

La cultura del cuidado, mujeres y envejecimiento¹

Teresa Lartigue

“El tema del cuidado es un tema recurrente en la reflexión cultural de los últimos tiempos”²; al principio estuvo vinculado con la medicina y la enfermería, posteriormente con la educación y después convertido en un paradigma por filósofas y teólogas feministas, lo que ha producido una acalorada discusión, principalmente en Estados Unidos de Norteamérica, “entre la ética de base patriarcal, centrada en el tema de la justicia y la ética de base matriarcal, articulada por el cuidado esencial” (Boff, p. 16).

Destacan en este tema, Florencia Nightingale, prototipo de la enfermera moderna por sus cuidados a los heridos en la guerra de Crimea. Martin Heidegger con su libro *Ser y tiempo* (1927) cuyos párrafos centrales están dedicados al cuidado como ontología del ser humano y Donald W. Winnicott (1989) quién desarrolló una reflexión y una práctica en torno a los conceptos de cuidado (*care*), preocupación o consideración por el otro (*concern*) y *holding* o sostenimiento (Boff, 2012). Michel Foucault escribe en 1994 *La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad*, vinculado al cuidado de sí mismo y de los otros.

Cabe destacar que además de los documentos oficiales de la ONU, de la UNESCO y otras organizaciones enfocadas hacia el *Cuidado de la tierra*³,

1 Ponencia a presentar en la Mesa: “Mirando el futuro, hacia el cuidado de las cuidadoras. Reflexiones y propuestas”, XV Diálogo Latinoamericano Intergeneracional entre Hombres y Mujeres, COWAP, Lima Perú 2 de julio 2022.

2 Waldow, Torralba citados por Boff 2012, p. 15.

3 Ver la *Carta de la tierra* donde las categorías cuidado y modo sostenible de vivir, constituyen los dos principales articuladores del nuevo discurso ecológico, ético y espiritual propuesto en este documento en París en el año 2000 (Boff, 2012).

en los cuales se hace alusión al cuidado, el cuidado está también presente a nivel social y personal, especialmente en los dos extremos de la vida, en el nacimiento y en la muerte (Boff, 2012).

En relación al concepto de cuidado, Boff (2012) refiere que el término remite a la palabra latina *cura* o *coera*, que significa cuidar y tratar⁴; lo define como una actitud, fuente permanente de actos, actitud que se deriva de la naturaleza del ser humano. El cuidado como actitud tiene dos sentidos principales: “*El primero* designa el desvelo, la solicitud, la atención, la diligencia y el celo que se aplica a una persona, o a un grupo o a un objeto que se estima. El cuidado demuestra que el otro tiene importancia, que se siente implicado en su vida y en su destino. *El segundo* sentido se deriva del primero. Por esta implicación afectiva, el cuidado pasa a significar: preocupación, inquietud, desasosiego y hasta sobresalto por la persona amada, o con la cual se está ligado por lazos de parentesco, de amistad, de proximidad, de afecto y de amor... El cuidado establece también un sentimiento de mutua pertenencia” (Boff, 2012, p. 19).

Existe un *tercer* sentido de cuidado elaborado por Winnicott con su teoría del *holding*, que significa el conjunto de dispositivos de apoyo, de sostén y de protección sin los cuales los seres humanos no podríamos vivir. El cuidado se expresa en dos movimientos indisociables: la voluntad de cuidar y la necesidad de ser cuidado, que se hace evidente en la relación madre-bebé. Esta relación indisociable nos acompaña a lo largo de la vida, en virtud de la condición humana siempre expuesta a riesgos, vulnerable, sujeta a enfermedades, mortal (Boff, 2012). En términos de Freud, sería debido a la profunda indefensión y fragilidad de los recién nacidos, de todos los seres humanos,

De enorme actualidad hoy en día, existe un *cuarto* sentido del cuidado: como preocupación y como prevención. *Precaución* tiene que ver con tomar en cuenta los riesgos inminentes y también los futuros derivados de las iniciativas humanas y agregaría de las catástrofes provocadas por la naturaleza. En el principio de *prevención* se saben los efectos dañinos de determinadas iniciativas, por lo que se pueden evitar (Boff, 2012).

Leonardo Boff a partir de los datos referidos, precisa el concepto de cuidado en los siguientes términos (pp.22-23):

4 Se habla de “cura de almas” para referirse al sacerdote o pastor, o “curador” que cuida de los bienes e interés de alguien que no puede hacerlo por sí mismo, o bien curador de una exposición, bienal de libros, etc.

“El cuidado es una actitud de relación amorosa, suave, amigable, armoniosa y protectora de la realidad, personal, social y ambiental... es todo tipo de preocupación, inquietud, desasosiego, molestia, estrés, temor e incluso miedo que pueda alcanzar a personas o realidades con las cuales estamos involucrados afectivamente, y que por eso mismo nos son preciosas. El cuidado es la vivencia de la relación entre la necesidad de ser cuidado y la voluntad y predisposición a cuidar, creando un conjunto de apoyos y protecciones (holding) que hace posible esta relación indisociable, a nivel personal, social y con todos los seres humanos. Cuidado-preocupación y cuidado-prevención configuran aquellas actitudes y comportamientos que deben ser evitados por sus consecuencias dañinas, unas previsibles (prevención) y otras imprevisibles por falta de seguridad en los datos científicos y por lo imprevisible de los efectos perjudiciales al sistema-vida y al sistema-tierra (precaución)⁵.

Me pregunto: ¿Quién cuida al cuidador?⁶ Las primeras y más antiguas cuidadoras son en términos generales, las madres y abuelas que desde el principio de la humanidad han cuidado de su descendencia; sin embargo al llegar a la vejez, al sufrir el proceso de envejecimiento, el derrumbe del cuerpo, la finitud, es importante subrayar “que quien cuida, necesita ser cuidado” (Boff, p. 136). ¿En qué términos o condiciones?, ¿cuáles son las consecuencias psíquicas de un cuidado prolongado?

Cabe hacer notar que del “diamante de cuidado” de Razavi (citada por Chardón, 2022) que integra cuatro pilares del bienestar que intervienen en la provisión del cuidado, esto es la familia, el estado, el mercado y la comunidad, me voy a centrar exclusivamente en el pilar de la *familia*. Menciono a continuación diversos escenarios de cuidado emocional exclusivamente, extraídos de mi quehacer como psicoanalista. En todos los casos menos uno, los familiares contaban con cuidadores esenciales remunerados, y con seguros de gastos médicos mayores.

Escenarios del cuidado emocional

1. Mujer soltera de la tercera edad, con dos hermanos mayores

⁵ Cursivas del autor.

⁶ Esta pregunta se la hizo el médico Eugenio Paes Campos en su libro del mismo nombre publicado en 2005 (citado por Boff, p. 135).

- residiendo fuera de México; cuida de su padre con debilidad visual en el hogar de ella, al tiempo que debe estar pendiente de su madre que vive en su propio espacio; mantiene económicamente a ambos.
2. Una mujer casada con hijos, y dos hermanos, con una madre con una enfermedad crónico-degenerativa a quién el padre le demanda atención total, con continuos reproches y exigencias, pese a la disponibilidad del personal de salud quién la atiende día y noche.
 3. Una de cinco hermanos, mayor de 60 años, se dedicaron los cinco a cuidar de su madre viuda hasta su reciente fallecimiento; esposo e hijos resignados a ocupar el segundo lugar en su vida, prioridad única: cuidar de la madre.
 4. Hija menor de dos, el mayor ausente, con padres divorciados -casada con hijos adolescentes- el padre octogenario le reclama que no esté a su lado las veinticuatro horas del día, o que atienda sus llamadas telefónicas interminables o las comidas que se prolongan hasta que cierran los restaurantes.
 5. Una de tres hermanas dedicadas a cuidar en un hospital al hermano menor gravemente enfermo por complicaciones del abuso de alcohol, al igual que de sus padres con complicaciones médicas. Condiciones de salud del hospital público deplorables e inimaginables.
 6. Pese a ser tres los hermanos, a mi paciente le exigieron que ella debía afrontar todos los gastos y cuidar de la madre divorciada hasta su muerte; fuertemente criticada y devaluada por haberla internado en una residencia para personas mayores.
 7. A pesar de haber sido rechazada por su madre desde el nacimiento, debía de cuidar de ella a la muerte del padre, amén de ser explotada económicamente por los hermanos, siendo ella de la tercera edad y con menores recursos económicos.
 8. Una de seis hermanos, quién asumió el rol de verificar el sistema de cuidados de la madre viuda, pese a ser devaluada y denigrada por ser mujer y por no estar “como es su obligación” a su lado, junto con la exigencia económica de mantenerla.
 9. Mujer de la tercera edad, con una hermana con demencia senil quién la inunda con diversas quejas y reclamaciones mañana, tarde y noche ya sea por mensajes de texto, llamadas telefónicas o vía mail.

Consigno algunas frases del estado de ánimo de una de las pacientes: “Me siento agobiada, me parece que me estoy deprimiendo, no sé qué hacer, todo lo que gano se me va en mis papás, no puedo ahorrar nada, la inflación me está matando. Además, el otro día mi papá algo me reclamó, y le respondí con molestia-no ves que todo el día estoy encerrada, me la paso contigo. Los domingos que vienen a comer mi mamá y la nieta mayor, las trata y les habla mal, se queja en lugar de estar contento, siente que le quitan atención, como un niño díscolo. Mención aparte es la interminable lista de médicos a las que lo tengo que llevar. Además tengo un problema de salud, al parecer consecuencia de la operación que me hicieron hace un año, pero falta el diagnóstico. No quisiera tomar medicamentos, y en el trabajo también tengo incertidumbre, me agobia que me puedan correr, no soy santo de la devoción de mi jefe, y hay comentarios dañinos de la persona que era mi amiga y recomendé que entrara a trabajar con nosotros. Todo se está complicando, además la post pandemia, y ahora de nuevo el aumento de contagios, ya no quiero vivir así, me voy a morir yo primero, ya no puedo más...”

Este es uno de los relatos de pacientes que sienten que se encuentran atrapadas, sin poder escapar de la condición en la que viven día con día; las diferentes características de lo que implica el cuidado como “desvelo, solicitud, atención, diligencia, celo, preocupación, inquietud, desasosiego, temor, miedo y hasta sobresalto”, inundan el aparato psíquico en un tsunami permanente.

Además, en virtud del sentimiento de mutua pertenencia, de una relación de amor previa, de deseos genuinos de protección, de procurar la mejor calidad de vida a la persona que está sufriendo y que requiere de cuidados especiales, están a la orden del día los sentimientos de culpa por haber infringido algunos mandatos superyoicos y los autorreproches. Debido a estar experimentando al mismo tiempo: molestia, enojo, coraje, rabia, ira, desesperación y en ocasiones hasta deseos de muerte para poder “descansar” todos y poderse liberar de la carga emocional, a veces económica que ya les es muy difícil, casi imposible sostener. Mención aparte son los problemas con alguno de los hermanos y el sufrimiento psíquico de las y los nietos al percatarse de las condiciones del familiar.

Al observar que es una condición que comparten un buen número de pacientes, principalmente mujeres, pienso que es importante identificarla como un Síndrome, que se podría denominar “Síndrome de cuidados emocionales a personas mayores”. Con base en el Modelo Modular

Transformacional propuesto por Hugo Bleichmar (1997,1999) encuentro que son cuatro las vías o caminos de entrada, en íntima interrelación, articulación y transformación.

- A. Una alta o intensa carga de estrés intrafamiliar, que puede ocasionar un trastorno de ansiedad generalizada, o bien un padecimiento psicossomático⁷ (Rojas, 1998).
- B. Compartir las siguientes características del trastorno por estrés post-traumático como son los sentimientos de impotencia, evasión, de hipervigilancia y reactividad, cambios negativos en el sistema de creencias, trastornos del sueño y pesadillas (DSM-5, 2013).
- C. La presencia de *burnout*, caracterizado por sentimientos de despersonalización, por sentir que está quemado o quemándose y por llegar al desgaste o agotamiento emocional, descrito magistralmente en el trabajo de Harrsch (2022).
- D. Experimentar un trastorno depresivo, con sus específicas vías de entrada: una realidad externa traumática siempre significada por la fantasía, por la intensidad sentimientos de culpa, por la intensidad de la agresión hacia el exterior o hacia sí misma, por padecer un trastorno narcisista y sentir vergüenza por haberle fallado al familiar, por angustias persecutorias, por identificación con el familiar enfermo y por déficits yóicos (Bleichmar, 1997, 1999; Lartigue, 2015).

Es de suma importancia profundizar en cada caso particular, el cómo se articularon estos componentes, además de elaborar una historia clínica con su clave psicodinámica, con el fin de realizar un tratamiento a la medida.

Por otra parte, me pregunto respecto de nosotros como psicoanalistas o psicoterapeutas ¿Qué medidas hemos tomado para enfrentar nuestra vejez?, ¿contamos con un seguro de gastos médicos, o uno de desempleo, o uno de vida? ¿Registramos en una notaría la carta de voluntad anticipada respecto de no usar ningún tipo de reanimación artificial? ¿Hemos formalizado nuestro testamento? ¿Contratado ya un servicio de gastos funerarios? En suma, ¿qué tipo de previsiones hemos considerado para ir enfrentando nuestra vejez y muerte? ¿Cuáles son nuestros cuidados hacia nuestra descendencia, les vamos a dejar la carga emocional o vamos a asumirla?

Lamentablemente en nuestra asociación hemos advertido que, psicoanalistas con enfermedades crónico-degenerativas como cáncer,

7 Recomiendo ampliamente el análisis teórico de Rojas (1998).

Alzheimer, Parkinson, no tuvieron una previsión al respecto de anticipar su vejez, ni enfermedades posibles, algunos no hicieron testamento. Lo que sí es de llamar la atención que en la epidemia reciente por coronavirus, sólo un miembro de la APM, de 84 años, murió por la COVID-19, a diferencia de familiares, esposos, padres, abuelos, tíos, hermanos, primos, y amistades, en los que la infección u muerte fue mucho más frecuente. ¿En otras asociaciones sucedió algo similar?

Sería deseable trabajar en grupos de colegas, o en cada asociación como señala Leonardo Boff en el “cuidado-preocupación y cuidado-prevención que configuran aquellas actitudes y comportamientos que deben ser evitados por sus consecuencias dañinas, unas previsibles y otras imprevisibles”.

Algunas propuestas

Respecto de pacientes aquejados de este Síndrome, en su mayoría de predominio femenino -pero también algunos varones experimentan este Síndrome (Ortiz, 2018)-, además del tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico, sería recomendable trabajar desde el enfoque de la psicoterapia multimodal, desarrollado en la Clínica Menninger para familias vulnerables y con alto riesgo psicosocial (Maldonado y Lartigue, 2002). La psicoterapia o tratamiento psicoanalítico es el eje central, enriquecido con diversas intervenciones según cada familia en particular; por ejemplo, puede estar de manera simultánea en psicoterapia de pareja o familia, recibir ayuda práctica⁸, guía, orientación, terapia de mentalización, terapia de grupo, terapia ocupacional o recreativa.

En relación con otro pilar del “diamante de cuidados”, en el de *la comunidad*, sería importante explorar si existen grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos, o de Familiares de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, o Comedores Compulsivos a través del cual pudieran construir una red de apoyo psicosocial que les permitiera encontrar otras alternativas y opciones para retomar su vida, para compartir y crear nuevas maneras de lidiar con la adversidad.

Respecto de los otros dos pilares, el del *mercado* y el *estado* coincido plenamente con las propuestas de Chardón (2022), de que “las subjetividades avasalladas de los cuidadores informales y de los esenciales sean tenidas

⁸ En un caso particular consistió en la recomendación de leer el libro de Alizade *Clínica con la muerte*.

en cuenta para la creación de dispositivos de salud mental flexibles incorporados en los sistemas de salud”. Y con la formulación de leyes que consagren al cuidado como un derecho universal, así como la equidad de género, y con la creación de un sistema integral de cuidados a nivel federal, estatal y municipal.

Deseo finalizar con esta reflexión de Dufourmantelle (2011 p.47) que nos invita a pensar en que habría otra posibilidad muy arriesgada que dice así:

“Dejar la familia no tiene un fin, excepto recrear amistad e inteligencia con los lazos de sangre; es un movimiento sin remordimientos, encarnizado y un poco loco, para encontrar en otra parte lo que nos convierte en seres capaces de amor y de alegría, liberados de los escenarios de un pasado fuera de la memoria”.

Resumen

Se explica el concepto de cuidado desde la perspectiva de Leonardo Boff quién afirma “que quien cuida, necesita ser cuidado”, por lo que en el tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico es importante identificar lo que denomino “Síndrome de cuidados emocionales a personas mayores” que padecen en su mayoría mujeres, enfrentadas a una condición de una realidad traumática y estresante. Hacia el final se formulan algunas propuestas que permitirían encontrar alternativas y opciones para retomar su vida y crear nuevas maneras de lidiar con la adversidad.

Palabras clave: Cuidado emocional, envejecimiento, tratamiento psicoanalítico.

Summary

The concept of care is explained from the perspective of Leonardo Boff who affirms “that who ever cares, needs to be cared for”, so in psychoanalytic or psychotherapeutic treatment it is important to identify what I call “Syndrome of emotional care for the elderly” who suffer mostly women, faced with a condition of a traumatic and stressful reality. Towards the end, some proposals are formulated that would allow you to find alternatives and options for a better life and create new ways to deal with adversity.

Keywords: Emotional care, aging, psychoanalytic treatment.

Referencias bibliográficas

- ALIZADE, M. (1995). *Clinica con la muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. 5°ed, Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
- BLEICHMAR, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós.
- BLEICHMAR, H. (1999). Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular transformacional. *Aperturas psicoanalíticas*, no. 1, abril.
- BOFF, L. (2012). *El cuidado necesario*. Trad. María José Gavito, Madrid: Editorial Trotta.
- CHARDÓN, M.C. (2022). La subjetividad avasallada. ¿Quién cuida a los que cuidan? En este volumen.
- DUFOURMANTELLE, A. (2011). Dejar la familia. En *Elogio del riesgo*, trad. Simone Hazan, México: Paradiso editores, 2015 pp. 45-47.
- FOUCAULT, M. (1994). La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. En *Estética, ética, hermenéutica. Obras Esenciales III*. Trad. Angel Gabilondo, Barcelona: Paidós, 1999, pp.393-401.
- HAIDEGGER, M. (1927). *Ser y tiempo*. Trad. de Jorge Eduardo Rivera, Madrid: Editorial Trotta, 2009.
- HARRSCH, C. (2022). Síndrome de *Burnout* de un amor familiar. En este volumen.
- LARTIGUE, T. (2015). Una aproximación a la depresión perinatal. Guía para la Entrevista Psicodinámica de los Estados Depresivos en el periodo perinatal, con base en el Modelo Modular Transformacional de Hugo Bleichmar. *Cuadernos de Psicoanálisis*, XLVIII (1-4): 101-131.
- MALDONADO DURAN, M. & LARTIGUE, T. (2002). Multimodal Parent Infant Psychotherapy. En *Infant and Todler Mental Health. Models of clinical interventions with infants and families*. M. Maldonado Durán (Ed.). Washington DC: American Psychiatric Press, pp.129-160.
- ORTIZ, M.S. (2018). Evaluación del Grado de Integridad del Yo en nueve ancianos institucionalizados. Tesis inédita para optar por el grado de Doctora en Psicoterapia, Centro de Estudios de Postgrado, Asociación Psicoanalítica Mexicana.

- ROJAS, A. (1998). El estrés laboral en el personal de enfermería. En *Enfermería: Una profesión de alto riesgo*, T. Lartigue y V. Fernández (comps.) México: Universidad Iberoamericana, Plaza y Valdés Editores, pp. 167-221.
- WINNICOTT, D.W. (1989). *Tudo comença em casa*. Sao Paulo: Martin Fontes