes de apoyo incentivadas desde lo local por los líderes comunitarios.

Algunas propuestas para añadir al Programa

- Establecimiento del impuesto fiscal.
- Voluntariado para la capacitación en aras de fortalecer las redes de apoyo al trabajo de cuidados en Cuba.
- Diseñar un folleto sobre el trabajo de cuidados que se titule: "Yo sé que tú sabes cuidar".

- Crear una agencia de cuidadores/as para solicitar el servicio de cuidados, donde se evalúen las capacidades y competencias de las personas para el desempeño de la profesión e incorporarlos a una bolsa de cuidadores/as.
- Reforzar equipos multidisciplinarios de atención gerontológica que acompañe al Grupo básico.
- Desarrollar la especialidad de Geriátrica atendiendo a las necesidades de atención al adulto mayor.

Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

El proyecto ha dado respuesta al problema científico planteado a saber: ¿Cómo contribuir al perfeccionamiento del trabajo de cuidado en La Habana desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas, en el contexto de la actualización del modelo económico y social? Aporta un programa para el trabajo de cuidado desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas, dando cumplimiento al objetivo general señalado.

Se logra como resultado teórico deconstruir categorías y conceptos claves para el estudio del tema en cuestión, sobre la base de la articulación de un enfoque decolonial, de género y de derechos. El proyecto arriba a la comprensión del trabajo de cuidados visto en plural y tridimensionalmente: a) como trabajo social; b) una de las funciones familiares y c) sistema societal que implica a las familias, el Estado, el mercado y la sociedad civil. En segundo, se deconstruye el concepto de persona dependiente, que implica cierta descalificación debido a su carácter estigmatizador y se sustituye por el de personas que requieren cuidados o persona cuidada. Ello constituye un aporte teórico.

En correspondencia con el primer objetivo específico, fue elaborado el mapa temático de las investigaciones y programas desarrollados en Cuba desde el 2010 hasta el 2017, referidas al trabajo de cuidado en las familias y su atención por las políticas públicas.

Se observa la tendencia a que el trabajo de cuidado familiar no solo es realizado mayormente por mujeres, sino también investigado principalmente por ellas. Se continúa apreciando en nuestro país entre los términos “mujer” y “familia”, lo cual tiende a perpetuar los estereotipos de género en el ámbito familiar y muestra que, si bien las mujeres cubanas han alcanzado grandes avances en el plano

social, continúan siendo consideradas las máximas responsables de las labores vinculadas a la vida familiar y continúa, junto a otros factores objetivos y subjetivos, reproduciendo la feminización de los cuidados.

Los objetivos que proponen esas investigaciones se diferencian por su carácter y amplitud. Algunos de los objetivos identificados apuntan hacia tareas investigativas, transformativas o de capacitación de alcance nacional, mientras que otros se centran en poblaciones, áreas geográficas o colectivos laborales determinados. Existe una tendencia a la realización de investigaciones en el ámbito comunitario, pero aún sin rebasar la capital. Los enfoques teóricos que prevalecen en el estudio de la temática de los cuidados son el psicológico, el médico y el sociopsicológico, siendo insuficiente la inclusión de otras perspectivas como la pedagógica, socioeconómica, sociojurídica, histórica y de género, en aras de lograr la multidisciplinariedad, lo cual constituye una limitación si se pretende abordar el trabajo de cuidado de las familias y su atención por las políticas públicas.

Puesta la mirada en el objetivo específico número 2 se logró caracterizar el trabajo de cuidado en familias seleccionadas, a partir de sus principales, modalidades, actores, prácticas e imaginarios sociales. En cuanto a las modalidades la muestra estudiada ofrece un panorama diverso y complejo ya que se constató fundamentalmente cuidadoras informales, primarias o principales, quienes son miembros de la familia, no reciben una retribución por el trabajo de cuidados, no han sido capacitadas para ejercer estas actividades y poseen un alto vínculo afectivo con la persona cuidada. Como tendencia realizan cuidados sociales a largo plazo de contenido integral: económico, material y en menor medida psicológico, en lo que influye la hiperbolización de la función económica de las familias y la falta de experiencia y capacitación para el trabajo de cuidados.

También, se hallan cuidadores/as formales, que, a pesar de recibir una retribución por cuidar, tampoco han recibido capacitación para su labor y poseen un alto grado de compromiso y afectividad con la persona cuidada. Esta modalidad se concentra especialmente en los hogares unipersonales, donde el cuidador/a denominado ASD, no es familiar, pero sí principal ya que ante la ausencia de miembros de la familia que se ocupen de la persona mayor, este asume todas las responsabilidades del hogar y llega a sentirse parte de la familia.

En todos los grupos estudiados, cuidadores/as (85 %), jefes/as de hogares (84 %) y personas que requieren cuidados (83 %), son amplia mayoría las mujeres, en particular las adultas mayores. En la muestra estudiada se hallaron situaciones alarmantes, evidenciadas en que son adultas mayores:

- El 48 % de los/as cuidadores/as.
- Todas las personas cuidadas que eran además declaradas como jefas de hogares y estaban incapacitadas mentalmente (16 %).

- Con más de 70 años, las tres cuartas partes de las personas cuidadas ese conjunto.

Es relevante que se confirma la tendencia a la feminización y envejecimiento en materia de trabajo de cuidados. A ello se le adiciona las afectaciones físicas y psíquicas que provoca la asunción del rol ambos procesos sobresalen tanto en las investigaciones precedentes analizadas como en el trabajo de campo realizado. Se evidencia como alerta la relativa estabilidad e incidencia de las violencias ejercidas hacia las personas que están siendo cuidadas, los cuales constituyen actos y acciones naturalizados en las prácticas del trabajo de cuidar al otro/a.

Por otra parte, los imaginarios sociales contruidos alrededor de los cuidados reproducen las prácticas y modos del cuidar por lo que deben ser vistos desde la diversidad de los individuos que la manifiestan y como expresiones de la complejidad de la realidad en la que están inmersos.

Estos imaginarios representan al cuidado como una actividad que involucra el compromiso familiar, parental y afectivo, el cual es realizado muchas veces por un solo miembro de la familia; que, como tendencia en nuestra investigación, suele ser una mujer que simultanea los roles de jefa de hogar y cuidadora.

El proyecto aporta un programa para la atención al trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar, de género y de derechos, afianzado en la interseccionalidad. Este Programa comprende una parte general en la que se colocan sus fundamentos estructurales y organizativos, así como una parte especial que comprende el plan de acción y los servicios. Distingue al Programa su aplicabilidad a partir de los principios, las potencialidades de nuestro Grupo y sus alianzas.

El Programa fue debatido en el taller de validación y propuestas con diversos actores de la sociedad cubana. El taller arrojó nuevas recomendaciones y profundizó los argumentos sobre las ventajas y novedad del Programa.

Los resultados de este proyecto subrayan la necesidad de concientizar al cuidado como un trabajo, que además de remuneración demanda de capacitación y apoyo institucional, estatal y social. La satisfacción de estas necesidades contribuirá a disminuir las afectaciones físicas y psíquicas que sufren las personas que cuidan, elevando así su calidad de vida y favoreciendo a la asunción del rol de una manera positiva y placentera.

A pesar de los avances existentes en Cuba en materia de investigación y atención gubernamental e institucional relativa al trabajo de cuidado familiar, lo realizado hasta ahora no alcanza la dimensión que requiere este tema. Se precisa por tanto actualizar, renovar y potenciar lo que se viene haciendo en estos ámbitos, así como explorar posibles nuevos caminos para hacerle frente al desafío presente, y en especial los grandes retos perspectivas del trabajo de cuidados. El estudio

demuestra la necesidad de dar prioridad a promover la cultura de los cuidados y el autocuidado en la sociedad.

Por sus objetivos y contenidos, este resultado científico orienta el estudio del trabajo de cuidados desde una perspectiva transdisciplinaria que trascienda la estigmatizante visión de dependencia. Constituye un emergente investigativo, visualizar trabajo de cuidados como una categoría de alta diversidad, marcada por las desigualdades sociales de clase y grupo, género, generación, color de la piel, etnia y territorio; y reconocerla como una categoría compleja que abarca intenciones, acciones, actores y resultados.

6.2 Recomendaciones

1. Dar a conocer los resultados de esta investigación al Gobierno Provincial, Ministerio de Salud Pública, Federación de Mujeres Cubanas, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Educación, CITMA, UNFPA, CLACSO, entre otras instituciones y organizaciones.
2. Realizar un taller de socialización de este resultado con miembros de las familias estudiadas, instituciones y organizaciones implicadas, representantes de los medios de comunicación y redes comunitarias.
3. Iniciar a modo de pilotaje las acciones propuestas en el área de formación de capacidades, de conjunto con la Casa de Orientación de la Mujer y la Familia del municipio Plaza y la Dirección Provincial de Trabajo y Seguridad Social.
4. Firmar un convenio de colaboración con los organismos implicados para la implementación del Programa diseñado.
5. Publicar los resultados de esta investigación, con apoyo de las agencias de cooperación y CLACSO.
6. Priorizar las investigaciones en materia del trabajo de cuidados que además de los enfoques tradicionales predominantes (psicológico, médico y sociopsicológico, incluyan otras perspectivas como la pedagógica, socioeconómica, sociojurídica, histórica y de género.
7. Promover la cultura del cuidado y el autocuidado en la sociedad, basada en la corresponsabilidad y el diálogo intergeneracional.

Anexos

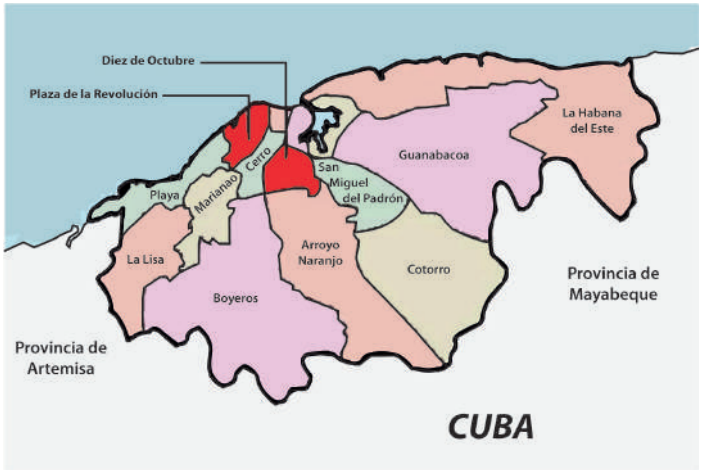
Anexo 1. Relación de expertos/as entrevistados/as

No.	Nombre/ apellidos	Institución	Cargo actual	Años de ex- periencia en el tema	Grado acadé- mico	Cate- goría científica	Cate- goría docente
a. Datos Generales de Expertos/as nacionales							
1	Olga Mesa	Facultad de Derecho (UH). Sociedad Cubana de Derecho Civil y Familias (SCDCF)	Prof. Titular y Consultante de la Facultad de Derecho. Presidenta de (SCDCF)	57	Dra.		Titular
2	Mayda Álvarez Suárez	Centro de Estudios de la Mujer	Directora	30	Dra.	Titular	Auxiliar
3	Irina Torres Folgado	Dirección Provincial de Trabajo	Subdirectora de Prevención y Trabajo social	15	Lic.	–	–
4	Milagros López Leyva		Jefa provincial de asistencia social	15	Especia- lista		
6	Gloria María Márquez Fernández	Universidad de Artemisa	Profesor	13	MSc.		Auxiliar
7	Osvaldo Manuel Álvarez Torres	UNJC	Jefe de Disciplina de Derecho Civil y Familia	20	MSc.	Aspirante	Auxiliar
8	Teresa Lara Junco	GECYT	Consultora	16	Especia- lista		Asistente

Anexo 1. (Continuación de la tabla)

No.	Nombre/ apellidos	Institución	Cargo actual	Años de ex- periencia en el tema	Grado acadé- mico	Cate- goría científica	Cate- goría docente
9	Hernán Marcial Torres Serrano	Universidad de Artemisa Dpto. Cien- cias Jurídicas	Profesor Principal de Derecho	6			Auxiliar
10	Luis Palen- zuela Páez	UNJC-FGR	Vicepresidente Sociedad Derecho Civil y Familia.	52	MSc.		Auxiliar
11	Lourdes Baldaquín	Oficina del Historia- dor de La Habana	Programa cul- tural para la 3.ra edad, Oficina del Historiador de La Habana	17			
b. Expertos/as Internacionales							
12	Malena Monteverde	Argentina	CIECS, CONICET	15	Dra., MSc. Especia- lista	Titular Adjunta	
13	Guadalupe García Gutiérrez	México	Instituto Nacional de Mujeres	7	MSc. en Sociolo- gía	Titular	Auxiliar

Anexo 2. Mapa de la provincia La Habana y sus municipios



Anexo 3. Técnica ZOCODIS

Objetivo:

Realizar el mapeo de opinión, procesos, objetos, funciones y relaciones sociales mediante la identificación y evaluación de zonas de concentración, dispersión y silencio.

Descripción de la técnica:

Técnica destinada a la elaboración de mapas sociales. Articula procedimientos cuantitativos y cualitativos. Realiza el mapeo del objeto de estudio dado o parte de él mediante la identificación y evaluación de zonas de concentración, dispersión y silencio. Ha sido aplicada al estudio de la opinión pública, la delincuencia, programas educativos y otros procesos, objetos, funciones y relaciones sociales. Operacionalmente se definen:

- Zonas de concentración: Aquellas donde se obtienen las tendencias predominantes del objeto de estudio o unidad de análisis determinados, identificadas a partir de la mayor cantidad de frecuencias positivas o negativas. Se evalúan como: moderada (30-40 % de las frecuencias), alta (41-50) y muy alta concentración (50 % o más).
- Zonas de dispersión: Aquellas en que no se observa una tendencia predominante, sino desencuentros, hasta el disenso. Se evalúan como: moderada (20-29 % de las frecuencias), alta (10-19 %) y muy alta (1-9 %).
- Zonas de silencio: Aquellos aspectos, conceptos, temas, problemas o procesos vinculados o incidentes en el objeto de estudio que no son visibles, no obtienen ninguna frecuencia o alcanzan valores inferiores a 1 %.
- Tendencia: Reiteración con significación cualitativa y cuantitativa de determinadas características del objeto de estudio.

Anexo 4. Guía de entrevista a expertos/as

Fecha de entrevista:	Hora de inicio:
Entrevistador:	Hora de culminación:

Consigna:

Somos investigadores/as del Grupo de Estudios sobre Familia del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas del CITMA. En estos momentos estamos realizando una investigación sobre el trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar en diálogo con las políticas públicas. El objetivo de la presente entrevista es profundizar en el conocimiento sobre este tema. Consideramos que, desde su experticia en el abordaje de temáticas relativas al cuidado, nos puede brindar información necesaria para el desarrollo de este estudio. Agradecemos de antemano anticipadamente su valiosa colaboración.

I. Datos Generales:

Nombres y apellidos:			
Institución u organización de pertenencia:		Cargo actual:	
Años de experiencia en la investigación del tema.		Años de experiencia en actividades de intervención en el cuidado.	
Categoría Científica		Categoría Docente	
Teléfonos		E-mail	

II. Enfoques teóricos-metodológicos para el abordaje del cuidado:

- 2.1 ¿Qué entiende usted por cuidado desde el contexto de las relaciones familiares?
- 2.2 Según su experiencia, ¿cuáles son las principales formas de cuidado que se visualizan actualmente en las familias?
- 2.3 ¿Considera usted que los(as) cuidadores(as) reciben la debida atención por las áreas de salud u otras instituciones? ¿Cuáles?

- 2.4 ¿Qué territorios considera que pudieran estar más expuestos al trabajo de cuidados a adultos(as) mayor(es)?
- 2.5 En su opinión, ¿cuáles son los problemas fundamentales en el trabajo de cuidados que se realiza en las familias?
- 2.6 De los problemas identificados ¿cuáles considera de mayor prioridad en materia de políticas públicas?
- 2.7 Desde su experiencia profesional ¿valora suficiente el trabajo de capacitación a cuidadores(as)? ¿Qué temas priorizaría en su formación?
- 2.8 ¿Cuáles son las instituciones que estudian esta temática en Cuba?
- 2.9 ¿Qué investigaciones conoce se hallan realizado en Cuba o en otros países referidos al cuidado desde la perspectiva familiar?
- 2.10 ¿Qué investigaciones ha realizado usted en torno a los cuidados?
- 2.11 ¿Cuáles son los autores visualizados como referentes teóricos para el abordaje del tema (tanto en el ámbito nacional como internacional)?
- 2.12 ¿Desea añadir otra pregunta?

Anexo 5. Guía de encuesta a cuidadores/as

Fecha de encuesta: _____	Hora de inicio: _____
Entrevistador/a: _____	Hora de culminación: _____
Provincia: _____	Municipio: _____
Código: _____	No. de encuesta: _____

Consigna:

Somos investigadores/as sociales y estamos realizando un estudio sobre el trabajo de cuidados en Cuba desde el ámbito familiar. Por tal motivo le agradeceríamos nos diera a conocer sus criterios sobre el tema y la manera en que asume sus tareas de cuidador/a, con el objetivo de elaborar un programa para el trabajo de cuidado desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas en el contexto de la actualización del modelo económico y social cubano.

1. Datos generales del cuidador/a principal:

Edad:	Color de piel: B ___ M ___ N ___ A ___	Sexo: F ___ M ___ Otro ___
Estado civil: Soltero/a ___ Casado/a ___ Separado/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a ___ Unido/a ___ Otro ___ ¿Cuál? _____		
Nivel educacional (último grado aprobado): Primaria ___ Secundaria ___ Preuniversitario ___ Técnico medio ___ Obrero calificado ___ Universitario ___ Otro ___ ¿Cuál? _____		
Situación laboral: Trabajador/a estatal ___ Desocupado/a ___ Ama de casa ___ Jubilado/a ___ Estudiante ___ Otro ___ ¿Cuál? _____	TPCP ___	Contratado ___ Independiente ___ Propietario ___
Ocupación: :	Tiempo viviendo en la comunidad	

2. Características del trabajo de cuidado en relación con la persona que cuida.

2.1. ¿Ha tenido experiencias previas en cuidados?

Sí ___ No responde ___

No ___

2.1.1. ¿A quién o quiénes ha cuidado previamente?

2.2. ¿Cuánto tiempo lleva en el desempeño de su tarea como cuidador/a?

Menos de 1 año ___ Entre 10 y 15 años ___ Entre 30 años y más ___

Entre 1 y 5 años ___ Entre 15 y 20 años ___

Entre 5 y 10 años ___ Entre 20 y 29 años ___

2.3. ¿Qué tiempo ocupa en la labor de cuidar?

Menos de 8 horas al día ___ Entre 16 y 20 horas al día ___

Entre 8 y 16 horas al día ___ Más de 20 horas al día ___

2.4. ¿Cuál es la frecuencia con la que cuida?

Diariamente ___

Lunes a viernes ___

Tres veces por semana ___

Otra ¿cuál? _____

2.5. Mencione las principales tareas que realiza para el cuidado de la persona que requiere cuidados y señale el grado de dificultad que cada tarea le presenta.

No.	Tarea	Grado de dificultad		
		Bajo	Medio	Alto
1				
2				
3				
4				
5				

3. Características del cuidador/a principal con respecto a la tarea de cuidar.

3.1. ¿Ha experimentado algún cambio en su estado de salud desde que desempeña su labor de cuidar?

Sí ___ No ___ A veces ___ No sé ___ No respuesta ___

3.1.1. En caso de ser afirmativa su respuesta anterior diga ¿qué cambios ha experimentado?

(Especifique síntomas y/o enfermedades).

3.2. ¿Qué cualidad/es debe distinguir a un/a cuidador/a?

3.2.1. ¿Qué características no debe poseer un/a cuidador/a?

3.2.2. ¿Considera que usted reúne alguna de esas cualidades o características?

Sí ___ No ___

No sé ___ No respuesta ___

3.2.3. En caso de ser afirmativa su respuesta mencione ¿Por qué?

3.3. ¿Cuál o cuáles son las razones por las que usted es cuidador/a?

3.4. ¿Cuáles son para usted las tres principales satisfacciones asociadas a su tarea de cuidar?

1.

2.

3.

3.5. ¿Cuáles son para usted las tres principales insatisfacciones asociadas a su tarea de cuidar?

- 1.
- 2.
- 3.

3.6. ¿Cómo son las relaciones entre usted y la persona que recibe sus cuidados?

Buenas ___ Regulares ___ Malas ___ No sé ___ No respuesta ___

3.6.1. ¿Por qué?

4. Características de la persona cuidada

4.1. ¿La persona a quien cuida es? (identificar a todas las personas que requieren cuidados en la familia):

Persona que requiere cuidados	(x)	Sexo			Color piel				Edad	Estado civil	Tipo discapac.
		F	M	Otro	B	N	M	A			
Adulto/a mayor											
Niño/a (hasta 10 años)											
Adolescente (11 a 16 años)											
Personas discapacitadas menores de 60 años											
Otro/a ¿cuál?											

4.1.1. En caso de cuidar niños y/o adolescentes, ¿asiste/n él/los mismo/s a algún centro educativo?

Sí ___ No ___ No sé ___ A veces ___ No respuesta ___

4.1.2. Si respondió afirmativamente diga ¿a qué centro asiste/n?

- ___Círculo infantil
- ___ Escuela Regular
- ___Escuela Especial
- ___ Otra ¿cuáles? _____

4.1.3. Si respondió que el menor de su hogar no asiste/n a ningún centro educativo diga las causas.

4.2 ¿Qué tipo de vínculo tiene con la(s) persona (s) cuidada (s)?

5. Características del trabajo de cuidado en el ámbito socio-familiar

5.1 ¿Recibe ayuda de otra persona para cuidar?

Sí ____ No respuesta ____

No ____

5.1.1. En caso afirmativo a la pregunta anterior:

a) ¿Quién o quienes la/lo ayudan? _____

b) ¿Qué tipo de apoyo recibe?

Afectivo ____ Económico ____ Patrimonial ____ En las labores del hogar ____

En las tareas de cuidado con la persona que requiere cuidados ____

Otro, ¿cuál?

5.2. ¿Considera usted que ha ocurrido algún cambio en el funcionamiento de la familia a partir de la presencia de uno o más familiares que requiere cuidados?

Sí ____ No respuesta ____

No ____

5.2.1. En caso afirmativo a la pregunta anterior mencione ¿cuál/es?

6. Percepción de la violencia

6.1. ¿Qué entiende usted por violencia?

6.2. Mencione al menos tres (3) ejemplos de actos que usted considere que son manifestaciones de violencia.

- 1.
- 2.
- 3.

6.3. ¿Conoce de alguna familia en que la persona que requiere cuidados haya sido víctima de violencia?

Sí ___

No sé ___

No ___

No respuesta ___

6.3.1. En caso afirmativo, conteste:

a) ¿Cuáles fueron los actos de violencia a los que sometieron a esa persona?

b) ¿Quién/es la violentaron?

c) ¿Conoce usted cuándo ocurrió u ocurrieron este/os hecho/os?

Actualmente ___

En los últimos 12 meses ___

La semana pasada ___

Alguna vez en su vida ___

6.4. ¿Considera que usted ha sido víctima de violencia?

Sí ___

A veces ___

No ___

No respuesta ___

6.4.1. Si es afirmativa su respuesta, responda (recoger las respuestas en el cuadro que le sigue):

a) ¿Cuándo fue víctima de violencia? (Tiempo transcurrido).

b) ¿Quién ejerció violencia sobre usted? (Parentesco).

c) Describa el acto de violencia ejercido sobre usted (Acto).

Clave:

A: Actualmente

UM: En los últimos 12 meses

SP: La semana pasada

AV: Alguna vez en su vida

Tipo de violencia	Tiempo transcurrido				Parentesco	Acto
	A	SP	UM	AV		
Física						
Psicológica (gritos, insultos, amenazas)						
Sexual						

Económica						
Patrimonial						
Otra ¿cuál?						

7. Asistencia y atención social. Capacitación a las familias

7.1. ¿Cuáles son los principales problemas que, a su criterio, dificultan el trabajo de cuidado en las familias?

7.2. ¿Qué instituciones y organizaciones sociales usted identifica como las fundamentales para el apoyo y atención a las familias con miembros que requiere cuidados?

7.3. ¿Recibe atención de alguna de estas instituciones y/u organizaciones?

Sí ___ No ___ No respuesta ___

A veces ___ No sé ___

7.3.1. En caso afirmativo a la pregunta anterior responda:

a) ¿Qué instituciones y/u organizaciones lo/la ayudaron? (institución/organización).

b) ¿Cuál fue el tipo de atención recibida? (Tipo de atención).

c) ¿Cómo califica la atención recibida? (Calidad de la atención).

d) ¿Cuándo recibió atención de estas instituciones y/u organizaciones? (Tiempo transcurrido).

Clave:

A: Actualmente

E: Excelente

SP: La semana pasada

B: Buena

UM: En los últimos 12 meses

R: Regular

AV: Alguna vez en su vida

M: Mala

Institución/ Organización	Tipo de atención	Calidad de la atención				Tiempo transcurrido			
		E	B	R	M	A	SP	UM	AV

Institución/ Organización	Tipo de atención	Calidad de la atención				Tiempo transcurrido			
		E	B	R	M	A	SP	UM	AV

7.4. ¿Recibió alguna capacitación o entrenamiento para desempeñar el trabajo de cuidado?

Sí ____ No respuesta ____

No ____

7.4.1. En caso afirmativo diga:

Tipo de capacitación recibida	Institución/organización	Frecuencia

7.5. ¿Tiene conocimiento de las opciones de capacitación para cuidadores que deben existir en su municipio?

Sí ____ No ____

7.6. Si pudiera recibir un curso de capacitación para cuidadores/as, ¿qué temas sugeriría?

8. Otras cuestiones

8.1. ¿Qué recomendaciones usted haría para facilitar y mejorar el trabajo de cuidado en Cuba?

8.2. ¿Estaría dispuesto/a a participar en un encuentro con otros/as cuidadores/as de la comunidad sobre sus experiencias?

Sí ____ Día ____ Hora ____

No ____

No respuesta ____

9. ¿Alguna vez se ha sentido discriminado/a?

Sí ____

No sé ____

No ___ No respuesta ___

9.1. En caso afirmativo, especifique ¿cuál/cuáles tipo/os de discriminación ha sentido?

Sexo ___ Edad ___
Color de piel ___ Nivel educacional ___
Enfermedad ___ Religión ___
Identidad de género ___ Orientación sexual ___
Otra, ¿cuál? ___

10. Le agradecemos su colaboración con el estudio, ¿Desea agregar algo más?

Anexo 6. Guía de encuesta al jefe o jefa de hogar

Fecha de encuesta: _____	Hora de inicio: _____
Entrevistador/a: _____	Hora de culminación: _____
Provincia: _____	Municipio: _____
Código: _____	No. de encuesta: _____

Consigna:

Somos investigadores/as sociales y estamos realizando un estudio sobre el trabajo de cuidados en Cuba desde el ámbito familiar. Por tal motivo le agradeceríamos nos diera a conocer sus criterios sobre el tema con el objetivo de elaborar un programa para el trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas en el contexto de la actualización del modelo económico y social cubano.

1. Datos generales del jefe o jefa de hogar:

Edad: _____	Color de piel: B ___ M ___ N ___ A ___	Sexo: F ___ M ___ Otro ___
Situación conyugal: Soltero/a ___ Casado/a ___ Separado/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a ___ Unido/a ___ Otro ___ ¿cuál? _____		
Nivel escolar (último grado aprobado): Primaria ___ Secundaria ___ Preuniversitario ___ Técnico medio ___ Obrero calificado ___ Universitario ___ Otro ___ ¿cuál? _____		

Continuación de la tabla anterior.

Situación laboral: Trabajador/a estatal ___ Desocupado/a ___ Ama de casa ___ Jubilado/a ___ Estudiante ___ Otro ___ ¿cuál? _____	TPCP ___	Contratado ___ Inde- pendiente ___ Propie- tario ___
Ocupación:	Tiempo viviendo en la comunidad:	

2. Características de las personas que conviven en el hogar

2.1. ¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar? (Relacionar cantidad, parentesco, sexo, edad, color de la piel y ocupación). Añadir en otra hoja, si es necesario.

No.	Grado de parentesco	Sexo	Edad	Color piel	Ocupación	Tiempo de convivencia	Nivel escolar	Situación Laboral
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

3. Características generales sobre el funcionamiento interno del hogar

3.1. ¿Cuál es la situación económica actual de su familia?

Buena ___

Regular ___

Mala ___

No respuesta ___

3.2. ¿Quién o quiénes de los miembros de la familia aporta (n) el mayor ingreso al hogar?

3.3. ¿Considera usted que ha ocurrido algún cambio en el funcionamiento de su familia a partir de la presencia de uno o más familiares que requiere cuidados?

Sí ____ No ____
No sé ____ No respuesta ____

3.3.1. En caso afirmativo a la pregunta anterior mencione ¿cuáles?

4. Características de la persona que cuida

4.1. ¿Alguna vez ha sido cuidador/a?

Sí ____ No ____ En ocasiones ____

4.1.1. ¿A quiénes ha cuidado?

4.2. ¿Qué cualidad/es debe distinguir a un/a cuidador/a?

4.2.1. ¿Qué características no debe poseer un/a cuidador/a?

4.3. ¿Considera usted que el/la cuidador/a principal en su familia reúne alguna de esas cualidades o características?

Sí ____ No ____ No sé ____ No respuesta ____

4.3.1. ¿Por qué?

4.4. ¿Qué tipo de vínculo posee con la persona que cuida?

4.5. ¿Por qué razón usted considera que la persona que cuida en su hogar realiza la labor de cuidar?

5. Percepción de la violencia

5.1. ¿Qué entiende usted por violencia?

5.2. Mencione al menos tres (3) ejemplos de actos que Ud. considere que son manifestaciones de violencia.

- 1.
- 2.
- 3.

5.3. ¿Conoce de alguna familia en que la persona que requiere cuidados haya sido víctima de violencia?

Sí ____ No sé ____
No ____ No respuesta ____

5.3.1. En caso afirmativo, conteste:

a) ¿Cuáles fueron los actos de violencia a los que sometieron a esa persona?

b) ¿Quién/es la violentaron?

c) ¿Conoce usted cuándo ocurrió u ocurrieron este/os hecho/os?

Actualmente ____

En los últimos 12 meses ____

La semana pasada ____

Alguna vez en su vida ____

5.4. ¿Considera que usted ha sido víctima de violencia?

Sí ____

A veces ____

No ____

No respuesta ____

5.4.1. Si es afirmativa su respuesta, responda (recoger las respuestas en el cuadro que le sigue):

a) ¿Cuándo fue víctima de violencia? (Tiempo transcurrido).

b) ¿Quién ejerció violencia sobre usted? (Parentesco).

c) Describa el acto de violencia ejercido sobre usted. (Acto).

Clave:

A: Actualmente

UM: En los últimos 12 meses

SP: La semana pasada

AV: Alguna vez en su vida

Tipo de violencia	Tiempo transcurrido				Parentesco	Acto
	A	SP	UM	AV		
Física						
Psicológica (gritos, insultos, amenazas)						
Sexual						
Económica						
Patrimonial						
Otra ¿cuál?						

6. Asistencia y atención social

6.1. ¿Cuáles son los principales problemas que, a su criterio, dificultan el trabajo de cuidado en las familias?

6.2. ¿Qué instituciones y organizaciones sociales usted identifica como las fundamentales para el apoyo y atención a las familias con miembros que requiere cuidados?

6.3. ¿Su familia recibe ayuda de alguna de estas instituciones y/u organizaciones?

Sí ____ No ____ No respuesta ____

A veces ____ No sé ____

6.3.1. En caso afirmativo a la pregunta anterior, responda (recoger las respuestas en el cuadro que le sigue).

a) ¿Qué instituciones y/u organizaciones lo/la ayudaron? (institución/ organización)

b) ¿Cuál fue el tipo de atención recibida? (Tipo de atención)

c) ¿Cómo califica la atención recibida? (Calidad de la atención)

d) ¿Cuándo recibió atención de estas instituciones y/u organizaciones? (Tiempo transcurrido)

Clave:

A: Actualmente

E: Excelente

SP: La semana pasada

B: Buena

UM: En los últimos 12 meses

R: Regular

AV: Alguna vez en su vida

M: Mala

Institución/Organización	Tipo de atención	Calidad de la atención				Tiempo transcurrido			
		E	B	R	M	A	SP	UM	AV

7. Otras cuestiones

7.1. ¿Qué recomendaciones usted haría para facilitar y mejorar el trabajo de cuidado en Cuba?

7.2. ¿Alguna vez se ha sentido discriminado/a?

Sí ____

No sé ____

No ____

No respuesta ____

7.2.1. En caso afirmativo, especifique ¿cuál/cuáles tipo/os de discriminación ha sentido?

Sexo ____

Edad ____

Color de piel ____

Nivel educacional ____

Enfermedad ____

Religión ____

Identidad de género ____

Orientación sexual ____

Otra, ¿cuál? ____

7.3. Le agradecemos su colaboración con el estudio, ¿Desea agregar algo más?

Anexo 7. Guía de encuesta a la persona cuidada

Fecha de encuesta: _____	Hora de inicio: _____
Encuestador/a: _____	Hora de culminación: _____
Provincia: _____	Municipio: _____
Código: _____	No. de encuesta: _____

Consigna:

Somos investigadores/as sociales y estamos realizando un estudio sobre el trabajo de cuidados en Cuba desde el ámbito familiar. Por tal motivo le agradeceríamos nos diera a conocer sus criterios sobre el tema, con el objetivo de elaborar un programa para el trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas en el contexto de la actualización del modelo económico y social cubano.

1. Datos generales:

Edad:	Color de piel: B ___ M ___ N ___ A ___	Sexo: F ___ M ___ Otro ___
Situación conyugal: Soltero/a ___ Casado/a ___ Separado/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a ___ Unido/a ___ Otro ___ ¿cuál? _____		
Nivel escolar (último grado aprobado): Primaria ___ Secundaria ___ Preuniversitario ___ Técnico medio ___ Obrero calificado ___ Universitario ___ Otro ___ ¿cuál? _____		
Situación laboral: Trabajador/a estatal ___ Desocupado/a ___ Ama de casa ___ Jubilado/a ___ Estudiante ___ Otro ___ ¿cuál? _____	TPCP ___	Contratado ___ Inde- pendiente ___ Propie- tario ___
Ocupación:	Tiempo viviendo en la comunidad:	

2. Área de salud

2.1. ¿Cómo es su estado de salud actual?

Bueno ___ Malo ___ Regular ___

No respuesta ___

¿Por qué?

2.2. ¿Siente usted que puede realizar las actividades de la vida cotidiana con la misma facilidad de antes?

Sí ___ No ___ No sé ___ No respuesta ___

¿Por qué?

2.2.1. ¿Cuán difícil le resulta realizar las siguientes actividades?

Actividades	Nivel de dificultad
Bañarse	Muy difícil___ Difícil___ Regular___ Fácil___ Muy fácil___ No respuesta ___
Vestirse	Muy difícil___ Difícil___ Regular___ Fácil___ Muy fácil___ No respuesta ___
Comer	Muy difícil___ Difícil___ Regular___ Fácil___ Muy fácil___ No respuesta ___
Acostarse y levantarse	Muy difícil___ Difícil___ Regular___ Fácil___ Muy fácil___ No respuesta ___

Continuación de la tabla anterior.

Actividades	Nivel de dificultad
Desplazarse de un lado a otro de la casa	Muy difícil__ Difícil__ Regular__ Fácil__ Muy fácil__ No respuesta __
Usar el servicio sanitario	Muy difícil__ Difícil__ Regular__ Fácil__ Muy fácil__ No respuesta __
Realizar tareas caseras	Muy difícil__ Difícil__ Regular__ Fácil__ Muy fácil__ No respuesta __
Realizar tareas fuera de la casa	Muy difícil__ Difícil__ Regular__ Fácil__ Muy fácil__ No respuesta __
Caminar	Muy difícil__ Difícil__ Regular__ Fácil__ Muy fácil__ No respuesta __
Leer	Muy difícil__ Difícil__ Regular__ Fácil__ Muy fácil__ No respuesta __
Comunicarse	Muy difícil__ Difícil__ Regular__ Fácil__ Muy fácil__ No respuesta __
Relacionarse con los otros/as miembros del hogar	Muy difícil__ Difícil__ Regular__ Fácil__ Muy fácil__ No respuesta __
Relacionarse con las personas del barrio	Muy difícil__ Difícil__ Regular__ Fácil__ Muy fácil__ No respuesta __
Estudiar	Muy difícil__ Difícil__ Regular__ Fácil__ Muy fácil__ No respuesta __
Defenderse de alguna agresión	Muy difícil__ Difícil__ Regular__ Fácil__ Muy fácil__ No respuesta __
Asistir a actividades recreativas	Muy difícil__ Difícil__ Regular__ Fácil__ Muy fácil__ No respuesta __
Otras ¿cuáles?	Muy difícil__ Difícil__ Regular__ Fácil__ Muy fácil__ No respuesta __

3. Características del trabajo de cuidado en relación con la persona que cuida

3.1. ¿Cuánto tiempo lleva siendo cuidado/a?

Menos de 1 año __

Entre 1 y 5 años __

Entre 5 y 10 años __

Entre 10 y 15 años __

Entre 15 y 20 años __

Más de 20 años __

3.2. ¿Qué cualidades debe distinguir a un/a cuidador/a?

3.2.1. ¿Qué características no debe poseer un/a cuidador/a?

3.2.2. ¿Considera usted que el cuidador o la cuidadora principal en su familia reúne alguna de esas cualidades o características?

Sí ____ No ____ No sé ____ No respuesta ____

3.2.3. ¿Por qué?

4. ¿Qué tipo de vínculo posee con la persona que lo/la cuida?

4.1. Mencione las principales tareas que realiza la persona que lo/la cuida.

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

4.2. ¿Cómo son las relaciones entre usted y la persona que lo/a cuida?

Buenas ____ Regulares ____ Malas ____ No sé ____
No respuesta ____

4.2.1. ¿Por qué?

4.3. ¿Por qué razón usted considera que su cuidador/a realiza la labor de cuidar?

5. Ámbito socio-familiar

5.1. En caso de la presencia de adolescentes o jóvenes en la familia, ¿cómo son sus relaciones con los miembros más jóvenes de la familia?

Muy Buenas ____ Buenas ____ Regulares ____
Malas ____ Muy malas ____ No respuesta ____

5.1.1. ¿Por qué?

5.2. ¿Los/las más jóvenes muestran interés en cuidarlo/a en algún momento?

Sí ____ Algunas veces ____ No sé ____
No ____ No respuesta ____

5.2.1. Si usted le solicita su apoyo, ¿Cómo reaccionan ellos/ellas?

6. Percepción de la violencia

6.1. ¿Qué entiende usted por violencia?

6.2. Mencione al menos tres (3) ejemplos de actos que usted considere que son manifestaciones de violencia.

1.

2.

3.

6.3 ¿Conoce de alguna familia en que la persona que requiere cuidados haya sido víctima de violencia?

Sí ___

No sé ___

No ___

No respuesta ___

6.3.1. En caso afirmativo, conteste:

a) ¿Cuáles fueron los actos de violencia a los que sometieron a esa persona?

b) ¿Quién/es la violentaron?

c) ¿Conoce usted cuándo ocurrió u ocurrieron este/os hecho/os?

Actualmente ___

En los últimos 12 meses ___

La semana pasada ___

Alguna vez en su vida ___

6.4. ¿Considera que usted ha sido víctima de violencia?

Sí ___

A veces ___

No ___

No respuesta ___

6.4.1. Si es afirmativa su respuesta, responda (recoger las respuestas en el cuadro que le sigue).

a) ¿Cuándo fue víctima de violencia? (Tiempo transcurrido).

b) ¿Quién ejerció violencia sobre usted? (Parentesco).

c) Describa el acto de violencia ejercido sobre usted. (Acto).

Clave:

A: Actualmente

UM: En los últimos 12 meses

SP: La semana pasada

AV: Alguna vez en su vida

Tipo de violencia	Tiempo transcurrido				Parentesco	Acto
	A	SP	UM	AV		
Física						
Psicológica (gritos, insultos, amenazas)						
Sexual						
Económica						
Patrimonial						
Otra ¿cuál?						

7. Asistencia y atención social

7.1. ¿Cuáles son los principales problemas que, a su criterio, dificultan el trabajo de cuidado en las familias?

7.2. ¿Qué instituciones y organizaciones sociales usted identifica como las fundamentales para el apoyo y atención a las familias con miembros que requieren cuidados?

7.3. ¿Recibe ayuda de alguna de estas instituciones y/u organizaciones?

Sí ___ No ___ No respuesta ___

A veces ___ No sé ___

7.3.1. En caso afirmativo a la pregunta anterior, responda (recoger las respuestas en el cuadro que le sigue).

d) ¿Qué instituciones y/u organizaciones lo/la ayudaron? (institución/ organización).

e) ¿Cuál fue el tipo de atención recibida? (Tipo de atención).

f) ¿Cómo califica la atención recibida? (Calidad de la atención).

g) ¿Cuándo recibió atención de estas instituciones y/u organizaciones? (Tiempo transcurrido).

Clave:

A: Actualmente

E: Excelente

SP: La semana pasada

B: Buena

UM: En los últimos 12 meses

R: Regular

AV: Alguna vez en su vida

M: Mala

Institución/Organización	Tipo de atención	Calidad de la atención				Tiempo transcurrido			
		E	B	R	M	A	SP	UM	AV

8. Otras cuestiones.

8.1. ¿Qué recomendaciones usted haría para facilitar y mejorar el trabajo de cuidado familiar en Cuba?

8.2. ¿Alguna vez se ha sentido discriminado/a?

Sí ___

No sé ___

No ___

No respuesta ___

8.2.1. En caso afirmativo, especifique ¿cuál/cuáles tipo/os de discriminación ha sentido?

Sexo ___

Edad ___

Color de piel ___

Nivel educacional ___

Enfermedad ___

Religión ___

Identidad de género ___

Orientación sexual ___

Otra, ¿cuál? ___

8.3. Le agradecemos su colaboración con el estudio, ¿Desea agregar algo más?

Anexo 8. Guía de observación a la familia

Vivienda #: Dirección:
Municipio: Provincia: No. Encuesta:

1. Código según el tipo de familia

Código	Tipología familiar	
N	Nuclear (pareja con 1 o varios hijos)	
E	Extensa (pareja con hijos cuando al menos 1 vive con su pareja)	
A	Ampliada (familia con integrantes que no pertenecen al mismo tronco de descendencia generacional)	
FM	Familias monoparentales (madre o padre con su/s hijo/os)	
FR	Familias reconstituidas o reensambladas (formadas por una pareja –hombre y mujer después de haber disuelto uno o varios vínculos estables y en convivencia o por situación de viudez–, con hijo/os de matrimonios anteriores y/o comunes)	
FST	Grupos familiares que, tras la migración de uno o varios de sus miembros, mantienen los vínculos, proyectos y estrategias familiares en común. (Hogar glocal)	
O	Otro tipo de clasificación familiar (especificar)	

2. Condiciones materiales de vida

Casa:		Apartamento:		Cuarto:		Bohío:	
Local adaptado		Casa Improvisada:		Habitación de ciudadela:			

Otra: __ ¿Cuál?:

a. Condiciones estructurales de la vivienda:

- __ Buena (sólida y buen mantenimiento)
 __ Regular (requiere reparación)
 __ Malo (apuntalamiento, grietas y rajaduras del piso)

2.2. Mobiliario y equipamiento:

Sobre el mobiliario	Sí	No	Estado		
			Bueno	Regular	Malo
Existe mobiliario en la sala					
Existe mobiliario el comedor					
Sobre los equipos electrodomésticos:					
Televisor					
Refrigerador					
Ventilador					
Existen otros equipamientos modernos					

3. Accesibilidad a servicios básicos en el hogar

Servicios básicos	Sí	No	Estado		
			Bueno	Regular	Malo
Acceso a agua potable					
Electricidad					
Gas					

4. Condiciones higiénico-sanitarias

- __ Buena (hogar limpio y ordenado)
- __ Regular (hogar limpio pero desordenado)
- __ Mala (hogar sucio y desordenado)

5. Hacinamiento en la vivienda

Sí ____ No ____

Nota: Se divide el total de residentes en el hogar entre el número de locales para dormir cuando el promedio de personas por locales para dormir es mayor a 2.

6. Equipamiento para la ayuda de las personas que requieren cuidados

Sí ____ No ____ No se necesita ____

En caso de ser afirmativa señale:

☐ Silla de ruedas ☐ Bastón ☐ Cama antiescaras ☐ Andador
☐ Adaptaciones constructivas que favorezcan al/ lo/s sujetos de cuidado
 Otros: ¿Cuáles? _____

7. Relaciones familiares (especificar entre quién se establece)

7.1 Manifestaciones de violencia entre los miembros de la familia (Puede marcar más de una)

Se observa _____ No se observa _____

Tipo de violencia	Manifestación	Sujeto
Abuso físico		
Psicológica (intimidar, manipular, insultar, gritar, amenazar, aislamiento, silencios, gestos de desprecio)		
Abuso económico (control abusivo de finanzas, recompensas o castigos monetarios)		
Patrimonial (daño a los objetos del hogar)		

8. Aspectos generales

8.1. Disposición hacia la entrevista

Dispuesto(a): _____ No dispuesto(a) _____

8.2. Actitud que expresa en el transcurso de la entrevista / (Lenguaje no verbal)

Otros apuntes:

Realizada por:

Fecha:

Anexo 9. Técnica de Dibujo de la familia

Objetivo: Evaluar los contenidos relativos al funcionamiento familiar que se expresan en el dibujo infantil.

Descripción de la técnica:

Esta técnica se basa en el uso de la expresión gráfica infantil, como medio de proyección de ideas, muestra el grado de capacidad que posee el niño no solo de “decir algo”, sino también de reflejar la realidad. Mientras mayor desarrollo ha alcanzado, mayor precisión en la representación del dibujo-imagen como reflejo de la realidad. Esta precisión es el producto de la elaboración subjetiva de esa realidad, por lo cual se produce en el dibujo el enriquecimiento del objeto por ser depositario de las vivencias del niño. (García, 2003).

Aunque esta técnica ha sido usada en lo fundamental para fines diagnósticos, decidimos emplearla, en tanto es una herramienta que nos proporciona una valoración general del medio familiar en que se desarrollan los niños y niñas, la percepción sobre todos y cada uno de los integrantes, fundamentalmente la presencia de la madre, el padre y las personas que requiere cuidados, además de la propia inclusión del niño o niña en la representación, el tipo de actividad que realiza cada miembro; así como información sobre la situación actual de la familia, con énfasis en el trabajo de cuidados hacia las personas que lo requieren.

Procedimiento de aplicación

Para su realización se le proporcionará al niño/a una hoja de papel, ocho lápices de colores (rojo, azul, amarillo, verde, violeta, anaranjado, marrón y negro) y un lápiz de escribir. No se le permitirá el uso de reglas u otros elementos que puedan servir de apoyo o distractor, lo cual contribuye a una mayor homogeneidad en la ejecución de los dibujos. Se coloca la hoja en sentido horizontal y se le da la consigna: “Dibuja tu familia realizando una actividad”.

El tiempo de la aplicación dura tanto como el niño/a lo requiera, no se les debe interrumpir ni apurar mientras estén realizando la tarea. Durante la ejecución se debe observar cómo los niños/as la están ejecutando, de esta manera se pueden oír los sonidos, comentarios o registrar los movimientos de la hoja que se puedan producir.

Anexo 10. Técnica de la Composición “Mi familia...”

Objetivo: Evaluar la percepción de adolescentes acerca del funcionamiento y el trabajo de cuidados en su familia, a partir de la técnica de la composición.

Descripción de la técnica:

La composición como técnica narrativa constituye un método indirecto en la evaluación psicológica, pues el sujeto no conoce los diferentes aspectos sobre cuya base se está evaluando. En ella el individuo se define como sujeto activo de su elaboración intelectual, permitiéndonos evaluar no solo el contenido expresado, sino también los índices de manipulación activa del sujeto sobre estos contenidos.

El análisis integral de esta técnica permite el estudio de los diferentes motivos, intereses, necesidades, conflictos y frustraciones en la esfera familiar. Mediante su narrativa, el sujeto manifiesta la percepción que posee con respecto a su entorno familiar y el funcionamiento del mismo. Para este fin, se realiza el análisis de los contenidos expresados por el sujeto, enfatizando en elementos vinculados al trabajo de cuidados. Se tienen en consideración la gama de intereses y motivaciones que se satisfacen o no en el espacio intrafamiliar y la implicación afectiva hacia estos.

Procedimiento de aplicación

Para su realización se le proporcionará al adolescente una hoja de papel y un lápiz con goma. La consigna será la siguiente: Realice una composición con el título: “Mi familia”.

El tiempo de aplicación dura tanto como el sujeto lo requiera, no se le debe interrumpir ni apurar mientras esté realizando la tarea.

Anexo 11. Diseño del Taller de reflexión y validación del Programa para el trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas

Fecha: 20 de diciembre de 2019

Lugar: Lugar: Aula especializada del CIPS

Horario: 9:30 am

Cantidad de participantes: 20

Coordinadores: Grupo de Estudios sobre Familia

Objetivo:

-Validar el Programa para el trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas, mediante el análisis grupal de investigadores/as del CIPS y actores sociales implicados con el trabajo de cuidados en Cuba.

Medios: papelógrafos, plumones, laptop, datashow.

Introducción:

Primer momento:

Técnica de presentación: “Mi casa punto cu”

Objetivos:

-Reflexionar sobre el tema musical contextualizado a las familias cubanas en la actualidad.

Procedimiento: Se le orienta a los/as participantes que escuchen la música del cantautor Tony Ávila.

En un segundo momento se les pide que expresen ideas y sentimientos suscitados por el tema escuchado propiciando el debate sobre las dinámicas de las familias cubanas contemporáneas.

Una de las coordinadoras presenta el objetivo del taller y la estructura del mismo.

Tiempo de duración: 20 minutos

Desarrollo:

Segundo momento:

Técnica: “Entrevista en vivo con las hacedoras del Programa”

Objetivo:

-Comentar en el grupo conceptos fundamentales para la elaboración del Programa y el procedimiento para su confección.

Procedimiento: Una de las coordinadoras asume el rol de periodista y entrevista a la Dra. Rosa Campoalegre Septien y a la Dra. Felicitas López Sotolongo a partir del siguiente cuestionario:

- ¿Cuáles son los resortes que motivan al Grupo a Diseñar un Programa para el trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas?
- ¿Qué características distinguen al Programa?
- ¿Cómo está estructurado? ¿Cuáles son sus principales componentes?

Tiempo de duración: 20 minutos

Tercer momento:

Técnica: “Miradas de investigadores/as y actores sociales”

Objetivo: Reflexionar y construir nuevas propuestas sobre el Programa para el trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas, en los subgrupos de trabajo.

Procedimiento: El Grupo se divide en los 4 subgrupos y se le brinda una copia del Programa. Cada subgrupo reflexionará, aportando sugerencias, modificaciones y comentarios generales del Programa. Se elegirá un/a relator/a, portavoz y facilitador/a.

Tiempo de duración: 30 minutos

Cuarto momento:

Técnica: Debate en Plenaria.

Objetivo: Socializar en Plenaria el debate generado en cada subgrupo de trabajo.

Procedimiento: El o la portavoz de cada subgrupo expone en plenaria las ideas fundamentales debatidas a lo interno del subgrupo.

Tiempo de duración: 20 minutos (5 minutos para cada subgrupo).

Quinto momento:

Técnica: Debate Grupal

Objetivos:

-Debatir de manera crítica los aportes socializados por cada subgrupo.

-Levantar las principales ventajas y recomendaciones propuestas por los/as talleristas sobre el Programa.

Procedimiento: Una de las coordinadoras conduce el debate grupal y otra anota en un papelógrafo las ideas fundamentales.

Una de las coordinadoras cierra este momento integrando los análisis debatidos.

Tiempo de duración: 30 minutos

Cierre: Evaluación

Técnica: “Un día como hoy...”

Objetivo: Evaluar la sesión y los aprendizajes de los miembros del grupo.

Procedimiento: El grupo completa la frase inconclusa: un día como hoy... donde reflejan la valoración del encuentro. Se recogen las respuestas y se socializan en el grupo.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Anexo 12. Relación de instituciones en las que se gestionó información relativa a la búsqueda bibliográfica

1	Asociación Cubana de Limitados Físico-Motores (ACLIFIM)
2	Asociación Nacional de Ciegos y Débiles Visuales (ANCI)
3	Asociación Nacional de Sordos e Hipoacústicos (ANSOC)
4	Biblioteca Nacional “José Martí”
5	Centro “Félix Varela” (CFV)
6	Centro “Oscar Arnulfo Romero” (OAR)
7	Centro de Documentación de la Asamblea Nacional del Poder Popular
8	Centro de Documentación de la Dirección General de la Policía Nacional Revolucionaria (DG-PNR).
9	Centro de Documentación del Consejo de Iglesias de Cuba
10	Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE), de la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI)
11	Centro de Estudios sobre la Juventud (CEJ)
12	Centro de Investigaciones Jurídicas (CIJ)
13	Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS)
14	Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED)
15	Centro de Investigaciones Sociales (CIS), del Instituto Cubano de Radio y Televisión (ICRT)
16	Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX)
17	Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (CNICM)
18	Dirección de Menores del Ministerio del Interior (DM-MININT)

19	Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP)
20	Federación de Mujeres Cubanas (FMC)
21	Centro de Documentación e Información del Centro de Capacitación de la Mujer "Fe del Valle"
22	Centro de Estudios de la Mujer (CEM)
23	Fiscalía General de la República (FGR)
24	Instituto Central de Ciencias Pedagógicas (ICCP)
25	Instituto Cubano de Investigaciones Culturales "Juan Marinello"
26	Instituto Nacional de Seguridad Social (INASS)
27	Instituto Superior del Ministerio del Interior
28	Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona" (ISPEJV)
29	Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CITMA)
30	Unión Nacional de Juristas de Cuba (UNJC)
31	Universidad de Artemisa
32	Universidad de La Habana
33	Biblioteca Central "Rubén Martínez Villena"
34	Cátedra de la Mujer
35	Centro de Estudios Demográficos (CEDEM)
36	Facultad de Psicología

Nota: Adicionalmente, a través de Internet, se realizaron búsquedas de información en otras instituciones del país, principalmente localizadas fuera de la capital, como las universidades de Pinar del Río, Matanzas, Villa Clara, Cienfuegos, Ciego de Ávila, Camagüey, Holguín, Santiago de Cuba y Guantánamo.

Anexo 13. Modelo de ficha de contenido utilizada

Ficha de contenido número: ____

1	Título:
2	Fecha de la investigación:
3	Autor/es:
4	Institución que realizó la investigación:
5	Fecha de la publicación:
6	Tipo de documento:
7	Objetivos:
8	Enfoque teórico:

Anexo 13. (Continuación del cuadro)

9	Metodología utilizada. Conceptos básicos definidos:
10	Características de la muestra: nacional, territorial, etc. (familia como unidad de análisis o no):
11	Resultados más relevantes:
12	Problemas identificados:
13	Otras informaciones que puedan resultar de interés:
14	Recomendaciones:
15	Datos editoriales:
16	Institución que publica:
17	Nombre de quien elaboró la ficha:
18	Fecha en que se hizo la ficha:
19	Institución o dependencia en donde se tomó la información:

Anexo 14. Datos sociodemográficos de la muestra estudiada

14.1. Situación conyugal de cuidadores/as; jefes y jefas de hogar y personas que necesitan cuidados.

Situación conyugal	Porcentaje		
	Cuidadores/as	Jefe/a de hogar	Persona que necesita cuidados
Soltero/a	31.0	20.0	15,0
Casado/a	39.0	32.0	19,0
Separado/a	4.0	2.0	3,0
Divorciado/a	11.0	15.0	17,0
Viudo/a	9.0	25.0	44,0
Unido/a	5.0	4.0	1,0
No respuesta	1.0	2.0	1.0
Total	100.0	100.0	100.0

14.2. Nivel educacional de cuidadores/as, jefes y jefas de hogar y personas que necesitan cuidados.

Nivel educacional	Porcentaje		
	Cuidadores/as	Jefe/a de hogar	Persona que necesita cuidados
Primaria	4.0	12.0	23.0
Secundaria	18.0	18.0	18.0
Preuniversitario	21.0	11.0	4.0
Técnico medio	26.0	23.0	14.0
Obrero calificado	3.0	2.0	2.0
Universitario	27.0	23.0	9.0
No respuesta	1.0	11.0	30.0
Total	100.0	100.0	100.0

14.3. Situación laboral de cuidadores/as, jefes y jefas de hogar y personas que necesitan cuidados.

Situación laboral	Porcentaje		
	Cuidadores/as	Jefe/a de hogar	Persona que necesita cuidados
Trabajador/a estatal	28.0	14.0	0
Desocupado/a	15.0	12.0	8.0
Ama de casa	23.0	15.0	9.0
Pensionado/a por jubilación	24.0	47.0	62.0
Pensionado/a (otra causa)	1.0	5.0	8.0
TPCP Contratado/a	4.0	1.0	0
TPCP Independiente	3.0	1.0	0
TPCP Propietario/a	1.0	0	0
Peritado/a	1.0	1.0	0
No respuesta	0	4.0	13.0
Total	100.0	100.0	100.0

14.4. Color de la piel de cuidadores/as, jefes y jefas de hogar y personas que necesitan cuidados.

Color de la piel	Porcentaje		
	Cuidadores/as	Jefe/a de hogar	Persona que necesita cuidados
Blanco	57.0	62.0	67,0
Mestiza	28.0	23.0	16,0
Negro	15.0	15.0	17,0
Total	100.0	100.0	100.0

Anexo 15. Condiciones materiales de vida de las familias de la muestra

Anexo 15.1. Tenencia de equipos electrodomésticos en las viviendas (en porciento)

Tenencia de equipos	Televisor	Refrigerador	Ventilador	Otros equipos modernos
Si	96.0	96.0	96.0	41.0
No	1.0	0	1.0	6.0
No respuesta	3.0	4.0	3.0	36.0
No se observa	0	0	0	17.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Anexo 15.2. Estado de los servicios básicos en las viviendas (en porciento)

	Servicio de agua potable	Servicio de electricidad	Servicio del gas
No respuesta	24.0	24.0	22.0
Buena	63.0	68.0	73.0
Regular	11.0	7.0	4.0
Mala	1.0	0	0
No se observa	1.0	1.0	1.0
Total	100.0	100.0	100.0

Anexo 15.3. Condiciones higiénico-sanitarias en las viviendas (en por ciento)

Condiciones higiénico-sanitarias	Porcentaje
Buena	88.0
Regular	9.0
Mala	2.0
No respuesta	1.0
Total	100.0

Anexo 16. Equipos para la ayuda de la persona cuidada (Tabla Multirrespuesta)

Equipos para la ayuda de la persona cuidada	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
Silla de ruedas	34
Bastón	23
Cama antiescaras	14
Andador	19
Adaptaciones constructivas que favorecen al/los sujetos de cuidados	3
Muletas	2
Silla de ruedas eléctrica	1
Silla para bañarse	1
Cuña	1

Anexo 17. Temas sugeridos para abordar en la capacitación a cuidadores/as (Tabla Multirrespuesta)

Temas sugeridos para capacitación	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
Conocimiento sobre las enfermedades que aquejan al adulto mayor	8
Autocuidado del cuidador	6
Primeros auxilios	11

Anexo 17. (Continuación del cuadro)

Temas sugeridos para capacitación	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
Preparación general para el trabajo de cuidador/a (física, psicológica, mental)	24
Atención y cuidado al adulto mayor (psicológica, médica)	38
Conocimientos sobre las características de la etapa de vida del adulto mayor	5
Cuidado del adulto mayor postrado	3
Cuidado del adulto mayor con demencia	2
No está interesado en conocer nada	13
No podría capacitarse porque trabaja	1
Respeto a la persona cuidada	1
Temas sobre violencia	1
Temas sobre psicología	7

Anexo 18. Personas que ayudan al cuidador (Tabla Multirrespuesta)

Personas que ayudan al cuidador	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
Hijo/a	25
Hermano/a	7
Madre	3
Padre	1
Cónyuge	10
Primo/a	3
Sobrino/a	3
Tío/a	2
Otros parientes	13
No es pariente	13
Nieto/a	6

Anexo 19. Miembro que más aporta económicamente al hogar (Tabla Multirrespuesta)

Miembro que más aporta económicamente al hogar	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
Hijo/a	24
Hermano/a	6
Madre	1
Padre	1
Cónyuge	16
Primo/a	1
Sobrino/a	3
Tío/a	3
Otros parientes	6
No parientes	4
No apto/a mentalmente para ser entrevistado/a	48
Nieto/a	4
Yo	26
Ningún miembro	3

Anexo 20. Cambios en el estado de salud de los/as cuidadores/as (Tabla Multirrespuesta)

Cambios en el estado de salud de los/as cuidadores/as	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
Nerviosismo	5
Cambios en el estado emocional	8
Estrés	15
Dolores corporales	9
Agotamiento (físico y/o mental)	3
Trastornos digestivos (Diarrea)	2
Descompensación en la presión arterial	9

Anexo 20. (Continuación del cuadro)

Cambios en el estado de salud de los/as cuidadores/as	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
Cansancio y agotamiento	2
Sacrolumbalgia	2
Artrosis generalizada	1
Trastornos del sueño	3
Dolor en la columna	8
Deprimida	5
Tristeza y llanto	3
Ansiedad	1
Dolor en la cintura	1
Sensación de miedo	1
Se ha caído, ha tenido fracturas y ha estado ingresado/a	1
Dolores de cabeza	1
Problemas renales	2
Estoy alterado/a, violento/a	6
Problemas circulatorios	1
Me desespero	2
Hernia discal	1
Dolor en las rodillas	2
Me refugio en la bebida	1
Cardiopatía isquémica	1
Polineuropatía diabética	1
Ácido úrico alto	1
Problemas de tiroides	1
Cáncer	1
Aneurisma cerebral	1
Gastritis crónica	1
Pánico	1
Me siento sola	1
No tengo vida propia	1

Anexo 21. Descripción del estado de salud de la persona cuidada (Tabla Multirrespuesta)

Descripción del estado de salud de la persona cuidada	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
Por problemas renales	1
Se está reestableciendo de operación reciente	1
Artritis	3
Polineuritis	1
Dificultades para realizar actividades que requieren esfuerzo físico	1
Cardiopatía	2
Tiroides	1
Gota	1
Asma	1
Depresión	1
Artrosis generalizada	1
He mejorado mucho	1
Trastornos digestivos	1
Incontinencia	1
Postrada	1
Dolores de cabeza	1
Mal Parkison	2
Caídas frecuentes	3
Dificultades visuales	3
Ciega	1
Problemas cerebrovasculares	2
Diabetes	6
HTA	5
Dificultades para trasladarse	6
No puede caminar	4
Prótesis de cadera	5
Tiene marcapasos	1
Leucoma	1

Anexo 22. Explicación de las relaciones cuidador/a-persona cuidada (Tabla Multirrespuesta)

Explicación de las relaciones con cuidador/a	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
Es mi hijo/a	5
Nos llevamos bien	10
Me tratan con amor	2
Por parentesco	3
Es mi nieto/a	1
Por convivencia	2
Afecto	6
Nos entendemos bien	9
Se preocupa por mí	1
Cónyuge	1
Hermano/a	1
Tengo mi carácter	1
Me respeta	1
No me maltrata	4
Me grita un poco pero me salvó la vida	1
Hace caso a lo que digo	1
Estoy con él/ella las 24 horas	1
Tenemos cosas en común	1
Me quieren	1

Anexo 23. Conocimientos sobre actos de violencia hacia otra persona necesitada de cuidados (Tablas Multirrespuesta)

23.1. Conocimiento que tiene el cuidador/a de actos de violencia hacia otra persona necesitada de cuidados (Tabla Multirrespuesta)

Actos de violencia hacia otra persona necesitada de cuidados	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
Golpear	4

Gritar	8
Maltratar	6
Humillar	5
Desatender a la persona que requiere cuidados	3
Amenazar	1
Amarrar a la persona que requiere cuidados	1

23.2. Conocimiento que tiene el/la jefe/a de hogar de actos de violencia hacia otra persona necesitada de cuidados (Tabla Multirrespuesta)

Actos de violencia hacia otra persona necesitada de cuidados	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
Golpear	5
No tomar en cuenta a la otra persona	1
Gritar	7
Maltratar	6
Humillar	4
Desatender a la persona que requiere cuidados	3
Amarrar a la persona que requiere cuidados	1

23.3. Conocimiento que tiene la persona cuidada de actos de violencia hacia otra persona necesitada de cuidados (Tabla Multirrespuesta).

Anexo 24. Tipo de violencia hacia el/la cuidador/a, jefe/a de hogar y persona cuidada (Tabla Multirrespuesta)

Tipo de violencia ejercida	Cantidad de veces dicha por encuestado/a		
	Cuidador/a	Jefe/a de hogar	Persona cuidada
Violencia física	7	7	3
Violencia psicológica	9	12	2
Violencia patrimonial	0	1	0
Violencia económica	0	1	1

Anexo 25. Actos de violencia que fueron ejercidos hacia el/la cuidador/a, jefe/a de hogar y persona cuidada (Tabla Multirrespuesta)

Actos de violencia ejercidos	Cantidad de veces dicha por encuestado/a		
	Cuidador/a	Jefe/a de hogar	Persona cuidada
Golpear	5	4	0
No tomarlo/a en cuenta	1	1	0
Gritar	4	5	1
Humillar	3	4	
Asaltar	1	0	1
Maltratar	0	1	0
Desatender	0	3	0
Amenazar	0	1	0
Empujar	0	1	1
Solo la persona que violentaba manejaba el dinero	0	1	1

Anexo 26. Tiempo en que el/la cuidador/a, jefe/a de hogar y persona cuidada fueron víctimas de violencia (Tabla Multirrespuesta)

Tiempo en el que fueron violentados/as	Cantidad de veces dicha por encuestado/a		
	Cuidador/a	Jefe/a de hogar	Persona cuidada
Actualmente	3	2	6
En los últimos doce meses	1	1	0
Alguna vez en su vida	15	19	0

Anexo 27. Persona que ejerció los actos violentos hacia al cuidador/a, el/la cuidador/a, jefe/a de hogar y persona cuidada (Tabla Multirrespuesta)

Persona que ejerció los actos violentos	Cantidad de veces dicha por encuestado/a		
	Cuidador/a	Jefe/a de hogar	Persona cuidada
Hijo/a	1	2	0
Padre	1	3	0
Cónyuge	6	13	3
Sobrino/a	3	2	0
Tío/a	1	1	0
Otros parientes	3	1	0
No pariente	5	4	1
Hermano/a	0	0	2

Anexo 28. Instituciones y/u organizaciones que apoyan al trabajo de cuidados según criterio de personas cuidadas (Tabla Multirrespuesta)

Instituciones y/u organizaciones que apoyan	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
MINSAP	17
Trabajo y Seguridad social	1
Institución religiosa	1
Asociación de combatientes	2
No recibe atención de ninguna institución y/u organizaciones	54

Anexo 29. Razones para cuidar (Tablas Multirrespuesta)

29.1. Razones por las que es cuidador/a (Tabla Multirrespuesta)

Razones por las que es cuidador/a	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
Económica	13
Por el tipo de parentesco	15
Convivencia	4
Afectivo	7
Soy su cónyuge	7
Soy su tutor/a legal	1
No hay otra persona que la/o cuide	20
Por amistad	2
Porque me gusta lo que hago	2
Por agradecimiento	5
Es mi madre	30
No hay nadie que la/o cuide y atienda mejor que yo	4
Es mi responsabilidad	6
Porque él o ella lo determinó	1
Es mi abuela/o	3
Porque la persona cuidada me necesita	4
La persona cuidada no tiene a más nadie que lo/la cuide	2
Porque es mi papá	1
Porque el adulto mayor vive cerca de mi casa	1
Para apoyar a la familia que tiene a la persona que requiere cuidados	2
Por compañía	2
Es mi hermano/a	2
Para terminar mis años de trabajo	1
Por obligación y necesidad	3
Me siento cómoda/o	2

Tengo valores	1
Porque siempre me brindó la mejor atención	1
Porque soy su único/a hijo/a	2
Porque se lo debo	2
Lo/a cuido para que se sienta bien	1
Es mi vecino/a	1

29.2. Razones por las que el/la jefe/a de hogar considera que el cuidador/a lo/a cuida (Tabla Multirrespuesta)

Razones por las que el/la Jefe/a de Hogar considera que el cuidador/a lo/a cuida	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
Económica	4
Por el tipo de parentesco	19
Convivencia	7
Afectivo	18
Es su cónyuge	2
No hay otra persona que la/o cuide	12
Por amistad	2
Porque le gusta lo que hace	3
Por agradecimiento	4
Es su madre	17
Considera que no hay nadie que la/o cuide y atienda mejor que él/ella	3
Es su responsabilidad	4
Porque él o ella lo determinó	1
Es su abuela/o	1
Porque la persona cuidada le necesita	4
Por solicitud del familiar y la necesidad de tener un empleo	2
Porque es su papá	1
Tiene que asumir el cuidado	1
Para apoyar a la familia que tiene a la persona que requiere cuidados	2
Por compañía	2
Son cónyuges	4

Anexo 29.2. (Continuación del cuadro)

Razones por las que el/la Jefe/a de Hogar considera que el cuidador/a lo/a cuida	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
Es su hermano/a	1
Por obligación y necesidad	1
Tengo valores	1
Porque siempre me brindó la mejor atención	1
Porque soy su único/a hijo/a	2
Porque se lo debo	3
Lo/a cuido para que se sienta bien	1

29.3. Razones por las que la persona cuidada considera que el cuidador/a lo/a cuida (Tabla Multirrespuesta)

Razones por las que la persona cuidada considera que el cuidador/a lo/a cuida	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
Es mi hija/o	13
Afecto (cariñoso/a)	11
Por retribución	6
Es mi hermano/a	2
Porque no tiene otro trabajo	1
Convivencia	1
No hay otra persona que me cuide	4
Tiene más comodidad en mi casa	1
Me la recomendaron	1
Por las atenciones que tengo con él/ella	3
Es mi nieto/a	3
Cónyuge	2
Porque no puedo valerme por mí misma como antes	2
Por parentesco	2
Nos llevamos bien	2
Es muy dedicado/a y preocupado/a	1
Son las hembras	1
No se ponen bravos/as	1

Por amor	7
Lo hacen todo por mí	1
Po ayudarme	1
Porque gana dinero	5

Anexo 30. Argumentos de los/as encuestados/as para identificar al cuidador/a con cualidades y características mencionadas (Tablas Multirrespuesta)

30.1. Argumentos aportados por el/a jefe/a de hogar para identificar al cuidador/a con cualidades y características mencionadas (Tabla Multirrespuesta)

Razones por las que el/a Jefe/a de Hogar identifica al cuidador/a con cualidades y características mencionadas	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
Por parentesco	11
Porque gusta de lo que hace	1
Porque trata bien a la persona cuidada	10
Porque son cualidades positivas que debe poseer la persona que se dedica al cuidado	3
Es paciente	10
Es violento/a	1
Brinda cariño	12
No es paciente	2
Se esfuerza por hacer lo mejor para la persona cuidada	4
No identifica que el cuidador/a presente alguna cualidad o características descritas	6
Porque quiere mucho a su familiar	4
Porque siente amor hacia su madre	3
Son conyugues	1
Porque entiende la actividad que hace	4
Por la experiencia previa	3
Por agradecimiento	1
Es la mamá	1

Anexo 30. (Continuación del cuadro)

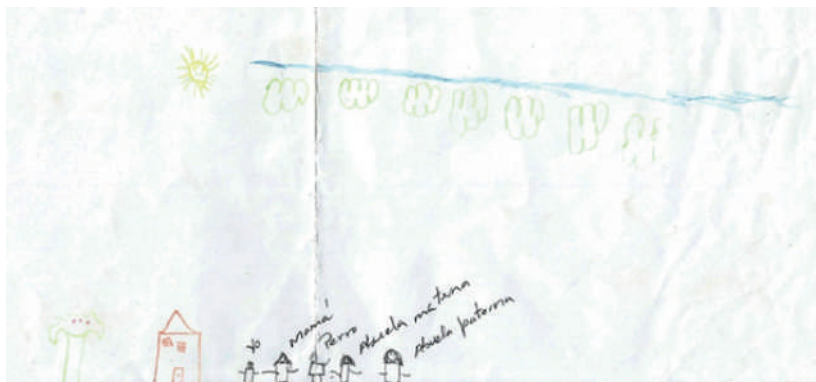
Razones por las que el/a Jefe/a de Hogar identifica al cuidador/a con cualidades y características mencionadas	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
Es su hijo/a	1
A veces se impone ante la persona que cuida	2
Es desinteresado/a	1
Tiene mal carácter	1
Porque cuida a dos ancianos a la vez	1
Tiene buen carácter	1
Es su deber	1
Es comprensivo/a	2
No se ha separado de él/ella	3
Porque la cuida bien	13
Porque se descompensa el estado de salud del cuidador/a	2
Porque es la abuela	1
Es humano/a	2
Está pendiente de todo lo que necesita	4
Está conmigo siempre	1

30.2. Argumentos aportados por la persona cuidada para identificar al cuidador/a con cualidades y características mencionadas (Tabla Multirrespuesta)

Razones por las que la persona cuidada identifica al cuidador/a con cualidades y características mencionadas	Cantidad de veces dicha por encuestado/a
Tiene características positivas	3
Es mi hija/o	5
No tiene tiempo suficiente para cuidarme ni conversar porque trabaja	1
Me cuida bien	13
Me atiende	9
Me quiere, es cariñoso/a	6
Me ayuda y apoya	1
Hace lo que puede	1

Es paciente	3
Es mi nieto/a	3
Porque somos familia (parentesco)	3
Nos entendemos bien	2
Tiene buen carácter	2
No hay otra persona que me cuide	1
Es mi hermano/a	1
Porque conversa conmigo	1
Habla alto, pero es un problema natural de ella	1
Es una buena persona	3
Está conmigo siempre	1
Está pendiente de todo lo que necesito	1
Soy su cónyugue	1

Anexo 31. Dibujos infantiles de la Familia



Niño de 6 años, Familia # 67, Diez de Octubre.



Niño de 10 años, Familia # 34, Plaza de la Revolución.

Anexo 32. Composiciones elaboradas por adolescentes

Técnica de la composición

Consigna (para adolescentes de 11 a 15 años)

Realice una composición sobre su familia.

*mi familia es buena, me quieren
ayudan en mi educación y
ellos son mi mamá, papá, hermanos
somos felices y nos queremos.*

Adolescente masculino, 12 años, Familia #92, Diez de Octubre.

"mi familia".

Tengo una familia pequeña
somos mis dos hermanas
y mi papá, 2 tíos maternos,
primas, es una familia
buena trabajadora, amorosa
y piadosa, estoy muy feliz
con mi familia

Adolescente femenina, 13 años, Familia #66, Diez de Octubre.

Técnica de la composición

Consigna (para adolescentes de 11 a

Realice una composición sobre su fa

mi familia es muy unida, trabajadora.
ayudamos en todo ya que nos quiere
familia se resume en mi mamá, papá

Adolescente masculino, 16 años, Familia #43, Plaza de la Revolución.

Confidencial: "Mi familia"

Todas las personas que habitan en el planeta Tierra tienen al menos una persona cercana que los apoya y está a su lado en los buenos y malos momentos de su vida. Esta persona se le llama familia y es muy importante para todo, perder a la familia es básicamente como perderlo todo. Mi familia no son solo las personas con las que comparto la sangre, sino aquellas personas indispensables para mí, que me brindan su cariño y ayuda cuando lo necesito. Una familia tiene vínculos muy fuertes y muy sensibles también, ya que un mal acto puede ser perdonado pero siempre deja una marca. Es crucial mantener buenas relaciones dentro de una familia, ya que de esto depende nuestro desarrollo social y como personas también.

Adolescente masculino, 16 años, Familia #94, Diez de Octubre.

Mi familia

Mi familia está compuesta por mis abuelos que son dos personas enfermas, mi abuela está encamada y apenas puede hablar, mi abuelo está semiparado. (casi no camina).

Aquí vive mi mamá, mi papá y mi primo. Yo soy el más pequeño de la casa tengo 11 años y estoy en quinto grado, a veces ayudo con el cuidado de mis abuelos y a los que me rodean y quisiera y eso es el más menor.

Polanco Cepem Caraca: 11 años

Dirección: Felipe Reyes 55 Entre Lacomt y de la Estación

Fecha de nacimiento: 27 de abril del 2007.

Anexo 33. Programa analítico sobre cuidados

Datos generales

Capacitación: A cuidadores/as

A trabajadores sociales

Modalidad: Semipresencial

Fondo de tiempo total: 15 horas.

Formas organizativas	Simbología	Distribución de horas
Clases	CL	11
Práctica grupal	P/G	4
Consulta	CSL	---
Total de horas	---	15

Tipo de clase	Simbología	Distribución de horas
Conferencias	C	---
Clases grupales	CG	11
Talleres	T	4
Total Capacitación	TC	15

Objetivo General del Programa:

- Mejorar el trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar y su atención por las políticas públicas en el municipio Plaza de la Revolución.

Objetivo específico:

6. Aplicar acciones de formación de capacidades para el cambio en la atención al trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar en el municipio de Plaza de la Revolución.

Relación de temas:

Tema 1: ¿A qué se llama familias? Enfoques teóricos- metodológicos para su abordaje.

Fondo de tiempo: 4 horas

Objetivo: Caracterizar desde el punto de vista psicosociológico a personas, grupos y comunidades.

No.	Contenidos	Forma organizativa	Tipo de clase	Horas
1	El análisis sociológico de la estructura social como base de la caracterización sociológica. Modo de vida, su enfoque sistémico.	CL	CE	2
2	Las familias. Funciones y tipos de familias. Caracterización sociopsicológica de las familias.	CL	CE	2

Tema 2: Desafíos para las familias multigeneracionales en situación de vulnerabilidad social y la agudización de las desigualdades.

Fondo de tiempo: 5 horas

Objetivo: Analizar el trabajo de cuidados en el ámbito familiar desde la perspectiva psicosocial.

No.	Contenidos	Forma organizativa	Tipo de clase	Horas
1	Trabajo de cuidados y familias. Retos con las políticas públicas.	CL	CE	2
2	Modalidades y Trabajo de cuidados.	CL	CE	1
3	Clase práctica	P/G	CG	2

Tema 3: Marcos normativos sobre el trabajo de cuidados y protección social a personas mayores. Propuestas de perfeccionamiento.

Fondo de tiempo: 4 horas

Objetivo: Exponer las normas jurídicas y las legislaciones con que cuenta cada ciudadano y su respaldo social.

No.	Contenidos	Forma organizativa	Tipo de clase	Horas
1	Percepción de los riesgos, abandono a personas mayores, daños físicos y psicológicos.	CL	CE	2
2	Normativas jurídicas vigentes. Derechos y deberes entorno al trabajo de cuidados.	CL	CE	2

Tema 4: Taller Integrador

Fondo de tiempo: 4 horas

Objetivo: Aplicar los conocimientos adquiridos durante las acciones de capacitación recibidas.

No	Contenido	Forma organizativa	Tipo de clase	Horas
1	Integración de los 3 temas abordados durante la capacitación.	T	S	4

Indicaciones Metodológicas y de organización:

El taller se debe orientar sobre la base de la investigación “El trabajo de cuidados desde la perspectiva familiar en diálogo con las políticas públicas”, desarrollada por el Grupo de Estudios sobre Familia del CIPS. Teniendo en cuenta estos fundamentos, la caracterización de personas, grupos sociales y comunidades debe contribuir al entrenamiento de habilidades tales como:

- Facilitar el trabajo de cuidados a los(as) cuidadores.
- Ejecutar estrategias preventivas en el contexto comunitario.
- Desfeminizar el rol de cuidadora.
- Contribuir a una redistribución más equitativa del uso del tiempo en las labores de cuidado.

- Promover el involucramiento ciudadano y de las familias en la movilización de recursos e iniciativas propias que les ayuden a crear estrategias de afrontamiento a las demandas del cuidado en Cuba.

Sistema de Habilidades:

- Identificar los rasgos que poseen los grupos sociales.
- Aplicar las categorías: modo de vida familiar, estilo de vida familiar y trabajo de cuidados.
- Identificar la violencia en sus diferentes manifestaciones.

Sistema de valores:

- Promover actitudes colectivistas, de austeridad y modestia.
- Ser optimistas y creativos en el planteamiento y solución de problemas.
- Fortalecer el nivel de compromiso institucional.

Sistema de Evaluación:

- Sistemática: Asistencia a las actividades del curso. Participación en preguntas orales y discusiones grupales (Acumularán el 60 %).
- Final: Exposiciones de casos afines al tema (Acumulará 40 puntos).

Referencias Bibliográficas

- AGUIRRE, R. (2014). "Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay" en <https://revistas.flacsoandes.edu.ec/iconos/article/view/>, acceso 20 de agosto del 2019.
- AJA, A., RODRÍGUEZ, G., MARTÍN, J.L., BENÍTEZ, M.E., ALFONSO, A., ARAÚJO, R., LORENZO, O. (2014). Propuesta de un enfoque estratégico para abordar el envejecimiento de la población". Informe de investigación. La Habana, Cuba.
- ÁLVAREZ, M. (2008). "La revolución de las cubanas: 50 años de conquistas y luchas" en revista *Temas*, No. 56. La Habana.
- ÁLVAREZ, M. (2015). "Políticas públicas en corresponsabilidad con el cuidado" en www.novpob.uh.cu, acceso 10 de Septiembre del 2019.
- ÁLVAREZ, M.; Franco M.C., Palmero, Y., Iglesias, M., Díaz, Y., Mena, M., Quesada, E., Miró J., Frómeta, E., Davis, Z., Betancourt, R., Santiso M., Montequín, A., Rodríguez, T., Plasencia, N., Mena, B. N. y Fraga, J.C. (2018). *Encuesta Nacional Sobre Igualdad de Género ENIG-2016. Informe de Resultados*. La Habana: Centro de Estudios de la Mujer y Centro de Estudios de Población y Desarrollo).
- ARRIAGADA, I. (2007). (Coord.). *Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros*. Santiago de Chile: CEPAL/Naciones unidas/UNFPA.
- Asamblea Nacional del Poder Popular (2018). *Constitución de la República de Cuba*. La Habana: Gaceta Oficial.
- BATTHYÁNY, K. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales*. Montevideo: CEPAL.
- BORGEAUD-GARCIANDÍA N. (2018). *El trabajo de cuidado*. (Fundación Medifé) en digital/www.academia.edu/>, acceso 20 de Septiembre del 2019.

- CAMPOALEGRE, R., ARCAUTE, A., CHÁVEZ E., MANREZA Y., Riestra C., SOLARES L., (2016^a). "Cuba: Políticas familiares y de género en un contexto de cambios" en Di Marco, G., Atiño, J., Giraldo, L.S. *Políticas familiares y de género en Argentina, Bolivia, Colombia, Chile y Cuba 2000-2013* (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO).
- CAMPOALEGRE, R., SOLARES, L., CHÁVEZ, E., MANREZA, Y. Y SAMÓN, M. (2016b). *Glosario de términos más empleados en el Grupo de Estudios de Familia del CIPS*. La Habana: Editorial CENESEX.
- CAMPOALEGRE, R. et. al., (2016c). "Mapa integrado de las investigaciones sobre familia realizadas en el CIPS de 1985 a 2011", Informe de investigación. La Habana: CIPS.
- CAMPOALEGRE, R., CHÁVEZ, E., SAMÓN, M., CASTRO, A., GONZÁLEZ, L., TEJEDA, J., LÓPEZ, F. R., BARRIEL, Y. Y MANREZA, Y. (2016d). *Un estudio sobre familias en situación de vulnerabilidad social en los barrios habaneros el Fanguito, la Corea, la Güinera y el Palenque*. La Habana: CIPS.
- CAMPOALEGRE, R. (2014^a). "Género y cuidado en familias latinoamericanas y caribeñas en situación de vulnerabilidad social" en *Seminario virtual Nuevas realidades y dinámicas de las familias latinoamericanas en el contexto globalizador*. Buenos Aires: CLACS, en <<http://seminariovirtual.clacso.org.ar>>, acceso 20 de Septiembre del 2019.
- CAMPOALEGRE, R. (2014b). "La organización social del cuidado infantil. Visiones y retos desde Cuba", Ponencia presentada en la I Bienal Latinoamericana de Infancias y Juventudes, Manizales, Colombia, 9-13 de noviembre del 2014.
- CARRASQUER, P. (2013). "El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología" en *Cuadernos de Relaciones Laborales* Vol. 31, No. 1, en <<http://dx.doi.org/10.5209/rev>>, acceso 9 de Septiembre del 2019.
- CEPAL (2016). "Horizontes 2030: la igualdad en el centro de desarrollo sostenible" en <http://periododesesiones.cepal.org/36/es/documentos/horizontes-2030-la-igualdad-centro-desarrollo-sostenible-sintesis> 2030, acceso 9 de Septiembre del 2019.
- CLACSO Grupo de Trabajo Familia y Género (2013). *Modelos de bienestar en América Latina: una mirada comparativa a las políticas familiares y de género 2000-2013*, Documento de reflexión para orientar la investigación comparativa. Caldas, Colombia: Universidad de Caldas.
- Comité Estatal de Estadísticas (1989). *Anuario Demográfico de Cuba 1985*. La Habana: CEE.

- CHÁVEZ, E. (2018). "El envejecimiento demográfico en Cuba como proceso de significación estratégica" en revista *Temas*. La Habana, No. 89-90, abril.
- CHÁVEZ, E. (2014). "El envejecimiento demográfico cubano y sus implicaciones para el trabajo de cuidado" (Inédito).
- CHÁVEZ, E., DURÁN, A., VALDÉS, Y., GAZMURI, P., DÍAZ, M., PADRÓN, S., Y PERERA M. (2011). *Las familias cubanas en el parteaguas de dos siglos*. Informe de investigación. Bogotá: Dvinni S. A. UNICEF.
- CHÁVEZ, E., MANREZA, Y., BARRIEL, Y. (2017). "Informe sobre la búsqueda bibliográfica realizada". Informe parcial del Proyecto El trabajo de cuidados desde una perspectiva familiar en diálogo con las políticas públicas, La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas.
- DE SOUSA, B. (2009). "La Epistemología del Sur" en Biblioteca virtual. Buenos Aires: CLACSO:en [http://dx.doi.org/10.1787/leo2015esDe%C2%A0Sousa%C2%A0Buenaventura.%C2%A0\(2009\).%C2%A0Epistemología%C2%A0del%C2%A0Sur.%C2%A0CLACSO,%C2%A0Consejo%C2%A0Latinoamericanode%C2%A0Ciencias%C2%A0Sociales,%>](http://dx.doi.org/10.1787/leo2015esDe%C2%A0Sousa%C2%A0Buenaventura.%C2%A0(2009).%C2%A0Epistemología%C2%A0del%C2%A0Sur.%C2%A0CLACSO,%C2%A0Consejo%C2%A0Latinoamericanode%C2%A0Ciencias%C2%A0Sociales,%>), acceso 5 de julio del 2019.
- DEL RÍO, M. (2014). "Desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud", Tesis doctoral en </www.hera.ugr.es/tesisugr/> acceso 15 de julio del 2019.
- DELGADO, T. Y PEREIRA, J. (2017). "*Una mirada en clave jurídica al envejecimiento poblacional en Cuba*". Universidad de La Habana.
- DÍAZ, M. et. al., (2006). "Violencia intrafamiliar en Cuba. Aproximaciones a su caracterización y recomendaciones a la política social". La Habana: CIPS.
- DOMÍNGUEZ, M.I., REGO, I., CADAVAL, C.E., GARCÍA, C., BOMBINO, Y. Y CASTILLA, C. "Imaginario juveniles acerca de la violencia contra las mujeres". La Habana: CIPS.
- DURÁN, N.M. (2015). "La ética del cuidado: una voz diferente" en Revista *Fundación Universitaria Luis Amigó* (Medellín) Vol. 2, No. 1, enero-junio.
- ESPÍN, A.M. (2008). "Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia" en *Revista Cubana de Salud Pública* Vol. 34 No. 3, Septiembre en < /www.researchgate.net/publication/>, acceso 15 de octubre del 2019.
- ESPÍN, A. M. (2010). "Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia", Tesis doctoral, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana.

- EXPÓSITO, Y. (2008). "La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer" en *Revista habanera de Ciencias médicas* (La Habana) Vol.7 No.3, julio-Septiembre en <<http://scielo.sld.cu/scielo.php>>. acceso 15 de octubre del 2019.
- FLEITAS, R. (2005). *Familia cubana y mujer. Las relaciones de género*. Versión en formato digital.
- FLEITAS, R. (2014). "El discurso invisible del envejecimiento: el dilema de género" en revista electrónica *Antropológicas*.
- FRANCO, S. M. (2014). "La economía de los cuidados. Desplazamientos teóricos y metodológicos en el estudio de las familias: del trabajo de reproducción al estudio de los cuidados" en *Seminario virtual Nuevas realidades y dinámicas de las familias latinoamericanas en el contexto globalizador*. Buenos Aires: CLACSO. En <<http://seminariovirtual.clacso.org.ar/>>. acceso 20 de Septiembre del 2019.
- GARCÍA, B. C. (2001). "Estudio cualitativo del perfil del cuidador primario, sus estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo con el enfermo oncológico infantil", Tesis doctoral, Universidad Ramón Llull, Barcelona, España.
- GIL P., LÓPEZ, J.A. y GÓMEZ, M. DEL P. (2013). *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores*. Madrid: IMC.
- GRILLO, O. (2014). "Puntos ciegos en el análisis de políticas sociales" en *Políticas Sociales*, Moreno: Centro de Estudios de Políticas Sociales, departamento de Humanidades y Ciencias Sociales, universidad Nacional de Moreno.
- GUZMÁN, J.M., HUENCHUAN, S. Y MONTES DE OCA, V. (2003). "Redes de apoyo social de las Personas mayores: Marco conceptual" en *Notas de Población*. Santiago de Chile: CELADE, No. 77.
- HUENCHUAN, S., RODRÍGUEZ, R.I. (2015). "Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México. Diagnóstico y Lineamiento de política". Documento de Proyecto. CEPAL: Naciones Unidas.
- LÓPEZ, F. (2016). "Protección legal y cuidados", Ponencia presentada en el Evento internacional Género y Derecho, La Habana, Cuba.
- LÓPEZ, F., CASTRO, A., GONZÁLEZ, L. y MANREZA, Y. (2017). "Informe sobre entrevista a expertos" Informe parcial del Proyecto El trabajo de cuidados desde una perspectiva familiar en diálogo con las políticas públicas. La Habana: CIPS.

- LUCCA, J. B. (2015). "Herramientas y estrategias de la comparación" en Seminario Virtual *La comparación en ciencias sociales y el análisis de políticas públicas en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: CLACSO. En <http://seminariovirtual.clacso.org.ar/>, acceso 25 de Septiembre del 2019.
- MAGANTO, J. M., ETXEBERRÍA, J., y PORCEL, A. (2010). "La corresponsabilidad entre los miembros de la familia, como factor de conciliación" en *Educatio Siglo XXI*, No. 28 Vol.1, en <https://revistas.um.es/educatio/article/view/>
- MARTÍNEZ, A., NADAL, S., BEPERET, M. y MENDÍOROZ, P. (2000). "Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes" en revista *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. No. 23 Vol. 1, Navarra, España.
- Ministerio de Salud Pública y Centro Iberoamericano de la Tercera Edad (2012). "Informe Nacional de Cuba." Informe presentado a la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, Costa Rica.
- MOLINIER, P. (2015) (2018). "El cuidado puesto a prueba por el trabajo. Vulnerabilidades cruzadas y saber-hacer discretos". En Borgeaud –Garciandía Natacha (comp.) *El trabajo de cuidado*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Medifé.
- Oficina Nacional de Estadística e Información, Centro de Estudios de Población y Desarrollo (2016). *Anuario Demográfico de Cuba 2015*. La Habana: ONEI.
- Oficina Nacional de Estadística e Información, Centro de Estudios de Población y Desarrollo (2015). *Proyecciones de la población cubana 2015-2050*. La Habana: ONEI.
- Oficina Nacional de Estadística e Información (2014). *Informe Nacional. Censo de Población y Viviendas Cuba 2012*. La Habana: ONEI.
- Oficina Nacional de Estadística e Información (2014). *Estudio sobre envejecimiento poblacional a partir del Censo de Población y Viviendas 2012*. La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo.
- Oficina Nacional de Estadística e Información, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, (2016). *El color de la piel según el censo de población y viviendas de 2012*. La Habana: ONEI.
- Oficina Nacional de Estadística e Información, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, (s/f) *Proyecciones de la Población cubana 2015 – 2050*. La Habana: ONEI)
- Oficina Nacional de Estadística e Información, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, (2019). *Anuario demográfico de Cuba 2018*. La Habana: ONEI.

- Oficina Nacional de Estadística e Información, Centro de Estudios de Población y Desarrollo (2019). *Anuario Demográfico de Cuba 2018*. La Habana: ONEI.
- Oficina Nacional de Estadística e Información (2015). Oficina Nacional de Estadística e Información. *Estudios y datos de la población cubana*. La Habana: Centro de estudios de Población y Desarrollo.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial del envejecimiento y la salud*. Ginebra, Suiza: OMS.
- PAPERMAN, P. (2015) (2018) "La ética del cuidado y las voces diferentes de la investigación" en Borgeaud –Garcandía Natacha (comp.). *El trabajo de cuidado*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Medifé.
- Partido Comunista de Cuba (2017). "Conceptualización del modelo económico" en <[www.granma.cu/file/pdf/gaceta/conceptualización del modelo económico](http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/conceptualización%20del%20modelo%20económico)>, acceso 15 de Septiembre del 2019.
- Partido Comunista de Cuba (2017). "Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución" en <[www.granma.cu/file/pdf/gaceta/ Lineamientos2016](http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Lineamientos2016)>, acceso 15 de Septiembre del 2019.
- RIESTRA, C. (2015). "Una aproximación al análisis de la estructura societal del cuidado en Cuba en el periodo 2011-2014", Trabajo final del Diplomado Sociedad Cubana. La Habana: CIPS.
- ROGERO-GARCÍA, J. (2010). "Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: una valoración compleja y necesaria" en *Index Enfermería* (Granada) Vol.19 No.1, enero-marzo en <<http://scielo.isciii.es/scielo.php>>, acceso 5 de octubre del 2019.
- SEGATO, R. (2015). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos*. Buenos Aires: Prometeo.
- SEGATO, R. (2010). Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial en <http://seminariovirtual.clacso.org.ar>, acceso 20 de Septiembre del 2019.
- TAYLOR, S. y BOGDAN, R. (1989). "Ir hacia la gente" en: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* en <<http://ulloavision.org/archivos/antologias/metodo2>>., acceso 20 de Septiembre del 2019.
- TRONTO, J. (1993). *Moral boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. London: Routledge.

De los/las autores

Rosa Campoalegre Septien. Coordinadora. Doctora en Ciencias Sociológicas por la Universidad de La Habana. Profesora e Investigadora Titular. Coordinadora del Grupo de Estudios sobre Familia en el Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. Coordinadora del Grupo de Trabajo “Afrodescendencias y propuestas contrahegemónicas” del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Miembro del Grupo de Trabajo de CLACSO “Familia y Género en dinámicas transnacionales y locales”. Desarrolla las líneas de investigación familia/género/ políticas públicas/cuidados y el estudio de las afrodescendencias, con énfasis en los feminismos negros. Ha participado como ponente y conferencista en eventos nacionales e internacionales. Imparte docencia de pregrado y posgrados en instituciones académicas de Cuba y América Latina. Coordinadora de la Escuela Internacional “Más allá del decenio de los pueblos afrodescendientes”. Ha recibido reconocimientos como: Orden Carlos J. Finlay (1999), Premio por la Academia de Cuba y distinciones especiales por el Ministerio de Educación Superior. Tiene publicaciones nacionales e internacionales en las Américas y Europa en calidad coordinadora y autora. Es miembro de la Asociación de Estudios Latinoamericanos (LASA), la Sociedad Cubana de Psicología, del Tribunal Nacional para el otorgamiento de grados científicos en Sociología y del Comité Editorial de la Revista cubana de Sexología.

Contacto: rosacips@gmail.com

Yanel Manreza Paret. Licenciada en Psicología por la Universidad de La Habana (2009). Máster en Género, Educación Sexual y Salud Reproductiva por la Universidad de Ciencias Pedagógicas “Enrique José Varona” (2014). Investigadora Agregada del Grupo de Estudios sobre Familia en el Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, donde se desempeña desde el año 2012. Ha investigado temas vinculados a las familias en situación de vulnerabilidad social, la sexualidad, el género y los cuidados. Ha par-

ticipado en eventos nacionales e internacionales. Es autora y coautora de diversos informes de investigación, artículos y libros vinculados a la temática de las familias.

Contacto: ymanreza@gmail.com

Odalys González Collazo. Licenciada en Psicología (2011) por la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Especialista de Primer Grado en Psicología de la Salud (2015). Máster en Prevención del uso indebido de drogas (2017). Diplomada en Atención integral a las adicciones (2016). Investigadora Agregada del Grupo de Estudios sobre Familia en el Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, desde 2017. Su línea de investigación se centra en los estudios de las adicciones y el cuidado en el ámbito familiar. Ha participado en eventos nacionales e internacionales. Miembro de la Sociedad Cubana de Psicología y de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud.

Contacto: odagc@gmail.com

Felicitas Regla López Sotolongo. Licenciada por la Facultad de Derecho de la Universidad de La Habana (1977). Doctora en Ciencias Jurídicas por el Instituto del Estado y el Derecho de la Academia de Ciencias de Moscú (1984). Especialista del Grupo de Estudios sobre Familia en el Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. Profesora de Derecho Civil, Derecho de Obligaciones y Contratos, Derecho de Familia y Derecho Notarial. Se ha desempeñado como asesora jurídica y notaria con competencia provincial y nacional. Ha participado en eventos nacionales e internacionales. Ha cursado postgrados sobre temas jurídicos y técnicas de Dirección, Seminario sobre los derechos de los negocios, Escuela Internacional de Postgrado “Más Allá del Decenio de los Pueblos Afrodescendientes” y cursos virtuales del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Miembro del Grupo de Expertos para casos de Familia.

Contacto: felicitasls@gmail.com

Ernesto Chávez Negrín. Licenciado en Geografía por la Universidad de La Habana (1972). Investigador Auxiliar (1985). Ha realizado estudios de especialización en Demografía en el Centro de Estudios Demográficos y en el Colegio de México y Centro Latinoamericano de Demografía. Desde 1997 se desempeña como investigador del Grupo de Estudios sobre Familia en el Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, donde durante varios años fue secretario del Consejo Científico. Fue miembro de las Comisiones Nacionales Consultivas, correspondientes a los Censos de Población y Viviendas efectuados en Cuba en los años 1981 y 2012. Ha participado en múltiples investigaciones de carácter sociodemográfico. Ha impartido

diversos cursos y conferencias. Ha participado en numerosos eventos científicos nacionales e internacionales. Es autor o coautor de más de 60 libros, artículos e informes de investigación, publicados en Cuba, México, Puerto Rico, Estados Unidos, Brasil, Argentina y España.

Contacto: ernestoch@cips.cu

Yudelsy Barriel Díaz. Licenciada en Psicología por la Universidad de La Habana (2013). Máster en Desarrollo social. (2020). Desde 2016 se desempeña como técnica de investigación del Grupo de Estudios sobre Familia en el Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, donde se graduó del Diplomado “Sociedad Cubana” (2015). Trabaja los temas de Familias en situación de vulnerabilidad social, corresponsabilidad y cuidados. Miembro de la Sociedad Cubana de Psicología.

Contactos: yudelsybd@ceniai.inf.cu; yudelsy.barriel@gmail.com

Milagros de la Caridad Samón Quiala. Máster en Prevención y Planeación (2000). Licenciada en Educación (1989). Investigadora Agregada del Grupo de Estudios sobre Familia en el Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. Ha estudiado temas relacionados con familia, prevención comunitaria, género, racialidad, violencia, religión y drogas. Profesora Asistente adjunta del Instituto Superior del Ministerio del Interior (ISMI-MININT), donde imparte docencia de pregrado y posgrado de Criminología, Criminalística, Psicología operativa, Drogas, Sociedad y Religión. Ha sido tutora de tesis de maestrías. Miembro de la Sociedad de Pedagogos de Cuba, de la Asociación Cubana de Investigaciones Filosóficas, de la Sociedad Cubana de Psicología y de la de la Asociación Cubana de Investigaciones Filosóficas, y de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad. Es autora de artículos en publicaciones digitales y revistas.

Contacto: msamonquiala@gmail.com