



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Facultad de Ciencias de la Salud

Departamento de Ciencias Clínicas

Programa de Doctorado: Salud Pública (Epidemiología, Planificación y Nutrición)

APROXIMACIÓN CUALITATIVA A LOS FACTORES DETERMINANTES DEL
CUIDADO A PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES LLEVADO A CABO POR
INMIGRANTES EN LA ISLA DE LANZAROTE

Tesis Doctoral

Presentada por: D^a. María José Morales Gázquez

Dirigida por la Dra. D^a. María del Carmen Navarro Rodríguez

Codirigida por la Dra. D^a. María Milagros Torres García

Codirigida por la Dra. D^a. Epifanía Natalia Medina Artilles

Las Palmas de Gran Canaria

2015

Dedicado

*A mis abuelos,
tan diferentes entre ellos, han forjado los pilares de mi personalidad.
A mi abuela Ramona, por haberme amado tanto; a mi abuelo Pepe por haberme hecho
sentir aceptada y especial en este mundo, a mi abuela Dolores, a quien no conocí pero está
presente en mi vida cada día y a mi abuelo Francisco, por haber reunido a una familia que a
veces necesita que le recuerden que lo es.*

*A mis padres, María y José,
por su valor para traerme a este mundo y su generosidad para entregarnos sus vidas a
mi hermano y a mí. Por su dedicación, desvelos, preocupaciones, por haberme criado y haber
sentado las bases de mi existir y porque con su ejemplo y amor me han transmitido la
verdadera esencia del cuidado.*

*A mi amado hermano Fran,
el espejo donde me miro y cuya ternura, capacidad de amar y entrega me gustaría
imitar alguna vez.*

*A mis preciosos sobrinos, Álvaro y Marina, gracias por la luz que habéis traído a nuestras
vidas.*

A los bellos ángeles de mi vida.

*No profetizo nada, pues toda profecía es vana ahora;
de un lado la oscuridad y del otro lado nada más que esperanza.*

*Y tú, Portador del Anillo, -dijo la Dama volviéndose a Frodo-
llego a ti en último término, aunque en mis pensamientos no eres el último.*

*He recogido la luz de la Estrella de Eärendil,
que sea para ti una luz en los sitios oscuros, cuando todas las otras luces se hayan
extinguído.*

J.R.R. Tolkien

Agradecimientos

Quiero agradecer a mis directoras de tesis, María del Carmen Navarro Rodríguez, María Milagros Torres García y Epifanía Natalia Medina Artilles, su apuesta por este trabajo cuando aún no era más que un proyecto en ciernes, y cuya profesionalidad y rigor han permitido que el mismo se convirtiera, finalmente, en esta tesis.

Gracias a las mujeres cuidadoras que me abrieron su vida y su corazón y que contaron a esta desconocida los aspectos íntimos del cuidado, sin su colaboración no habría podido llevar adelante este trabajo.

Gracias a las familiares y a las enfermeras que participaron en las entrevistas grupales, cuyos problemas de agenda parece que están a la par de complicadas y aun así encontraron el momento para colaborar en este trabajo. Gracias por su sinceridad y por su tiempo. En especial, gracias a Isa Castellano, por su sensibilidad con el tema de investigación y ayuda en la realización del grupo focal de enfermeras.

Gracias a mi amigo Daniel Camarasa, por su ayuda y apoyo en un momento crucial de mi vida, y sin los cuales la misma sería muy diferente ahora.

Gracias a mi amiga Leticia Hernández, que colaboró conmigo en la realización de algunas de las entrevistas grupales, así como en la transcripción de parte de los discursos y escuchó paciente mis divagaciones, sin cuya ayuda esta tesis habría sido más complicada, aun.

Gracias a mi amiga del alma, Carmen Rosa, que compartió conmigo largas y bellas noches de trabajos manuales, me abrió las puertas de su corazón y facilitó la entrevista grupal de familiares y la de la cuidadora de su madre.

Gracias a Borja Guerra, por su apoyo, consejos y amistad, y por las sanadoras risas tan necesarias en los momentos difíciles.

Gracias a mis compañeros de la Unidad de Apoyo a la Docencia de Fuerteventura por su interés y apoyo a lo largo de estos años.

Gracias a los profesores Carmen Trigueros y Enrique Rivera por la fructífera estancia que me brindaron en la Universidad de la bella Granada. Gracias por adoptarme durante ese tiempo, tanto a nivel personal y académico en un momento crucial en la elaboración de esta tesis. Gracias por confirmarme en mi idea de que la verdadera excelencia profesional está íntimamente ligada a la personal. Carmen, mi más profundo agradecimiento por todo tu apoyo y dedicación.

Gracias a Marie-Hélène Paré, mi asesora del software NVivo 10.0, por su ayuda e implicación con el manejo del software y en los aspectos del análisis basado en la «Grounded Theory».

Gracias a la doctora Beverly Horn, de la Transcultural Nursing Society, por ayudarme con mis dudas y cuestionamientos sobre la adecuación teórica y metodológica de la teoría de Leininger a las cuidadoras extranjeras.

Gracias a mi familia que, aun en la distancia, me ha sostenido entregándome fuerza, valor y fe. Y por aceptar, en la cercanía, mis largas ausencias.

Y gracias a Tita, porque has encontrado tiempo para ser mi luz de Eärendil en esta experiencia de luces pero también de sombras, ayudándome con amor y paciencia a descubrir mi camino en esta investigación, y a que este rito de paso haya sido más llevadero.

ÍNDICE

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO INTERPRETATIVO.....	10
1. INTRODUCCIÓN.....	12
2. ELEMENTOS CONFORMADORES DE LA REALIDAD OBJETO DE ESTE ESTUDIO.....	13
2.1. El envejecimiento.....	13
2.2. Aspectos sociodemográficos del envejecimiento. El envejecimiento poblacional	18
2.3. Envejecimiento y dependencia.....	22
2.3.1. Dependencia y consideraciones terminológicas generales.....	25
2.3.2. Dependencia y consideraciones terminológicas específicas.....	27
2.4. Modalidades de atención a la persona mayor dependiente en España.....	29
2.4.1. Apoyo profesional a la dependencia. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.....	29
2.4.2. Atención familiar a la dependencia. Algunas consideraciones de género ...	33
2.5. La crisis de los cuidados.....	35
2.5.1. Fracaso del sistema profesional de atención a la dependencia a las personas mayores en España.....	36
2.5.2. Fracaso del sistema familiar de apoyo a la dependencia.....	39
2.6. Mujer inmigrante y cuidados familiares: dos realidades que se necesitan y se encuentran.....	42
2.6.1. El fenómeno migratorio actual en España.....	42
2.6.2. Mujeres que trabajan como cuidadoras de personas mayores dependientes a domicilio.....	44
3. EL FENÓMENO DEL CUIDADO OFRECIDO POR MUJERES EXTRANJERAS A PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES.....	46
3.1. Perfil de la cuidadora inmigrante.....	46
3.2. Actividades que realizan.....	47
3.3. Condiciones laborales y consecuencias del trabajo de cuidados.....	48
3.4. Necesidades de formación de la cuidadora inmigrante.....	52
4. INTRODUCCIÓN A LA TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES.....	53
4.1. El conocimiento enfermero desde las perspectivas diacrónica y sincrónica.....	54
4.1.1. Paradigma de la categorización.....	57
4.1.2. Paradigma de la integración.....	58
4.1.3. Paradigma de la transformación.....	59
4.1.4. Escuela del <i>caring</i>	60
5. TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES DE MADELEINE LEININGER.....	61
5.1. Presentación de la teoría de los cuidados culturales.....	63
5.2. Características de la teoría de interés para el presente estudio.....	64
5.3. Conceptos y definiciones principales en la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales.....	65
5.3.1 Cuidado.....	65
5.3.2 Cultura.....	66
5.3.3 Constructos emic y etic.....	66
5.3.4 Cuidado genérico, emic.....	66
5.3.5 Cuidado profesional enfermero, etic.....	67

5.3.6 Cuidados congruentes culturalmente	67
5.3.7 Modos de intervención en cuidados culturalmente congruentes	67
5.3.8 Diversidad del cuidado	68
5.3.9 Universalidad del cuidado cultural	68
5.3.10 Factores de la estructura social y cultural	68
5.3.11 Etnohistoria	68
5.3.12 Contexto medioambiental	69
5.3.13 Visión del mundo	69
5.4. Principios teóricos y predicciones.....	69
5.5 Asunciones teóricas	70
6. LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL.....	71
6.1 Enfermería Transcultural: consideraciones generales.....	71
6.2 Relevancia de la Enfermería Transcultural para la sociedad y la enfermería	73
6.3. Los conceptos de la Enfermería Transcultural.....	75
6.3.1. Conceptos generales en enfermería transcultural	75
6.3.2. El constructo cuidado cultural en Enfermería Transcultural	79
7. LO QUE QUEDA POR SABER	80
CAPÍTULO III: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	84
1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	86
2. EL PROBLEMA A INVESTIGAR	88
2.1. Preguntas orientadoras	88
2.2. Objetivo de la investigación.....	89
2.3. Objetivos específicos	89
3. OPCIÓN METODOLÓGICA	89
3.1. Paradigma, metodología y método	90
3.2. Técnicas utilizadas.....	93
3.2.1. La entrevista en profundidad	94
3.2.2. Entrevistas auto cumplimentadas	102
3.2.3. La entrevista grupal	102
3.2.4. El grupo focal	104
4. APROXIMACIÓN A LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN	106
4.1. Participantes en las entrevistas en profundidad	106
4.2. Participantes en entrevistas auto cumplimentadas	151
4.3. Participantes en las entrevistas grupales	154
4.4. Participantes en el grupo focal	156
5. ESTRATEGIAS PARA LA PRODUCCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	156
5.1. Análisis de la información obtenida.....	158
6. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO	191
7. CRITERIOS ÉTICOS	192
CAPÍTULO IV: CUIDADO Y CULTURA.....	195
1. CONTEXTUALIZANDO EL INFORME. EL SUJETO QUE INVESTIGA.	197
2. INTRODUCCIÓN AL INFORME	201
3. EL CUIDADO EN EL HOGAR FAMILIAR. LO CONTEXTUAL: REALIDADES SEPARADAS QUE SE ENCUENTRAN	203
3.1. La familia y la responsabilidad de los cuidados	204
3.2. Motivaciones y prejuicios en la elección de cuidadoras.....	206
3.3 Negociaciones durante la contratación	211
4. CONOCIENDO A LA CUIDADORA. LO RELACIONAL: FACTORES CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL MODO DE ENTENDER Y REALIZAR EL CUIDADO	216
4.1. Su visión del mundo.....	216

4.2. Su etnohistoria.....	219
4.3. Su cultura	223
4.3.1. Parentesco y relaciones sociales	224
4.3.2. Valores culturales, creencias y modos de vida.....	225
4.3.3. Lo filosófico, la espiritualidad y la religión.....	229
4.3.4. La tecnología.....	231
4.3.5. La economía.....	233
4.3.6. La política y la ley.....	237
4.3.7. Formación de la cuidadora	239
5. EL MUNDO DE LOS CUIDADOS GENÉRICOS. LA VISIÓN DE LA CUIDADORA. LO INTERPRETATIVO: PATRONES DE ACTUACIÓN	242
5.1. La cuidadora y el mundo del receptor de los cuidados	243
5.2. La cuidadora y el familiar del receptor de los cuidados	251
5.3. Dificultades y estrategias para superarlas	253
5.3.1. Percepción de dificultades relacionadas con la diferencia cultural	254
5.3.2. Percepción de las dificultades relacionadas con las condiciones del trabajo	265
5.3.3. Percepción de las dificultades relacionadas con la falta de conocimientos para el desempeño del trabajo que realiza.....	272
5.4. Los cuidados genéricos desde la perspectiva del caring.....	277
5.4.1. Cuidados genéricos, un mundo eminentemente emocional	278
5.5. Necesidades formativas de la cuidadora	290
6. CUIDADOS GENÉRICOS Y CUIDADORA EXTRANJERA. LA VISIÓN ENFERMERA.....	294
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	299
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	309

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Evolución datos SAAD en Canarias. Datos Beneficiarios	32
Tabla 2.2. Evolución datos SAAD en Canarias. Datos prestaciones	32
Tabla 2.3. Principales cambios introducidos en el SAAD a través del Real Decreto-Ley 20/2012.....	38
Tabla 3.1. Proceso de adaptación metodológica a la investigación	97
Tabla 3.2. Características de C1	109
Tabla 3.3. Distribución del discurso de C1	110
Tabla 3.4. Características de C2	112
Tabla 3.5. Distribución del discurso de C2	113
Tabla 3.6. Características de C3	115
Tabla 3.7. Distribución del discurso de C3	116
Tabla 3.8. Características de C4	118
Tabla 3.9. Distribución del discurso de C4	119
Tabla 3.10. Características de C5	121
Tabla 3.11. Distribución del discurso de C5	122
Tabla 3.12. Características de C6	123
Tabla 3.13. Distribución del discurso de C6	124
Tabla 3.14. Características de C7	125
Tabla 3.15. Distribución del discurso de C7	126
Tabla 3.16. Características de C8	128
Tabla 3.17. Distribución del discurso de C8	129
Tabla 3.18. Características de C9	130
Tabla 3.19. Distribución del discurso de C9	131
Tabla 3.20. Características de C10	132
Tabla 3.21. Distribución del discurso de C10	133
Tabla 3.22. Características de C11	135
Tabla 3.23. Distribución del discurso de C11	136
Tabla 3.24. Características de C12	137
Tabla 3.25. Distribución del discurso de C12	138
Tabla 3.26. Características de C13	139
Tabla 3.27. Distribución del discurso de C13	140
Tabla 3.28. Características de C14	141
Tabla 3.29. Distribución del discurso de C14	142
Tabla 3.30. Características de C15	143
Tabla 3.31. Distribución del discurso de C15	144
Tabla 3.32. Características de C16	145
Tabla 3.33. Distribución del discurso de C16	146
Tabla 3.34. Características de C17	147
Tabla 3.35. Distribución del discurso de C17	148
Tabla 3.36. Características de C18	148
Tabla 3.37. Distribución del discurso de C18	149
Tabla 3.38. Características de C19	150
Tabla 3.39. Distribución del discurso de C19	151
Tabla 3.40. Entrevistas auto cumplimentadas: condiciones personales	152
Tabla 3.41. Entrevistas auto cumplimentadas: formación	152
Tabla 3.42. Entrevistas auto cumplimentadas: condiciones laborales	153

Tabla 3.43. Entrevistas auto cumplimentadas: sentimientos y percepciones.....	153
Tabla 3.44. Caracterización atributos de los participantes en el grupo focal de enfermeras	156
Tabla 3.45. Categoría PRÁCTICAS CUIDADO	164
Tabla 3.46. Categoría FACTORES INFLUYENTES EN EL CUIDADO.....	166
Tabla 3.47. Categoría PERCEPCIONES DE LA CUIDADORA	174
Tabla 3.48. Categoría CARING.....	176
Tabla 3.49. Categoría DIFICULTADES	178
Tabla 3.50. Categoría TEMAS EMERGENTES	180
Tabla 3.51. Árbol de categorías del grupo focal de enfermeras.....	182
Tabla 4.1. Caracterización participantes en entrevistas en profundidad	202
Tabla 4.2. Términos utilizados por los receptores de cuidados y no conocidos por las cuidadoras.....	259
Tabla 4.3. Algunas expresiones que han generado confusión en cuidadoras o receptores	260
Tabla 4.4. Resumen estrategias y habilidades desarrolladas por las cuidadoras en el afrontamiento de las diferentes dificultades	276
Tabla 4.5. Características del caring.....	279

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1. Realidades que intervienen en el fenómeno de estudio	13
Figura 2.2. Distribución de términos según preferencias de los interesados.....	14
Figura 2.3. Índice de Vejez en Canarias (%). Año 2014.	21
Figura 2.4. Evolución % de desatendidos en Canarias en relación a la media estatal.....	33
Figura 2.5. Complejo de actuación de la enfermera en la atención domiciliaria a la persona mayor dependiente.....	62
Figura 3.1. Guía de valoración cultural. Modelo del Sol Naciente.....	95
Figura 3.2. Proceso de adaptación metodológica a la investigación. Fase 1. Comparación objetivos.	96
Figura 3.3. Distribución espacial de las personas y elementos en el grupo focal.....	105
Figura 3.4. Tareas que realiza C1	110
Figura 3.5. Tareas que realiza C2	112
Figura 3.6. Tareas que realiza C3	115
Figura 3.7. Tareas que realiza C4	118
Figura 3.8. Tareas que realiza C5	121
Figura 3.9. Tareas que realiza C6	124
Figura 3.10. Tareas que realiza C7	126
Figura 3.11. Tareas que realiza C8	129
Figura 3.12. Tareas que realiza C9	131
Figura 3.13. Tareas que realiza C10	133
Figura 3.14. Tareas que realiza C11	135
Figura 3.15. Tareas que realiza C12	137
Figura 3.16. Tareas que realiza C13	139
Figura 3.17. Tareas que realiza C14	141
Figura 3.18. Tareas que realiza C15	143
Figura 3.19. Tareas que realiza C16	146

Figura 3.20. Tareas que realiza C17	147
Figura 3.21. Tareas que realiza C18	149
Figura 3.22. Tareas que realiza C19	150
Figura 3.23. Tareas realizadas por participantes en entrevistas auto-cumplimentadas	154
Figura 3.24. Características de los participantes en entrevista grupal cuidadoras	154
Figura 3.25. Características de los participantes en entrevista grupal familiares de PMD..	155
Figura 3.26. Características de los participantes en entrevista grupal de enfermeras.....	155
Figura 3.27. Primer árbol de nodos partiendo del MSN de Madeleine Leininger	160
Figura 3.28. Indexación de los Factores influyentes en el cuidado y Prácticas, expresiones y patrones de cuidado	160
Figura 3.29. Grandes ramas del árbol de categorías definitivo	161
Figura 3.30. Ramas de primer nivel de categorías de significado del árbol definitivo	162
Figura 3.31. Categoría PRÁCTICAS DE CUIDADO.....	163
Figura 3.32. Categoría FACTORES INFLUYENTES EN EL CUIDADO	165
Figura 3.33. Categoría PERCEPCIONES DE LA CUIDADORA.....	173
Figura 3.34. Categoría CARING.....	175
Figura 3.35. Categoría DIFICULTADES	177
Figura 3.36. Categoría: TEMAS EMERGENTES.....	180
Figura 3.37. Grandes temas grupo focal	180
Figura 3.38. Desarrollo árbol categorial grupo focal.....	181
Figura 3.39. Producción temática y lineal del discurso del grupo focal de enfermeras	184
Figura 4.1. Distribución de la codificación sobre los motivos para trabajar en el cuidado al mayor.....	210
Figura 4.2. Frecuencia de realización de cuidados dirigidos al paciente	212
Figura 4.3. Frecuencia de realización de cuidados en el entorno y otras gestiones.....	213
Figura 4.4. Tipo de convivencia de la cuidadora en función del nivel de dependencia del receptor de los cuidados	213
Figura 4.5. Tipo de convivencia en función de la edad de la cuidadora	214
Figura 4.6 Codificación de la Categoría Visión del Mundo	217
Figura 4.7. Frecuencia de palabras en la categoría «Motivos migración».....	222
Figura 4.8. Estado civil y lugar de residencia de los hijos	224
Figura 4.9. Distribución de creencias y significados sobre el uso de la tecnología en los cuidados	231
Figura 4.10. Percepciones de la cuidadora sobre su salario	235
Figura 4.11. Relación entre nivel académico y percepción de la adecuación de su formación para los cuidados	239
Figura 4.12. Proceso de análisis para el descubrimiento de las alianzas como patrón emergente.....	250
Figura 4.13. Proceso de análisis de las dificultades percibidas por la cuidadora	254
Figura 4.14. Evolución codificación choque cultural según país de origen de la cuidadora	255
Figura 4.15. Frecuencia de palabras en la categoría «Lo que le disgusta del trabajo»	270
Figura 4.16. Formas de caring en los cuidados genéricos llevados a cabo por cuidadoras inmigrantes.....	278
Figura 4.17. Frecuencia de palabras en la categoría «Lo que le gusta del trabajo»	283
Figura 4.18. Densidad de codificación en la categoría: Necesidades formativas de las cuidadoras.....	290

SIGLAS UTILIZADAS

Aunque las siglas utilizadas en este informe son introducidas a medida que van apareciendo en el texto, con la finalidad de facilitar la lectura, a continuación se detallan las más frecuentes:

- ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- ACV: Accidente Cerebro Vascular.
- AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
- APS: Atención Primaria de Salud, también llamada Atención Primaria (AP).
- AVD: Actividades de la Vida Diaria.
- C (+ número): Identificación de las cuidadoras que participaron en las entrevistas en profundidad.
- CES: Consejo Económico y Social.
- CIDDM: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.
- CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.
- CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- EA (+ número): Identificación de las cuidadoras que participaron en las entrevistas auto-cumplimentadas.
- EGC (+ número): Identificación de las cuidadoras que participaron en la entrevista grupal.
- EGE (+número): Identificación de las enfermeras que participaron en las entrevistas en profundidad.
- EGF (+ número): Identificación de las familiares que participaron en la entrevista grupal.
- ET: Enfermería Transcultural.
- GFE (+ número): Identificación de las enfermeras que participaron en el grupo focal.
- LAPAD: Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- ONG: Organización No Gubernamental.
- PMD: Persona Mayor Dependiente.
- RAE: Real Academia Española.
- RC: Receptor de Cuidados.

- SAAD: Sistema de Atención a la Dependencia.
- SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio.
- TCC: Teoría de los Cuidados Culturales.
- TDUCC: Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales.
- ULPGC: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

A nivel social se están produciendo grandes cambios. Cada pueblo del planeta está experimentando en mayor o menor medida el envejecimiento de su población. España es, en este sentido, uno de los países más viejos del mundo. Se alarga la esperanza de vida y con ella el número de personas que llegan a edades cada vez más avanzadas. La dependencia en la persona mayor no es el resultado esperado de un envejecimiento sano, no obstante, el número de ancianos dependientes es cada vez mayor.

La actual ley de dependencia española, aunque supuso un gran avance para el estado de bienestar, ha tenido un desarrollo desigual en las diferentes comunidades autónomas desde su aprobación en el año 2007, no habiendo resultado capaz de dar una respuesta eficaz a las necesidades de ayuda de las personas mayores dependientes para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria.

De esta manera, las políticas sociosanitarias actuales dejan en manos del entorno del anciano la responsabilidad de asumir la ayuda que éste necesita. Sin embargo, también están ocurriendo profundas transformaciones en el seno de la familia española que giran, sobre todo, en torno a la figura femenina del hogar, persona sobre la que ha recaído históricamente el peso de los cuidados y la ayuda a los miembros necesitados de la familia. Así, la mujer en su salida del hogar en aras de su realización profesional y personal como individuo activo de esta sociedad, ha dejado al descubierto aspectos hasta ahora invisibles del trabajo de cuidados que ha venido asumiendo naturalmente.

Al mismo tiempo también se transforma la estructura de las familias, en una tendencia hacia la reducción del núcleo familiar dejando atrás la familia extensa en la que varias generaciones convivían bajo un mismo techo, común en España hasta épocas relativamente recientes.

Pero, aunque si bien la familia española ya no puede continuar apoyando el estado de bienestar de este país, sí ha de encontrar una solución a la dependencia de sus miembros más mayores. Por tanto, busca quien pueda asumir estos cuidados en su lugar.

Esta solución viene dada por una persona cuya realidad también es fruto de los profundos cambios sociales como el aumento de las comunicaciones entre los pueblos, así como las desigualdades cada vez más evidentes entre los países, por citar solo algunas. Una de sus

consecuencias es que mujeres de cualquier parte del mundo estén llegando a nuestro país, y también a las Islas Canarias, en busca de un mundo mejor donde optar a oportunidades de mejora en sus condiciones económicas y de vida.

La mujer inmigrante es, ante todo, una mujer. Y ese será uno de los aspectos determinantes para elegir y ser elegida como cuidadora de una persona mayor en su domicilio. Se abre ante ella un panorama de incertidumbre debido a un trabajo desconocido, aunque lleno de esperanza debido a las posibilidades que ciertas condiciones laborales le ofrecen a cambio de realizar una tarea casi intuitiva: cuidar del anciano de la familia.

La atención a la persona mayor en su proceso de envejecimiento, tanto sano como en presencia de alguna patología, supone una de las principales funciones de la enfermería. Desde la Atención Primaria ésta dedica una buena parte de su tiempo a los mayores de la sociedad. Cuando el mayor es dependiente, enfermería lo atiende tanto a nivel especializado como en el hogar. Esta atención está dirigida no solo al propio individuo sino también a su entorno de cuidados, apoyando y ayudando a las personas que lo forman de manera que el mismo sea seguro y sano.

La cuidadora extranjera forma parte del entorno de cuidados del anciano. Haciendo de hija sin serlo, asumiendo el cuidado de la persona, el cuidado del hogar y algunas responsabilidades delegadas por parte de los familiares.

Tiene lugar entonces un fenómeno complejo, constituido por varias personas, provenientes de culturas diferentes y con momentos vitales muy dispares, en un espacio íntimo y privado como es el hogar familiar.

Este complejo fenómeno de cuidados ha de ser abordado por enfermería, como profesión de cuidados que es, para ofrecer a todas estas personas la ayuda y el apoyo que necesitan con el objetivo de que su calidad de vida y su tránsito por el camino de la salud y la enfermedad estén guiados, acompañados y protegidos.

Para ello enfermería ha de tener en cuenta todas las dimensiones del ser humano estando en disposición de poder ofrecerle unos cuidados no solo eficaces sino también significativos y congruentes para la persona o personas que los van a recibir.

Es en este punto donde nos preguntamos cuáles son los conocimientos con los que la enfermera cuenta para hacer frente a este reto de cuidados. Dada la actual coyuntura en que se encuentra la disciplina enfermera, que no ha tenido acceso hasta este momento a la investigación, imprescindible para la construcción del cuerpo epistemológico de toda ciencia, este campo es desconocido para la enfermera.

Esta falta de investigaciones previas, si bien puede ser fuente de dificultades, también supone un reto fascinante para las profesionales que compartimos este momento histórico de la disciplina y esperamos que también de la población.

Por todo lo anterior, pensamos que la realización de un estudio sobre el fenómeno de cuidados a personas mayores dependientes ofrecido por mujeres inmigrantes puede resultar de utilidad a la enfermería y a la sociedad por diferentes motivos:

- Por un lado se dotará a la enfermería de conocimiento riguroso y veraz sobre una parte de la realidad poco explorada.
- En posesión de ese conocimiento, la enfermera podrá dar respuestas de cuidados no solo eficaces y seguros sino también significativos y congruentes con las percepciones y cultura de la persona mayor y de su cuidadora extranjera.

Para ello, creemos que quienes mejor pueden aportar esta información son los propios intervinientes en esta situación de cuidados, pues para entender el modo en que las personas hacen las cosas es necesario comprender sus percepciones, significados, valores y creencias en torno a los cuidados y a la situación que viven, interpretando estos aspectos en sus relaciones contextuales. De esta manera se pretende llegar, tanto a la comprensión de este fenómeno como a la de los factores que influyen en que el mismo se desarrolle en el modo en que lo hace.

Estos intervinientes han sido las cuidadoras extranjeras por ser ellas las personas que realizan el trabajo de cuidados, los familiares de las personas mayores dependientes por ofrecer una visión contextualizadora del fenómeno en estudio y las enfermeras que habitualmente tienen contacto con esta situación de cuidados, pues aportan la visión profesional y experta de la misma.

El proceder metodológico en esta investigación se sustenta en el paradigma interpretativo. Se trata de una investigación de tipo cualitativo que utiliza entrevistas en profundidad, entrevistas auto-cumplimentadas y entrevistas grupales como técnicas de recogida de datos que permiten profundizar, así, en el modo en que los individuos están visualizando nuestro objeto de estudio, adentrándonos en la visión subjetiva que tienen en relación a la realidad investigada, debido al carácter descriptivo, relacional e interpretativo del presente trabajo. Esta opción metodológica ha estado condicionada por nuestro objeto de estudio y por las preguntas que dirigieron la investigación.

Las entrevistas en profundidad realizadas a las cuidadoras conforman el centro vertebrador de la información obtenida en esta investigación. Se trata de entrevistas abiertas, semiestructuradas basadas en la valoración de las dimensiones culturales propuestas en el

Modelo del Sol Naciente de la Enfermería Transcultural. La información aportada mediante esta técnica conformó la base de la organización axial del análisis. Con esta misma base estructural se modificó la técnica de recogida de datos y se realizaron entrevistas auto-cumplimentadas por las propias cuidadoras.

Las entrevistas grupales tuvieron los siguientes objetivos, la realizada a cuidadoras buscó aumentar la calidad de los datos obtenidos por las dos técnicas anteriores utilizadas con éstas. Mediante la entrevista grupal realizada a familiares se trató de enriquecer la información y con la entrevista grupal realizada a enfermeras así como el grupo focal también llevado a cabo con las mismas, se trató de conseguir una aproximación al enfoque profesional del fenómeno investigado.

Hemos considerado que todas estas técnicas de recogida de datos, así como la variación en los participantes aportan calidad y profundidad al estudio realizado.

Para la descripción, interpretación y comprensión de cualidades hemos utilizado conceptos y relaciones entre ellos. La información producida, una vez transcrita, se estudió desde el análisis del discurso apoyado en el software Nudist NVivo 10.0. Los procedimientos de análisis empleados, en general se ciñeron a las propuestas de fragmentación y articulación de la «Grounded Theory». Se realizó una primera codificación axial fruto de las entrevistas a cuidadoras, con categorías emergentes en familias de categorías que se completaron con la información aportada por el resto de los participantes; y codificación selectiva, mediante trabajo interpretativo que condujo a la elaboración de un modelo interpretativo.

Esta tesis se ha estructurado en cinco capítulos, además de las referencias bibliográficas y los anexos. A su vez, cada capítulo se ha dividido en secciones y sub-secciones para facilitar su comprensión. Los contenidos son los siguientes:

En el capítulo 1, «Introducción» se expone una visión general del documento posteriormente presentado, donde se han considerado aspectos sustanciales como son el objeto de investigación, la contextualización del estudio realizado, las motivaciones que dirigieron el trabajo y el impacto que le suponemos a nuestra investigación.

El capítulo 2, «Marco Teórico Interpretativo», se ha estructurado en siete apartados que dan cuenta de dos grandes partes del estudio: por un lado, la contextualización de la realidad investigada donde se analizan los elementos conformadores que dan lugar a la aparición de dicha realidad y la caracterización del fenómeno de cuidados a personas mayores dependientes ofrecido por personas extranjeras. Por otro lado, se realiza la contextualización epistemológica

y referencial en el que se sustenta este estudio. Finalizamos el capítulo con una exposición de las motivaciones y aportaciones de la consecución de esta investigación.

En el capítulo 3, «Diseño de la Investigación» se explicitan las preguntas que han guiado la tesis doctoral, así como los objetivos de la investigación. Se aportan las reflexiones epistemológicas que justifican la opción metodológica elegida. Se muestra el paradigma interpretativo como una forma de hacer y construir ciencia, se exponen las características de la investigación cualitativa pues es una opción metodológica coherente con el paradigma abordado. Se presentan las técnicas de recogida de datos empleadas y se realiza una descripción de los participantes en la investigación. A continuación, se exponen las estrategias de producción y análisis de la información obtenida. El capítulo termina con los criterios éticos y científicos que han dado rigor a la tesis realizada.

El capítulo 4, «Cuidado y Cultura» es el informe de investigación y se ha estructurado siguiendo el hilo de profundización realizado en el proceso de análisis. Parte de la contextualización del sujeto que investiga, seguido del apartado «El Cuidado en el Hogar Familiar» donde se presenta una descripción de las características contextuales de la realidad investigada; en el apartado «Conociendo a la Cuidadora» presentamos los factores culturales que influyen en el modo en que estas personas entienden y realizan los cuidados; y en el apartado «El Mundo de los Cuidados Genéricos» exponemos la interpretación y los patrones de actuación extraídos del análisis de toda la información obtenida hasta el momento. El capítulo finaliza con el apartado «Cuidados Genéricos y Cuidadora Extranjera. La Visión Enfermera» donde damos cuenta de la información obtenida en las técnicas grupales con enfermeras.

El capítulo 5, «Conclusiones» presenta las conclusiones del trabajo realizado, además de las limitaciones y prospectivas del estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO INTERPRETATIVO

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO INTERPRETATIVO

1. INTRODUCCIÓN

Este capítulo se ha estructurado en siete apartados, incluida la introducción.

El apartado dos está dedicado a realizar una exposición sobre los elementos que consideramos que forman parte de la realidad objeto de este estudio, tales como el envejecimiento poblacional y la existencia de personas mayores dependientes que precisan una atención que garantice su calidad de vida y su dignidad. Se exponen las dificultades existentes en las áreas formales, públicas y privadas, así como en las propias familias para afrontar esta situación, con la consiguiente crisis de los cuidados y se llega al extremo de que son las familias las que han de encontrar salida a este problema. Dada la situación de recepción de inmigrantes con necesidad de trabajar y la feminización de tales corrientes migratorias, la familia encuentra la solución a la necesidad de cuidados de su persona mayor dependiente en la mujer extranjera que trabajará cuidando al miembro de la familia necesitado en su domicilio.

A continuación, una vez que estas realidades se encuentran, comienza el fenómeno objeto de este estudio: el sistema de cuidados llevados a cabo por mujeres extranjeras. En este tercer apartado se presenta a las cuidadoras, las actividades que realizan y las consideraciones tanto de ellas como de los familiares sobre los diferentes aspectos relacionados con el desarrollo del trabajo de cuidados.

En el apartado cuatro se comienza a explicar de manera general el marco epistemológico enfermero que servirá de encuadre teórico de este fenómeno de estudio.

En el apartado cinco se continúa con este marco de un modo más concreto, presentando la teoría que enmarca este trabajo, la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger.

A continuación se muestra más específicamente los fundamentos y concepciones de la Enfermería Transcultural, y su adecuación para enmarcar este estudio.

Se finaliza con el apartado siete, donde se presentan las intenciones de este estudio y lo que se pretende aportar con esta investigación a la enfermería, a las personas mayores dependientes y a sus entornos de cuidado.

2. ELEMENTOS CONFORMADORES DE LA REALIDAD OBJETO DE ESTE ESTUDIO

El envejecimiento de la población, los movimientos migratorios y el tipo de estado de bienestar español típico de los países de la Europa mediterránea conforman lo que consideramos el marco explicativo de la situación que viven las personas mayores dependientes que necesitan ser cuidadas o asistidas en sus domicilios. A continuación, presentamos un análisis dialógico de tales aspectos con el fin de poner en antecedentes y contextualizar el fenómeno de los cuidados realizados por personas extranjeras a mayores dependientes en Canarias, para lo que puede ayudar en su exposición la siguiente figura.

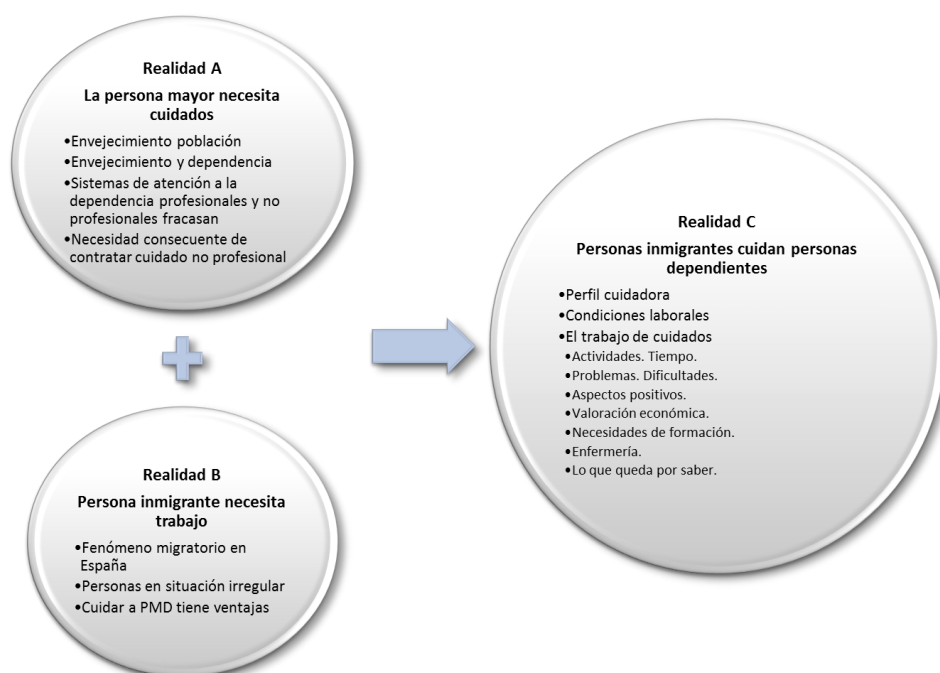


Figura 2.1. Realidades que intervienen en el fenómeno de estudio

2.1. El envejecimiento

Existe una gran cantidad de términos para referirse a la persona mayor. Sin embargo, en un contexto científico y a la vez natural como es el elegido para la realización de este trabajo con metodología cualitativa en el marco de una disciplina humanística como es la enfermería, consideramos necesario reflexionar sobre el término o términos más adecuados para referirnos a la persona mayor, así como para delimitar la terminología relacionada con el abordaje enfermero de esta etapa de la vida. Algo quizá complejo pues, de acuerdo con Moragas (1999), no existe consenso universal sobre el término más adecuado para nombrar a la persona que envejece.

Uno de los aspectos que se ha tenido en cuenta en la elección del término para designar a la persona mayor ha sido la opinión de los propios interesados. Una encuesta a nivel europeo (Moragas, 1999) a personas mayores de 65 años reflejó que los interesados designaron como el término preferido para que los demás se refieran a ellos el de «persona mayor», como podemos observar en la figura 2.2.



Figura 2.2. Distribución de términos según preferencias de los interesados

Desde otros ámbitos también se han recomendado diferentes términos.

Desde la filosofía se ha propuesto comenzar por diferenciar el fenómeno biológico del cultural, de manera que denominaríamos *vejez* (y términos con esta raíz) para denotar el aspecto biológico, objetivable y marcado por los cambios que el mero paso del tiempo producen en el organismo. Por su parte, un término que expresaría las connotaciones culturales de la vejez sería el de *ancianidad*, pues representa los aspectos simbólicos donde se encuentran los modelos sociales o las relaciones, entre otros. Con el objetivo de evitar la confusión conceptual, se hace necesario establecer la diferencia entre conceptos biológicos como el de vejez y conceptos culturales como tercera edad, además del ya mencionado de ancianidad de manera que su uso sea el adecuado a cada situación. Sería deseable, en lo que respecta a identificar la vejez y, por extensión al viejo, que como sociedad elaboráramos un nuevo modelo de ancianidad que no estuviera relacionado con el deterioro social ni con la enfermedad sino con un modo inteligente de aprovechar el momento vital (Fericgla, 2009; Marina, 2004).

Desde el ámbito científico se contemplan términos como *geronte*, quizá el más adecuado desde el punto de vista del conocimiento y de la atención a la persona mayor, tanto sana como enferma (Moragas, 1999).

En este espacio, y dadas las características de los seres humanos objetos finales de este trabajo, nos referiremos a la persona mayor principalmente mediante este término, que coincide con el que los mismos interesados eligieron en su día, aunque también hablaremos de viejos y envejecimiento para referirnos a los aspectos más biológicos y al enfoque desde la salud y la enfermedad de estas personas y ese proceso. También utilizaremos el de ancianidad y vejez, para designar aspectos más relacionados con lo cultural y lo social de esta etapa vital. Aunque el término más frecuentemente utilizado en este trabajo será el de *Persona Mayor Dependiente* (PMD) por su adecuación a las características de las personas receptoras de los cuidados de las mujeres objeto de este estudio.

Los términos senil, abuelo, pensionista y otros, no serán utilizados en este trabajo en aras de evitar la confusión conceptual señalada anteriormente.

Una vez delimitado el marco terminológico que se utilizará para el desarrollo de este trabajo nos introduciremos en los diferentes aspectos que enmarcan el envejecimiento del ser humano.

El envejecimiento se entiende como un fenómeno multidimensional que involucra todas las dimensiones de la vida humana (Alvarado & Salazar, 2014). Desde la enfermería, la persona mayor, el viejo, debe ser considerado teniendo en cuenta todas estas dimensiones.

En su dimensión biológica, los cambios que se producen en el envejecimiento son tan complejos que se han propuesto muy diversas teorías con la intención de explicar los procesos, motivos y causas de los mismos sin que ninguna lo haya conseguido por completo. Sin ser objeto del presente trabajo profundizar en este tema, sí interesa señalar en este punto que toda teoría que intente expresar o predecir el proceso de envejecimiento debería tener en cuenta los principios que Strehler identificó en 1959 y que siguen vigentes. Estos refieren que el envejecimiento es un proceso universal, progresivo, intrínseco y deletéreo para el individuo, cuyas causas están presentes durante toda la vida, y es resultado de la interacción entre el programa genético del individuo y su medio ambiente (González, 2010; De Lorenzo, Serrano, Portero-Otín, & Pamplona, 2011; Miquel, 2006).

El envejecimiento biológico es un proceso inevitable y gradual de cambios degenerativos, adaptativos y perjudiciales que ocurren a niveles moleculares, orgánicos y sistémicos y que tienen lugar en los organismos a partir del momento en que han terminado su desarrollo. Como consecuencia se produce una disminución del rendimiento funcional y aumenta el riesgo de padecer enfermedades degenerativas, al final lleva a la muerte (De Lorenzo et al., 2011; Miquel, 2006). Los cambios biológicos durante el envejecimiento pueden producir gran cantidad de

situaciones de dependencia para las actividades de la vida diaria con la consiguiente necesidad de ayuda para realizarlas.

Desde la psicología se ha abordado el proceso del envejecimiento desde dos grandes líneas teóricas que han intentado explicar los aspectos cognitivos, de personalidad y de estrategias de manejo que acercan al modo en que las personas pueden vivir la vejez. Las más antiguas fueron las teorías basadas en los modelos del declive, mientras que actualmente se tiende a las basadas en la teoría y modelos de competencia.

Para las teorías del declive, el envejecimiento lleva a una serie de pérdidas y a un aumento de los problemas de salud, con consecuencias diversas. Sin embargo, las teorías de competencia defienden que el envejecimiento no solo conlleva pérdidas, sino que también produce aumentos, de manera que las personas mayores son capaces de mantener una sensación de control y una visión positiva tanto de sí mismos como de su desarrollo personal (Reig, 2009).

Desde un punto de vista psicológico, el ser humano que envejece experimenta una serie de modificaciones en varios aspectos. Entre ellos se pueden nombrar los cambios en el autoconcepto, en el afecto y en el funcionamiento cognitivo. El individuo que envejece ha de aprender a adaptar su autoconcepto a los cambios que van aconteciendo, de manera que en lugar de disminuir continúe suponiendo un buen recurso de adaptación para la persona (Eckman, 2012; Reig, 2009).

En cuestiones de género, las mujeres de cualquier edad suelen presentar una mayor insatisfacción con su imagen corporal que los hombres. Además, las personas que presentan una distorsión de su imagen corporal y una autopercepción más negativa presentan mayor tendencia a la depresión y la ansiedad, así como deseos de tener un cuerpo diferente. Un elemento de ayuda para presentar mayor satisfacción a estos niveles es mantener la realización de actividades y ejercicio físico (Reig, 2009; Sarabia, 2012).

Otro elemento que favorece la adaptación, y cuyas modificaciones no se han correlacionado con la edad, es el afecto, pues la vida afectiva, como el conjunto de emociones y las tendencias del ánimo que el individuo experimenta, influyen en su personalidad y comunicación, entre otros (Reig, 2009) y por tanto, en el modo de relacionarse y de estar y vivir en el mundo.

También se producen cambios relacionados con la percepción como los auditivos y visuales, así como un aumento del tiempo requerido para procesar el estímulo (Calero, 2009).

Las modificaciones de la memoria parecen estar relacionadas con los problemas en la atención y en el procesamiento e incluso se ha encontrado un vínculo entre la actividad del sueño y la consolidación de la memoria declarativa (Calero, 2009; Seeck-Hirschner et al., 2012).

Parece que la inteligencia comienza a afectarse sobre todo a partir de los ochenta años y no se han encontrado diferencias significativas de género, algo que sí ocurre en edades más jóvenes (Calero, 2009; Kryspin-Exner, Lamplmayr, & Felnhofer, 2011).

En definitiva, parece que el enriquecimiento intelectual, social y físico que se haya realizado durante la vida influye positivamente en la reserva neuronal para hacer frente a los retos de las etapas más avanzadas de la vida, lo que demuestra que sería necesaria la combinación de enfoques biológicos y psicológicos para el estudio del envejecimiento cerebral (Reuter-Lorenz & Park, 2010) y en el ámbito del envejecimiento saludable confirma la adecuación de la promoción de unos hábitos de vida saludables.

Todos los cambios acontecidos en las áreas biológica o psicológica del ser humano durante el proceso del envejecimiento van a tener repercusiones en el ámbito social y viceversa, pues la esfera de lo social modula la existencia del ser humano, definiéndolo y dándole un papel a través del cual se reconoce y se crea a sí mismo (De Beauvoir, 2011).

Desde el campo de lo social las teorías propuestas tratan de comprender y predecir la adaptación, más o menos satisfactoria, de las personas mayores en la sociedad. Aunque no ocurre con todas las personas, pues no todas las personas han tenido una vida laboral activa, en la mayoría la imagen social de la persona mayor se relaciona con la edad de 65 años y el paso a la jubilación.

Ello implica la pérdida de un rol activo, productivo y retribuido con un salario, para pasar a desempeñar un rol más pasivo y menos productivo, percibiendo una pensión. Mientras que la sociabilidad del rol laboral se identifica formalmente por las relaciones en el puesto de trabajo, la sociabilidad en la jubilación carece de definición formal. Por ello resulta muy difícil valorar el impacto que la jubilación origina en las relaciones sociales de cada individuo (Moragas, 2004). Este apartar a la persona mayor del mundo laboral se puede comparar con una verdadera muerte social (Fericgla, 2009).

Como hemos dicho, esto solo ocurrirá en personas que hayan tenido una vida laboral activa. Sin embargo, algo que influirá comúnmente a toda persona que envejece, incluso en las que en ese momento carezcan de ella, es la pertenencia a la familia y las relaciones establecidas en la estructura familiar.

Cada cultura tiene su forma de entender y vivir la vejez. Desde la antropología de la ancianidad se entiende que en esta etapa de la vida la estructura familiar constituye el principal referente y grupo de pertenencia donde el aspecto más importante es la funcionalidad de las relaciones sociales. En este punto se produce una descompensación entre el anciano y el resto de la familia. La persona mayor considera las relaciones familiares como muy importantes, solo superadas por las conyugales, y de ellas esperan apoyo, auxilio, comprensión... Sin embargo, el resto de los miembros de la familia otorgan más importancia a las relaciones en el mismo grupo de edad. Este es uno de los elementos que dan lugar a la vivencia del desarraigo y marginalidad característico de la cultura de la ancianidad. Debido a esto, se va profesionalizando el papel de las personas que trabajan haciendo compañía a ancianos, y que actúan, muchas veces, tramitando sus asuntos particulares. Sustituyen así el papel que antes correspondía a la familia (Fericgla, 2009).

Fuera de la familia, la sociedad se comporta de forma paradójica con los ancianos pues, mientras por un lado se defiende que la persona mayor merece todo el respeto de los demás, en la práctica esto no es así. Otra contradicción es la negación habitual de la vejez como hecho biológico en una cultura que, sin haber encontrado aún el sentido de la vida, invierte esfuerzo y dinero en prolongarla y disimular su ausencia o debilidad por el paso del tiempo. Desde esta óptica, se entiende que las personas mayores prefieran pensar en la muerte antes que en la vejez y sus consecuencias para su vida (De Beauvoir, 2011; Fericgla, 2009).

2.2. Aspectos sociodemográficos del envejecimiento. El envejecimiento poblacional

El envejecimiento de la población es un factor sociodemográfico que cobra cada vez más importancia en la actualidad, pues la tendencia al mismo es común en todos los países del mundo, con las consiguientes repercusiones en las diferentes áreas de la estructura social.

Se trata de un fenómeno que viene ocurriendo desde la segunda mitad del siglo XX y es consecuencia de diversos factores directos, como la disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, e indirectos, como la disminución de la natalidad, la estructura de la población o las migraciones. En los movimientos migratorios su efecto se nota en el caso de los jubilados que corresponden tanto a grupos de población autóctona que regresan tras haber emigrado a otros países, como a grupos de foráneos que deciden residir en España tras el retiro laboral en sus países de origen, como sucede en la costa del levante español o en las Islas

Canarias, habituales receptores de jubilados europeos (Rodríguez & Gil, 2008; Vinuesa & Moreno, 2009).

El enfoque enfermero es humanístico, es decir, aborda el estudio del ser humano contemplándolo como un todo formado por complejas interrelaciones entre cada una de las dimensiones que lo forman, así como las que tienen lugar en el proceso del envejecimiento. Para realizar un cuadro que aproxime a la situación de la población en relación al envejecimiento es necesario tener en cuenta aspectos provenientes de la demografía.

Sin embargo, si realizamos un análisis reflexivo sobre los diferentes indicadores demográficos que se suelen utilizar en el campo de las personas mayores se evidencia que no se trata de un abordaje acorde con los principios enfermeros de estudio del ser humano. Sin pretender sugerir que los elementos demográficos son incorrectos, se propone una reflexión con el único objetivo de situar el marco de esta tesis. Para elaborar estos indicadores se considera los 65 años como la edad que marca el momento en que se envejece, no obstante es conveniente recordar que se trata de un límite arbitrario, acordado internacionalmente, que no describe el envejecimiento real de la población sino que designa la edad a la que tiene lugar la jubilación.

Este aspecto tiene, al menos, dos connotaciones no reales del todo, la primera es que no todas las personas con actividad laboral se jubilan a la misma edad y la segunda consiste en que no todas las personas bajo estudio han estado activas laboralmente a lo largo de su vida. Si a ello le unimos que cada ser humano experimenta su proceso de envejecer de una manera individualizada interna y externamente, íntima y socialmente, se entiende que se sea prudente a la hora de afirmar que estos datos aportan información exacta y absoluta sobre la realidad a estudio. Sin embargo, no existen, al menos por ahora, estrategias que nos aproximen más exactamente a la realidad de la situación demográfica de las personas mayores tanto en nuestro país como fuera de él. Por tanto serán los que se utilicen para conseguir tal objetivo.

Desde una perspectiva demográfica se entiende por envejecimiento de la población el incremento de la proporción de personas de 65 y más años, con respecto a la población total y su indicador demográfico es el denominado Índice de Vejez (Consejo Económico y Social de Canarias, 2014). Otro aspecto demográfico del envejecimiento es el denominado envejecimiento del envejecimiento o sobre-envejecimiento, que consiste en el aumento del grupo de edad de más de 80 años entre las personas mayores de 64 y que afecta en mayor medida a las mujeres, produciéndose en consecuencia una feminización de la vejez (Tobío, Agulló, Tomás, Gómez, & Martín, 2010).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el mundo está envejeciendo rápidamente (Organización Mundial de la Salud, 2012), las personas mayores de 60 años superan a los niños menores de cinco años (HelpAge International, 2013). Así, en 1969 más de 300 millones de personas eran mayores de 60 años, mientras que en la actualidad hay más de 810 millones de personas en esa categoría. Es un acontecimiento sin precedentes en la historia que la mayoría de las personas de edad madura e incluso mayores cuenten con padres vivos, lo que supone que un mayor número de niños conocerán a sus abuelos e incluso a sus bisabuelos, especialmente a sus bisabuelas, debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2012).

El envejecimiento poblacional actual está estrechamente relacionado con lo acontecido en generaciones pasadas. En este sentido, un fenómeno demográfico a tener en cuenta es el llamado «baby-boom», o explosión de la natalidad, que se produjo en muchos países desarrollados tras la Segunda Guerra Mundial. Dicho fenómeno consistió en un fuerte aumento de la fecundidad seguida de una caída de la misma igual de pronunciada. El envejecimiento de esta generación y la disminución continua de la fecundidad cambian el equilibrio entre la población joven y mayor en los países desarrollados (Bloom & Canning, 2006). En España, aunque si bien existió un descenso en los nacidos durante la guerra civil (Vinuesa & Moreno, 2009), el fenómeno del baby-boom tuvo lugar entre 1958 y 1977. Los nacidos durante el mismo representan en la actualidad un tercio del total de la población, formando parte de la población activa. Esta numerosa cohorte, que supuso un reto para el sistema educativo en su momento, comenzará a jubilarse a partir del año 2020, previéndose un incremento de la presión sobre los sistemas de protección social para ese momento (Abellán & Pujol, 2015; Abellán, Vilches, & Pujol, 2013; Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2014).

Lo mismo ocurre en Europa donde la población es cada vez más vieja, como resultado de un importante y continuo incremento de la esperanza de vida al nacer, combinado con bajas tasas de fecundidad y la jubilación de la generación de la explosión demográfica registrada tras la II Guerra Mundial, mencionada anteriormente. En todas las regiones de la Unión Europea se prevén graves repercusiones en la población en edad escolar, en la asistencia sanitaria, en la participación en la población activa, en la protección social y en las cuestiones relacionadas con la seguridad social y las finanzas públicas, entre otros asuntos. En el conjunto de la UE-28, las personas de 65 o más años de edad constituyen alrededor del 18,2 % de la población total, a uno de enero de 2013 (Abellán & Pujol, 2015).

En España el Índice de Vejez es del 18,1% (Abellán & Pujol, 2015). La comunidad de Castilla y León, con un 22,9%, es la que presenta una mayor proporción de personas de 65 años o más, seguida del Principado de Asturias (22,5%) y Galicia (22,4%). En lo que respecta a Canarias, si bien es una de las comunidades autónomas con menor índice de vejez, en torno al 14%, la tendencia es creciente, así el número de personas de 65 y más años evolucionó de 77.431 en 1970, a 237.886 en 2005 (Instituto Nacional de Empleo, 2012), siendo este crecimiento incluso más acentuado en las edades más avanzadas. En cuanto a las proyecciones de población, se estima que desde 2013 a 2023 el grupo de 85 y más años crecerá en Canarias un 37% (Consejo Económico y Social España, 2014). No obstante, como se puede observar en la figura 2.3, existen diferencias dentro del mismo archipiélago, siendo en orden decreciente, El Hierro, La Palma, Gomera, Tenerife y Gran Canaria las más envejecidas. Las tres primeras superan el índice de envejecimiento de la media española, mientras que Fuerteventura y Lanzarote se encuentran por debajo, con un 10,6% y un 8,4%, respectivamente (Instituto Nacional de Empleo, 2014b; Instituto Canario de Estadística, 2012).

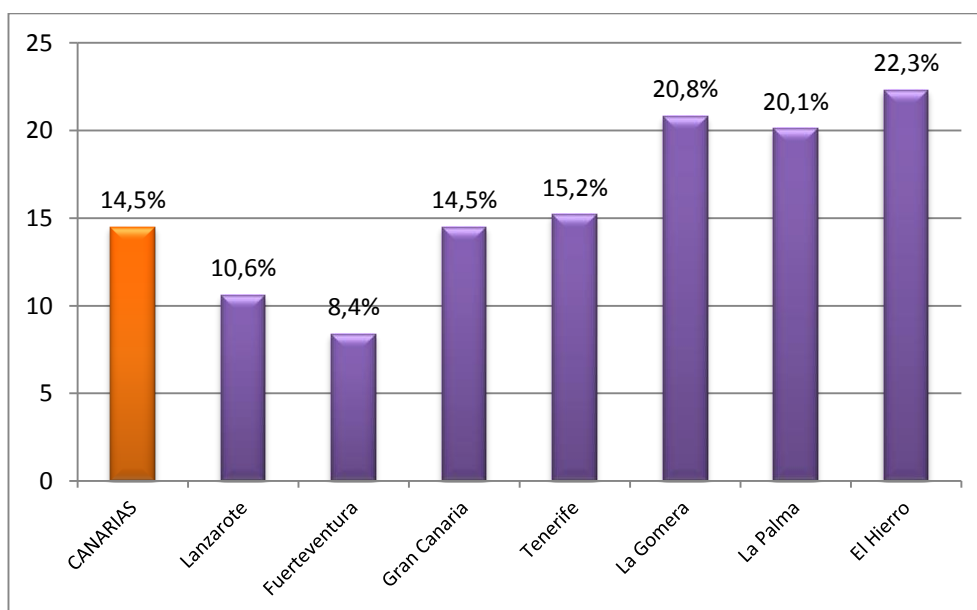


Figura 2.3. Índice de Vejez en Canarias (%). Año 2014.
Elaboración propia a partir de datos ISTAC. 2015.

En cuanto al sexo, el predominio de mujeres en las edades avanzadas es una característica que, al igual que en otras zonas del mundo, también se da a nivel nacional y de Canarias. Así, de las 289.664 personas mayores que había en el año 2011, un 55,8% eran mujeres y un 44,2% eran hombres (Consejo Económico y Social España, 2012; 2014).

En lo referente a las predicciones a nivel mundial se estima que entre 2000 y 2050 la proporción de personas con más de 60 años se duplique, pasando del 11% al 22% y superando a los menores de 15 años (HelpAge International, 2013).

Por otro lado, destaca que el grupo de personas de 80 años o más será el que experimente el aumento más llamativo, estimándose que en 2050 habrá cerca de 400 millones de personas en este grupo de edad. Dándose un dato curioso: por primera vez en la historia, la mayoría de los adultos de mediana edad tendrá a sus padres vivos (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Las estimaciones para España van en esa misma línea. Así la población de nuestro país decrecería un 10% de aquí a 2052 en caso de mantenerse las tendencias demográficas actuales. El crecimiento natural de la población se haría negativo a partir de 2018, debido a una disminución paulatina en el número de mujeres en edad fértil. En cuarenta años la población mayor de 64 años aumentaría en un 89%, representando el 37% de la población total española (Instituto Nacional de Empleo, 2012).

A todo ello se añade la incidencia de la crisis económica en nuestro país, situación que está dando lugar a importantes cambios en la sociedad española y que ha afectado, entre otros, a la dinámica demográfica, produciendo una población cada vez más menguada y envejecida. De hecho, el proceso de envejecimiento se agudizó a partir de 2008, alcanzando en 2013 niveles desconocidos hasta la fecha (Consejo Económico y Social España, 2014) y se estima que a 1 de enero de 2023 la población residente en España será un 5,6% menor que en 2013 presentando una estructura aún más envejecida (Instituto Nacional de Empleo, 2013).

Con la crisis económica también se produce un cambio de tendencia de los flujos migratorios, que determina que desde 2010 España presente un saldo migratorio negativo, lo que está ocasionando un cambio en la estructura de la población a expensas de una disminución de población activa en edad fértil. No obstante, la población extranjera, a pesar de haber disminuido, todavía constituye el 10,1% de la población residente en nuestro país a 1 de enero de 2015, una cuestión a tener en cuenta desde la perspectiva de las políticas sociales (Consejo Económico y Social España, 2014; Instituto Nacional de Empleo, 2015).

2.3. Envejecimiento y dependencia

Las políticas que fomentan el envejecimiento saludable están consiguiendo que cada vez más personas alcancen edades más avanzadas con una buena calidad de vida. Sin embargo, esto no ocurre con todos los individuos. Sobre todo a medida que avanza la edad, los problemas de salud van apareciendo y provocando que el individuo comience a depender en mayor o menor

medida de la ayuda de otras personas para vivir. Es en este momento cuando han de ponerse en marcha los mecanismos necesarios para que estas personas puedan continuar viviendo con una buena calidad de vida.

La necesidad de cuidados por parte de la población mayor dependiente es una circunstancia obvia y documentada (Fundación SAR, 2007; Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005a; 2005b; 2011), y que está regulada desde 2007 mediante la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Boletín Oficial del Estado, 2006) también conocida como la Ley de Dependencia Española. Por su parte, la necesidad de atención de larga duración está aumentando. Se prevé que de aquí a 2050 el número de personas de edad avanzada que no puedan valerse por sí mismas se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Muchas de las personas de mayor edad pierden su capacidad de vivir de forma autónoma debido a su limitada movilidad, su debilidad u otros problemas de salud físicos o mentales. Muchas necesitan una atención de larga duración, como servicios de enfermería en el domicilio y atención sanitaria comunitaria, residencial y hospitalaria. La prestación de una atención sanitaria de calidad es importante para promover la salud de las personas de edad, prevenir enfermedades y controlar los procesos crónicos. La OMS considera que todos los profesionales sanitarios deberían recibir formación sobre las cuestiones relacionadas con el envejecimiento (Organización Mundial de la Salud, 2012) algo que sí ocurre en los estudios de enfermería. En este marco es importante recordar que no sólo es necesario atender a las personas mayores dependientes directamente sino también de manera indirecta a través de sus cuidadores.

Los principales problemas de salud que afectan a las personas mayores se deben a enfermedades no transmisibles. En la actualidad, incluso en los países más pobres, las principales causas de muerte son las enfermedades circulatorias, cardíacas, los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades pulmonares crónicas, mientras que las principales causas de discapacidad son el déficit visual, la demencia, la pérdida auditiva y la artrosis (Consejo Económico y Social de Canarias, 2007; Organización Mundial de la Salud, 2012).

Las afecciones más frecuentes de los mayores dependientes desde el punto de vista de la necesidad de recibir cuidados son varias, entre las que se pueden destacar aspectos físicos como la debilidad o las limitaciones sensoriales tales como la ceguera y la sordera; psicológicos como la depresión y los trastornos cognitivos; o sociales, referidos tanto al contexto donde vive la persona mayor como a las actitudes y comportamientos de sus allegados y redes sociales. Las limitaciones aumentan con la edad, así tres de cada cuatro nonagenarios son dependientes.

Además, se detecta una feminización de la discapacidad, concretamente a partir de los 50 años. Las limitaciones aumentan en relación a la edad y al sexo, siendo el femenino, quizá por ser el más longevo, el que presente mayor tendencia a la discapacidad (Martínez, 2012; Rogero, 2010; Tobío et al., 2010).

En la valoración del sistema de cuidados que una persona dependiente precisa, son de utilidad las aportaciones realizadas desde la enfermería. A través de los diagnósticos enfermeros que son juicios clínicos sobre las respuestas humanas a problemas de salud o procesos vitales (North American Nursing Diagnosis Association, 2014), se estima la necesidad de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria que la persona presenta, y a través de sus planes de cuidados se puede apreciar las tareas y actividades que su cuidador ha de realizar. En este sentido, un estudio realizado en ancianos enfermos en sus hogares, recoge que los diagnósticos, según la taxonomía NANDA, más frecuentes fueron: Manejo inadecuado del régimen terapéutico (98%) y Deterioro de la movilidad (72%). En cuanto a la necesidad de ayuda se encontró Déficit de autocuidado para: vestido/acicalamiento (48%), baño (44%), y alimentación (24%) (Fortes, 2008). Enfocada en las respuestas humanas a una determinada situación de salud o enfermedad, la enfermera puede realizar una buena aproximación al tipo y cantidad de cuidados que la persona mayor dependiente precisa.

Hasta ahora, en el entorno familiar estas necesidades de cuidado han sido satisfechas por las denominadas cuidadoras familiares cuya situación de sobrecarga está ampliamente documentada, también se ha puesto de manifiesto que el cuidado informal está claudicando y que las familias no pueden seguir soportando la carga de cuidados a la persona mayor dependiente (Bazo, 1998; Berjano, 2005a; Cardona, Segura, Berberí, & Agudelo, 2013; De la Cuesta, 2006; Escuredo, 2007; Do Muíño, Fernández, Rodríguez, González, & Iglesias, 2010; López et al., 2009; Salaberri & Aragón, 2000; Zabalegui et al., 2007). No obstante, las personas mayores siguen presentando necesidad de cuidados y el apoyo ofrecido por parte de las administraciones sociosanitarias no está resultando eficaz para garantizar la correcta y adecuada atención a estas personas (Consejo Económico y Social de Canarias, 2009; 2013; 2014).

2.3.1. Dependencia y consideraciones terminológicas generales

La Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), entró en vigor el 1 de enero de 2007. Dicha ley supuso un punto de inflexión en la atención a la persona mayor con necesidad de ayuda para su autocuidado, pues con ella se pretendía consolidar un nuevo derecho universal de carácter subjetivo con el fin de dar cobertura a las necesidades de cuidados de las personas en situación de dependencia. En relación a ello, autores como Martín (2009) opinan que este cambio debe consolidarse con el propósito de asentar un nuevo pilar que implica una nueva organización social del modelo de provisión de cuidados. De hecho, esta ley se crea con la pretensión de consolidarse como el cuarto pilar de nuestro Estado de Bienestar, el Estado Social, junto con las Leyes de Educación, de Sanidad y de Servicios Sociales (López & De Paz, 2010). Sin embargo, desde su aprobación en el año 2006, dicha ley no ha conseguido tal objetivo, en un estado como el español cuyas responsabilidades en materia social y sanitaria están transferidas a las comunidades autónomas (Benlloch & Sarrión, 2010).

La ley de dependencia resulta de especial interés en el caso de las personas mayores dependientes, pues será la primera vez que sean visibles para la administración y se garantice su atención y reconocimiento dentro del sistema de atención a la dependencia.

Por otro lado, a partir de ahora, se tiene en cuenta que el modo en el que se concibe el cuidado prestado a otras personas, así como el autocuidado, está íntimamente relacionado con los conceptos de independencia y autonomía que aparecen en esta ley (Agrela, Martín, & Langa, 2010).

A continuación se exponen los fundamentos del desarrollo conceptual que han ido experimentando los conceptos relacionados con el área de la dependencia. Dichos cambios no son sino fruto y reflejo de la evolución de los modos en que el mundo occidental está cambiando su forma de concebir al ser humano y sus limitaciones, desde un paradigma centrado en la discapacidad y la enfermedad hacia un paradigma centrado en la promoción de la autonomía y la independencia, donde el entorno es considerado como elemento integrador de la vida y atención de la persona dependiente. Dado que coincide plenamente con el modo en que la enfermería concibe al ser humano y, por ende, a la persona mayor dependiente, nos parece de gran interés mostrar la evolución de los términos que describen e identifican la dependencia en la actualidad.

En 1981, la OMS aprobó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) proporcionando una nueva visión de las personas con discapacidad en relación con clasificaciones anteriores (Organización Mundial de la Salud, 1983; World Health Organization, 1980). En 1998, el Consejo de Europa presentó la Recomendación relativa a la dependencia, que se fundamentó en un texto de consenso elaborado previamente por un grupo de expertos, que pudo ser asumido por todos los países miembros de este organismo. En esta recomendación se define la dependencia como el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes en la realización de las actividades habituales de la vida diaria (Consejo de Europa, 1998).

Consecuentemente para que exista dependencia, según esta definición, deben confluír tres factores: la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual; la incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria; y la necesidad de asistencia o cuidados por parte de una tercera persona (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005b).

En 2001, la OMS promocionó la aprobación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en la LIV Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 2001 en Ginebra, en la que se modifican las concepciones existentes, poniendo el énfasis en los determinantes de la salud más que en las consecuencias de las enfermedades. Como característica relevante se encuentra el hecho de que la misma proporciona un marco conceptual que emplea un lenguaje estandarizado y unificado que posibilita la atención entre diferentes disciplinas de todo el mundo (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005b).

La CIF propone el siguiente esquema conceptual que hemos comparado con el de la CIDDM para una mejor comprensión de los avances realizados en la forma de concebir y abordar la dependencia:

Déficit en el funcionamiento: Se contempla como la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. En este contexto el término *anormalidad* se usa para referirse a una desviación significativa de la norma estadística. Sustituye al nivel de las *deficiencias*, entendidas como las consecuencias permanentes de las enfermedades y accidentes a nivel corporal, fisiológico u orgánico, como se venía utilizando por la CIDDM de 1980.

Limitación en la actividad: Se trata de las dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades. Se califican en diferentes grados en función de la manera, extensión

o intensidad en que se esperaría la ejecución de la actividad en una persona sin alteración de la salud. Sustituye el nivel de las *discapacidades* de la CIDDM donde eran entendidas como las restricciones en la actividad de un individuo debidas a cualquier deficiencia.

Restricción en la participación: Se trata de problemas que un individuo puede experimentar en su implicación en situaciones vitales. La presencia de restricciones en la participación está determinada por la comparación entre la llevada a cabo por un determinado individuo con la esperada de una persona sin discapacidad en una determinada cultura o sociedad. Sustituye el término *minusvalía*, utilizado en la CIDDM donde se entendían las minusvalías como las situaciones de desventaja derivadas de deficiencias o discapacidades, que limitan o impiden participar o desempeñar roles sociales en niveles considerados como normales.

Barrera: Todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que condicionan su funcionamiento y crean discapacidad. Pueden incluir aspectos como un ambiente físico inaccesible, la falta de tecnología asistencial apropiada, las actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad o la inexistencia de servicios, falta de sistemas y políticas que favorezcan la participación.

Discapacidad: Se trata de un término «paraguas» que se utiliza para referirse a los déficit, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno y es válido para cualquier persona, presente o no una discapacidad, por tanto, es de aplicación universal. Se entiende la discapacidad como un problema tanto social como personal que requiere, además de atención médica y rehabilitadora, ajustes personales y cambios en el entorno. De alguna manera simboliza el cambio de enfoque de la discapacidad pues en la CIDDM presentaba un modelo más médico y centrado en la enfermedad o en cualquier alteración de la salud, así como en la rehabilitación y adaptación del individuo a la sociedad para su desenvolvimiento en ella.

2.3.2. Dependencia y consideraciones terminológicas específicas

Con la Ley de la Dependencia el panorama de la atención a la persona mayor va a cambiar considerablemente. Comienza una nueva forma de entender y atender a la persona que presenta una alteración en su capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria. En su marco se identifican y desarrollan cada una de las dimensiones que conforman la dificultad del

ser humano para llevar a cabo sus actividades diarias, así como la necesidad de recibir algún tipo de ayuda y/o cuidados para poder realizarlas.

A continuación se exponen brevemente los aspectos de más interés para contribuir a la construcción conceptual de este trabajo.

Dependencia: se entiende como

el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal (Boletín Oficial del Estado, 2006, p. 44144).

En este caso la delimitación del concepto de dependencia viene dada por una serie de factores como son la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que va a afectar a ciertas capacidades del individuo; la incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria; y la necesidad de asistencia o cuidados por parte de una tercera persona. En esta ley se identificaron tres grados de dependencia cada uno de ellos con dos niveles de intensidad, que más tarde serían modificados, como se verá más adelante en el presente capítulo:

Grado 1: Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado 2: Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar actividades de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere¹ el apoyo permanente de un cuidador, o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

¹ Errata aparecida en el texto original de la ley. Aunque no aparece ni en el Proyecto de Ley ni en el RD 504/2007 por el que se aprueba el baremo de valoración. Por tanto se puede entender que donde aparece “pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador” debe decir “pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador” (Congreso de los Diputados, 2006; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007). Resulta interesante señalar este aspecto pues la errata tiene lugar en uno de los puntos más importantes de la ley, ya que determina uno de los grados de dependencia que se le pueden asignar a la persona solicitante, con las implicaciones que ello supone en relación con las prestaciones que se tendrá derecho a percibir posteriormente.

Grado 3: Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día, y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal (Boletín Oficial del Estado, 2006).

Ligado al concepto de dependencia se encuentra el de las actividades de la vida diaria, dividiéndose éstas en básicas e instrumentales:

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Son aquellas relacionadas con el cuidado personal de uno mismo (vestirse, arreglo personal, comer, control de esfínteres, uso del servicio) y con el funcionamiento físico (andar, movilidad en el interior del domicilio) y mental básico, que se ejecutan de forma cotidiana y cuya realización es imprescindible para que la persona viva de forma autónoma y adaptada a su entorno. En la LAPAD se definen como:

Las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas (Boletín Oficial del Estado, 2006, p. 44144).

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Son actividades más complejas que las anteriores e importantes para mantener un funcionamiento normal en la vida. Para su desarrollo se requiere un nivel de autonomía personal mayor pero no son básicas para el cuidado personal. Estas actividades incluyen, telefonar, comprar, realizar tareas domésticas, manejar dinero, ser responsable de su medicación y el transporte (Gómez & Rivera, 2008).

2.4. Modalidades de atención a la persona mayor dependiente en España

Dos fuentes principales de cuidados proporcionan atención a la PMD: la pública y la familiar.

2.4.1. Apoyo profesional a la dependencia. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

La LAPAD crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), a partir del cual se establece un catálogo de prestaciones y servicios básicos donde están integrados tanto centros públicos como privados, a través de empresas de Servicios Sociales y Tercer Sector. Con ello se pretende garantizar la asistencia y apoyo a las personas en situación de

dependencia bajo los principios de universalidad y carácter público de las prestaciones, el acceso a las mismas en condiciones de igualdad y la participación de todas las Administraciones Públicas en los distintos niveles de protección del sistema (López & De Paz, 2010).

Según la ley de la dependencia española el SAAD ofrece una serie de prestaciones y servicios con el objetivo de facilitar la autonomía personal y proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de la vida así como la incorporación activa en la vida de la comunidad. En este catálogo están representados los tipos de recursos formales existentes en España, por un lado los llamados servicios de proximidad, que permiten que la persona dependiente pueda desarrollar su proyecto de vida en la propia comunidad sin tener que sufrir un proceso de desarraigo y, por otro, los recursos clasificados como *proceso de institucionalización*, en estos casos la persona mayor dependiente es ingresada en un centro a fin de que pueda recibir los servicios de cuidado adecuados a su situación (Boletín Oficial del Estado, 2006).

El catálogo de servicios que contempla el SAAD es el siguiente:

- Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal
- Servicio de Teleasistencia
- Servicio de Ayuda a domicilio
- Servicio de Centro de Día y de Noche
- Servicio de Atención residencial

Mediante los servicios de prevención de las situaciones de dependencia se pretende prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas. Para ello se hace necesario un desarrollo coordinado entre servicios sociales y de salud, así como de las actuaciones de promoción vida saludable, de programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación, dirigidos tanto a personas mayores y/o con discapacidad como a quienes sufran procesos de hospitalización complejos.

El Servicio de Teleasistencia consiste en facilitar asistencia inmediata en el domicilio, ante situaciones de emergencia, inseguridad y aislamiento. Para ello se utilizará la tecnología de la comunicación y de la información así como el apoyo de los recursos personales necesarios.

El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) es llevado a cabo por entidades o empresas acreditadas y constituyen las actividades, tanto domésticas como de atención personal, necesarias para ayudar a la persona dependiente en sus necesidades de la vida diaria.

Mediante el Servicio de Centro de Día y de Noche se ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de

mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores.

Los servicios de atención residencial ofrecen atención continuada de carácter personal y sanitario desde un enfoque biopsicosocial y cuyo carácter está subordinado al tipo de dependencia e intensidad de los cuidados que requiera la persona. Su prestación puede ser permanente o temporal y será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados (Boletín Oficial del Estado, 2006).

Desde su creación, el SAAD ha venido recogiendo datos acerca de su cobertura y características de los servicios prestados, así como de las ayudas concedidas a las personas dependientes. Sin embargo, en el caso de Canarias los datos del SAAD no agotan la realidad de la atención a la dependencia en esta comunidad autónoma. De esta manera se podría especular que la baja proporción de dictámenes emitidos respecto a las solicitudes presentadas, o el bajísimo ratio existente entre prestaciones efectivas y reconocidas podría deberse a problemas de gestión en el proceso de aplicación de la ley de dependencia. También la baja proporción de solicitudes respecto a la población o la nula presencia de algunas prestaciones como la teleasistencia o el SAD, podrían deberse a que el sistema de información del SAAD no está contabilizando el total de prestaciones sociosanitarias existentes en Canarias. Se considera también, que la política de atención a la dependencia en Canarias no ha ido acompañada de una apropiada política de comunicación por parte de las administraciones públicas (Consejo Económico y Social de Canarias, 2010; 2011; 2012; 2013; 2014).

Prueba de ello es lo aportado en el reciente informe de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (2015) en el que se señala, en relación a los datos del SAAD en Canarias, cómo la «sorprendente incorporación a la estadística oficial de más de 9.000 ayudas a domicilio en enero de 2015 supuso para Canarias dejar de ocupar el triste puesto de la peor gestión de la atención a la dependencia en España», reconociendo desconocer el mecanismo real de la repentina incorporación de tantas personas dependientes a las atenciones.

A modo orientativo, en la tabla 2.1, se puede observar la evolución de los datos del SAAD en Canarias desde el año 2009 hasta el año 2013, datos correspondientes al informe del CES Canarias publicados en 2014, el cual, a fecha de la redacción de este trabajo, aún no ha publicado su informe de 2015.

Tabla 2.1. Evolución datos SAAD en Canarias. Datos Beneficiarios

AÑO	Solicitudes Presentadas (acumulado anual)		Dictámenes emitidos		Personas con derecho a prestación		Personas que perciben prestación	
	Canarias Absoluto y % población	Resto de España	Canarias Absoluto y % población	Resto de España	Canarias Absoluto y % población	Resto de España	Canarias Absoluto y % población	Resto de España
2013	1,89%	3,45%	1,37%	3,21%			11.493 0,54%	1,56%
2012	37.771 1,8%	3,5%	30.840 1,5%	3,4%	25.143 0,5%	1,6%	11.009 43% de las personas con derecho 0,5% de la población	1,6%
2011	36.236 1,7%	3,3%	29.672 1,4%	3,0%	28.652		10.193 35,6% de las personas con derecho	
2010	26.300	1,3%	20.194 1,0%		16.404		6.971	
2009	19.877 71,3%	85,8%	11.249	83,3%	9.664 48%	85,9%		

Fuentes: CES Canarias, 2010; 2011; 2012; 2013; 2014. Elaboración propia.

En la tabla 2.2, se ofrecen los datos correspondientes a la evolución en las prestaciones del SAAD, desde el año 2008 hasta 2013. Como se puede apreciar, el CES indica en su último informe el nulo desarrollo de las prestaciones destinadas a los servicios de teleasistencia y de ayuda a domicilio en las islas, en espera de que sean publicados los recientes datos a junio de 2015 que estarían muy distantes de los existentes hasta el momento.

Tabla 2.2. Evolución datos SAAD en Canarias. Datos prestaciones

AÑO	Cuidado familiar	Atención residencial	Centros de día y de noche	Plazas de prevención	Teleasistencia	Servicio Ayuda a Domicilio
2013	48,9%	23,2%	23,2%		Nulo	Nulo
2012	56%	22,4%	20,8%	46	Muy escaso	Muy escaso

Aproximación cualitativa a los factores determinantes del cuidado a personas mayores dependientes llevado a cabo por inmigrantes en la isla de Lanzarote

2011	55%	22%	21%		Muy escaso	Muy escaso
2010	52,9%	25%	20%		Muy escaso	Muy escaso
2009	55,5% frente al 49,y% nacional	26,4%	17,2%	Muy escaso	Muy escaso	Muy escaso
2008	12%	4%		0.1%	Nulo	Nulo

Fuentes: CES Canarias, 2010; 2011; 2012; 2013. Elaboración propia.

En la figura 2.4 se puede apreciar cómo quedaría la línea evolutiva de personas desatendidas en Canarias en comparación con la media estatal, si se tienen en cuenta los nuevos datos de 2015 y su gran caída en el último año, superando la media nacional.

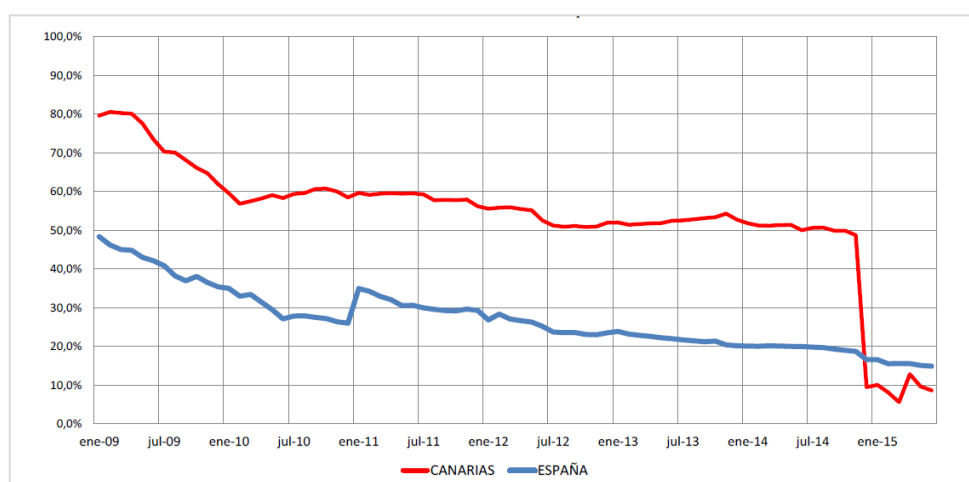


Figura 2.4. Evolución % de desatendidos en Canarias en relación a la media estatal

Fuente: Informe de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales. 2015

2.4.2. Atención familiar a la dependencia. Algunas consideraciones de género

El cuidado a la persona mayor dependiente ofrecido por algún miembro de la familia o de su entorno cercano es conocido en la literatura como *cuidado informal* (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005a; Rogero, 2010) de esta manera es diferenciado del cuidado formal que es el ofrecido por instituciones y profesionales. Sin embargo, el término informal no deja de tener unas connotaciones negativas cuya exploración resulta de interés para el presente trabajo. En este sentido, las acepciones que el diccionario de la Real Academia Española recoge para el término informal son: 1. Que no guarda las formas y reglas prevenidas. 2. No convencional y 3. Dicho de una persona: que en su porte y conducta no observa la conveniente gravedad y puntualidad (Real Academia Española, 2012).

Con la intención de reflexionar sobre el modo en que utilizamos las palabras para referirnos a los diferentes aspectos de la realidad en la que vivimos y para establecer el marco de esta tesis, consideramos que estos no son aspectos que contribuyan a identificar realmente las verdaderas características del cuidado que realizan las personas del entorno más cercano de la persona mayor dependiente. De hecho, cuidar de un familiar, cuando no se es un profesional, está relacionado con el cuidado natural, intuitivo y fundamental que el ser humano ha venido desarrollando a lo largo de la historia para ayudarse a vivir y sobrevivir los unos a los otros.

Por otro lado, al ser un trabajo denominado informal, el cuidado se considera de baja calidad, improductivo, con bajas remuneraciones y no está reconocido ni protegido legalmente (Martínez, L., 2011).

Es en consideración a estas reflexiones por lo que en este trabajo proponemos denominar a los cuidadores informales cuidadores familiares dado la mayor cercanía que tal término presenta a la realidad del fenómeno nombrado, al tiempo que invitamos a la reflexión sobre el uso de tal término.

El nacimiento, crecimiento, desarrollo y cuidado de las personas se realiza normalmente en el seno familiar. Dentro de la familia el ser humano se convierte en ciudadano para la sociedad. En ella se expresan y satisfacen la mayoría de los derechos y necesidades de los seres humanos. En el ciclo vital existen dos momentos en los que se hacen más evidentes las necesidades de apoyo y cuidados familiares, son los marcados por el inicio y por el final de la vida (Fericgla, 2009).

Como se expuso al principio de este capítulo, cada cultura tiene su forma peculiar de vivir y entender el envejecimiento. Algunas consideran a los miembros más viejos de la familia personas a las que hay que respetar y amar mientras que otras los eliminan. La estructura familiar constituye el principal referente y grupo de pertenencia, donde uno de los aspectos fundamentales es la funcionalidad de las relaciones sociales que se dan en ella. En algunas familias, el familiar de más edad continúa formando parte de ésta y cuando la dependencia llega el resto de los miembros le apoyan y ayudan para que pueda seguir viviendo lo mejor y el mayor tiempo posible (Moragas, 1999).

La familia es el mejor recurso de apoyo social en la vejez, e influye en la situación de bienestar de los ancianos. Además, en la atención familiar a la persona mayor dependiente, suelen estar presentes lazos de solidaridad, sentimientos de afecto, cariño y deseo de mantener al individuo en el hogar, intentando reservar este momento para casos de fuerza mayor (Muchnik & Seidman, 1999; Fericgla, 1999).

Esto ocurre en muchos hogares en España, un país que posee un estado de bienestar propio de los países europeos mediterráneos, esto es, de carácter subsidiario, fuertemente familiar y con escasa capacidad de desfamiliarización. En consecuencia, el peso de los cuidados personales recae en el entorno familiar persistiendo una fuerte influencia religiosa y un modelo de familia tradicional que se convierte en la base sobre la que los Estados de Bienestar de estos países se sostienen (Díaz, R., 2007; Gregorio, 2009; Martínez, R., 2009a; 2011a; 2012; Martínez, L., 2011; Rodríguez et al., 2010; Úbeda & Roca, 2008).

Si la familia es la base del estado de bienestar de los países mediterráneos, la mujer ha venido siendo tradicionalmente el pilar de dicha base. Realizando un trabajo libre en términos económicos dentro del hogar, o con baja remuneración en instituciones de bienestar, son las mujeres las que mayor dedicación han desarrollado en este tipo de labor (Aguilar, 2010; Fericgla, 2009; Martínez, R., 2011a; Morales, 2010; Navarro, 1999; Quiñoz, 2010).

Hasta ahora, como ya se ha comentado, las necesidades de cuidado de la persona mayor eran atendidas en su gran mayoría por la familia, garante fundamental del estado de bienestar de la sociedad española. Dentro de esta familia y según datos del Libro Blanco para la dependencia en España, el perfil del cuidador familiar es el de una mujer de unos 53 años siendo su relación con la persona receptora de cuidados la de hija, le siguen muy de lejos la esposa y la nuera (Bazo, 1998; Colectivo Ioé, 1999; Gallart, 2007; 2005a; 2005b).

Los hombres asumen el cuidado cuando son cónyuges de la persona receptora de cuidados o hijos únicos. El motivo de la predominancia femenina en la relación de ayuda a la persona mayor dependiente se puede explicar en base a dos elementos. Uno relacionado con la concepción de que la atención a los ancianos es cosa de mujeres que se puede plantear como una obligación o como algo evidente o connatural a la mujer, tanto desde el punto de vista de la sociedad como desde el de las propias mujeres, como ya se ha visto. Y otro que está relacionado con el reparo que sienten las madres con los hijos varones en lo relativo a la higiene íntima (Martínez, R., 2012; Rogero, 2010; Tobío et al., 2010).

2.5. La crisis de los cuidados

En este apartado se realiza un análisis de los diferentes aspectos que darán lugar al fracaso de la atención al anciano dependiente en España, tanto desde los sistemas profesionales de atención como desde el apoyo familiar directo.

2.5.1. Fracaso del sistema profesional de atención a la dependencia a las personas mayores en España

A pocos años de su instauración, la red de servicios sociales española articulada mediante el SAAD, ha demostrado ser insuficiente para cubrir las necesidades de cuidados de los mayores dependientes. Los servicios profesionales existentes no cuentan con plazas ni con la atención profesional suficiente para proporcionar este tipo de servicio (Sancho & Rodríguez, 2012; Martínez, R., 2011a).

Las transferencias económicas son, por el momento, uno de los primeros resultados negativos de dicha ley, pues generan desigualdades debido a que contribuyen a mercantilizar la atención a la dependencia y a financiar la precariedad laboral (Benlloch & Sarrión 2009; Martínez, R., 2011a).

En todos los contextos autonómicos se ha encontrado el desarrollo de algún tipo de política social conducente a suavizar la carga de cuidados familiares. Sin embargo, existen regiones en las que los cuidados familiares conviven con una mínima extensión de otras formas de provisión tanto públicas como privadas. Son los casos de Galicia y Canarias, en los que la asistencia recae fundamentalmente en los parientes y cuyo modelo puede denominarse como *familista absoluto* (Nogueira & Zalakain, 2015; Martínez, R., 2011a; 2011b) al no existir alternativas ni públicas ni privadas. De esta manera, los efectos de la LAPAD son contradictorios pues, por un lado, se reconoce que los hogares no pueden seguir en soledad con estas tareas, pero, por el otro, se reafirma el papel de la mujer familiar cuidadora, al tiempo que se silencia la figura que la empleada de hogar está adquiriendo en el régimen de cuidados español (Martínez, R., 2011a).

La ley también contempla prestaciones económicas para los servicios privados de cuidados, pero no concreta la articulación de las contrataciones domésticas privadas. Todo ello favorece la formalización del llamado «cuidador de dependientes» que viene a ocupar el lugar y desempeñar las funciones del cuidador familiar. Sin embargo, y aun bajo estas nuevas circunstancias, estos cuidadores, principalmente mujeres, no apreciarán mejoras sustanciales en sus derechos, su trabajo pasará de una invisibilidad a una hipervisibilidad solo para ser objeto de discurso de las políticas públicas. Se señala también que esta ley hace más hincapié en la promoción de la autonomía personal que en la protección de la dependencia, sin embargo, la teleasistencia es el único recurso creado para la primera (Benlloch & Sarrión, 2009; Gregorio, 2009; Larrañaga & Jubeto, 2009).

Otras limitaciones a considerar en esta Ley son, por un lado el tiempo y por otro la falta de oferta formativa dirigida a las personas cuidadoras. Respecto a la primera, dichas cuidadoras suelen hacer referencia a los largos tiempos de espera hasta que reciben la ayuda, así como a la falta de interés por parte de las autoridades una vez que se les ha concedido la prestación. En relación a la segunda, la falta de experiencia formal en el cuidado de personas dependientes les hace más difícil sobrellevar la situación. Se evidencia la carencia de cursos y de actividades formativas para poder realizar las tareas de cuidado, a pesar de que uno de los objetivos de la ley es mantener a la persona dependiente en su entorno habitual (Benlloch & Sarrión, 2009).

En la actualidad la realidad es mucho más difícil si cabe pues, según el Consejo Económico y Social de España (CES España) en su memoria de 2012, el SAAD, cuyo desarrollo se encuentra inevitablemente ligado a la crisis económica, atraviesa un momento muy difícil, entrando en un claro retroceso (Consejo Económico y Social España, 2013). En cuanto a la evolución del SAAD, los datos referentes a las prestaciones concedidas a lo largo de los primeros años de su funcionamiento muestran un cariz preocupante, apreciándose un notable descenso del número de resoluciones como promedio mensual. Así, durante 2008 la media nacional alcanzó casi 29.000 planes individuales de atención, cifra que disminuyó en un 31 por 100 en un solo año, y en otro 14 por 100 en el ejercicio 2010. Durante 2011 se registró una nueva e importante bajada, mientras que en 2012 el número de planes de atención individuales apenas alcanzó como promedio mensual los 2.000 (Consejo Económico y Social España, 2013).

El SAAD ha experimentado cambios de notable calado con la aprobación del Decreto ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, a través de su artículo 22 (Boletín Oficial del Estado, 2012).

Como se puede apreciar en la tabla 2.3, entre ellos cabe destacar, el cambio en la estructura de la dependencia existente, con la supresión de los niveles, manteniéndose solamente los tres grados de afectación. Se ha reducido la cuantía de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a los cuidadores no profesionales. Se han realizado modificaciones en la situación de los cuidadores no profesionales a efectos de encuadramiento en la Seguridad Social, en tanto que dejan de quedar incluidos obligatoriamente en el campo de aplicación del Régimen General y en situación asimilada al alta.

Tabla 2.3. Principales cambios introducidos en el SAAD a través del Real Decreto-Ley 20/2012
<p>Prestaciones</p> <p>Las prestaciones serán incompatibles entre sí y con los servicios del catálogo de servicios, con la excepción de los relativos a la prevención de la dependencia y la teleasistencia (artículo 22.9).</p> <p>Reducción de las cuantías para cuidadores no profesionales, incluidos los actuales beneficiarios y los solicitantes nuevos. Reducción de las cuantías del nivel mínimo de financiación (disposiciones transitorias 10 y 11).</p> <p>Asignación del nivel mínimo de protección garantizado en las comunidades autónomas en función del número de beneficiarios, el grado de dependencia y la prestación reconocida (artículo 22.3).</p> <p>Obligación de las personas en situación de dependencia, los familiares que los representen y los centros de asistencia de suministrar en todo momento toda la información que requieran las administraciones (artículo 22.1).</p>
<p>Grados de dependencia</p> <p>Eliminación de los dos niveles que dividían a cada grado de dependencia (I, II, III). No se precisa nueva valoración para quienes tuvieran ya reconocido grado y nivel (artículo 22.10)</p>
<p>Cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales</p> <p>Prestación económica: establecimiento de un plazo máximo de dos años para acceder a la prestación, desde el reconocimiento, o del plazo de seis meses desde la presentación de la solicitud, sin haberse dictado y notificado y no tendrán efecto retroactivo. En los casos en los que ya se hubiera generado retroactividad, su abono podrá aplazarse en pagos anuales durante un plazo máximo de ocho años (disposición final 1ª).</p> <p>Seguridad Social: el convenio especial de los cuidadores no profesionales pasa a ser voluntario. Los convenios especiales existentes se extinguen el 31/08/2012, salvo solicitud expresa de su mantenimiento antes de 1/11/2012.</p> <p>Bonificaciones: hasta 31/12/2012 reducción del 10 por 100 de la cotización (85 por 100 a cargo del cuidador y 15 por 100 a cargo de la AGE). Desde 2013 será 100 por 100 a cargo del cuidador no profesional.</p>
<p>Ayuda a domicilio</p> <p>Los servicios domésticos como la limpieza y la cocina solo podrán prestarse conjuntamente con los servicios de atención a la dependencia.</p> <p><i>El Consejo Territorial pasa a integrar servicios sociales y dependencia, antes separados.</i></p>

FUENTE: Consejo Económico y Social a partir del Real Decreto-Ley 20/2012.

También podemos observar cambios como la nueva definición de la prestación económica de asistencia personal; el establecimiento de un nuevo régimen de incompatibilidades de las prestaciones; la modificación del calendario de aplicación de los servicios y prestaciones de cobertura a las situaciones de dependencia, dilatándose los plazos para hacer efectivas las prestaciones a quienes se les haya reconocido el derecho (Consejo Económico y Social España, 2013). Las consecuencias de estas medidas no se auguran halagüeñas y están por llegar.

2.5.2. Fracaso del sistema familiar de apoyo a la dependencia

Como si de piezas de dominó se tratara, cayendo una tras otra consecutivamente, las razones coyunturales de tipo social, económico y político por las que el sistema de cuidados profesionales o formales no pueden afrontar la atención a la PMD, hacen recaer sobre el entorno familiar la responsabilidad de cubrir las necesidades de cuidado de sus familiares dependientes (Jamieson & Illsley, 1993; Sancho & Rodríguez, 2001).

En la contextualización del problema de la atención al mayor dependiente es inevitable abordar el mismo desde la perspectiva de las profundas transformaciones sociales que están teniendo lugar en este momento, en especial, aquellas que acontecen en el seno de la familia que, como se ha analizado anteriormente, es la proveedora principal de cuidados al mismo. De este modo se observa que en la familia se han gestado los cambios más profundos y que mayores consecuencias han tenido sobre el cuidado a los mayores dependientes, poniendo en jaque las políticas del país y los cimientos del estado de bienestar español (Gregorio, 2009; Martínez, R., 2011b).

La estructura tradicional de la familia ha experimentado profundos cambios en los últimos tiempos, estas modificaciones han dado lugar a condiciones de mayor vulnerabilidad en quienes se encuentran en situación de dependencia. De la familia extensa, en la que convivían varias generaciones y en la que principalmente las mujeres se ocupaban de los abuelos, se ha pasado a una familia de dimensión reducida, la mayoría de las veces centrada sólo en la pareja, que carece de medios y de estructura suficiente para atender y prestar algún tipo de atención a los mayores (Bazo, 2012; Fericgla, 2009; Martínez, R., 2011a).

Además, a ello se añaden otros factores tales como la incorporación de la mujer al mercado laboral, el aumento de divorcios, de hogares unipersonales o de familias no convencionales, entre otros. Estas variaciones en la organización familiar se han vuelto más complejas con el envejecimiento progresivo de la población y las necesidades de atención a la

dependencia de la misma, convirtiendo a esta realidad en una de las necesidades sociales más significativas en las sociedades occidentales actuales (Bazo, 2012; Martínez, R., 2011a).

La creciente demanda de la asistencia de larga duración y la incorporación laboral de la mujer han visualizado los límites de este sistema *familista* de provisión de cuidados y han supuesto un desafío a la política social del país. De esta manera se evidencia que las políticas sociosanitarias de atención a las personas dependientes se han elaborado hasta hace poco tiempo considerando el cuidado de la persona dependiente como una obligación familiar (Berjano et al., 2005a; Gregorio, 2009; Martínez, 2011b; Úbeda & Roca, 2008).

Estas transformaciones han debilitado a la familia como estructura protectora, lo cual viene a derivar en la denominada «crisis de los cuidados». Esta nueva situación enmarca el debate de las políticas de la dependencia no sólo en España sino también en numerosos países occidentales, dejando al descubierto el trabajo no pagado y fuertemente naturalizado que han venido desempeñando históricamente las mujeres como madres, esposas, hijas o vecinas (Aguilar, 2010; Ezquerro, 2010; Fuentes, Caballero, Galindo, & Agrela 2011; Pérez, 2006; Setién & Acosta, 2010).

La situación de desamparo en la que se encuentra la población anciana, cuyo cuidado y atención familiar tiene que complementarse o sustituirse según los casos, por servicios de ayuda a domicilio o centros residenciales, pone de manifiesto la urgente necesidad de llevar a cabo medidas de cobertura, ya sea por parte del sector público como del sector privado. Sin embargo, la contratación de recursos formales de origen privado no suele estar al alcance de cualquier familia por su coste económico (Nievas, García, & Chaves, 2005; Martínez, R., 2011b).

En base a todo lo comentado, España se encuentra en la peor de las situaciones posibles para enfrentarse a la «crisis de los cuidados» (Ramos, Rodríguez, & Lardiés, 2010).

Sin embargo, son muchas las mujeres cuidadoras que se sienten agobiadas por el peso que recae en ellas. Además del trabajo dentro de casa también tienen que estar fuera, ya sea trabajando o participando en actividades sociales. Entienden que no puede haber tiempo ni capacidad para atender todos los frentes, y mientras las mujeres han entrado en la esfera pública en número cada vez mayor, los hombres no han asumido compartir igualmente el trabajo en casa. Esta sobrecarga se acentúa si se dan dos condiciones bastante frecuentes, que el varón no coopere en las faenas domésticas de la vida cotidiana, y que la economía familiar no permita recurrir a servicios externos para atender a los mayores dependientes (Bazo, 1998; Colectivo loé, 1999; Martínez, R., 2011a; Rodríguez, 2011; Tobío et al., 2010).

El trabajo de cuidados tiene múltiples consecuencias para el cuidador familiar. Así, en lo que respecta a las relacionadas con la salud se han descrito, entre otras, cansancio, mareos, molestias y dolores diversos, migrañas, alteraciones intestinales, tensión muscular, incremento de la demanda asistencial y mayor consumo de fármacos, peor percepción de la salud, estrés, alteraciones del sueño-vigilia, depresión, sensación de soledad e impotencia, autopercepción de *prisionera*, o *criada*, falta de libertad, sensación de estar dominada por la persona dependiente, irritabilidad, susceptibilidad, ansiedad, tensión, presión, pesimismo, desilusión, incompreensión, intolerancia, identidad confusa, autoconcepto negativo, desvalorización personal y social, sentimientos contradictorios, culpabilidad, represión de la expresión y estrés doméstico (Berjano et al., 2005b; 2011; Martínez, R., 2011a).

En lo referente a la situación económica, ésta puede verse afectada debido a aspectos como los gastos en manutención y en ayudas técnicas; modificaciones en la productividad en el empleo, pago de servicios, inseguridad económica, reducción de jornada o pérdida de empleo, absentismo laboral, triple jornada, disminución de la eficacia y eficiencia, menor posibilidad de ascenso y/o pérdida de posición social.

Por último, sus consecuencias en las relaciones sociales afectan, por un lado, a las relaciones familiares, observándose reducción y/o deterioro de éstas, conflicto inter o intra generacional y de funciones, choque generacional en los hábitos cotidianos, disminución de la vida social (ocio, relaciones y otras actividades), imagen negativa de la relación cuidadora-cuidado y malos tratos mutuos. Por otro lado, se disminuyen las relaciones extrafamiliares, reduciendo asimismo la participación social y el espacio físico, mental y social (Rogero, 2010; Tobío et al., 2010).

Algunos aspectos de la relación de ayuda suponen una molestia para el cuidador. Así, la Encuesta Nacional sobre la ayuda informal a las personas mayores, llevada a cabo por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) recoge, por un lado, que entre las conductas de la persona cuidada que más desagradan al cuidador, se encuentran la agresividad verbal o física, la automedicación, la vestimenta con colores estridentes para la edad, la incontinencia, el perderse en la calle, la negativa a bañarse o la despreocupación por la limpieza. Por otro lado, las tareas de ayuda que más molestan al cuidador principal son el cambio de empapador y aquellas que se precisan cuando el grado de invalidez de la persona cuidada es grande, tales como ayudar a andar, vestirse o arreglarse (Centro de Investigaciones Sociológicas, 1994).

Resumiendo, en la provisión de cuidado en España destaca el papel central de la familia como agente de prestación de asistencia, convirtiéndose en la institución sobre la que descansa

el bienestar y en la última encargada de buscar soluciones en el caso de que no pudiera por sí misma afrontar los cuidados de las personas dependientes del hogar. En este caso, la estrategia suele ser la contratación de una empleada de hogar, mercantilizando así la atención personal a través del servicio doméstico (Rodríguez, 2011).

2.6. Mujer inmigrante y cuidados familiares: dos realidades que se necesitan y se encuentran

La línea argumental seguida en este trabajo lleva naturalmente a la introducción de la verdadera protagonista de este trabajo de tesis: la cuidadora extranjera o inmigrante.

Nos encontramos ante una situación en la que el sistema profesional de apoyo a la dependencia aún no es suficiente para garantizar la atención a la persona mayor, mientras que el cuidado familiar se encuentra en un período de crisis causado por múltiples factores sociales y económicos. Se hace necesario, pues, buscar alternativas a una situación que para la persona dependiente y su familia precisa de una solución inmediata, y ésta pasa por la contratación de una persona que preste estos cuidados en el domicilio a un precio asequible; una persona que entre en el domicilio y realice los cuidados que brindaría el cuidador principal a la persona mayor si pudiera, es decir, que venga a sustituir al familiar de la persona dependiente y que brinde cuidados casi en las mismas condiciones que éste, llegándose incluso a esperar de la persona cuidadora sentimientos de afecto por la persona cuidada hasta el punto de que si la cuidadora no logra sentir o aparentar estos sentimientos la persona empleadora puede quejarse de su falta (Colectivo IOÉ, 2001).

2.6.1. El fenómeno migratorio actual en España

El término *migrare* significa movimiento en latín. A lo largo de la historia los diferentes grupos humanos han viajado por motivos económico-ecológicos, políticos, militares, religiosos, desastres naturales o huyendo de situaciones de violencia. Las migraciones y los movimientos poblacionales también van de la mano del desarrollo del sistema capitalista y de la distribución desigual de la riqueza. Los siglos XIX y XX fueron períodos de grandes migraciones, tanto es así que hoy en día es difícil que los europeos no tengan algún emigrante en la familia, al igual que los países europeos no tengan inmigrantes procedentes de fuera de la UE (Ramírez, 2007).

La migración no es una condición ni una situación, sino una dinámica personal y colectiva donde confluyen dimensiones biográficas, bio-psico-socio-culturales y político-económico-históricas. El diccionario de la RAE define inmigrar como: «Dicho del natural de un país: Llegar a

otro para establecerse en él, especialmente con idea de formar nuevas colonias o domiciliarse en las ya formadas» (Real Academia Española, 2012). Sin embargo, si nos detenemos en los significados sociales del término se puede comprobar que el mismo no es utilizado de la misma manera. Así, no se acostumbra a denominar inmigrante a la población jubilada que llega a zonas de costa españolas a disfrutar de una pensión que le cunde más que en su país de origen (Ramírez, 2007).

Continuando con la línea de los significados que la sociedad otorga al término, se considera inmigrante al que se traslada a otro país por motivos principalmente laborales. Sin embargo, a veces es difícil separar las necesidades económicas de los problemas sociales, políticos o militares. Pobreza y violencia política suelen ir unidas muchas veces. De esta manera, al *inmigrante* se le identifica con aquel cuya motivación es la económica y que viene a trabajar en condiciones difíciles (Ramírez, 2007).

Por su parte la RAE define extranjero mediante varias acepciones, seleccionando para el caso que nos ocupa las siguientes: 1. Que es o viene de país de otra soberanía. 2. Natural de una nación con respecto a los naturales de cualquier otra (Real Academia Española, 2012).

En este trabajo nos referiremos a las personas objeto de este estudio, es decir, personas que proceden de fuera de España y que trabajan cuidando a PMD en su domicilio, mediante ambos términos, *inmigrantes* y *extranjeras*.

Hasta el comienzo de la crisis económica, y aproximadamente desde la década de los noventa, en Canarias, al igual que en gran parte del territorio nacional, se experimentó un aumento sin precedentes de la llegada de personas de otros países. Este flujo inmigratorio, causado principalmente por la búsqueda de una mejor situación laboral y constituido fundamentalmente por población femenina, se caracterizó por su tendencia a la reagrupación familiar, por lo que el asentamiento adquirió especial relevancia (Gobierno de Canarias, 2006).

Sin embargo, la mencionada crisis económica también ha producido cambios en los flujos migratorios (Serrano-Martínez & García-Marín, 2013). Así, la población extranjera empadronada en 2012 se redujo un 4%, aunque a comienzos de 2013 seguía representando el 11,7% de la población total, siendo su procedencia básicamente extracomunitaria (57%). La distribución por nacionalidades muestra a Rumanía a la cabeza con un 15,7%; seguida por Marruecos 14,3%; Reino Unido 6,9%; Ecuador 4,8% y Colombia 4%. El descenso más acusado se experimentó en la población procedente de estos dos últimos países (Instituto Canario de Estadística, 2013).

En relación con la actividad laboral, las personas inmigrantes, sobre todo aquellas que están en situación de inestabilidad jurídica son más proclives a trabajar en la economía

sumergida o en aquellos empleos con menor regulación laboral. A su vez, el 90% de la demanda de empleados de hogar ha estado dirigida al cuidado de personas mayores, convirtiéndose en la principal salida laboral de las mujeres inmigrantes en nuestro país, así datos laborales de 2005 reflejaban que éstas trabajaban principalmente en el servicio doméstico (Ballester, 2008; Benavente, 2007; Cachón, 1995; Durán, 2004; Gobierno de Canarias, 2006; Martínez, R., 2006; 2007).

2.6.2. Mujeres que trabajan como cuidadoras de personas mayores dependientes a domicilio

El mercado laboral doméstico ha evolucionado hacia la mercantilización del cuidado de personas mayores. De esta manera, en algunos casos la idea de unir inmigración con cuidado a ancianos surge de manera espontánea, como consecuencia, por un lado, de la llegada de mujeres irregulares sin alojamiento y sin trabajo; y por otro, de la situación de sobrecarga de algunas cuidadoras familiares que tenían que afrontar la pérdida de facultades funcionales y/o físicas de los miembros de la familia de edad más avanzada. En otros casos, el contacto entre ambas realidades se produce de manera más artificial. Las instituciones religiosas movilizan a escala interna población inmigrante para cubrir la demanda de este servicio laboral en nuestro país. En España las dos vías más utilizadas por estas mujeres para la búsqueda de empleo han sido sus grupos de iguales y las entidades sin ánimo de lucro (Fuentes et al., 2011; Martínez, R., 2006).

El cuidado familiar realizado por mujeres extranjeras supera con creces al realizado por mujeres españolas, las extranjeras representan un 90% del total. Como se ha visto, los cauces para acceder a este trabajo por parte de las cuidadoras extranjeras son las ONG y las relaciones personales, mientras que las del país lo hacen a través de empresas, cooperativas o instituciones. En relación a la preparación académica las trabajadoras españolas tienen estudios primarios y secundarios, mientras que las extranjeras tienen estudios universitarios, muestra de que en la atención domiciliar se acoge un importante sector subempleado de la inmigración (Ballester, 2008).

A la hora de decidir buscar la ayuda de una cuidadora inmigrante las razones que más influyen son las de los familiares de la PMD, entre ellas las más frecuentes son los motivos laborales. Mientras que para unos el contrato de una cuidadora supone una ayuda ocasional para pasear o acompañar a la persona mayor, para otros este recurso representa una

importante descarga en actividades como aquellas que requieren esfuerzos físicos para el familiar en el que recae la responsabilidad del cuidado (Berjano et al., 2005b).

La preferencia de las familias por la contratación de estas cuidadoras extranjeras en el seno del servicio doméstico, está en gran parte determinada por las características laborales de este sector que permiten una mayor flexibilización de horarios, una adecuación entre el tiempo de atención y el desarrollo de las tareas domésticas y la presencia, mediante la modalidad de interna, de una cuidadora permanente que esté pendiente de las necesidades del anciano durante 24 horas al día. Se añade el aspecto emocional de ofrecer bienestar y cariño además del resto de tareas domésticas y de cuidado. En el caso de las trabajadoras externas los aspectos más valorados por las familias contratantes son, entre otros, el bajo precio que cobran, su flexibilidad para acoplarse a las demandas de las familias y su disponibilidad horaria (Berjano et al., 2005b; 2011; Martínez, L., 2011).

Las condiciones laborales de la cuidadora de ancianos en España no tienen regulación propia, sino que entran en el marco jurídico del servicio doméstico. Las medidas establecidas en el Real Decreto-ley 29/2012 de 28 de diciembre de mejora de gestión y protección social en el Sistema Especial para Empleados de Hogar y otras medidas de carácter económico y social, (Boletín Oficial del Estado, 2012) no han producido aún datos observables en las condiciones laborales de estas cuidadoras. Por este motivo se recoge en este trabajo datos correspondientes a los estudios realizados antes de la entrada en vigor de dicho Decreto-ley, cuando la legislación vigente databa de 1985 (Boletín Oficial del Estado, 1985).

A este respecto España es, junto con Italia, el único país europeo que hace distinción en cuanto a régimen laboral entre el empleado doméstico y el resto de los trabajadores, si bien presentan características diferentes (Martínez, L., 2011).

No obstante, la asistencia domiciliaria a través del servicio doméstico está sujeta a escasos controles institucionales y laborales. Esta situación favorece la existencia de casos de abusos y malos tratos. El planteamiento consiguiente es que las cuidadoras inmigrantes son necesarias, pero a su vez no tienen derechos, además, el salario medio anual en el sector del servicio doméstico es prácticamente la mitad que el salario medio del mercado. Por todo ello también sería necesario sensibilizar a las familias sobre los tiempos de descanso y el pago de un salario mínimo para compensar el endurecimiento de las actividades que las empleadas de hogar tienen tradicionalmente asignadas por la legalidad impuesta de los «tiempos de presencia» (Berjano et al., 2005b; 2007; Galiana-Gómez de Cádiz, De la Cuesta-Benjumea, & Donet-Montagut, 2008; Larrañaga & Jubeto, 2009; Marcu, 2009; Martínez, R., 2006; Pereda, De Prada, & Actis, 2005).

3. EL FENÓMENO DEL CUIDADO OFRECIDO POR MUJERES EXTRANJERAS A PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

A continuación, se pretende dar cuenta de los conocimientos existentes en relación al sistema de cuidados de las PMD ofrecidos por cuidadoras extranjeras.

Para ello se ha dividido este apartado en cuatro subapartados, uno de ellos dedicado a la exposición de su perfil; otro dedicado a las actividades que realizan en su trabajo diario de cuidados; en el tercero se identifican los elementos que caracterizan al sistema de cuidados como relación contractual y las consecuencias del mismo como actividad laboral y en el último se exploran las necesidades de formación que la cuidadora presenta para poder desempeñar dicha labor de manera segura y lo más eficazmente posible.

El estudio del cuidado desempeñado por estas trabajadoras y sus efectos en la calidad de vida de las personas mayores se encuentra con dos grandes dificultades, por un lado, el hecho de que este tipo de relación laboral, generalmente, no pasa por el mercado y, por tanto, no suelen existir contratos, registros u otros documentos acreditativos. Por otro lado, que este trabajo se desarrolla en el hogar familiar, un ámbito privado cuya información es de difícil acceso para los investigadores (Casado-Mejía, Ruiz-Arias, & Solano-Parés, 2009; Morales, 2010; Rodríguez et al., 2010).

3.1. Perfil de la cuidadora inmigrante

Se trata en su mayoría de mujeres, aunque existe un incipiente número de varones, y sus edades oscilan entre 20-25 años y 35-40 años. Proceden mayoritariamente de América Latina, siguiéndoles las que provienen del centro de Europa, de África y de Asia. En cuanto a su formación previa, existen dos grandes grupos, uno con formación media y superior con experiencia cualificada en el cuidado de personas mayores y enfermos, y otro grupo con estudios primarios y experiencia en empleos no cualificados (Berjano et al., 2005b; Casado-Mejía et al., 2009; Galiana-Gómez de Cádiz et al., 2008; Gallart, 2007; Rogero, 2010; Ruiz, 2006; Tobío et al., 2010). Este último engloba a personas sin conocimientos sobre cuidados geriátricos, pudiendo no saber cómo reaccionar en una situación de riesgo y que obtienen sus conocimientos a través de la experiencia. Para ellas este trabajo no es vocacional, se basa en la

intuición y en el sistema de acierto y error lo que les puede ocasionar sentimientos de incertidumbre y agobio (Alegre, 2011).

3.2. Actividades que realizan

Los cuidados de la persona mayor dependiente llevados a cabo por cuidadoras inmigrantes constituyen un sistema complejo y desconocido debido a que en ellos confluye una gran cantidad de aspectos que van desde los meramente asistenciales hasta los derivados del hecho de estar en una cultura y en un sistema sanitario que no conocen, pasando por los aspectos de implicación emocional que se producen en el trabajo realizado en la intimidad del hogar (Galiana-Gómez et al., 2008; Martínez, R., 2012; Rogero & Martín, 2009; Rogero-García & Martín-Coppola, 2010b; 2010a; Ruiz, 2006).

Las actividades que realizan son muy diversas y dependen, sobre todo, de la división del trabajo entre la familia y la trabajadora, así como del régimen laboral de la cuidadora, ya que no desempeñará las mismas funciones, ni dedicará la misma cantidad de tiempo al trabajo una cuidadora en régimen de interna durante toda la semana o sólo los fines de semana, que una cuidadora en régimen de externa. También dependen de la edad de la persona receptora de cuidados y de su nivel de dependencia. En general, estas actividades son similares a las desarrolladas por los cuidadores familiares, tanto en la diversidad de las tareas como en las labores de vigilancia y monitorización. Por tanto, los cuidados pueden oscilar entre acompañamiento y la asistencia a la PMD, hasta tareas de limpieza y cuidados de la casa. Muchas cuidadoras deben sustituir por completo a la persona cuidada en la realización de las actividades de la vida diaria, en el caso de que ésta presente un alto grado de dependencia (Casado-Mejía et al., 2009; Larrañaga & Jubeto, 2009; Rogero-García & Martín-Coppola, 2010a; 2010b).

Las tareas que estas cuidadoras realizan se pueden agrupar en cuatro grandes categorías: servicio doméstico y de gestión del hogar; acompañamiento dentro y fuera del hogar; ayudas relativas al cuidado personal; y cuidados sociosanitarios. En base a esta organización se establece una tipología de cuidadoras en función de las actividades que realizan:

Cuidadora tipo 1 o «acompañante – ama de casa»: desempeña fundamentalmente cuidados relacionados con las AIVD. La persona receptora de cuidados presenta un alto nivel de autonomía, con menores necesidades de apoyo directo. No suelen proveer cuidados sociosanitarios ni ayudas personales. Dos de cada tres cuidadoras pertenecen a este perfil.

Cuidadora tipo 2 o «enfermera – ama de casa»: realiza un amplio abanico de tareas, según las necesidades de atención para las ABVD del receptor de cuidados, desarrollando además

trabajos domésticos y de acompañamiento. Encuadra en este perfil una de cada tres cuidadoras (Rogero-García & Martín-Coppola, 2010a).

En general, se les acaba considerando chicas para todo. Además de las tareas de cuidado, de limpieza y mantenimiento del hogar, de acompañamiento y vigilancia dentro y fuera del hogar, suelen ser el enlace entre la persona mayor y el resto del mundo, incluidos la familia y los servicios sanitarios. Asimismo, adoptan actitudes de tipo emocional conducentes a mantener el bienestar psicológico del mayor atendido, tales como su disposición a la comprensión, el cariño y la compañía, la capacidad de anticipación a los gustos y modos de cada persona mayor o la previsión y reacción ante posibles desajustes en la atención (Galiana-Gómez de Cádiz et al., 2008; Martínez, R., 2009; 2012; Quiñoz, 2010; Rogero-García & Martín-Coppola, 2010a; Rogero & Martín, 2009; Ruiz, 2006; Ruíz & Moreno, 2013).

La jornada laboral suele ser larga, sobre todo en fines de semana e incluye cuidados básicos, como alimentar y vestir a la persona mayor, y domésticos como atender la casa o lavar la ropa, oscilando su sueldo entre 480 y 900 euros. Se caracteriza, además, por ser un trabajo invisible, con escasa valoración social y en el que el acto de cuidado se considera una actividad doméstica más, para el que dichas mujeres han manifestado carecer de los conocimientos necesarios (Berjano et al., 2005b; Gallart, 2007; Martínez, R., 2012).

Se ha de destacar también la posibilidad de sobrecarga de este tipo de cuidador, dependiente de múltiples factores entre los que figuran la incapacidad física de la persona cuidada o la alteración importante de las actividades para la vida diaria sin que esté necesariamente relacionado con la capacidad mental o el nivel cognoscitivo de la persona (Gallart, 2007).

3.3. Condiciones laborales y consecuencias del trabajo de cuidados

En el trabajo de cuidados a PMD en domicilio llevados a cabo por cuidadoras extranjeras confluye una gran cantidad de elementos y se producen diversas situaciones que van a influir en las condiciones laborales en que se desarrolle el trabajo de cuidados y en las consecuencias derivadas del mismo.

El entorno modifica el fenómeno y el trabajo de cuidados se desarrolla en el hogar, espacio donde se desenvuelve la vida de las personas y por ello es natural, íntimo, privado e invisible. La cuidadora inmigrante sin formación en el campo de la atención a la salud actúa como cuidadora intuitiva y realizará su trabajo de cuidados en ese contexto natural. De esta manera, la intimidad ocasiona aspectos tanto positivos como negativos propiciando, por un

lado, el establecimiento de lazos de confianza, pero evidenciando, por el otro, la vulnerabilidad que le confieren la falta de formación y la condición de inmigrante.

La vulnerabilidad de la cuidadora puede favorecer situaciones complicadas para ella como los abusos, la imposición de cambios en las condiciones previamente pactadas, llegando incluso a la explotación laboral. El servicio doméstico es uno de los ámbitos donde con mayor frecuencia se producen casos de explotación y pueden darse situaciones de humillaciones y desprecios por parte de los empleadores, especialmente entre las internas (Berjano et al., 2005a; Casado-Mejía, Ruiz-Arias, & Solano-Parés, 2012; De la Cuesta-Benjumea, Donet-Montagut, & Galiana-Gómez de Cádiz, 2012; Galiana-Gómez de Cádiz et al., 2008; Marcu, 2009; 2011; Pereda et al., 2005; Quiñoz, 2010).

Dada la complejidad del sistema de cuidados las funciones y tareas que se espera que la cuidadora realice no son bien delimitadas desde el principio, con lo que existe una tendencia a aumentar y modificar las actividades en función de las necesidades del empleador. Se espera de la cuidadora que esté dispuesta a realizar cualquier tipo de función, incluso las que les corresponderían a los propios familiares. En el régimen de interna las condiciones se endurecen para la cuidadora, las jornadas son muy largas, se les añade el trabajo nocturno y es frecuente que no se respete el derecho a las ocho horas de descanso entre jornada y jornada de trabajo (Marcu, 2011; Pereda et al., 2005; Rogero-García & Martín-Coppola, 2010b).

El espacio íntimo también favorece la manifestación de las representaciones de género y étnicas, así como las relaciones de cuidado estrechas y con connotaciones emocionales y afectivas. La cuidadora asume entonces un estilo maternal y de alguna manera sustituye al papel que desempeñaría la esposa o la hija de la persona que cuida (Gregorio, 2009).

Un aspecto importante para las cuidadoras es el tipo de relación que establecen con su receptor de cuidados y con los familiares de éste. Normalmente sienten que cuentan con la valoración y el apoyo de la familia y es importante para ellas que los familiares las tengan en consideración, incluso suponen un apoyo en situaciones complicadas durante el trabajo de cuidados o el trato con la PMD. Las relaciones con su receptor de cuidados pueden ser difíciles en un principio, pues éstos suelen rechazar ser atendidos por una cuidadora inmigrante, más aún en el caso de que su piel sea de color negro, no hablen el idioma o tengan otros familiares a su cargo (Alegre, 2011; Quiñoz, 2010; Ramos et al., 2010; Ruiz, 2006).

Estos aspectos van a ocasionar una serie de emociones en la cuidadora de manera que pueden aparecer sentimientos de gratitud y culpabilidad relacionados con el marcado carácter religioso que muchas de las cuidadoras manifiestan. También, pueden surgir sentimientos de

familiaridad frente a profesionalidad, pues cuanto mayor sea la intensidad de las emociones y los afectos en su trabajo más informales serán los cuidados y más familiares se sentirán las cuidadoras, tal como se aprecia en el siguiente discurso referido a una cuidadora y su receptora de cuidados enferma de Alzheimer, «mientras tanto, Clarisa habla con ternura de su “abuelita” (*dice que*) a veces se confunde y la toma por una nieta de la que no sabe mucho. Y le pregunta a quién salió con la piel tan oscura», llega a desarrollarse lo que se ha denominado la «globalización de los afectos» (Benavente, 2007; Franz, 2006; Ramos et al., 2010).

Además del marco contextual existen otros elementos que influyen en el modo en que se desarrolla el trabajo de cuidados y las complicaciones que puedan surgir.

Fuente de dificultades puede ser el propio receptor de cuidados, como hemos visto. Otra fuente de complicaciones es la falta de formación para realizar el trabajo y que suplen con la propia experiencia en cuidados que van adquiriendo en los diferentes empleos (Ruiz, 2006).

Las dificultades que expresan los familiares aparecen cuando el estilo de la cuidadora, en cuanto al trato al anciano o a la realización de las tareas domésticas, no coincide con los deseos y estilos de los mismos, y también cuando a la cuidadora le resulta difícil cocinar al estilo del país. Otro de los problemas manifestados por estos es la falta de estabilidad que ocasiona el cambio constante de cuidadora, quejándose en alguna ocasión de robos (Ruiz, 2006).

El trabajo de cuidados, al igual que ocurre en la cuidadora familiar, también puede tener consecuencias en la salud de estas cuidadoras. Dichas consecuencias dependen de aspectos tales como el nivel de dependencia y las características personales de la persona cuidada; el tipo de tareas domésticas que se le encomiendan y las características del trato que se le dispensa, siendo el tipo de relaciones humanas establecidas en el ámbito laboral el factor que las cuidadoras perciben como más influyente en su salud (Casado-Mejía et al., 2012; Quiñoz, 2010) seguido del modo de abordaje del duelo migratorio.

También influyen el esfuerzo físico y si la persona cuidada precisa una vigilancia permanente. En este sentido, las situaciones consideradas por las cuidadoras como más duras son aquellas relacionadas con el cuidado de personas con demencia o grandes discapacidades, por la soledad que generan, así como la falta de espacio propio y de tiempo libre (Casado-Mejía et al., 2012; Martínez, R., 2012).

Otro factor a tener en cuenta es la falta de formación adecuada de estas cuidadoras, dado la inseguridad que la misma genera y a la que se le une la dificultad idiomática pues, aún en el caso de tratarse de mujeres de habla hispana, los países y zonas de origen son diferentes y

tienen diferentes dialectos, igual que ocurre en el país de llegada, pues España es un país con varias lenguas oficiales y multitud de dialectos (Berjano et al., 2005b).

Cuando la salud de las cuidadoras se resiente, los síntomas más habituales son tristeza, apatía, cansancio, ansiedad, trastornos del sueño, tensión muscular, irritabilidad, dolor, sentimientos de culpa, desgaste físico, emocional y social, desarraigo y desamparo social. El trabajo como interna que supone la permanencia obligada en el lugar de trabajo, así como la convivencia continua con la familia, son las condiciones laborales más difíciles de asumir, haciéndoles llegar a sentir que viven un «encerramiento» o incluso una «penitencia», debido a la carga psicológica provocada por el aislamiento social en un hogar que no es el suyo (Casado-Mejía et al., 2012; De la Cuesta-Benjumea et al., 2012; Galiana-Gómez et al., 2008).

Pocos recursos parecen tener las cuidadoras para afrontar estas situaciones, uno de ellos es su empleo del tiempo libre. En este sentido surge un nuevo concepto que caracteriza y revela la importancia que para éstas tiene dicho espacio. Se trata de lo que se denomina *salir a lo suyo*, que consiste en una forma de buscar el alivio a la presión de cuidar, mediante el encuentro con los suyos física, mental o virtualmente o saliendo a un espacio físico que sientan como propio. Es decir, sentir la presencia de su familia y amigos ayuda a las cuidadoras inmigrantes a conseguir el descanso (De la Cuesta–Benjumea et al., 2012).

Las opiniones recogidas de las cuidadoras sobre el trabajo de cuidados y de lo que éste supone para su vida y su situación legal y económica, ponen de manifiesto que en general, muestran estereotipos de género al definir como típicamente femeninas cualidades como la bondad, la paciencia, la vocación y la empatía, las cuales consideran inherentes a la condición de ser mujer e imprescindibles para realizar este tipo de trabajo (Díaz, 2009).

Los problemas a los que hacen referencia con mayor frecuencia van, por un lado, en la línea de los ya descritos, como las jornadas de excesiva duración, el tener que realizar actividades domésticas que van más allá de las tareas de cuidados, las bajas remuneraciones, o la situación irregular que viven. Por otro lado, reconocen encontrar muchas trabas burocráticas para regularizar dicha situación sintiendo, en ocasiones, la incompreensión de las familias de las personas mayores dependientes (Berjano et al., 2005b).

Las probabilidades de permanecer en este empleo dependen en gran medida de sus circunstancias vitales, así en el caso de estar en una situación irregular y no tener familia directa en el país se es más proclive al trabajo como internas, entre otras razones porque permite enviar dinero al país de origen y la invisibilidad ante las autoridades (Martínez, R., 2011a).

Muchas cuidadoras refieren que deben sustituir a las familias en sus responsabilidades en cuanto a la atención de su PMD, sin que reciban un reconocimiento social a cambio. Consideran aspectos importantes el trato recibido, seguido de la carga psicológica por atender durante casi las veinticuatro horas del día a una persona anciana que puede tener algún trastorno de senilidad (Berjano et al., 2005b; De la Cuesta-Benjumea et al., 2012).

También los familiares opinan, sobre todo en el caso de que estén directamente implicados en la atención a su PMD. Suelen mostrar bastante aprecio por las cuidadoras internas y presentan una visión globalmente positiva, calificando su trabajo como completo, continuo y personalizado, llegando a considerarlas como imprescindibles en el hogar. Los aspectos más valorados por las familias, en el caso de las trabajadoras externas, son el bajo salario que cobran, su flexibilidad para acoplarse a las demandas de las familias o su disponibilidad horaria, entre otros (Berjano et al., 2005b).

Las capacidades de afecto y comprensión son sumamente valoradas, por encima del conocimiento que puedan tener acerca del cuidado a las PMD. La mayoría procede de países latinoamericanos y de Europa del Este, donde valoran el cuidado y el respeto al mayor. Se les atribuye una mayor paciencia que les permite gestionar mejor la agresividad o las dificultades del trato derivadas de la patología del anciano, además de la importancia de las tareas de acompañamiento (Ruiz, 2006).

3.4. Necesidades de formación de la cuidadora inmigrante

Si bien muchas cuidadoras inmigrantes tienen experiencia previa en la labor que desempeñan, no suelen ser expertas en cuidados geriátricos y muestran un gran desconocimiento del trabajo que realizan con personas mayores. Como se ha comentado anteriormente, los estudios realizados ponen de manifiesto una falta de cualificación específica en este sentido, que les lleva, incluso, a no saber reaccionar ante una situación de riesgo. Todo ello justifica la necesidad de una formación acorde con los requerimientos de las personas mayores dependientes (Berjano et al., 2005; Gallart, 2007; Pereda et al., 2005).

El cuidado de personas dependientes exige una formación específica dirigida principalmente a dos ámbitos. Por una parte, a las actividades relacionadas con el cuidado físico como movilizaciones y transferencias, actividades de aseo, nutrición y administración de medicación, entre otros, que pueden ser contabilizadas dentro de un concepto profesional del cuidado mediante la presencia de una serie de conocimientos médicos. Por otra, al cuidado emocional que implica una relación personal con el mayor y que precisa de una serie de

habilidades emocionales que se traduzcan en ofrecer bienestar y consuelo sin que se vea afectado el equilibrio emocional de la propia cuidadora (Martínez, R., 2012).

Sin embargo, la formación existente es muy dispersa, dependiendo de los servicios sociales o de las empresas contratantes. En general, se ha desarrollado en un marco confuso que oscila entre la labor como cuidadora y como trabajadora del servicio doméstico, lo que da como resultado una formación bastante inespecífica. Además, normalmente no incluye aspectos relacionados con la integración cultural y social de estas cuidadoras extranjeras y se dirige a la inserción laboral, desconociendo las características y condiciones particulares de la mujer inmigrante (Arcila, Echeverri, & Gallego, 2005).

No obstante, resulta interesante que las familias empleadoras no suelen buscar una cuidadora con conocimientos relacionados con este trabajo, señalando la paciencia y el cariño como los aspectos más valorados a la hora de contratarlas. En definitiva, parece que los empleadores se fijan en el trato personal que la trabajadora tiene con el anciano más que en su cualificación profesional (Martínez, R., 2012).

Desde el ámbito de la enfermería se empieza a asumir el reto de la formación de estas cuidadoras. Es la enfermera un profesional idóneo para unir el cuidado al mayor con el cuidado a la persona inmigrante y conjugar los elementos para que las cuidadoras inmigrantes tengan un mayor conocimiento de este trabajo, al mismo tiempo que se contribuye a descender los niveles de sobrecarga y estrés laboral ocasionados por el desconocimiento y el choque cultural.

Los resultados de una experiencia de este tipo, llevada a cabo en el ámbito de la atención comunitaria, pusieron de manifiesto que las cuidadoras de diferentes nacionalidades cuidaban a los ancianos según las costumbres de su país de origen. En lo que respecta al desarrollo de la actividad formativa, la mayor dificultad fue la gran diversidad cultural y la diferencia idiomática, pues el 50% no hablaba castellano. Sin embargo, también reconocieron que la diversidad cultural contribuyó al enriquecimiento del grupo. La adquisición de formación puede mejorar los cuidados administrados a la población dependiente y contribuir a crear redes de apoyo y de integración sociolaboral en este sector de la población (Gutiérrez & Nieto, 2007).

4. INTRODUCCIÓN A LA TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES

Cuidar es un fenómeno complejo, una situación antropológica (Amezcuca, 2000) que viene sucediendo desde los orígenes de la Humanidad. Desde un punto de vista humanístico, quizá

desde donde se debe observar el cuidado, cuidar de otros supone pensar, preocuparse, respetar, proteger, mimar, consolar, aliviar, animar... amar a otros. Se cuida a través de lo que se es y a través de los conocimientos, las emociones, la sabiduría... de uno mismo.

El cuidado es algo intuitivo, y por eso se ha venido desarrollando desde que el mundo es mundo; y es algo que se aprende, y por eso se ha venido conociendo e investigando desde los orígenes de la Humanidad, aunque los modos en que ese conocimiento se haya transmitido no hayan sido siempre académicos. Aunque sí, también se transmiten académicamente. Con todo ello quiero decir que el cuidado puede ser realizado de un modo intuitivo y natural, como el que realizan las personas que cuidan de un familiar, y además, también puede ser realizado de un modo profesional y experto, como el que realizan las enfermeras en el desarrollo de su profesión.

El presente trabajo de tesis se ocupa del cuidado que llevan a cabo cuidadoras extranjeras de personas mayores en su domicilio. Se enmarca dentro de la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales (TDUCC), de Madeleine Leininger, autora estadounidense que vivió entre el siglo XX y principios del XXI. Desarrolla su teoría, también llamada por la autora Teoría del Cuidado Cultural (TCC), a lo largo de su vida e influenciada por los acontecimientos que fueron ocurriendo en su país, Estados Unidos de América, y en la propia profesión enfermera. A continuación, se propone un encuadre contextual temporo-espacial para enmarcar la teoría y a la autora.

4.1. El conocimiento enfermero desde las perspectivas diacrónica y sincrónica

Durante el siglo XX, y sobre todo a partir de los años cincuenta, la enfermería estadounidense comienza a realizar grandes aportaciones teóricas que contribuyen a la consolidación de las bases de la enfermería como disciplina (Alligood & Marriner, 2011; Kim, 2010). Desde esa época, la producción científica enfermera ha aumentado exponencialmente apareciendo diversos tipos de trabajos teóricos, lo que hace que cobre especial importancia el análisis de dicha producción en aras de que la ciencia enfermera continúe su desarrollo de manera coherente y fundamentada (Alligood & Marriner, 2011; Fawcett & Desanto-Mandeya, 2013; Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 2007; Kim, 2010; Meleis, 2012).

El Conocimiento Enfermero Contemporáneo (CEC) está formado, en opinión de Fawcett y Desanto-Mandeya (2013), por cinco componentes que constituyen el conocimiento disciplinar único de la enfermería y lo distingue del de las demás disciplinas. Estas autoras han propuesto organizar estos componentes según la holarquía estructural en función de su nivel de

abstracción. Así, ordenados del mayor a menor nivel de éste, resultan: el metaparadigma enfermero; las filosofías enfermeras; los modelos conceptuales; las teorías tanto de medio rango como grandes teorías y el componente menos abstracto de los cinco, que son los indicadores empíricos.

La definición de metaparadigma debe contener los conceptos globales que identifican el fenómeno de interés principal de la disciplina en estudio, junto con las proposiciones globales que describen dichos conceptos y las que expresan las relaciones entre esos conceptos. Tales conceptos y proposiciones son extremadamente globales y no proporcionan una dirección definitiva para la práctica y la investigación, ya que el metaparadigma es el consenso más amplio de una disciplina determinada (Fawcett & Desanto-Mandeya, 2013).

Sin embargo, la noción de metaparadigma en enfermería no es tan reciente. Fue introducida a finales de los años setenta por Yura y Torres, quienes extrajeron de programas de bachillerato acreditados los conceptos etiquetados como hombre, sociedad, salud y enfermería (Meleis, 2012). Desde entonces, dichos conceptos se han ido refinando, modificándose en función de la propia evolución de la disciplina enfermera, hasta llegar a los actuales: ser humano, entorno, salud, enfermería. Una muestra de ello es el término inicial *hombre* que sufre una primera modificación a *persona*, por razones de discriminación de género en el lenguaje y una segunda modificación de *persona* a *ser humano* por razones culturales, indicadas por Leininger (Fawcett & Desanto Mandeya, 2013).

La filosofía de la ciencia propuesta por Kuhn ha sido utilizada para comprender la evolución epistemológica enfermera mediante los modelos paradigmáticos de la ciencia. Kuhn define inicialmente paradigma como aquellas «realizaciones científicas universalmente reconocidas que durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica» (Kuhn, 2004. p13). Si bien, tras recibir críticas acerca de la ambigüedad del término, pues era entendido como un modelo o imagen, como algo que se puede asimilar a otra cosa, decidió modificar el término de paradigma al de matriz disciplinar (Díez & Moulines, 2008), aunque en muchos textos se continúa utilizando el término paradigma.

La definición de paradigma propuesta por Kuhn, en un sentido global, comprende todos los compromisos compartidos por un grupo científico, la completa constelación de creencias, valores, técnicas y demás elementos compartidos por los miembros de una comunidad científica. En un sentido concreto desde un punto de vista etimológico, el paradigma sería un modelo ejemplar, es decir, partes de la realidad a las que típicamente se aplica el formalismo,

siendo desde este último sentido como se cargan de contenido empírico los términos de las generalizaciones que constituyen el formalismo abstracto (Díez & Moulines, 2008; Kuhn, 2004).

En las ciencias maduras existen dos modos de hacer ciencia que se suelen suceder históricamente. El primero sería el periodo de ciencia normal, en el que se desarrolla la ciencia durante la mayor parte del tiempo y los científicos pueden trabajar bajo los supuestos compartidos dentro de un paradigma. Sin embargo, pueden empezar a aparecer anomalías que no encajen en el marco teórico, y cuya explicación requiera de una excepción o modificación. Cuando el número de anomalías es demasiado grande es posible que se produzca el segundo periodo, una crisis que acabará por proporcionar un nuevo cuerpo de supuestos que, si consiguen establecerse desplazando a los antiguos, se consumaría lo que Kuhn llama una revolución científica, tras la cual aparecería un nuevo período de ciencia normal (Kuhn, 2004). No obstante, algunos autores señalan que la ciencia no tiene siempre este comportamiento, no siendo aplicable a aspectos como los periodos de formación o asentamiento de una disciplina (Díez & Moulines, 2008).

Los conceptos metaparadigmáticos proporcionan la base epistemológica de la que partir para un análisis de los diferentes trabajos teóricos enfermeros que se han ido publicando a lo largo del tiempo. Desde un punto de vista diacrónico, el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos siglos han conformado las grandes corrientes de pensamiento o formas de ver el mundo denominados paradigmas; entendiéndose que la disciplina enfermera ha evolucionado al ritmo de esas grandes corrientes de pensamiento que han marcado la evolución de los conocimientos. Estos paradigmas se han denominado paradigma de la categorización, paradigma de la integración y paradigma de la transformación. Aunque se establecen como sucesivos en el tiempo, en las etapas de evolución entre paradigmas se ha producido la existencia simultánea de ambos, además, en un mismo momento cronológico le es posible a la enfermera pasar de uno a otro, a menudo sin saberlo debido a que cuando un paradigma ha guiado la comprensión del mundo durante mucho tiempo resulta complicado reemplazarlo por un modo diferente de ver (Kérouac et al., 2007).

Los paradigmas prevalentes en cada momento ofrecían perspectivas para la práctica, la administración, la educación, la investigación y el desarrollo posterior de las teorías de enfermería (Alligood & Marriner, 2011).

4.1.1. Paradigma de la categorización

Este paradigma se sitúa entre los siglos XIII y XX (Kérouac et al., 2007). Se trata de un amplio periodo de tiempo para la profesión enfermera, parte del cual se desarrolla antes del descubrimiento de América que ocurrió en el siglo XV. La enfermería occidental se origina en el continente europeo para luego extenderse progresivamente, en mayor o menor medida, al resto del mundo.

Durante este largo periodo de tiempo los cuidados enfermeros experimentaron muchos cambios en sus contenidos y características. El carácter que más marcadamente influyó en la enfermería profesional fue el religioso, que se inicia con la era cristiana y se extiende hasta relativamente hace poco tiempo dependiendo del país.

Una orden religiosa que influyó marcadamente en el desarrollo de la enfermería fue la de San Juan de Dios que vivió entre los siglos XIV y XV. Su forma de entender los hospitales se extendería, a partir de entonces, desde el sur de España a otros países europeos y su influencia duraría siglos. La primera escuela de enfermería en España llegó de su mano, cien años antes de que lo hiciera Nightingale (Eseverri, 1995).

A partir del siglo XVIII comienzan a producirse importantes cambios en las concepciones sociales y grandes avances científicos. Surgen los inicios de la microbiología y estudios como los de Mendel, Darwin, Ramón y Cajal, entre otros, y descubrimientos como el de la penicilina (García & Martínez, 2001) tendrán su influencia en las concepciones enfermeras.

Los fenómenos que conforman el mundo se entienden como aislados unos de otros, y entre ellos se establecen relaciones unilineales de causalidad, de manera que cada fenómeno es consecuencia del anterior. El objetivo del conocimiento es descubrir las leyes universales. En la salud el objetivo es encontrar la causa de la enfermedad.

Entre los siglos XIII y XIX la influencia de este paradigma en la enfermería ocasionó una orientación del interés de la profesión hacia la salud pública, influenciada por la necesidad de una mejora en la salubridad y en el control de las enfermedades infecciosas. Los motivos para realizar cuidados son religiosos y es necesario superar esta situación para centrarse en los programas educativos de prevención e higiene.

Desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, continúa la tendencia centrada en el control de las infecciones, constituyendo el objetivo fundamental de la atención sanitaria la erradicación de las enfermedades transmisibles.

El cuidado es ahora entendido como un «hacer para el paciente», receptor pasivo de la atención enfermera, la cual consiste en eliminar los problemas y cubrir los déficits. La enfermera es la experta que posee los conocimientos que no tiene el paciente sobre los agentes nocivos para su salud. Los cuidados enfermeros van muy unidos a la profesión médica.

La persona es entendida como un todo formado por la suma de sus partes, todas independientes entre sí y la salud se entiende como la ausencia de enfermedad, que se debe combatir a cualquier precio.

El entorno, entendido como el contexto físico, social y cultural suele ser hostil al ser humano, por tanto, hay que controlarlo y manipularlo (Kérouac et al., 2007).

4.1.2. Paradigma de la integración

Esta corriente de pensamiento tiene lugar entre 1950 y 1995 y pone en tela de juicio la excesiva importancia de la profilaxis y la higiene. Los avances en el psicoanálisis y la psicología orientan la elaboración del enfoque terapéutico de los problemas sanitarios. También influyen las necesidades de Maslow, base cultural de la personalidad.

Se produce una orientación hacia la persona y una revalorización de la relación cuidador-persona cuidada. Los fenómenos son entendidos como una suma de elementos relacionados entre sí y, a su vez, con el contexto específico en el que se encuentren.

En cuanto a los conceptos del metaparadigma enfermero, el cuidado se entiende ahora como un «hacer con» la persona. Su objetivo es mantener la salud física, mental y social teniendo en cuenta la globalidad y las percepciones de la persona, al tiempo que se utilizan los principios de la relación de ayuda.

La persona es entendida como un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. Un todo formado por la suma de sus partes, ahora sí, interrelacionadas. La salud es un ideal a conseguir que está influenciado por el contexto y que se encuentra en interacción dinámica y continua con la enfermedad.

El entorno se entiende ahora como formado por los diferentes contextos en los que viven las personas. Las interacciones persona-entorno dan lugar a estímulos positivos y negativos de reacciones de adaptación.

Bajo la influencia de este paradigma aparece la mayoría de las teorías de la disciplina enfermera existentes hasta ahora, la cual comienza ya a diferenciarse del modelo biomédico que considera a la persona como una entidad dividida en subsistemas biológicos independientes entre sí (Kérouac et al., 2007).

4.1.3. Paradigma de la transformación

De acuerdo con K rouac et al. (2007), es el paradigma más actual, iniciado en los años setenta. Se entienden los fenómenos como unidades globales en relación con una unidad mayor, el mundo que le rodea.

La apertura de las fronteras favorece la aparición de influencias recíprocas, tanto culturales como políticas y económicas, entre las diferentes sociedades y culturas del mundo. Ello, unido a los adelantos de la física cuántica, lo convierten en el paradigma de la apertura de la enfermería hacia el mundo, el de un cambio de mentalidad sin precedentes.

Surge un interés hacia elementos hasta ahora desconocidos, por no estudiados, como muchos de los relacionados con los pacientes. Se trata de dimensiones que van más allá de la enfermedad o de las consecuencias de ésta en sus vidas diarias y que influyen, a veces de manera determinante, en la recuperación del paciente; y también en la propia aparición de la enfermedad. Estos aspectos son las creencias, los modos de ver la vida, la salud, la enfermedad, el mundo, la espiritualidad y el contexto medioambiental en el que la persona se encuentra. La mirada enfermera sigue dirigiéndose hacia el paciente, pero ahora es capaz de ver más de lo que veía desde los otros paradigmas, ahora ve a un ser humano como un todo, inmerso en un todo mayor, un universo con el que se relaciona y que le afecta. De ese ser humano, la enfermera obtiene y respeta la información y el conocimiento necesarios para juntos avanzar en ese camino de salud-enfermedad hacia una optimización de las capacidades del usuario en aras de una mayor armonía para ambos.

En el campo de la salud, a nivel social, marcará un punto de inflexión la declaración de la OMS en Alma-Ata (Organización Mundial de la Salud, 1978). Ésta reconoce el derecho de la persona a participar y el deber de hacerlo en la planificación y realización de las medidas de atención sanitaria que le son destinadas. Se propone la promoción y la protección de la salud donde los cuidados primarios tienen un papel determinante, entendiéndose los cuidados esenciales como universalmente accesibles.

Bajo las concepciones de este paradigma el cuidado se orienta hacia el bienestar de las personas, tal y como ellas lo entienden. La intervención enfermera se considera un «estar con» la persona, en base a sus conocimientos y valores propios, con todo su ser, pues la enfermera ahora acompaña al paciente siguiendo y respetando sus experiencias de salud y su ritmo.

La persona es considerada un todo indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente de ésta. Está en relación mutua con el entorno, influenciándose recíprocamente, y evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define según su potencial y prioridades.

La salud es a la vez un valor y una experiencia según la perspectiva de cada persona. Surge la necesidad de volver a pensar en el proceso salud-enfermedad como un fenómeno dinámico de lucha y adaptación continuo. Su ritmo y su orientación, amplitud y velocidad, están estrechamente unidos a las interacciones pasadas, presentes y futuras entre el entorno y el ser humano.

Otra forma de abordar los diferentes componentes del conocimiento enfermero es la sincrónica. Se ha propuesto la organización de las teorías enfermeras en función de sus bases filosóficas y científicas en agrupaciones denominadas escuelas. La mayoría de las escuelas han surgido, como se dijo anteriormente, bajo la influencia del paradigma de la integración; entre ellas se encuentran la escuela de las necesidades, la de la interacción, la de los efectos deseables y la de promoción de la salud. Durante el actual paradigma de la transformación han surgido hasta ahora dos escuelas, la llamada escuela del ser humano unitario y la escuela del *caring*. La teoría propuesta por Leininger, en la que se enmarca nuestro estudio, se encuentra dentro de esta última (Kérouac et al., 2007) y se expone a continuación.

4.1.4. Escuela del *caring*

Los conceptos centrales de esta escuela son el *caring* y la *cultura*. Se centra en el cuidado e intenta responder la pregunta ¿cómo hacen las enfermeras lo que hacen?

Las representantes de esta escuela son las teorizadoras Watson y Leininger.

Aunque con matices, ambas autoras mantienen un enfoque humanístico de la enfermería, entendiendo que los cuidados son un aspecto cultural de la misma y estableciendo que el *caring* es el foco unificador de la práctica enfermera. De esta manera, la cultura confiere a la persona el carácter holístico desde el cual ambas teóricas entienden al ser humano. Las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura y si integran los conocimientos vinculados a ellas, pues sin tenerlas en cuenta, los cuidados enfermeros estarían mucho de ser correctos.

Mientras que Leininger tiene una orientación antropológica, la de Watson es existencial, fenomenológica y espiritual. Se inspira en la metafísica, las humanidades, el arte y las ciencias.

La teoría de la atención humana de Watson entiende que los cuidados enfermeros consisten en un proceso intersubjetivo de humano a humano que requiere un compromiso con

el *caring*, en cuanto a ideal moral, y sólidos conocimientos. El objetivo de los cuidados enfermeros es ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu. Para ello, es necesario que las enfermeras entiendan otras culturas como requisito para utilizar la ciencia del cuidado y un marco mente-cuerpo-espíritu. De esta manera, la prestación de cuidados constituye un aspecto cultural de la enfermería y el centro unificador de su práctica.

Además, para que la base científica enfermera sea sólida y sin fisuras, se debe fusionar teoría y práctica mediante el estudio combinado de las ciencias y las humanidades. Para ello es necesario rescatar los elementos fundamentales del cuidado partiendo de que el amor universal y el cuidado son esenciales para la supervivencia y el desarrollo de la humanidad.

Mientras que Leininger establece la importancia de los cuidados transculturales, Watson propone unos cuidados transpersonales a los que entiende como una relación humana particular, en la que las dos personas en tanto que co-participantes en un proceso, se respetan y se permiten evolucionar hacia una mejor autocomprensión y una mayor armonía.

Propone no solo una conexión mente-mente sino también espíritu-espíritu y a partir de ahí co-crear el propio significado de la existencia (Alligood & Marriner, 2011; Kérouac et al., 2007; Berman & Snyder, 2013).

Los principios y concepciones de la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales forman el marco conceptual de esta tesis y, por tanto, serán expuestos más extensamente a lo largo de este capítulo.

5. TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES DE MADELEINE LEININGER

Desde la enfermería existen múltiples formas de atender al paciente anciano en su domicilio, diferentes dimensiones que abordar, físicas, mentales, emocionales, espirituales o sociales, entre otras. En su red social estriba uno de los intereses más importantes para el paciente y, por tanto, para la enfermera que le atiende, pues es el apoyo con el que la persona mayor dependiente cuenta para poder llevar adelante su día a día.

El cuidado ofrecido por las cuidadoras extranjeras sustituye o apoya al que realiza el familiar de la persona dependiente. Por tanto, enfermería aborda el trato con la cuidadora desde la misma perspectiva que aborda el trato con el cuidador familiar.

La enfermería profesional trata al cuidador familiar en dos vertientes. La primera, desde la perspectiva de la formación e información que le ofrece para que pueda llevar adelante su trabajo de cuidados con la persona mayor dependiente. Esto es, cuidar a través de otras manos. La segunda vertiente es la de cuidar al propio cuidador, de manera que el complejo cuidador-persona cuidada continúe existiendo de manera sana y segura.

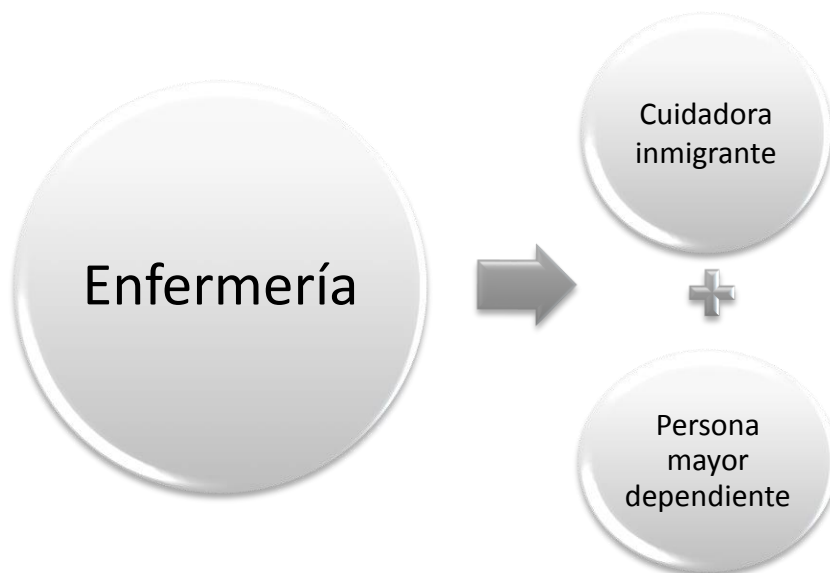


Figura 2.5. Complejo de actuación de la enfermera en la atención domiciliaria a la persona mayor dependiente.

En esta situación, el objetivo enfermero es cuidar de un grupo determinado: la persona mayor dependiente y su cuidadora, para ello se precisa conocer cómo se realiza ese cuidado y el papel de la cultura en todo ello.

La enfermera proporciona cuidados profesionales a los seres humanos, para ello descubre, conoce e investiga el cuidado y aprende de ellos para adecuar sus conocimientos a las necesidades y modos de los mismos.

Partiendo de que el fenómeno del cuidado es complejo, y el cuidado enfermero está dirigido a individuos o a grupos, se pretende el abordaje del cuidado a un binomio: cuidadora-persona mayor dependiente, no con el objetivo de cuidar, sino con el objetivo de llegar a comprender cómo es el cuidado desde el punto de vista de ellos mismos. La perspectiva es investigadora y generará conocimiento para sustentar la práctica posterior.

La única corriente filosófica que aborda el cuidado desde la perspectiva cultural es la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales de Leininger y el propósito,

características y principios que en ella se plantean son los más adecuados para enmarcar el fenómeno de cuidados en el modo en que son abordados en el presente trabajo.

La TCC de Leininger se centra en el fenómeno del cuidado al que considera el objeto fundamental de su teoría. En consecuencia, la investigación sobre los cuidados proporcionados por la cuidadora que cuida de una persona mayor dependiente puede ser acometida desde esta perspectiva. Este es el primer paso y el más general: el planteamiento del abordaje investigativo del fenómeno de cuidado.

Además, Leininger plantea como objetivo de su teoría al ser humano, ya sea en forma individual o en grupos de mayor o menor tamaño. Dicho objetivo pretende conocer al ser humano desde una perspectiva holística para poder proporcionarle cuidados adecuados, respetuosos y congruentes.

Madeleine Leininger (1925-2012) fue enfermera, antropóloga y especialista en enfermería psiquiátrica infantil, entre otros títulos académicos. Creadora de la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales, fundadora de la Enfermería Transcultural, autora de numerosas obras y acciones encaminadas a consolidar ambas en el panorama enfermero internacional y receptora de numerosos premios y honores (Leininger & Ahée, 2006; McFarland, 2011; Walter, 2008).

5.1. Presentación de la teoría de los cuidados culturales

Una teoría es un sistema de ideas que se propone para descubrir y explicar conocimientos acerca de un fenómeno determinado conocido vagamente, siendo necesaria para guiar y explicar los descubrimientos humanos (Berman & Snyder, 2013; Leininger, 2006).

La TDUCC, fue elaborada por Madeleine Leininger a lo largo de varias décadas, entre la segunda mitad del siglo XX y comienzos del XXI, con la intención de convertir el cuidado cultural en el enfoque principal de la enfermería transcultural (Leininger, 1995; 2002; 2006). Parte, para ello, del cuestionamiento crítico sobre la propia naturaleza y relaciones que se pudieran establecer entre la enfermería, los cuidados y las culturas. Por lo que la teoría del cuidado cultural tiene sus raíces principales en la enfermería y la antropología (Leininger, 2006).

Esta teoría se basa en la idea de que los modos de vida, creencias, valores y prácticas culturales son medios poderosos para conocer y atender a las personas de diversas culturas (Leininger, 1995; 2002; 2006).

El propósito de la teoría del cuidado cultural es descubrir, documentar, conocer y explicar la interdependencia de los fenómenos cuidado y cultura teniendo en cuenta las diferencias y

similitudes que tienen lugar entre y dentro de las culturas, es decir, la realización de la investigación en cuidados y culturas para generar un cuerpo epistemológico que sustente y nutra los contenidos disciplinares de la enfermería transcultural. Su objetivo final es utilizar los hallazgos de esa investigación para proporcionar unos cuidados, tanto específicos como generales, culturalmente congruentes, beneficiosos y seguros, a personas de culturas diferentes o similares, con la intención de aumentar su salud o bienestar, ayudar en la recuperación o enfrentar la enfermedad y la muerte (Leininger, 2006).

La teoría se creó para ayudar a las enfermeras investigadoras tanto a descubrir nuevos significados, patrones, expresiones y prácticas relacionadas con el cuidado cultural que influenciaba la salud o el bienestar de las culturas como para asistir a los integrantes de dichas culturas en el afrontamiento de la enfermedad o las discapacidades. El objetivo final es establecer un cuerpo de conocimiento en enfermería transcultural para las prácticas de las generaciones enfermeras actuales y futuras en un mundo global (Leininger, 2002; 2006).

Otro aspecto interesante de la teoría es que proporciona un proceso de descubrimiento tal que permitirá identificar tanto semejanzas como diferencias en las modalidades de cuidados culturalmente congruentes (Leininger, 2002).

5.2. Características de la teoría de interés para el presente estudio

Se presentan a continuación las características de la teoría que sustentan la elección de la misma para enmarcar el abordaje del presente estudio.

- Se trata de una teoría que se centra explícitamente en el descubrimiento global del cuidado cultural y las relaciones de cuidado, pudiendo ser utilizada tanto en culturas occidentales como orientales, dado que incluye múltiples factores holísticos que se encuentran en todas las culturas.
- Se orienta al descubrimiento de los factores globales que influyen en el cuidado del ser humano, como su cosmovisión, los factores de la estructura social, el lenguaje, los cuidados genéricos y profesionales, la etnohistoria y el contexto ambiental.
- Tiene dimensiones abstractas y prácticas que pueden examinarse sistemáticamente para llegar a resultados de cuidados culturalmente congruentes.
- Está diseñada para descubrir lo universal y lo particular del cuidado y tiene un centro de atención comparativo para identificar prácticas de cuidados enfermeros diferentes o contrastados con constructos de cuidados específicos.

- La teoría puede generar nuevo conocimiento enfermero para llegar a cuidados culturalmente congruentes, seguros y responsables (Leininger, 2002; 2006; McFarland, 2011).

Se propone un proceso de indagación abierto y naturalista de los diferentes aspectos del cuidado, tanto en contextos de vidas familiares o naturales como en entornos desconocidos. La TCC se orientó a la obtención de conocimiento en profundidad de las construcciones de cuidado y cultura relacionadas con la salud o el bienestar, la muerte o la discapacidad (Leininger, 2006).

5.3. Conceptos y definiciones principales en la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales

Se entiende por concepto a una idea, un pensamiento u objeto único. Los conceptos son los elementos que constituyen las teorías (Berman & Snyder, 2013; Leininger, 2002; 2006; Díez & Moulines, 2008).

A continuación, se presentan los conceptos y definiciones teóricas propuestas y desarrolladas para el apoyo y la elaboración de la teoría y que proporcionan parte del marco epistemológico donde se apoya el presente trabajo.

5.3.1 Cuidado

Se trata de uno de los conceptos básicos y principales en la TDUCC.

El cuidado, como elemento conceptual siempre ha estado presente en enfermería, aunque bien es cierto que no todo lo explícitamente que se hubiera deseado. Por eso fue retomado por la autora para despertar en las profesionales de la época la atención hacia un término considerado como implícito en el trabajo enfermero y de tan obvio, casi invisible. El cuidado impregna todas las actividades y acciones enfermeras, pero ha sido considerado en otras épocas algo blando y femenino. La nueva conceptualización del constructo teórico cuidado muestra su relevancia como lo esencial en enfermería, aunque también, y, sobre todo, desconocido desde el punto de vista epistemológico y teórico de la disciplina enfermera, considerada, por otra parte, la disciplina del cuidado por excelencia. Aunque en algunas ocasiones, demasiado cercana epistemológica y prácticamente, a los presupuestos del modelo biomédico.

El cuidado es un fenómeno que puede ser concreto o abstracto y se manifiesta en forma de experiencias o ideas sobre el apoyo, la asistencia y la habilitación a otros seres humanos, que necesitan, ya sea de manera evidente o anticipada, mejorar un estilo de vida o una condición

humana. Es un concepto que tiene significados culturales y simbólicos, tales como el cuidado como protección, como respeto o como presencia, entre otros (Leininger, 2006).

5.3.2 Cultura

Es el segundo de los conceptos base de la TCC, tomado de la antropología y adaptado al campo epistemológico de la enfermería.

El concepto de cultura es adaptado de manera tal que proporciona a la enfermería un marco conceptual desde el que poder abordar al ser humano de un modo holístico, teniendo así en cuenta las dimensiones que le confieren el carácter de totalidad.

De esta manera, se entiende cultura como el conjunto de valores, creencias, normas y modos de vida de un grupo humano particular, aprendidos, compartidos y transmitidos, y que guían el pensamiento, las decisiones y las acciones basadas en patrones transmitiéndose de generación en generación. No se le considera un mero adjetivo que califica a cuidado, sino un constructo de la realidad humana. La cultura es más que una interacción social y símbolos. Desde el punto de vista del cuidado hace referencia a todos los aspectos materiales y no materiales que impregnan la forma de pensar, de sentir y de actuar del ser humano. Requiere un abordaje holístico para su estudio y comprensión y, unido al cuidado, proporciona al cuerpo epistemológico enfermero una buena base para comprender este fenómeno antropológico y humanístico que es el cuidado (Leininger, 1995; 2006; McFarland, 2011).

5.3.3 Constructos emic y etic

Son términos procedentes de la antropología que la autora redefine, adaptando su perspectiva teórica para descubrir los contrastes en los fenómenos de cuidado cultural.

Emic es definido como el conocimiento y punto de vista cultural privilegiado, local o indígena de fenómenos específicos.

Etic es definido como el punto de vista del extraño o extranjero, y a menudo el punto de vista del profesional de la salud, así como el conocimiento institucional de los fenómenos (Leininger, 1970).

5.3.4 Cuidado genérico, emic

Formado por el conocimiento y las prácticas folk, locales, tradicionales, indígenas, laicas, transmitidas y aprendidas, para proveer asistencia, soporte y apoyo a otras personas con necesidades, reales o potenciales, de mejorar el bienestar o ayudar en la muerte u otras condiciones humanas (Leininger, 2002; 2006).

5.3.5 Cuidado profesional enfermero, etc

Conocimiento y prácticas de cuidado profesional formal y explícito aprendido cognitivamente, generalmente a través de instituciones educativas. Así se enseña a enfermeras y otros profesionales a llevar a cabo acciones de soporte o asistencia, y acciones facilitadoras o habilitadoras a individuos o grupos con el fin de aumentar su salud, prevenir la enfermedad, o ayudar en la muerte u otras condiciones humanas (Leininger, 2006).

5.3.6 Cuidados congruentes culturalmente

Conocimientos, acciones y decisiones de cuidados que poseen una base cultural y que son utilizados de un modo sensible y experto, para encajar apropiada y significativamente en los modos de vida, creencias y valores culturales de las personas, para incrementar su salud y bienestar o prevenir la enfermedad, la discapacidad o la muerte (Leininger, 1995).

5.3.7 Modos de intervención en cuidados culturalmente congruentes

Se trata de modalidades prácticas para llegar a decisiones y acciones de cuidados culturalmente congruentes para apoyar el bienestar, la salud y las formas de vida satisfactorias de las personas. Son los siguientes:

Cuidado cultural de conservación y/o mantenimiento:

Actos o decisiones profesionales de habilitación, facilitación, soporte o asistencia que ayudan a las culturas a retener, preservar o mantener creencias y valores de cuidado beneficiosos o afrontar discapacidades o la muerte.

Cuidado cultural de acomodación y/o negociación:

Acciones y decisiones de cuidado creativas dirigidas a la habilitación, facilitación, acomodación o asistencia y que ayudan a las culturas a adaptarse o negociar con otros para llegar a unos cuidados culturalmente congruentes, seguros y efectivos para su salud, bienestar o hacer frente a la enfermedad o la muerte.

Cuidado cultural de reorientación y/o reestructuración:

Acciones profesionales o decisiones mutuas de habilitación, facilitación, soporte o asistencia que podrían ayudar a las personas a reordenar, cambiar, modificar o reestructurar sus modos de vida e instituciones para conseguir unos patrones de cuidados, prácticas y resultados de salud mejores (Leininger, 2006).

5.3.8 Diversidad del cuidado

Diferencias que existen entre los seres humanos con respecto a los significados del cuidado cultural, patrones, valores, modos de vida, símbolos y otras características relacionadas con la provisión de cuidado beneficioso a personas de una cultura determinada (Leininger, 1995; 2006).

5.3.9 Universalidad del cuidado cultural

Aquellas características de los fenómenos del cuidado cultural similares y normalmente compartidas por los seres humanos, con significados, patrones, valores, modos de vida o símbolos recurrentes que sirven como guía a los cuidadores para que proporcionen a las personas cuidados de habilitación, facilitación, soporte y asistencia (Leininger, 2006).

5.3.10 Factores de la estructura social y cultural

Los fenómenos de la estructura social proporcionan factores especiales, exhaustivos y amplios, que influyen en las expresiones y significados del cuidado. Los factores que se han identificado como de interés para el estudio del cuidado cultural y que han de formar parte de las valoraciones de los usuarios son: la espiritualidad; los lazos sociales y de parentesco; los factores relacionados con la política, cuestiones legales, educación, economía y tecnología; filosofía de vida, creencias y valores culturales. Estos han de ser contemplados como influyentes en la salud, ya sea directa o indirectamente, y su estudio proporcionará a la enfermera una gran cantidad de información sobre el paciente y su cuidado cultural (Leininger, 2002; 2006).

5.3.11 Etnohistoria

Concepto tomado también de la antropología y definido como los hechos pasados, eventos, casos y experiencias de los seres humanos, grupos, culturas e instituciones que ocurren a lo largo del tiempo en contextos particulares y que pueden ayudar a explicar los modos de cuidado cultural, pasados y presentes, influyentes en la salud y bienestar o la muerte de las personas.

La etnohistoria es también considerada, como ocurría con los factores anteriores, otro medio de alcanzar el cuidado cultural congruente, ya que los eventos especiales del pasado y presente, así como las condiciones dentro del contexto histórico son datos importantes para el conocimiento de la enfermería transcultural y las prácticas de cuidado, especialmente cuando se estudian dentro del ciclo de vida del cuidado y el bienestar (Leininger, 2002; 2006).

5.3.12 Contexto medioambiental

El contexto es la totalidad de un evento, situación o experiencia particular que da significado a las expresiones, interpretaciones o interacciones sociales de las personas dentro de unos factores tecnológicos, sociopolíticos, espirituales, ecológicos y geofísicos particulares en contextos culturales específicos (Leininger, 2006).

5.3.13 Visión del mundo

El modo en que las personas ven y opinan del mundo es una fuente de información sobre sus prácticas y creencias de cuidado, pues ello influirá en el modo en que ven y viven el cuidado. La cosmovisión proporciona una perspectiva amplia sobre la orientación de cada uno hacia la vida, que influye en las decisiones y respuestas de cuidado. Además, guía las acciones de las personas, y también las relacionadas con la salud, el bienestar y el cuidado (Leininger, 2006).

5.4. Principios teóricos y predicciones

Los principios que se sostienen en esta teoría son los siguientes (Leininger, 2002; 2006):

- Las expresiones, significados, patrones y prácticas de cuidado cultural son diversos y sin embargo, hay aspectos comunes y algunos atributos universales compartidos.
- La visión del mundo, los múltiples factores de la estructura social, la etnohistoria, el contexto medioambiental, el idioma y el cuidado profesional y genérico influyen los patrones de cuidado cultural para predecir la salud, el bienestar, la enfermedad, la sanación, así como la forma en que las personas afrontan la discapacidad y la muerte.
- Los factores de salud emic (folk) y etic (profesionales) en contextos medioambientales diferentes influyen en los resultados de salud y enfermedad.
- A partir del análisis de los factores anteriores se predijeron tres guías principales de acción y decisión para proporcionar a las culturas modos de ofrecer cuidados de salud significativos, seguros y culturalmente congruentes: cuidado cultural de preservación y/o mantenimiento; cuidado cultural de acomodación y/o negociación; y cuidado cultural de remodelación y/o re-estructuración. Estos modos de acción y decisión se entienden como factores clave para el cuidado significativo y congruente.

5.5 Asunciones teóricas

Las asunciones específicas de la teoría que son de interés para el presente estudio son las siguientes (Leininger, 1998; 2002; 2006):

- *Care* es la esencia y el centro unificador, distintivo, central y dominante de la enfermería.
- El cuidado humanístico y científico es esencial para el crecimiento humano, el bienestar, la salud, la supervivencia y enfrentar la muerte y la discapacidad.
- *Caring* es esencial para curar o sanar porque no puede haber cura sin cuidado, aunque sí puede darse cuidado sin cura.
- El cuidado cultural es la síntesis de los dos principales constructos que guían al investigador y son importantes para la salud, el bienestar, las expresiones de cuidado y otras condiciones humanas.
- Las expresiones, significados, patrones, procesos y las formas estructurales del cuidado cultural son diversas, pero existen algunas universalidades dentro y entre las culturas.
- Los valores, creencias y prácticas del cuidado cultural están influenciados por los factores de la estructura social y contenidos en la visión del mundo, y en los contextos etnohistórico y medioambiental de las personas.
- En todas las culturas existe tanto el cuidado genérico, también llamado folk, laico o natural, como el cuidado profesional que enfermería puede descubrir y utilizar para proporcionar unas prácticas de cuidado culturalmente congruentes.
- El cuidado terapéutico y culturalmente congruente se produce cuando la enfermera conoce explícitamente los valores, creencias, expresiones y patrones de cuidado cultural y los utiliza de modo apropiado y significativo con personas de culturas diferentes o similares.
- Los tres modos teóricos de cuidado ofrecen maneras terapéuticas diferentes y creativas de ayudar a las personas de distintas culturas.
- Los métodos paradigmáticos de investigación cualitativa ofrecen medios epistémicos y ontológicos importantes para descubrir prácticas y conocimiento de cuidado cultural que han estado ocultos y sumergidos durante mucho tiempo.
- La enfermería transcultural es una disciplina con un cuerpo de conocimientos y prácticas para atender y mantener el objetivo de un cuidado culturalmente congruente para la salud y el bienestar.

6. LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL

Leininger utiliza la cultura como segundo concepto básico en el cuerpo de conocimientos de su teoría, modificándolo de tal modo que lo ha adaptado a su cuadro epistemológico enfermero.

Entiende la cultura como aquello que impregna todo lo que hace, piensa y dice el ser humano, por tanto, también el cuidado, y desde esta perspectiva se aborda a la cuidadora inmigrante. Al tratarse de una persona extranjera, sería adecuado plantearse la suposición de que las diferencias culturales influyan en el modo en que realiza y entiende el cuidado. Además, esa forma de entender y vivir el cuidado de una persona mayor dependiente podría influir en el modo en que cuida de la misma.

La Enfermería Transcultural (ET) representa el modo en que Leininger entiende la enfermería con competencias culturales. A lo largo de su vida fue estableciendo los principios, los fundamentos y la práctica de la misma, así como el modo de investigación acorde con esta forma de concebir el cuidado del ser humano. Dicha investigación ha generado conocimiento en cuidado cultural, y en los diferentes modos en que se entiende el cuidado en las diversas culturas del mundo (Leininger, 2002).

6.1 Enfermería Transcultural: consideraciones generales

La ET es un área formal de estudio y práctica, que se centra en el cuidado humano comparativo de las creencias, valores y modos de vida de las culturas para proveer unos cuidados de salud culturalmente congruentes, beneficiosos y significativos (Leininger, 2002).

Se puede observar que tal definición aborda diferentes áreas, dimensiones e ideas que se especifican a continuación para una mejor comprensión de las mismas, así como de los fundamentos que la autora considera de mayor importancia para la enfermería transcultural:

Para funcionar de manera efectiva con personas de culturas diferentes es necesario un conocimiento profundo, así como habilidades, pues para que el cuidado humano sea efectivo y terapéutico es necesario que el conocimiento profesional encaje en los valores, creencias y expectativas culturales de los usuarios. Cuando ello no se produce es posible que los pacientes muestren conductas no colaborativas y muestren insatisfacción con la acción enfermera. La ET se convierte en una acción dinámica y creativa donde la enfermera utiliza las habilidades y conocimientos adquiridos para aproximarse a la visión emic del paciente y obtener información

real sobre sus expectativas, creencias, valores y ofrecer así unos cuidados culturalmente congruentes y seguros.

Las enfermeras han de conocer los aspectos éticos y morales de la cultura de los pacientes, pues éstos, amparados en el marco de los derechos humanos, tienen derecho a que sus valores, creencias y necesidades culturales sean respetadas y entendidas durante el proceso de cuidados. Para garantizar estos derechos es necesario que las enfermeras estén formadas en los fenómenos de los cuidados y las culturas, pues responder a este tipo de necesidades de un modo apropiado es una responsabilidad ética y moral de las enfermeras.

En un contexto de diversidad cultural, carecer de conocimiento en cuidado cultural puede resultar inefectivo y hasta peligroso. El conocimiento sobre el *caring* y las culturas es necesario y no menos importante que el conocimiento sobre cómo funciona el corazón o los músculos del cuerpo, ya que la cultura y el cuidado influyen de un modo determinante en cómo los seres humanos viven y funcionan en su vida diaria.

Aun hoy, la educación y la práctica enfermeras otorgan más énfasis a las enfermedades, al manejo de síntomas y a la curación, desde una perspectiva mente-cuerpo. Los factores culturales y de cuidado pasan desapercibidos muy a menudo, aceptados como implícitos en la curación y el bienestar del paciente. Por ello es necesario estudiar sistemáticamente y valorar los significados, expresiones y patrones de cuidado de los antecedentes culturales o estilos de vida de las personas.

En un mundo intensamente multicultural, en el que los movimientos migratorios por diversas causas, económicas, políticas y de violencia van en aumento, el conocimiento cultural es imprescindible y se necesita estudiar y utilizar los principios, conceptos, investigación, hallazgos, teorías y prácticas de la ET para funcionar en la multiculturalidad.

El primer principio para formarse en ET es conocerse a sí mismo. Obtener la competencia cultural requiere como primer paso que la enfermera, estudiante o profesor, sea consciente de las bases de su propia cultura y de sus prejuicios a medida que aprende sobre otras culturas, pues éstos dificultan poder llegar a ser una enfermera transcultural efectiva.

Son necesarios profesores expertos en enfermería transcultural, pues los estudiantes necesitan aprender cómo las culturas enferman y se recuperan. Necesitan puntos de vista holísticos y no estrechos enfoques como la gestión de síntomas-enfermedad, mente-cuerpo.

La naturaleza de la ET requiere un enfoque comparativo para descubrir cómo y por qué las culturas son parecidas o diferentes con respecto al cuidado, la salud, la enfermedad, la muerte y otras áreas. Las explicaciones e interpretaciones culturales comparativas sobre las

expresiones y significados culturales y de cuidado proveen una riqueza de conocimiento distinto del conocimiento médico o enfermero tradicional lo que redundará en prácticas diferentes y beneficiosas para los pacientes.

La ET responde con conocimiento a las diferencias culturales, la enfermera puede proveer un cuidado competente, compasivo y sensible, que promueva la sanación, el bienestar y que encaje en las necesidades y expectativas culturales. Las enfermeras transculturales están formadas para identificar significados culturales comparativos, gestos corporales, símbolos, valores, creencias, uso del espacio, percepción de eventos, e incluso relatos históricos sobre experiencias pasadas y de la vida actual. Al mismo tiempo, se aprende a respetar y apreciar las diferencias culturales y a utilizar el conocimiento comparativo como un arte y una habilidad que proporciona observaciones y el perfeccionamiento de las propias habilidades de valoración y análisis. Estereotipar a las personas en un molde fijo no es congruente con la ET y disminuye la calidad de las prácticas de cuidado.

Mediante la valoración cultural, la enfermera descubre las semejanzas o diferencias que existen entre las culturas y aprende a descubrir cómo preservar, acomodar o tratar las diferencias que no son beneficiosas para los usuarios. Tratar a todas las personas por igual, *just alike*, resultaría problemático e impediría descubrir tales semejanzas y diferencias culturales. Por ello la ET persigue el cuidado cultural-específico hecho a medida y que se ajusta a las culturas específicas.

Otra característica importante contenida en la definición de la ET es que cuidado y cultura son constructos holísticos que pueden orientar al conocimiento, comprensión y ayuda a las personas en sus estilos más significativos y amplios.

6.2 Relevancia de la Enfermería Transcultural para la sociedad y la enfermería

La autora realiza una contextualización de los factores que han influido en la necesidad de la ET en la investigación, educación, práctica y consulta enfermeras, con la intención de poner en relieve la adecuación de esta disciplina en un momento social, político y económico muy interesante desde el punto de vista de la diversidad cultural y la atención adecuada a la salud de las personas. Aunque, desde el inicio, elaboró dichos factores en base a sus intuiciones, perfilándolos o modificándolos a lo largo de su vida, lo suficientemente larga como para poder confirmar las predicciones iniciales, hoy en día, sigue siendo de actualidad. Aspecto que se comprobará en el abordaje del estado de la cuestión de la realidad a estudio del presente trabajo.

Destacan los siguientes factores (Leininger, 1995; 2002; 2006; 2008):

- En todo el mundo los movimientos migratorios van en aumento existiendo cada vez más motivos para ello, entre los que figuran los relacionados con la política, la economía, la violencia, e incluso con el placer de conocer otros lugares y otras gentes.
- Las identidades culturales esperan, y tienen derecho, a que sus creencias, valores y estilos de vida sean respetados, entendidos y apropiadamente atendidos en cuidados de salud.
- El aumento del uso de alta tecnología moderna occidental, el ciberespacio, los medios electrónicos de comunicación y las tecnologías de la salud a nivel mundial, acercan la comunicación y la tecnología a las personas de diferentes culturas.
- El aumento en los conflictos y choques culturales, guerras y actos violentos dentro y entre las culturas y naciones influyen en la salud, la supervivencia o la muerte de las personas en diferentes culturas. Muchos aspectos de violencia local, tales como la de género o la juvenil, entre otros, tienen contenidos culturales, de manera que los cuidados que contemplan la perspectiva cultural pueden resultar más eficaces que los que carezcan de ella.
- El aumento del número de enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud que viajan y trabajan en diferentes lugares del mundo y en diferentes culturas.
- La existencia de conflictos debido a cuestiones éticas y culturales sobre aspectos de la vida y la muerte, entre ellos los relacionados con grupos como los recién nacidos, los ancianos y los jóvenes y con la cultura de la muerte, como es el caso de la eutanasia, los abortos, las manipulaciones genéticas, las clonaciones y otros tipos de tratamiento biotecnológico destructivos presentes en algunos sistemas de salud.
- Se está produciendo un aumento del uso de las modalidades de curación, tratamientos y prácticas de cuidados de salud genéricos o alternativos para la prevención, la curación, el mantenimiento de la salud, el control del coste y los resultados de salud percibida.
- Hay un aumento en las demandas de las minorías culturalmente diferentes de mejoras en el acceso a los cuidados de salud culturales profesionales y tratamientos que encajen en sus valores y expectativas culturales.
- Las personas tienen cada vez más conciencia de la necesidad de encontrar la manera de vivir juntos en un mundo con culturas muy diversas, y en modos razonables de sobrevivir y vivir saludablemente, en paz y armonía.

6.3. Los conceptos de la Enfermería Transcultural

Los conceptos que Leininger proporciona para enmarcar la teoría de la ET han sido seleccionados para adecuarlos al marco del presente trabajo. Para una consulta exhaustiva de los mismos se aconseja la consulta de cualquiera de sus obras citadas en este apartado.

6.3.1. Conceptos generales en enfermería transcultural

Enfermería: profesión y disciplina científica y humanística aprendida, centrada en los fenómenos y actividades de cuidado humano a fin de asistir, apoyar, facilitar o habilitar a los individuos con el objetivo de mantener o recuperar su salud, así como ayudarles a encarar sus discapacidades o la muerte, en modos culturalmente significativos y beneficiosos (Leininger, 1995).

La enfermería como profesión tiene un mandato social de servir a las personas y por tanto, debe centrarse en el cuidado/atención (*care/caring*) para explicar la salud y el bienestar en culturas diferentes o semejantes. El cuidado, la salud, y el bienestar son aspectos centrales para caracterizar lo que la enfermería es o debería ser (Leininger, 1998).

Cuidado (*care*): fenómenos, abstractos o concretos, relacionados con las conductas o experiencias de asistencia, soporte y facilitación hacia otros, con necesidades evidentes o anticipadas de aliviar o mejorar una condición o modo de vida humanos. Como el mayor constructo de la teoría, incluye tanto cuidado profesional como folk (Leininger, 2002; 2006; McFarland, 2011).

Durante mucho tiempo el cuidado ha sido un fenómeno invisible y a menudo dado por sentado. Ha estado tan sumergido que ha sido difícil para las enfermeras identificarlo rápidamente o comprender su significado profundo. Sin embargo, las enfermeras están aprendiendo que cuidar, además de hacer o realizar tareas de acción física, ha de incluir los significados simbólicos y culturales del mismo, tales como los relacionados con la protección, el respeto y la presencia, entre otros (Leininger, 2002; 2006).

Atención (*caring*): son las acciones, actividades, actitudes y prácticas dirigidas hacia la asistencia, el soporte o la habilitación de otro individuo o grupo con necesidad de aliviar, sanar o mejorar una condición o estilo de vida, o afrontar la muerte o la discapacidad (Leininger, 2002; 2006).

Cultura: desde la ET se entiende cultura como el conocimiento aprendido, compartido y transmitido en valores, creencias y modos de vida de un grupo particular que generalmente son

transmitidas inter-generacionalmente y que influyen en el pensamiento, decisiones y acciones de los seres humanos en unos estilos de vida patronados (Leininger, 2002).

Subcultura: estrechamente relacionado con la cultura, se trata de grupos que se diferencian en cierto modo de los valores, creencias, normas, códigos morales y estilos de vida de la cultura a la que pertenecen, y presentan unas características únicas distintivas de sus estilos de vida (Leininger, 2002).

Etnocentrismo: concepto que influye fuertemente en el pensamiento y en los modos de actuar de las personas. Se trata de la creencia de que los estilos de actuación y comportamiento propios son mejores, superiores o los de elección (Leininger, 1995; 2002).

Relativismo cultural: la postura de que las culturas son únicas y deben ser evaluadas, juzgadas y atendidas de acuerdo a sus propios valores y estándares. Las posturas extremas en este aspecto pueden resultar contraproducentes, en este sentido las enfermeras transculturales necesitan entender y encontrar los mejores modos de ayudar a las personas, pero sin renunciar a sus propias creencias (Leininger, 1970; 1995; 2002).

Imposición cultural: tendencia de un grupo o un individuo a imponer sus creencias, valores y patrones de conducta sobre otra cultura (Leininger, 1995; 2002).

Ceguera cultural: incapacidad de un individuo para ver o reconocer su propio estilo de vida, valores y modos de conducta como fundamentados en tendencias sesgadas y etnocéntricas (Leininger, 1995; 2002).

Dolor cultural: sufrimiento, disconfort o sentirse ofendido por un individuo o un grupo a causa de que se muestra una gran falta de sensibilidad hacia la experiencia cultural de los demás (Leininger, 1995; 2002).

Ligado a la cultura: condiciones específicas de malestar, enfermedad, salud y cuidado que son particulares, únicas y normalmente específicas de un área geográfica o cultura dada. Ejemplo de este puede ser el budú en la zona del Caribe. Es importante que la enfermera sepa reconocer las expresiones de lo ligado a la cultura para que pueda identificar las necesidades de cuidado particulares (Leininger, 1995; 2002).

Diversidad cultural: señalado como uno de los primeros conceptos destacados en ET y definido como las variaciones o las diferencias dentro y entre los grupos culturales que resultan de los diferentes estilos de vida, idiomas, valores, normas y otros aspectos culturales (Leininger, 1995; 2002).

Universales culturales: lo común entre los seres humanos o la humanidad que revela las semejanzas o características dominantes de los seres humanos (Leininger, 1995; 2002).

Racismo: discriminación de minorías oprimidas de personas de diferente color de piel (Leininger, 2002).

Retroceso cultural: se trata de una retroalimentación negativa o resultados desfavorables después de que una enfermera haya estado trabajando en otras culturas, normalmente en otros países, por cortos periodos de tiempo. Desde el país receptor se entiende que la enfermera ha fallado en ayudar de un modo significativo o beneficioso (Leininger, 2002).

Sobre-identificación cultural: término relacionado con las profesionales de la enfermería que desarrollan su labor en otros países o culturas. Lo presentarían aquellos casos en que el profesional se involucra demasiado, siendo demasiado simpático o compasivo con la gente, la situación o las condiciones humanas y en consecuencia no puede ser de ayuda, evidenciándose acciones no terapéuticas o inapropiadas. Es necesario tomar conciencia de esta tendencia a la sobre-identificación en los servicios transculturales (Leininger, 2002).

Exportaciones culturales: traslado de ideas, técnicas, bienes materiales o referentes simbólicos a otra cultura con la intención de que sean valorados y utilizados para mejorar los estilos de vida y para avanzar en las prácticas. Por su parte, las importaciones culturales son entendidas como ideas, técnicas, bienes materiales u otros elementos que se toman o reciben con la idea de que resultarán útiles y de ayuda en esta cultura (Leininger, 1995; 2002).

Tiempo cultural: es el modo dominante en que los individuos se orientan respecto de los diferentes periodos: pasado, presente y futuro y cómo éste guía las acciones y la forma de pensar de las personas. El modo en el que se percibe el tiempo cambia entre las diferentes culturas, e influye en aspectos como la puntualidad (Leininger, 1995; 2002).

Tiempo social: el tiempo que se dedica a las interacciones y actividades sin prisa, en las cuales el tiempo es lo de menos. El tiempo cíclico, cuando ciertas actividades se repiten cada día, cada noche, cada mes o durante el año, proporciona a las culturas un modo de regular sus actividades como un ritmo cíclico de vida (Leininger, 1995; 2002).

Espacio cultural: concepto importante en ET, consiste en la variación entre culturas en el modo en que se usa la distancia interpersonal, territorial, visual y corporal. El conocimiento sobre el modo en que las culturas utilizan su espacio cultural ayudará a prevenir conflictos, discusiones o violencia (Leininger, 1995; 2002).

Contexto cultural: totalidad de los significados compartidos y experiencias de vida en un ambiente físico, cultural y social particular que influencia actitudes, pensamientos y modos de conducta. Es un concepto de interés para la comprensión de la conducta humana, pues el contexto cultural proporciona información sobre los significados compartidos, así como

respuestas asociadas a eventos particulares, valores culturales y situaciones sociales. Además, está estrechamente relacionado con los valores culturales, la estructura social y factores medioambientales vistos dentro de la totalidad de una situación o entorno ecológico. El contexto a menudo alerta a las personas de experiencias de vida recurrentes para comprender una situación y entender lo que está ocurriendo en situaciones diversas (Leininger, 1995; 2002).

El contexto cultural puede ser alto cuando se refiere a personas que están profundamente involucradas entre sí, conociendo a cada uno y la situación, y compartiendo y respetando valores y creencias casi al instante con menos variabilidad y con un deseo de mantener estos valores. Por su parte, el contexto cultural bajo, sería aquel formado por las personas que tienen menos experiencias de vida o valores significativos compartidos en común, lo que dificulta el entendimiento rápido de los extranjeros (Leininger, 1995; 2002).

Los fenómenos de la interacción entre las culturas son importantes para comprender, evaluar, interpretar y trabajar desde la ET efectivamente con diferentes culturas. A continuación se muestran los más importantes:

Encuentro o contacto cultural: cuando una persona se encuentra o interactúa brevemente con una persona de una cultura diferente. En este tipo de encuentros la brevedad puede ocasionar superficialidad en el conocimiento de los aspectos culturales de la otra persona y ocasionar problemas surgidos de la falta de comprensión adecuada (Leininger, 2002).

Enculturación: uno de los fenómenos más interesantes en la ET. Se trata del proceso mediante el cual se aprende a asumir o a vivir en una cultura particular con sus valores, creencias y prácticas específicas (Leininger, 2002).

Aculturación: proceso por el cual un individuo o grupo de una cultura determinada aprende cómo asumir una gran parte de los valores, conductas, normas o modos de vida de otra cultura, pero no todos. Ello no impedirá que el individuo continúe practicando algunos valores o creencias de su cultura y tampoco interferiría en su comportamiento en la nueva cultura (Leininger, 2002).

Socialización: proceso social por el cual un individuo o grupo de una cultura particular aprende cómo funcionar, sobrevivir, trabajar, vivir... dentro de una sociedad o país mayor, y sabe interactuar apropiadamente con otros en una relativa armonía dentro de esa sociedad. La diferencia con la aculturación estriba en que el objetivo de la socialización es aprender a adaptarse en una sociedad que es mayor y con unos valores y estilos nacionales dominantes (Leininger, 2002).

Asimilación: el modo en que un individuo o un grupo de una cultura selecciona y asume de un modo intencional y muy selectivo ciertas características de otra cultura sin asumir el resto (Leininger, 2002).

6.3.2. El constructo cuidado cultural en Enfermería Transcultural

Dada la importancia del cuidado en toda la TDUCC y en la ET, se ha considerado necesario dedicarle en este apartado un espacio más amplio, que permita el abordaje de los aspectos más específicos de este constructo desde un punto de vista cultural. Estos aspectos o dimensiones son los siguientes:

El cuidado cultural está formado por los valores, creencias y modos de vida autóctonos, populares y profesionales, aprendidos y transmitidos cognitivamente, que se utilizan para asistir, facilitar o permitir a otros mantener su bienestar o su salud o para mejorar su condición o modo de vida humano.

Tipos de cuidado cultural:

Cuidado cultural específico: modos muy particulares y específicos de proporcionar unos cuidados que encajen con las necesidades de las personas.

Cuidado cultural generalizado: técnicas, principios y prácticas de cuidado enfermero profesional compartido comúnmente, que son útiles y beneficiosos para muchos individuos como una necesidad de cuidado humano esencial y general. Este tipo de cuidado puede ser utilizado en culturas diferentes, contribuyendo al cuidado universal y común. Como muestras de ello se encuentran el cuidado de respeto, y aspectos como el sentido común o las sensaciones intuitivas, entre otras.

Cuidados de enfermería culturalmente congruentes: acciones y decisiones de asistencia, apoyo y habilitación basados en conocimientos, y que incluyen los modos de vida, creencias y valores en cuidado cultural con el objetivo de proporcionar a las personas un cuidado beneficioso, satisfactorio y significativo para la salud y el bienestar, o para afrontar la muerte o la discapacidad (Leininger, 1995; 2002).

Conflicto del cuidado cultural: aquellos signos de estrés, preocupación, o prácticas de cuidado enfermero no útiles que fallan en atender a las expectativas, creencias, valores y modos de vida culturales de los pacientes. En este caso, el paciente, generalmente rehúsa cumplir con los requerimientos de la enfermera con comentarios del tipo: «no veo que esto sea bueno para mí», o «mi familia no aprobaría este tratamiento» (Leininger, 1995; 2002).

Terapia de cuidado cultural: es la realizada por enfermeras culturales cualificadas que ofrecen prácticas y reflexiones de asistencia, soporte y facilitación de la sanación a los individuos que han experimentado dolor o daño cultural (Leininger, 2002).

Confort cultural: este constructo cultural refleja los diversos modos en que la enfermera utiliza patrones de cuidado cultural y las experiencias previas del paciente para calmar o aliviar su angustia, preocupaciones o tensiones (Leininger, 1995).

7. LO QUE QUEDA POR SABER

Como se ha expuesto a lo largo de este capítulo, los factores que influyen en la aparición del fenómeno de cuidadoras inmigrantes de personas mayores en domicilio están ya bien delimitados en la literatura encontrada. Forman parte de ellos los profundos cambios sociales en el seno de la familia, el fracaso de la ley de dependencia en la atención a la persona mayor ocasionado por una política del estado de bienestar típico de los países mediterráneos y basado en la familia; así como la feminización de los flujos migratorios y la facilidad que supone para mujeres recién inmigradas encontrar hogar y trabajo en tanto se soluciona su situación en el país.

Las preferencias de las familias españolas en contratar a una mujer inmigrante estriban en la flexibilización de horarios, en la adecuación para las tareas domésticas y en la presencia en el caso de las internas.

Las actividades que realizan son variadas y dependen del grado de dependencia de la persona, de lo que también dependerán las repercusiones en la salud de la cuidadora.

Se ha realizado una exposición de lo conocido hasta el momento en relación al cuidado a personas mayores dependientes españolas realizado por personas extranjeras en el domicilio. En cuanto a los temas que se tratan existe una clara diferencia a favor del enfoque desde la perspectiva social y política, dejando algo más atrás las de tipo económico y mucho más allá las enfocadas desde el ámbito de la salud. En consecuencia, este fenómeno de estudio está a fecha de hoy, ampliamente explorado desde diversas perspectivas, pero adolece de ser investigado desde la perspectiva del propio cuidado y, sobre todo, desde la perspectiva del cuidado cultural, aspecto que consideramos fundamental en el abordaje investigativo de este fenómeno.

También se ha expuesto la TDUCC de Madeleine Leininger, en aquellos aspectos que enmarcan y permiten el correcto abordaje de la investigación del fenómeno de los cuidados a PMD llevados a cabo por mujeres inmigrantes, para llegar a responder a los cuestionamientos planteados en esta tesis como aspectos que se consideran necesarios para proporcionar un

conocimiento enfermero adecuado y exacto que contribuya al aumento de la calidad de vida de las PMD, de sus cuidadoras y familiares, así como proporcionar a la enfermería información útil que le facilite su trabajo con estas personas.

Las cuestiones que nos planteamos abordar son las siguientes:

¿Cuál es el sistema de cuidados que se desarrolla en este ámbito?

¿Cómo están llevando a cabo esta labor de cuidado?

¿Cómo influye el aspecto cultural de la cuidadora y del receptor de cuidados en la caracterización de esta relación?

¿Cuál es el papel de la enfermera en esta situación?

¿Qué necesidades de formación reales presentan estas personas?

¿Cómo se les podría formar?

Respondiendo a dichas preguntas se podría realizar un acercamiento real a una situación que suele ser estudiada desde el punto de vista del observador o investigador, pero no tanto desde una perspectiva emic o interna de los actores que intervienen en este fenómeno, enfoque que enriquecería sustancialmente los conocimientos sobre el mismo y ayudaría a mejorar la calidad de vida de todos los actores implicados en ella.

El estudio de esta realidad puede considerarse como necesario y útil para las personas cuidadoras y para las receptoras de esos cuidados, dos grupos de riesgo de exclusión social como son los ancianos dependientes y las personas inmigrantes que ven en este trabajo la única salida para su permanencia en nuestro país, y que puede contribuir a medio y largo plazo a mejorar la calidad de vida de los mayores dependientes y de sus cuidadores. Asimismo, puede proporcionar beneficios en la prevención de la enfermedad o aparición de sus secuelas, con las consiguientes repercusiones para el sistema sanitario en un momento de recesión económica en que la atención a las personas mayores dependientes supone un reto para las administraciones públicas. Contribuye, además, a una disminución de la presión sobre el servicio de salud tanto de las personas cuidadoras inmigrantes como de los mayores a los que prestan sus servicios. Por todo ello, este estudio puede resultar de utilidad para los servicios sociales y sanitarios, pues los mayores dependientes, consumidores de muchos recursos, son cada vez más, suponiendo un importante gasto especialmente en estos tiempos de crisis económica mundial, cuyos efectos en Canarias han sido muy acusados.

Por otro lado, es una buena oportunidad para darle a la enfermería el papel que tiene como planificadora y gestora de los cuidados a la población. En este caso, una oportunidad para

liderar los cuidados a mayores ofrecidos por personas que necesitan formación y consejo como es el caso de los cuidadores inmigrantes.

Por qué enfermeras hablando de cuidadoras:

Una de las razones para que enfermería aborde el estudio del cuidado que las cuidadoras extranjeras proporcionan a las personas mayores de las islas, es el hecho de que la bibliografía existente anima a que este tema sea investigado desde todos los ámbitos posibles (Notivol, Pollán, & Gabari, 2004; Salaberri & Aragón, 2000). Se ha empezado a abordar por profesionales de la economía, la sociología y algo menos del trabajo social, pero muy poco por enfermeras (IMSERSO, 2005b). Apenas alguna revisión bibliográfica, algunas investigaciones sobre el tiempo libre de las cuidadoras y las repercusiones del trabajo en su salud. Queda, pues, un amplio camino que recorrer, un camino aún por explorar (Casado-Mejía et al., 2009).

En algunos de esos estudios se recomienda ayudar a la cuidadora, apoyarla, formarla y de alguna manera visibilizarla (Bazo, 1998; Benavente, 2007; Benlloch & Sarrión, 2009). Desde este estudio se parte de la idea de que cualquier forma de ayuda a las cuidadoras con vistas a mejorar su situación laboral no será completamente efectiva si no se estudia el propio trabajo de cuidados desde dentro (Casado-Mejía et al., 2009).

Existen muchas profesiones relacionadas con el cuidado al ser humano. Sin embargo, la enfermería es considerada como la más antigua y con más experiencia en el mismo (Eseverri, 1995), siendo la rama femenina de dicho cuidado la que converge en la enfermería actual. Por tanto, la enfermería aporta un marco conceptual idóneo desde donde abordar el cuidado que las mujeres inmigrantes proporcionan a las personas mayores dependientes (Collière, 2009; Leininger, 2006).

La enfermera tiene como objetivo final de su labor la salud de la población. Uno de los grupos de población, dadas las coyunturas actuales, más numeroso y que más trabajo de cuidados genera a la enfermera es el de las personas mayores dependientes. Desde la atención primaria de salud se abordan programas de atención a la persona mayor encaminados a prevenir las enfermedades, dar vida a sus años y atenderla en situación de dependencia. Una de las grandes tareas de la enfermera del nivel primario de nuestro sistema sanitario es la visita a domicilio de las personas con dificultades para acceder al centro de salud (Martín & Cano, 2008).

Es entonces cuando ésta entra en contacto con la realidad del paciente y con la de alguien que forma parte activa en tal realidad, su cuidadora. Pocas son las enfermeras, si es que las hay, que no han tenido relación con alguna de estas cuidadoras en alguna visita domiciliaria. El objetivo de la enfermera sobre el bienestar del anciano dependiente pasa por el bienestar de la

cuidadora de ese anciano. Se inicia entonces una relación donde ambas trabajadoras forman un frente común, pues el bienestar de la persona mayor dependiente requiere la realización de múltiples cuidados.

Es ésta una de las razones más importantes por las cuales las enfermeras deben y pueden investigar el trabajo de cuidados realizado por las cuidadoras extranjeras, ya que este forma parte de su día a día de trabajo y si se pretende que el mismo mejore, deberá estar dirigido por la verdadera experta en el tema.

Lo que aportan las enfermeras a este estudio:

Poco se ha escrito sobre la visión que la enfermera tiene del trabajo de cuidados a personas mayores dependientes ofrecido por personas extranjeras. En consecuencia, resulta escasa la literatura para poder comparar, proceso necesario para poder crear conocimiento al respecto (Achotegui, 2012).

En un primer momento se pretendió que los datos aportados por ellas proporcionaran triangulación. Además, debido a que la autora de este trabajo es enfermera, se quiso ofrecer la visión de otros profesionales a fin de ayudar en el proceso de extrañamiento y prevenir los posibles sesgos de una excesiva cercanía de la investigadora en este trabajo.

CAPÍTULO III: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La forma en que las personas perciben su realidad y a sí mismas determina el modo en que actúan, por ello el propósito de este estudio es comprender las percepciones de las cuidadoras inmigrantes sobre los significados, valores y creencias acerca de los cuidados a las PMD, permitiéndonos así contribuir al análisis comprensivo de este fenómeno.

Se ha visto que la claudicación del cuidado familiar unido a la falta de una cobertura socio-sanitaria adecuada por parte de las instituciones gubernamentales, por razones analizadas en el capítulo anterior de este trabajo, han favorecido la aparición de este fenómeno de cuidados al anciano dependiente llevados a cabo por personas extranjeras, que es reciente y aún poco estudiado (Bazo, 1998; Berjano et al., 2005b; Cardona et al., 2013; Casado-Mejía et al., 2009; De la Cuesta, 2006; Escuredo, 2007; Do Muíño et al., 2010; López et al., 2009; Salaberri & Aragón, 2000; Zabalegui et al., 2007).

Enfermería, sobre todo en el ámbito de la Atención Primaria, viene atendiendo, desde hace unos años, a la persona mayor, sana o enferma, en consulta o en su domicilio y como parte de los programas de atención a la misma (Servicio Canario de la Salud, 2002). El cuidado enfermero a la PMD tiene un enfoque holístico, lo que implica que ha de atender al individuo tanto directa como indirectamente, a través de su entorno y sus cuidadores. La cuidadora extranjera también es objeto de la atención enfermera, de manera que el cuidado enfermero orientado hacia la cuidadora familiar se desplaza hacia su sustituta extranjera, para apoyarla y que ésta pueda realizar un trabajo de cuidados adecuado y seguro. De esta manera, el sistema de cuidados se construye entre todos, bajo la tutela y seguimiento de enfermería.

Por todo ello se hace preciso conocer cuáles han sido las experiencias y cómo entienden las cuidadoras inmigrantes el cuidado, además de saber cuáles son sus necesidades en aras de conseguir que los cuidados que realicen sean adecuados y seguros tanto para sus receptores de cuidados como para ellas mismas.

Detrás de todas las decisiones que se han de tomar en un trabajo de investigación subyacen diferentes razones. En este punto se abordarán aquellas por las cuales hemos llegado a la concreción del tema y la delimitación del contexto de investigación.

No hay duda acerca de que para poder realizar una atención enfermera adecuada es necesario conocer el fenómeno sobre el que estamos actuando pues sin ello, no podemos asegurar ni garantizar que nuestros cuidados sean seguros y eficaces. Como enfermera que ha trabajado en el área de la geriatría y la atención comunitaria me he cuestionado si, en el ámbito del cuidado realizado por mujeres extranjeras, las enfermeras estamos llevando a cabo nuestra labor con conocimiento suficiente de la realidad que abordamos y de la que en cierto modo somos responsables.

Además, el hecho de que estas cuidadoras sean extranjeras y de que los receptores de cuidados sean personas mayores autóctonas, estimula a plantearse cuáles serán los mecanismos que dan lugar al entendimiento entre ambas para que puedan llevarse a cabo unos cuidados complejos y en un entorno privado e íntimo como es el hogar.

Conocer estos mecanismos, así como comprender a la cuidadora y su bagaje cultural, comparándolo con la cultura del receptor de los cuidados y su entorno, y explorar también los aspectos contextuales que se producen en este espacio doméstico, producirán información y conocimiento que servirá de base o como punto de partida para posteriores indagaciones más profundas y específicas. Asimismo, supondrá un apoyo para las enfermeras que desarrollan su labor en este campo de atención.

La elección del contexto de investigación se realiza en base a diferentes criterios, entre ellos la necesidad de trabajar en aquellos considerados relevantes para el problema de investigación; la selección de participantes adecuados dentro de dicho contexto e incluso, consideraciones pragmáticas y de accesibilidad (Hamersley & Atkinson, 1994; Marshall & Rossman, 1989; Valles, 2000).

Con el fin de abordar este estudio del modo más adecuado posible hemos considerado que las personas de elección para participar en el mismo deberían ser las cuidadoras extranjeras, pues son los propios actores las personas más adecuadas para proporcionar información sobre sus concepciones, significados y creencias sobre el sistema de cuidados que realizan. Además, esto facilitará la comprensión de los modos en que desarrollan el cuidado pues podremos acceder a qué dificultades suelen afrontar y cuáles son las necesidades que enfermería puede contribuir a superar.

Sin embargo, teniendo en cuenta la importancia de los factores contextuales en este fenómeno, hemos considerado necesaria la inclusión de otros participantes que permitieran aumentar la calidad de los datos. Por esta razón consideramos que los familiares de PMD que hayan tenido que contratar a mujeres inmigrantes, gracias a sus experiencias en este ámbito,

podrían ofrecer una visión significativa que contribuyera a la mejor comprensión del fenómeno de estudio. Con esa misma intención también consideramos que las enfermeras ofrecerían una información y una perspectiva que aportara el punto de vista profesional en su contacto con estas cuidadoras de manera que el abordaje de este estudio fuera lo más completo posible.

Por las razones de accesibilidad y prácticas anteriormente comentadas, se desechó la idea de incluir en el estudio a las personas mayores dependientes, dadas las dificultades debidas a la propia situación de dependencia.

2. EL PROBLEMA A INVESTIGAR

El planteamiento del problema a investigar que para algunos autores parece ser el primer paso de la investigación, en la práctica, se puede comprobar que no suele ser así. El investigador ha de haber realizado unos pasos previos a ello y sus esfuerzos en la formulación, con calidad, del problema están encaminados a conseguir el rigor metodológico, como así ha ocurrido en nuestro caso (Arias & Giraldo, 2011; González, 2007).

También somos conscientes de que el problema de nuestra investigación se irá definiendo y redefiniendo a lo largo de todo el proceso en función de nuestros hallazgos. De cualquier forma, a continuación, presentamos nuestros interrogantes de partida, los cuales nos permitirán la definición de un objeto de investigación abierto y ambicioso, que posteriormente se irá concretando en objetivos específicos.

2.1. Preguntas orientadoras

Las preguntas de investigación planteadas, verdaderas guías de todo este proceso investigativo son las siguientes:

- ¿Cómo entienden y realizan los cuidados las mujeres inmigrantes de las personas mayores dependientes en domicilio en la isla de Lanzarote?
- ¿Cuáles son los factores que influyen en los cuidados llevados a cabo por extranjeros a las personas mayores dependientes y cómo estos factores se relacionan entre sí?
- ¿Qué dificultades encuentran en el desarrollo de su trabajo de cuidados?
- ¿Con qué conocimientos cuentan para llevar a cabo su trabajo?
- ¿Cómo puede enfermería apoyarlas o ayudarlas para que realicen su trabajo de forma adecuada y segura tanto para ellas como para su

receptor de cuidados?

2.2. Objetivo de la investigación

- Analizar las percepciones de las cuidadoras extranjeras de personas mayores en domicilio en relación al sistema de cuidados que realizan y su modo de llevarlo a cabo, de manera que se puedan identificar los factores influyentes en dicho cuidado, así como el papel de la enfermería en el abordaje del cuidado a las personas mayores dependientes llevado a cabo por cuidadoras extranjeras.

2.3. Objetivos específicos

- Describir e interpretar las percepciones de las cuidadoras de personas mayores en domicilio en relación al sistema de cuidados que realizan y su modo de llevarlo a cabo.
- A partir de las percepciones de las cuidadoras inmigrantes analizar los factores que influyen en el modo en que realizan dichos cuidados.
- Identificar las dificultades que afrontan y las estrategias que desarrollan para llevar a cabo dichos cuidados.
- Caracterizar el papel de la enfermería en la situación de cuidados a personas mayores dependientes ofrecidos por cuidadoras inmigrantes.

3. OPCIÓN METODOLÓGICA

En este apartado abordamos la metodología elegida en nuestra investigación, así como el paradigma de la misma y el método de investigación utilizado, para posteriormente concretar las técnicas de producción de información. Previamente realizaremos unas consideraciones conceptuales:

Consideramos Metodología la manera de pensar la realidad social y estudiarla, refiriéndose al marco filosófico que se asocia a un determinado tipo de investigación (Strauss & Corbin, 2002; Van Manen, 2003).

El Método es el conjunto de procedimientos y técnicas para recolectar y analizar datos y está impregnado de implicaciones metodológicas de una perspectiva filosófica o epistemológica particular (Strauss & Corbin, 2002; Van Manen, 2003).

Por su parte, Técnica es el procedimiento aplicado para la ejecución de cualquier cosa, en nuestro caso la producción de información, entendiéndose desde una perspectiva más amplia, como los procedimientos teóricos y prácticos que se pueden adoptar para desarrollar un determinado método de investigación (Moliner, 2000; Van Manen, 2003).

3.1. Paradigma, metodología y método

En metodología de la investigación se entiende como paradigma el marco teórico y metodológico que el investigador utiliza para interpretar unos fenómenos en determinados contextos sociales, y es fundamental que el paradigma elegido sea adecuado a los intereses y objetivo de la investigación (Husén, 1988; Vasilachis, 1992).

El objetivo de este trabajo, más que conocer, explorar o describir, es comprender la realidad. Por tanto, el fenómeno a estudiar, el cuidado que las mujeres inmigrantes realizan, será considerado en su totalidad, incluyendo el contexto local interpretativo donde se desarrolla; y no fragmentando el fenómeno y aislándolo contextualmente, como sería el procedimiento cuando el objetivo es la mera descripción del fenómeno. De esta manera, el paradigma que hemos elegido por ser el más adecuado para los intereses de este estudio es el paradigma interpretativo.

Conocer humanamente es interpretar, es decir, el conocimiento es estructuralmente interpretación y más allá, la interpretación debe ser comprensiva, pues se enfoca en la comprensión de lo que una experiencia puede representar dentro del contexto de vida de las personas, lo que es denominado como «capturando la experiencia vivida» (Driessnack, Sousa, & Costa, 2007; Tadeo, 2011).

El paradigma interpretativo es «aquel que valoriza la visión que sobre ellos mismos tienen los sujetos y los significados de los comportamientos implícitos y explícitos» (Tójar, 2006, p.62).

El enfoque interpretativo tiene como objetivo comprender una vivencia que se entiende en sí misma como un proceso interpretativo y dicha interpretación tiene lugar en el contexto que es tenido en cuenta por el investigador. Dicho enfoque permite desarrollar interpretaciones de la acción social en el contexto del mundo y de la vida desde la perspectiva histórica y cultural de los participantes y es el más utilizado en el campo de la enfermería (De la Cuesta, 2006; Morse, 2003; Sandín, 2003; Vasilachis, 1992).

La comprensión de la realidad planteada pasa por entender los significados asociados a una temática concreta, en este caso el significado del cuidado a la persona mayor dependiente que tienen las cuidadoras extranjeras en el ámbito doméstico. Entendemos por significado algo

que puede ser comprendido mediante el análisis de las intenciones del sujeto y las referencias al contexto donde se produce. Es decir, para una correcta interpretación de los significados debemos tener en cuenta el propio marco simbólico de cada participante y la relevancia del contexto (Erickson, 1986).

Dentro del paradigma interpretativo, y como ya se desprende de su propia concepción vista anteriormente, es necesario diferenciar entre los conceptos *emic* y *etic*. Como hemos visto en el capítulo anterior, son conceptos utilizados en Etnografía pero adaptados para descubrir los contrastes en los fenómenos de cuidado cultural (Leininger, 1970). Ambas perspectivas sugieren una cadena de actuaciones en la aproximación a la realidad, sea del tipo que sea la realidad en estudio (Alaminos, Francés, & Santacreu, 2005).

Emic es definido como el conocimiento y punto de vista cultural, local o indígena de fenómenos específicos, es decir, interpretaciones en primera instancia desde el punto de vista de los protagonistas. Mientras que la perspectiva *etic* será la propia del extraño o extranjero y, en el ámbito de los cuidados, el punto de vista del profesional de la salud así como el conocimiento institucional de los fenómenos. Serán las interpretaciones de segunda instancia, realizadas desde fuera por el investigador (Leininger 1995; 2006). En este trabajo, la perspectiva *emic* estará presente en el análisis descriptivo de los discursos de los participantes y la perspectiva *etic* se abordará desde la interpretación realizada por la propia investigadora.

Partiendo de que nuestro objetivo es comprender las percepciones sobre el significado de los cuidados domésticos a la persona mayor desde el ámbito de la enfermería, la metodología cualitativa resulta idónea para el desarrollo de esta investigación, porque el objetivo de la misma es la comprensión (Stake, 1995).

La enfermería, junto con el resto de las ciencias de la salud, están comenzando a orientar sus procesos de indagación y obtención de conocimiento hacia la investigación cualitativa, entendida como un proceso interpretativo de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas que examina un problema humano o social (Amezcuza & Carricondo, 2000; Creswell, 1998; Leininger, 2006).

El motivo es el mismo que el que subyace en esta tesis: el abordaje de un fenómeno con dimensiones complejas desde la perspectiva de la salud pero ampliada hacia la social y cultural. Es decir, el abordaje de los aspectos que influyen en los cuidados familiares de salud, que a su vez están íntimamente relacionados con todas las dimensiones del ser humano, precisa la concepción y el uso de una metodología adecuada y coherente que permita llegar a los objetivos planteados en el estudio. Por tanto, es el marco de la investigación cualitativa el que proporciona

los recursos metodológicos adecuados para llevar adelante este proceso investigativo.

La investigación cualitativa considera a las personas como un todo en relación con un todo mayor que es su contexto sociocultural. Intenta comprender situaciones, interpretar fenómenos y desarrollar conceptos en su contexto natural. El interés se centra en el significado, la experiencia, las motivaciones, las expectativas y las opiniones de las personas investigadas (Amezcuza & Gálvez, 2002).

La investigación cualitativa es prolífica en métodos de investigación. Una característica de los métodos cualitativos es que no pueden estar determinados por unas pautas fijas, pues estos deben adaptarse al proceso investigador particular que se esté desarrollando (Van Manen, 2003).

Aun así, es necesario elegir el que más se adecúe al carácter del estudio a desarrollar, en este caso se trata del método fenomenológico. La fenomenología, aunque ha sido utilizado a menudo en historia de la filosofía, es un término cuyo uso moderno está ligado explícitamente al método particular (Rodríguez, Gil, & García, 1999).

De esta manera, la fenomenología es entendida como una corriente de pensamiento propia de la investigación interpretativa que aporta como base del conocimiento la experiencia subjetiva de los hechos tal y como se perciben. Es el método que más se ajusta a nuestro trabajo, ya que intenta descubrir el significado esencial de las acciones del ser humano y permite describir el significado de las experiencias vividas por nuestros participantes acerca de un concepto o fenómeno, esto es, el significado de los cuidados a la persona mayor dependiente en el ámbito doméstico (Bishop & Scudder, 1991; Creswell, 1998; Forner & Latorre, 2006; Van Manen, 2003).

El método fenomenológico pretende conocer los significados que los individuos dan a su experiencia e intenta observar la realidad desde el punto de vista de otras personas, describiendo, conociendo e interpretando. Lo importante es entender el proceso de interpretación por el que las personas definen un fenómeno y actúan en consecuencia (Rodríguez et al., 1996).

El método fenomenológico se puede organizar en fases orientadoras en la investigación. Para este trabajo se identifican de la siguiente manera (Spiegelberg, 1982):

- Descripción del fenómeno: de la manera más rica posible: como se verá a lo largo de este informe, dicha tarea fue abordada durante todo el proceso de investigación.

- Búsqueda de múltiples perspectivas: se trató de obtener toda la información posible desde perspectivas y fuentes diversas. Se obtuvo mediante nuestro marco teórico referencial y los diferentes tipos de participantes en la investigación.
- Búsqueda de la esencia y la estructura: tratar de captar la estructura del fenómeno objeto de estudio. Para ello se partió de la información producida, se establecieron las categorías emergentes, y posteriormente se buscaron las relaciones entre ellas, creando así el árbol de categorías.
- Construcción de la significación: a partir de la estructura lógica anteriormente establecida, planteamos un esquema de análisis que nos dirigió a la construcción de los significados del fenómeno estudiado. Desde el árbol de categorías creado, planteamos un mapa conceptual orientado a poner de manifiesto las relaciones que se producen entre las diferentes ramas y categorías. Esto nos llevó a crear un modelo de análisis que nos guio a identificar los distintos significados de los cuidados domésticos en las cuidadoras extranjeras.
- Suspensión de enjuiciamiento: consiste en distanciarse del fenómeno objeto de estudio. Teniendo en cuenta que el distanciamiento total no existe, hemos explicitado nuestras creencias previas sobre el mismo para dejar constancia de ellas y entender.
- Interpretación del fenómeno: consiste en sacar a la luz los significados ocultos existentes bajo los significados superficiales mediante la reflexión. Para ello, tras la descripción de nuestros hallazgos hemos relacionado los mismos con nuestro marco teórico referencial.

3.2. Técnicas utilizadas

Las técnicas llevadas a cabo para la recopilación de la información necesaria fueron:

- Entrevistas en profundidad individuales
- Entrevistas auto-cumplimentadas
- Entrevistas grupales
- Grupo focal

Mientras que la entrevista tiene como objetivo que el investigador se sitúe en el lugar del

entrevistado, suponiendo que la realidad de los otros es significativa, cognoscible y explícita; las entrevistas grupales, incluido el grupo focal, indagan las actitudes y reacciones de un grupo social específico. En éste, se llega a las respuestas mediante la interacción dinámica del grupo donde los participantes hablan y expresan sus opiniones de manera libre y cómoda (Flick, 2004; Goetz & Lecompte, 1988).

Las diferentes técnicas de recogida de datos empíricos utilizadas, se presentan en el orden en que fueron llevadas a cabo en el estudio:

3.2.1. La entrevista en profundidad

Se llevaron a cabo diecinueve entrevistas en profundidad cuya finalidad, interés para el estudio y contenidos se detalla a continuación.

Para la obtención de la información de las cuidadoras se elaboraron entrevistas en profundidad cuyo guion fue planificado a partir de las áreas de exploración que se proponen en el Modelo del Sol Naciente (MSN) de Madeleine Leininger (Leininger, 1995; 2006; 2004). Dicho modelo es una guía diseñada por la autora para extraer información relevante para la enfermera a partir de los propios usuarios, es decir, la obtención de datos *emic* cuyo análisis e interpretación producirá los datos *etic* que se persiguen en este trabajo.

Herramienta fundamental en la valoración cultural de las personas por parte de la enfermera, esta guía facilita y orienta el abordaje indagatorio de todas las dimensiones potencialmente influyentes en las creencias y significados que las personas tienen sobre el cuidado y su propósito es:

entrar en el mundo del cliente y descubrir información para proveer un cuidado holístico y culturalmente específico. Utiliza modos de preguntas amplios y abiertos más que preguntas de confrontación directa. Se mueve con el cliente (o el informante) para hacer la indagación natural y familiar. Estas áreas de indagación son ejemplos para la investigación y no son exhaustivas (Leininger, 2006, p. 137).

En este modo abierto y dinámico es en el que hemos abordado a los participantes de este estudio. Como podemos ver en la figura 3.1 la representación gráfica del MSN consta de dos partes separadas por una línea central horizontal. La parte superior representa un sol (naciente, a medida que la enfermera descubre más y más conocimiento *emic*, proveniente del paciente, acerca de los modos de entender el cuidado y los factores contextuales y culturales que influyen en ello) y en él se recogen todas las dimensiones a valorar y que se consideran potencialmente

influyentes en las expresiones, prácticas y patrones de cuidados. Estas dimensiones son la cosmovisión, la etnohistoria, el idioma y aspectos de comunicación, el contexto medioambiental y las dimensiones de la estructura social y cultural.

En el centro del gráfico se recuerda que este abordaje tiene un enfoque holístico del proceso salud / enfermedad / muerte del ser humano.

Bajo la línea media se indica que este modelo o guía puede aplicarse a individuos, familias, grupos, comunidades o instituciones, que se encuentran en diversos contextos de cuidado de salud tanto genérico como enfermero u otros cuidados profesionales. Estos contextos también serán valorados y tenidos en cuenta por la enfermera para conocer su relevancia en la vida y decisiones de cuidado del paciente, en nuestro caso de las cuidadoras.

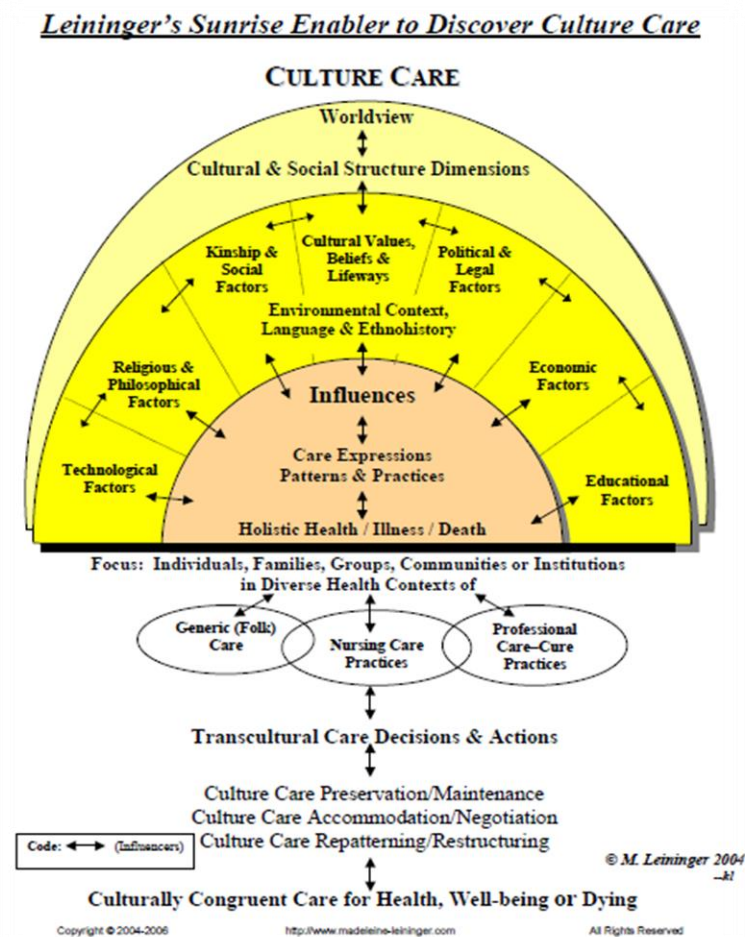


Figura 3.1. Guía de valoración cultural. Modelo del Sol Naciente.

Fuente: <http://www.madeleine-leininger.com>

Siguiendo el descenso en la representación gráfica del MSN se observa que toda esta información le permitirá a la enfermera tomar sus decisiones y llevar a cabo acciones de cuidado

transcultural que pueden ser de tres tipos, cuidados de preservación y/o mantenimiento; cuidados de acomodación y/o negociación; y cuidados de reestructuración y/o reorientación, ampliamente explicados en el capítulo 2 de este trabajo. Con ello se conseguirá el objetivo final de cuidados de salud congruentes con la cultura.

El MSN es una guía orientada a la obtención de información relevante sobre el cuidado cultural enfermero de las personas. Sin embargo, dicha orientación no está dirigida a valorar el cuidado que realiza cuidadora extranjera, objeto de esta investigación. En este caso nuestro objetivo no consiste en realizar al paciente unos cuidados culturales competentes, sino en comprender el modo en que las cuidadoras realizan su labor de cuidar a través de la exploración de los factores culturales y contextuales que pueden influir en la misma. Es por ello que, como paso previo al salto al campo, hemos tenido que realizar la adaptación de la guía a los objetivos y circunstancias particulares de nuestra investigación.

Para realizar dicha adaptación se partió de la parte media superior de la figura del MSN (figura 3.1). En ella se propone la valoración de las áreas potencialmente influyentes en el modo en que las personas entienden y conciben el cuidado y que vamos a utilizar en nuestro trabajo.

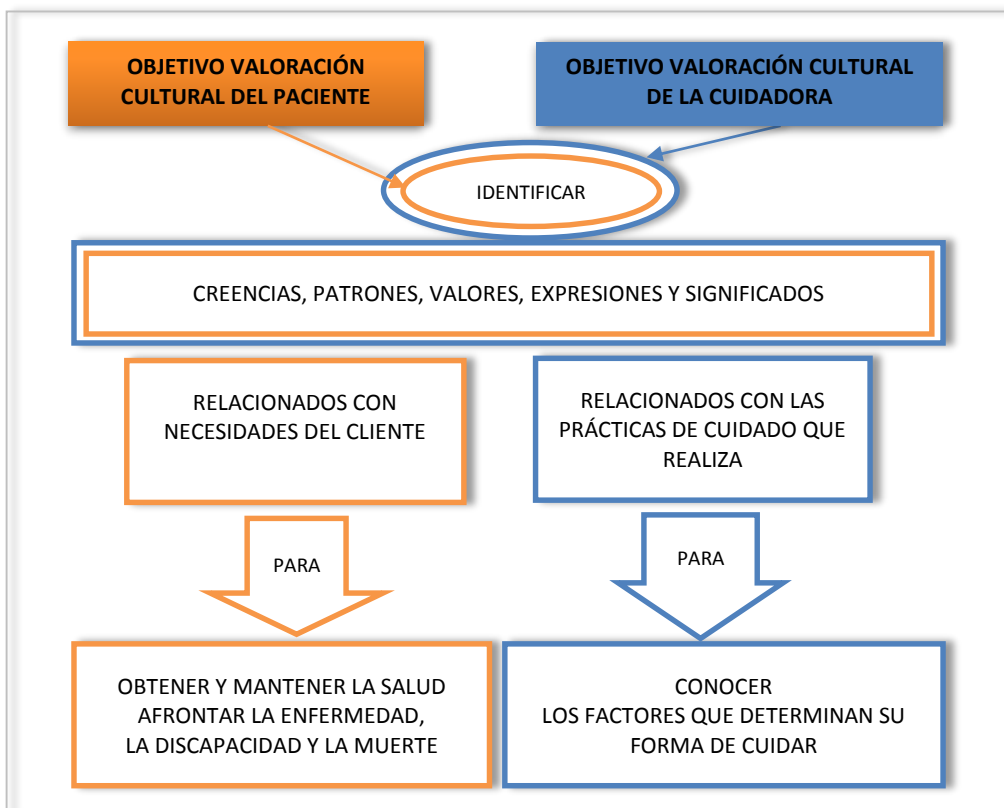


Figura 3.2. Proceso de adaptación metodológica a la investigación. Fase 1. Comparación objetivos.

El proceso de adaptación se realizó en tres fases. En la primera se realizó la identificación comparativa entre los objetivos de las entrevistas en profundidad dentro del marco de la investigación, y los objetivos para los que el MSN fue diseñado, con la finalidad de determinar el inicio y base de las posteriores decisiones. Dicho proceso se puede observar en la figura 3.2.

Una vez identificado el objetivo o dominio de investigación o DOI² de nuestro trabajo se determinaron algunas dimensiones conceptuales para mantener el encuadre teórico y metodológico en la TDUCC y el MSN. Para ello se partió de los conceptos del metaparadigma enfermero según se definen en la teoría de los cuidados culturales y se ampliaron a la figura de la cuidadora y al entorno en el que desarrolla su trabajo (Tabla 3.1). Esta modificación es una adaptación libre, que en nada pretende inferir sobre los conceptos originales de Leininger.

Tabla 3.1. Proceso de adaptación metodológica a la investigación		
Fase 2. Comparación conceptos del metaparadigma		
	TDUCC enfocada al paciente	TDUCC enfocada a la cuidadora
PERSONA	Ser humano. Ser cultural. Receptor de los cuidados Características dimensionales: - Paciente - Pasivo	Ser humano. Ser cultural. Dadora de cuidados Características dimensionales: - Trabajadora/cuidadora - Activo
ENTORNO	Todos los aspectos contextuales donde VIVEN las personas	Todos los aspectos contextuales donde las personas REALIZAN su trabajo de cuidados
CUIDADO	Acciones DIRIGIDAS A mejorar la situación de las personas Esencia de la enfermería	Acciones REALIZADAS POR la persona y dirigidas a mejorar la situación de la persona receptora de cuidados Esencial para el ser humano
SALUD	Situación definida culturalmente por la persona Connotaciones: La persona define su salud	Situación definida culturalmente por la persona Connotaciones: La persona define la salud del receptor de cuidados

Una vez identificados los objetivos y el modo de abordaje de los conceptos del metaparadigma de manera que permitieran enfocar la figura de la cuidadora desde la perspectiva de la TDUCC, la tercera y última fase del proceso de adaptación. Con el fin de aportar coherencia epistemológica en la investigación con cuidadoras inmigrantes se realizó la identificación final de las dimensiones de la investigación, para lo cual se volvió al MSN y se tuvieron en cuenta las indicaciones y sugerencias de abordaje realizadas por su autora para cada una de dichas dimensiones de investigación (Leininger, 2006). Este proceso consistió en la comparación de los objetivos y modos de abordaje propuestos en la guía del MSN con los

² DOI: Dominio de Investigación: *Domain Of Inquiry*. Término acuñado por Leininger, (2006).

objetivos perseguidos en nuestra investigación de modo que dicha adaptación garantizara la coherencia epistemológica y metodológica de este estudio. A continuación se describe dicho proceso:

Cosmovisión:

El objetivo es conocer cómo el paciente ve el mundo, a fin de orientar a la enfermera sobre los cuidados que proporcionará al paciente. Se indaga sobre cómo ve la persona el mundo en el que vive, sus percepciones sobre el mundo que tiene alrededor.

Adaptación a la valoración de las cuidadoras:

El objetivo es determinar si el modo en el que la cuidadora ve el mundo influirá en su modo de entender y realizar el cuidado. La forma de indagación es la misma que en el MSN, abierta y dinámica.

Etnohistoria:

Se realiza una pequeña historia de vida del paciente, dónde nació, y si creció en un solo lugar o cambió de residencia. Se pregunta por si ocurrió algún evento importante en su vida que ayude a entenderle. También se indaga en los idiomas que habla y acerca de cómo le gustaría al paciente que se dirigiesen a él.

El objetivo es que la enfermera se haga una idea general del bagaje del paciente para poder orientar mejor los cuidados culturales.

Adaptación a la valoración de las cuidadoras:

El objetivo es conocer a la cuidadora para entender su modo de cuidar. El modo de abordaje es el mismo que el propuesto en el MSN para los usuarios.

Factores de la estructura social y cultural:

- Factores de parentesco y sociales:

Las preguntas propuestas en este dominio están encaminadas a obtener información por parte de la enfermera, acerca de la importancia de la familia y amigos para el paciente, si ésta cuida de él y si existe alguien que se responsabilice de su cuidado.

El objetivo en este caso es que la enfermera sepa cómo influye el entorno cercano del paciente en su salud y en su recuperación y, por otro lado, si existen personas de referencia para cuidar del paciente si fuera necesario.

Adaptación a la valoración de las cuidadoras:

El objetivo de este dominio resulta más complicado de delimitar ya que se pueden identificar, al menos, dos ámbitos parentales y sociales bien diferenciados que pueden ejercer influencia en el cuidado que se estudia, por un lado el entorno social y familiar de la cuidadora

y la influencia que ejercen en el cuidado que presta y, por otro, el entorno familiar y social del usuario que es cuidado, factor este último de influencia más directa.

- Valores culturales, creencias y modos de vida:

Este dominio explora aquellos aspectos del modo de vivir del paciente que se precisa tener en cuenta a la hora de realizar un cuidado enfermero culturalmente congruente. El modo de abordarlo sugerido por la autora es muy amplio y general. También se explora lo que el paciente entiende por maneras de «buen cuidado» según sus valores y creencias.

Adaptación a la valoración de las cuidadoras:

Se explora la influencia de la cultura, de las costumbres, de las ideas de la cuidadora, aspectos como la igualdad o no entre los géneros, si la familia tiene relevancia o pertenece a una cultura individualista y autosuficiente, así como los valores relacionados con las personas mayores y su cuidado.

- Factores religiosos, espirituales y filosóficos:

Se valora el modo en que el paciente utiliza sus creencias religiosas para sanar o enfrentar la enfermedad, así como lo que enfermería debería saber acerca de sus creencias para tenerlas en cuenta a la hora de cuidar de él.

Adaptación a la valoración de las cuidadoras:

En este caso se le anima a hablar sobre sus creencias religiosas o espiritualidad y si esto influye en su vida y en su forma de entender o realizar el cuidado.

- Factores tecnológicos:

Se pretende obtener información acerca de lo que el paciente valora de la tecnología en su cuidado, en sus tratamientos o exploraciones. También si es dependiente de las tecnologías para mantenerse sano, o si por el contrario, las rechaza o desconfía de ellas. El objetivo es que la enfermera conozca estos aspectos para poder orientar unos cuidados culturalmente congruentes.

Adaptación a la valoración de las cuidadoras:

El objetivo es conocer cómo la cuidadora concibe la tecnología y si esta influye en su modo de cuidar. Se explora la importancia de la tecnología en su vida y en su trabajo.

- Factores económicos:

La intención aquí es la de conocer qué opina el paciente acerca del dinero y la relación entre éste y la salud. Empieza con una pregunta general sobre el dinero y la vida y va cerrando hasta relacionarlo con la salud y la atención a la salud, quizás influenciada por el enfoque desde

el sistema de salud norteamericano, con las restricciones existentes en relación a la financiación y en el acceso a la atención.

Adaptación a la valoración de las cuidadoras:

Tema de especial relevancia para la cuidadora ya que ella es una inmigrante económica.

Se exploran las ideas generales que aparecen en el MSN, y más específicamente la relación que pueda existir entre el aspecto económico y el cuidado, y si ello influye en el modo de cuidar.

– Factores políticos:

Se orienta a descubrir la opinión que tiene el paciente de la política en general y si existen problemas legales o políticos en el lugar en el que vive, que influyan en su estado de salud.

Adaptación a la valoración de las cuidadoras:

Se exploran los aspectos políticos o legales relacionados con la ley de dependencia y la influencia que puedan tener en el modo en que la cuidadora realiza los cuidados.

– Factores educacionales:

Se exploran los estudios realizados por el paciente, y si éste valora la educación y la formación en salud. Con posterioridad, y más concretamente se pregunta sobre cómo influye la educación en su modo de enfermar.

El objetivo es que la enfermera pueda valorar los conocimientos que el paciente tiene sobre la salud o la enfermedad para poder adecuar su cuidado a las características educacionales de éste.

Adaptación a la valoración de las cuidadoras:

En este dominio se mantiene la primera parte de la indagación propuesta por Leininger, sobre sus estudios (nivel de estudios y si tiene formación específica en cuidados) y se añade la exploración de sus creencias sobre la formación para la realización de su trabajo, así como las necesidades que presente en este ámbito.

– Idioma y comunicación:

El idioma en el que habla el paciente y si existen barreras idiomáticas o de comunicación que influyan en el cuidado que recibe, así como si ha tenido problemas de comunicación con las enfermeras. Para buscar signos de choque cultural, se indaga si el paciente ha experimentado algún prejuicio o problema racial, a través de la comunicación, que enfermería necesite conocer.

Con ello se pretende mejorar la comunicación entre la enfermera y el paciente, que

ambos puedan entenderse para que los cuidados sean lo más adecuados posible a la cultura y realidad del usuario.

Adaptación a la valoración de las cuidadoras:

El objetivo de indagar sobre este aspecto es determinar si la cuidadora ha tenido algún problema o dificultades de comunicación con la persona que cuida y/o con los familiares de ésta que la emplean; y si estas dificultades han influido de alguna manera en su modo de cuidar.

Creencias de cuidado y prácticas profesionales y genéricas (laicas, populares o folk)

En este dominio se explora el modo en que el paciente entiende el cuidado, qué necesita que se haga por él y cómo. Si acude a médicos convencionales o a otro tipo de sanadores, y si prefiere unas prácticas de cuidado de un tipo u otro.

Una pregunta aquí es: «¿Qué significa para usted y su familia la salud, la enfermedad, el bienestar?».

Adaptación a la valoración de las cuidadoras:

El objetivo aquí será muy parecido al del paciente de Leininger, aunque enfocado a cómo la cuidadora entiende el cuidado y si sabe utilizar ella alguno de estos remedios, además de si le recomendaría a su receptor de cuidados este tipo de atención. Se mantiene la pregunta propuesta por Leininger: «¿Qué significa para usted la salud, la enfermedad, el bienestar?».

Factores de cuidado enfermero general y específico:

La exploración de este dominio está encaminada a que la enfermera pueda detectar tensiones, problemas o necesidades del paciente en relación con la enfermera y los cuidados que le proporciona y el modo en que lo hace.

Adaptación a la valoración de las cuidadoras:

La valoración en este aspecto está dirigida a cómo la enfermera ayuda y cuida, a la cuidadora en la realización de su trabajo.

El resultado final de esta adaptación fue el guion de entrevista que se presenta en el Anexo I. Aunque estas dimensiones se han explicado detalladamente con el objetivo de proporcionar un marco al amparo del cual poder tomar las decisiones metodológicas correctas y adecuadas para este trabajo, es necesario señalar que en la realidad fueron abordadas de un modo abierto y fluido, sin orden preestablecido ni con preguntas directas o de confrontación.

Dichas entrevistas siguieron la técnica de la entrevista en profundidad que consiste en la comunicación directa, cara a cara, entre un investigador y un sujeto entrevistado, entre los que se establece «una relación de conocimiento dialógica, espontánea, concentrada y de intensidad variable» (Gaínza, 2006, p.220).

3.2.2. Entrevistas auto cumplimentadas

Partiendo del guion de entrevista en profundidad presentado en el apartado anterior, se llevaron a cabo once entrevistas autocumplimentadas por las propias cuidadoras, con la finalidad de aumentar la calidad de la investigación introduciendo una técnica diferente de recogida de información.

Las características de las participantes en esta técnica fueron las mismas que las de las entrevistas en profundidad. Se realizaron en dos grupos uno de cinco y otro de seis participantes respectivamente, en el mes de septiembre de 2012.

El procedimiento seguido consistió en preliminares como la presentación de la investigadora y la investigación, así como los motivos de la misma y la lectura y explicación de los contenidos del consentimiento informado (Anexo II) para su firma.

En ese momento, en ambas ocasiones se produjo un pequeño coloquio sobre sus opiniones acerca del estudio y la realidad de las cuidadoras. Se hizo entrega a cada uno de los participantes de los contenidos de la entrevista para que lo cumplimentaran ellos mismos. Se fueron presentando y explicando cada una de las dimensiones propuestas en el MSN, deteniéndose en aquellas de mayor subjetividad o dificultad para su comprensión.

El guion de este tipo de entrevista, que se puede consultar en el Anexo III, constó de dos partes: una primera de indagación sobre aspectos demográficos y contextuales y una segunda de abordaje de las dimensiones culturales de las cuidadoras.

3.2.3. La entrevista grupal

La entrevista grupal consiste en la creación de grupos de personas para que hablen sobre sus vidas y experiencias en el curso de discusiones abiertas y libremente fluyentes. Existen varios tipos de entrevistas grupales, entre ellas se encuentran los grupos focales y de discusión (Amezcu, 2003; Taylor & Bogdan, 1995).

En la línea de aumentar la calidad de la investigación realizada, se desarrollaron una serie de entrevistas grupales cuya aportación al presente trabajo no solo estribó en la variación de la técnica de recogida de datos sino también en la variedad de los participantes.

Se llevaron a cabo un total de tres entrevistas grupales, además de un grupo focal que se expondrá en el apartado siguiente. Inicialmente estas entrevistas fueron diseñadas como grupos focales o de discusión, sin embargo, la falta de participantes ocasionada por diferentes motivos como los problemas de horarios o la falta de interés en la participación se convirtió en una complicación que nos obligó a tomar decisiones metodológicas que finalmente nos llevaron a la

realización de entrevistas en lugar de los grupos focales. Consideramos importantes estas entrevistas por lo que de expertos tenían los participantes en las mismas pues todos habían tenido experiencias intensas en relación al tema de indagación (Amezcuá, 2003).

Dichas entrevistas tuvieron el mismo tratamiento del grupo focal en cuanto a los procedimientos empleados durante su desarrollo, es decir, todas se grabaron con medios audiovisuales y de audio. Se realizó la presentación de la investigadora, de la investigación y los motivos de su realización, así como la lectura para la posterior firma del consentimiento informado. Tras estos inicios comunes a todas, las áreas temáticas fueron diferentes para cada una de las entrevistas. A continuación, hacemos una breve exposición de las mismas:

– Entrevista grupal con cuidadoras:

Realizada en mayo de 2013, en esta entrevista se exploraron las percepciones de las cuidadoras sobre los aspectos contextuales del trabajo de cuidados; sus valores y creencias en relación con los cuidados a los mayores y sus percepciones sobre la formación para la realización de este trabajo. Se puede observar en el Anexo IV.

– Entrevista grupal con familiares de PMD:

Se llevó a cabo en junio de 2013, con cinco familiares, cuatro de ellas hijas de las personas receptoras de los cuidados y la quinta, esposa de un receptor de los mismos. Todas tenían una experiencia de más de cinco años con este tipo de cuidados.

Se abordaron temas como los motivos que les llevaron a contratar a una persona extraña para cuidar de su familiar, cómo fue el proceso de adaptación de todos a la nueva situación, la experiencia que habían tenido con cuidadoras, y otros temas que quisieran plantear. Ver Anexo V.

– Entrevista grupal con enfermeras:

En esta entrevista participaron tres enfermeras de atención primaria de salud y un enfermero de urgencias. Se realizó en julio de 2013.

Los temas abordados fueron los mismos que en el grupo focal que se muestra en el siguiente apartado (Anexo VI).

Tras la transcripción de los discursos, el análisis de los datos generados en estas tres entrevistas se añadió al realizado con los datos obtenidos en las entrevistas en profundidad y las entrevistas autocumplimentadas.

3.2.4. El grupo focal

Se trata de un tipo de entrevista grupal donde la interacción entre los participantes produce datos que serían menos accesibles sin esa interacción grupal. En sí, el grupo focal es una técnica de conversación en grupo donde existe un líder, guía de la conversación, y en la que los participantes describen los detalles de las experiencias y razonamientos que dirigen sus acciones, creencias, percepciones y actitudes (Bertoldi, Fiorito, & Álvarez, 2006; Morse, 2005).

Uno de los objetivos de los grupos focales consiste en el enriquecimiento y la exploración de la interpretación de los resultados de la investigación (Morse, 2005), no solo por lo aportado mediante una técnica de recogida de información diferente a las ya realizadas en este estudio sino también por la variedad de participantes, por estos motivos se decidió llevar a cabo un grupo focal en esta investigación.

En los grupos focales existen una serie de fases, todas ellas realizadas en el grupo focal que aquí presentamos (Morse, 2005; Suárez, 2005):

La preparación del grupo consistió en estudiar previamente la temática a investigar y el desarrollo del guion de preguntas que orientara el desarrollo del grupo. Se determinaron los criterios de inclusión de los participantes y se seleccionaron, en función de su idoneidad para el estudio y las consideraciones logísticas a tener en cuenta. En consideración a los objetivos y preguntas de nuestra investigación, el guion temático de partida, que se puede consultar en el Anexo V, fue el siguiente:

Temática general de partida:

- Papel de la enfermería en el sistema de cuidados creado entre cuidadora familiar extranjera y PMD en domicilio

Temáticas específicas:

- Experiencias vividas con cuidadoras extranjeras en el desarrollo de su profesión
- Procedencias más frecuentes de las cuidadoras
- Formas en que enfermería trabaja con las cuidadoras
- La enfermería en la formación de las cuidadoras extranjeras

La selección de los participantes se llevó a cabo teniendo en cuenta criterios de representatividad en función de:

- Enfermeros de cualquier ámbito asistencial pero que hubieran tenido experiencia con estas cuidadoras en algún momento de su desarrollo

profesional o a nivel personal

- Enfermeros que hubieran desarrollado su labor con personas mayores de las islas de Lanzarote o Fuerteventura

Análisis de los aspectos formales del grupo focal

El grupo focal se desarrolló en una sala de reuniones del Centro de Salud Dr. Arístides Morán, en Puerto del Rosario el día doce de julio de 2013. Contaba con espacio amplio e iluminación natural suficiente, así como con una mesa rectangular que permitió la disposición en U de los participantes y la colocación de una videocámara en el lado libre de la mesa que permitió la grabación del procedimiento para su posterior análisis, previa autorización por parte de todos los integrantes. También se utilizó una grabadora de audio para garantizar el registro correcto de la conversación.

Los participantes fueron enfermeras/os con experiencia tanto en el ámbito asistencial de atención primaria como especializada.

En la figura 3.3 se puede observar la colocación de la videocámara de manera que pudo abarcar al grupo, así como la colocación de la mediadora del grupo. Se puede apreciar la ubicación de todos los participantes, en el caso de la persona identificada como GFE3 llegó tarde y se sentó en un principio al lado de GFE8, posteriormente decidió sentarse en el lugar final que aparece en la figura.

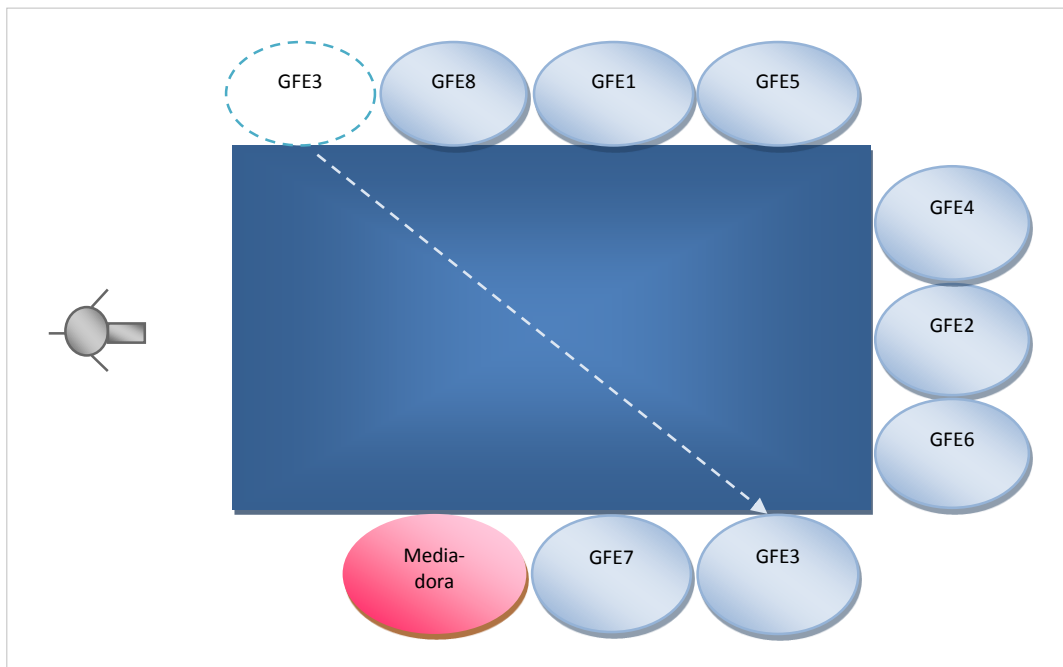


Figura 3.3. Distribución espacial de las personas y elementos en el grupo focal

La fase de implementación se desarrolló con la generación de un ambiente de confianza y respeto. Se dieron a conocer los objetivos del estudio así como el propósito y valor del grupo focal dentro del mismo. También se les comunicó el uso previsto de los datos y los criterios de selección de los participantes. Además, todos firmaron un consentimiento informado donde se explicaba todo ello así como el procedimiento de obtención y tratamiento de los datos y la garantía de la confidencialidad (Ver Anexo II).

Durante el desarrollo del mismo tuvo lugar la participación de todos los miembros del grupo, con las condiciones de respeto comentadas al principio, y se generaron algunas conversaciones.

La fase de análisis e interpretación de los datos será abordada y explicada junto con el resto de la información obtenida con las demás técnicas de obtención de los datos empíricos.

4. APROXIMACIÓN A LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se exponen las características de todos los individuos que participaron en esta investigación. Estas características y atributos fueron planeados previamente y constituyeron los criterios de inclusión, que se explican para cada uno de los tipos de participantes en el estudio.

En total participaron 51 personas, de las cuales 34 fueron cuidadoras, 5 fueron familiares de PMD y 12 fueron enfermeras.

Para la presentación y organización de la información hemos utilizado diferentes tipos de figuras y tablas con la finalidad de volver atractiva y clara la exposición que hemos desarrollado. También se han utilizado algunas siglas o términos reducidos para una mejor visualización de los datos, que explicamos ahora para una mayor comprensión de la información presentada:

En el tema relacionado con la formación se ha preguntado por el nivel académico que han alcanzado y por cualquier otro tipo de preparación relacionada con su trabajo. En este segundo punto han informado de cursos reglados como los de auxiliar de enfermería o geriatría y cursos no reglados. Entre estos últimos, se ha hecho referencia a los talleres específicos que se organizan en los centros de salud por parte de las enfermeras de enlace, en colaboración con otros profesionales de la salud y socio-sanitarios. También algunas organizaciones no gubernamentales han organizado cursos a los que estas cuidadoras han tenido acceso.

4.1. Participantes en las entrevistas en profundidad

Se llevaron a cabo diecinueve entrevistas en profundidad a cuidadoras inmigrantes de

PMD en domicilio, 18 mujeres y un hombre. La duración de las mismas osciló entre 90 y 180 minutos y tuvieron lugar en diferentes espacios contextuales como el domicilio de las personas receptoras de los cuidados, los domicilios de las propias cuidadoras y las dependencias de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria en Lanzarote. Se realizaron entre agosto de 2011 y agosto de 2012.

La selección de las participantes fue realizada mediante muestreo intencionado y nominal o en bola de nieve, en base a los siguientes criterios:

- Tener experiencia como cuidadora remunerada de personas mayores dependientes autóctonas.
- Haber nacido fuera del territorio español.
- No presentar dificultades para la comunicación.

La información para acceder a estas personas fue facilitada por la trabajadora social de un hospital geriátrico de Lanzarote quien, tras ser informada de los objetivos y naturaleza de este estudio, nos facilitó el listado de personas que se ofrecían como cuidadoras de ancianos. Los datos recogidos en tal listado eran: nombre y apellidos, y número de teléfono.

De un listado de 363 personas se contactó con 192, a través del teléfono. En ese primer contacto se presentó la investigadora y la investigación, y se indagó por la nacionalidad de la participante potencial y la experiencia previa que había tenido en el trabajo de cuidados a PMD. También se aclaró el hecho de que su participación no estaría relacionada con la obtención de un puesto de trabajo o con formar parte de ninguna bolsa de trabajo.

Tras la respuesta afirmativa a participar en la investigación se concertó la cita para la realización de la entrevista.

En este estudio se indagan múltiples aspectos de la vida de las cuidadoras, de las tareas que realizan y del modo en que lo hacen. Por ello esta investigación está influenciada y teñida por sus preferencias, por lo que ellas han querido contar y por lo que han decidido callar. El respeto a todo ello es lo que marca el modo en que exponemos estos datos. Algunas cuidadoras hablan sincera y ampliamente de su infancia, aunque ésta haya sido dura. Otras se expresan en los comentarios sobre los cuidados y su trabajo, aunque en éstos existieran aspectos controvertidos con terceras personas. Hay quien se centra en compartir experiencias de su vida privada de adulta, aunque no todo fuera en ellas agradable de contar, al igual que ocurría con los aspectos de la vida temprana. Cada una de las cuidadoras muestra sus preferencias a la hora de hablar de sí misma y en respeto estas, en este informe se relata lo que cada una ha tenido a bien compartir con la autora de este trabajo.

A continuación, se presenta la caracterización de cada una de las participantes en este trabajo. Dicha información se ha organizado en tres grandes grupos: las características de la cuidadora, donde se recogen aspectos relacionados con la formación que ha adquirido, tanto de tipo general, como de carácter específico para el trabajo de cuidados; las condiciones laborales en las que ha trabajado y el tipo de dependencia del receptor de los cuidados valorada mediante las escalas Barthel y de Lawton-Brody (Servicio Canario de la Salud, 2002) y los sentimientos y las percepciones de la cuidadora sobre su trabajo. El segundo bloque de información está relacionado con la caracterización de las actividades que suele realizar más o menos frecuentemente en su trabajo diario. Por último, en el tercer bloque de información se presenta el inicio del análisis de los discursos donde se recoge la distribución de los propios de cada entrevistada por preferencia de abordaje de las áreas temáticas.

Algunas consideraciones a tener en cuenta para facilitar la lectura de los comentarios de las participantes son las siguientes:

- La cita textual se ha mantenido en color diferente al resto del texto para facilitar su lectura.
- Los corchetes [] se han utilizado en este informe para añadir alguna palabra que el participante no dijo y la investigadora considera que mejora su comprensión por parte del lector.
- Los paréntesis y cursiva () se han utilizado para añadir algún comentario que se considera aclara la información ofrecida por la participante.
- Tres signos de puntuación entre paréntesis (...) se han utilizado para designar trozos de texto eliminados de la cita dentro de la misma frase.
- Cuatro signos de puntuación entre paréntesis (...) se han utilizado para designar trozos de texto eliminados de la cita textual que pertenecen a dos frases.
- Se ha utilizado el tachado de aquellas palabras que se consideran incorrectas para el sentido de la frase, pero no se han eliminado por respeto al discurso de la participante.

C1. Mujer de 61 años, cubana.

La entrevista se desarrolla en las instalaciones de la ULPGC, lo que proporciona un ambiente formal.

C1 nació, vivió y se crió en una ciudad de Cuba. Lleva en España cuatro años. Tiene estudios universitarios de ingeniería industrial sin homologar, comenta que no le interesa iniciar

unos largos trámites de homologación porque no cree que los llegue a necesitar nunca.

No tiene formación específica para el cuidado, pero cuidó de familiares en su país. Considera que la formación relacionada con el trabajo es importante y que carece de ella, pero incide en que los estudios universitarios le ayudan a adaptarse mejor a las circunstancias, al trabajo y a las personas,

...atendí a una persona que tenía tres cuidadoras que se turnaban y sin embargo el tratamiento conmigo era totalmente diferente al de las otras compañeras (...) me sentí alagada en ese sentido. Pero pienso que tiene que ver mucho con el nivel cultural de uno, (...) las personas (...) que son más escasitas de mente pues chocan, crean las fricciones y entonces la relación es más difícil (C1).

Como se puede observar en la Tabla 3.2, C1 es interna en su lugar de trabajo, se siente bien realizándolo aunque no siente que sus empleadores comprendan las características de su labor. No tiene formación específica para cuidar de personas mayores dependientes y percibe su salario como bajo para el trabajo que realiza.

Tabla 3.2. Características de C1

Cuidadora C1		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2008
	Familiares	Si
FORMACIÓN	Formación	UT
	Formación relacionada	No asignado
	Necesidades de formación	Cuidados PM
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	Si interna
	Horas de trabajo	>16h
	Nivel de dependencia	Grave
	Experiencia previa	Si
	Razones para trabajar en el cuidado	Necesidad
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	Percepción salario	Bajo
	¿Considera su formación adecuada?	No
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	No
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	No
	¿Los familiares refuerzan su labor?	Si
	¿Los familiares valoran su labor?	Si
	Lo que menos le gusta del trabajo	El desgaste

En cuanto a las tareas que C1 suele realizar en su trabajo de cuidados se puede observar en la figura 3.4, que presenta un sistema de actividades relacionadas tanto con el cuidado directo de una persona con gran dependencia, como las relacionadas con las tareas del hogar.

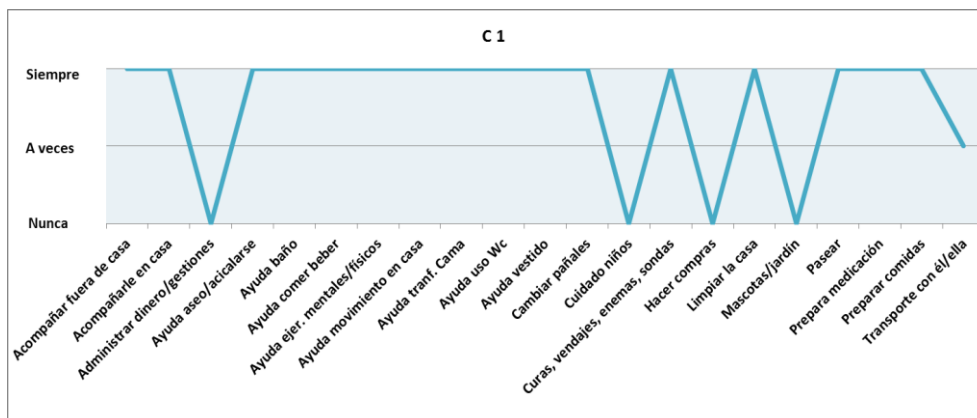


Figura 3.4. Tareas que realiza C1

Podemos observar en la Tabla 3.3 que, durante la entrevista, C1 centró su discurso en aspectos relacionados con el trabajo de cuidados. Habló poco sobre ella misma, señora madura, educada y reservada.

Tabla 3.3. Distribución del discurso de C1

Temáticas	C1
Contexto medioambiental	8
Visión del mundo	1
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	2
Idioma y comunicación	1
Dimensiones de la estructura social y cultural	11
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	11
Factores de cuidado enfermero general y específico	2
El sentir de los cuidados	2
Sobre ella misma	1
La protección	1
Dificultades manejo del paciente	1
Dificultades manejo patología	2
Estrategias para superar dificultades	2

C2. Mujer de 25 años, dominicana.

La entrevista se desarrolla en el domicilio de la persona cuidada. Situada en una buena zona residencial de la isla, es una casa amplia y sin barreras arquitectónicas. Durante la entrevista, el receptor de cuidados se sienta un rato conmigo mientras C2 le prepara el desayuno, padece Alzheimer en fase inicial.

Llegó a España con 21 años. Es una de las participantes más jóvenes de este estudio. Mi impresión sobre ella es la de una persona inteligente, con un gran sentido del saber estar, se

muestra prudente y reflexiva.

Vivió y se crió con su madre, en un buen entorno familiar pues, aunque sus padres se separaron cuando ella tenía siete años, no perdió el contacto con la familia paterna. Hasta los quince años vivió en un pueblo, edad a la que se fue la ciudad para poder estudiar, trasladándose con ella su madre. Ya estaba trabajando cuando ésta sufre un accidente cerebrovascular, sin embargo, C2 está familiarizada con la enfermedad porque, «cuando yo tenía, unos diez (...) años a mi abuelo le dieron dos trombosis y mi abuela cuidó de él hasta el último día (...) esas son las cosas que yo voy viendo que... si está malo... tenemos que ayudar». Ella cuida de su madre, y recibe ayuda del resto de la familia, aunque de forma esporádica por vivir lejos. Contrata los servicios de una fisioterapeuta que ayuda a la recuperación casi completa de la madre.

En España trabajó siempre como cuidadora, aunque en régimen de interna desde los veintitrés. No tiene pareja y a su edad resulta complicado trabajar «desde las siete y media de la mañana hasta las diez y media de la noche» y tener que ajustar el tiempo libre a las necesidades de sus empleadores, un matrimonio de empresarios que viaja mucho, sobre todo en fines de semana. Ha renunciado al contacto frecuente con amigas y a las salidas nocturnas, su estrategia para poder adaptarse a este trabajo y esta vida es «hacerse a la idea que estás interna y que... no va a ser lo mismo que te llame la amiga para que vayas de fiesta y tú estás aquí, [sin poder salir] hay personas que eso no lo aguantan».

Como podemos observar en la tabla 3.4, aun trabajando de interna y con horarios cambiantes, pasando una gran parte del tiempo sola cuidando de la PMD, además de asumir el cuidado de dos nietas en periodos vacacionales y de fines de semana, C2 siente que sus contratantes no valoran su labor en lo que vale y tampoco se siente reforzada por ellos.

Hay que señalar que, aunque se ha recogido la dependencia de la persona que cuida como leve, C2 cuidó previamente de la esposa de su actual receptor de cuidados en las mismas condiciones que las actuales. La señora, enferma de Alzheimer, está ahora en una residencia geriátrica y acude al domicilio en visitas esporádicas.

Tabla 3.4. Características de C2

Cuidadora C2		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2008
	Familiares	Si
FORMACIÓN	Formación	UNT
	Formación relacionada	No asignado
	Necesidades de formación	Cuidados PM
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	Si interna
	Horas de trabajo	>16h
	Nivel de dependencia	Leve
	Experiencia previa	Si
	Razones para trabajar en el cuidado	Necesidad
	Percepción salario	Bajo
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	¿Considera su formación adecuada?	No
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	No
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	Si
	¿Los familiares refuerzan su labor?	No
	¿Los familiares valoran su labor?	NC
	Lo que menos le gusta del trabajo	Horario

Como podemos observar en la tabla 3.4, aun trabajando de interna y con horarios cambiantes, pasa una gran parte del tiempo sola cuidando de la PMD, además de asumir el cuidado de dos nietas en periodos vacacionales y de fines de semana. C2 siente que sus contratantes no valoran su labor en lo que vale y tampoco se siente reforzada por ellos.

En cuanto a las tareas que realiza, observamos en la figura 3.5 que C2 lleva a cabo más funciones relacionadas con el mantenimiento del hogar y el cuidado de niños que con el cuidado directo al anciano, quien como hemos visto en la tabla anterior, presenta un grado de dependencia leve. De manera que el trabajo de cuidados en sí se centra en el acompañamiento y vigilancia de la persona, con acciones de ayuda directa en pocas ocasiones.

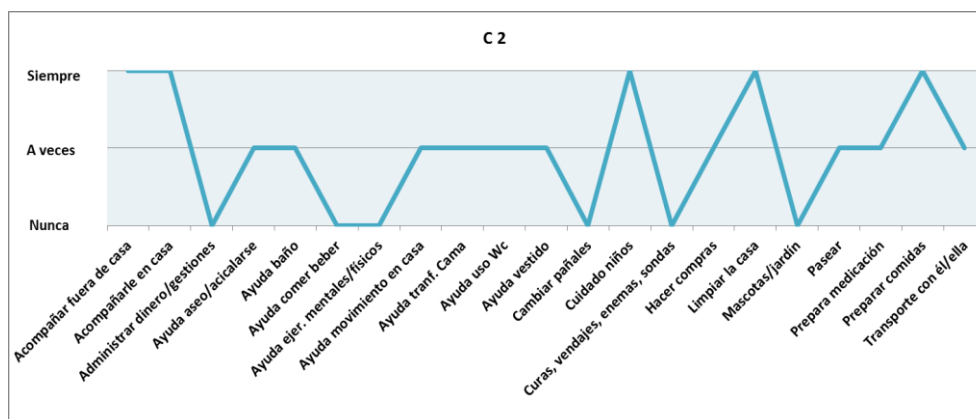


Figura 3.5. Tareas que realiza C2

Durante la entrevista los temas a los que prestó atención fueron los relacionados con lo

cultural, los valores en la atención a la persona mayor y sobre sus sentimientos en relación al trabajo de cuidados.

Tabla 3.5. Distribución del discurso de C2

Temáticas	C2
Contexto medioambiental	7
Cuidados orientados a la vida	4
Dificultades manejo del paciente	1
Dimensiones de la estructura social y cultural	22
El sentir en los cuidados	9
Estrategias para superar dificultades	4
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	1
Explotación de la cuidadora	1
Factores de cuidado enfermero general y específico	1
Idioma y comunicación	2
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	9
Religión y choque cultural	1
Tareas caring alimentación	1
Tareas extraordinarias	2
Visión del mundo	3

C3. Mujer de 54 años, colombiana

La entrevista se desarrolla en las instalaciones de la ULPGC, aunque el ambiente es formal, se consigue llegar a un nivel de confianza muy interesante.

Se trata de una mujer muy participativa y colaboradora. Es una de las entrevistadas que antes comprendió los objetivos del estudio y más fácil fue explorar con ella cada uno de los grandes temas de esta investigación, tanto fue así que facilitó el contacto con las siguientes dos participantes. Mujer vital y optimista a pesar de haber experimentado episodios complicados y duros en su vida.

Creció con su madre y su hermana. Explica que el hecho de ser hija natural marcó toda su vida. Su padre no estaba casado con su madre y vivía con otra familia. Lo que hace que su madre la trate con dureza, algo que la hija, ya adulta, le recrimina,

mamá perdóneme, pero usted a mí nunca me quiso, nunca me quiso, mamá, siempre cuando [mamá] sentía rabia me decía que me parecía mucho a ese negro hijo de tantas, -palabras feas- yo era la que más me parecía, porque sus hijos propios no, no se parece ninguno, yo soy el vivo retrato.

En consecuencia, ella reconoce que se crió «como con rabia, como con rencor con mi hermana, porque ella recibía como más amor de mamá (...) yo pasé mi niñez muy mal». Viene a conocer a su padre con quince años. Durante la adolescencia vive en un internado femenino, lo

que hace que se sienta mejor, lejos del maltrato materno, explica que «fue mucha, mucha, mucha... las tortas que yo recibí, como dicen ustedes».

El hecho de quedarse embarazada antes del matrimonio fue otro episodio duro en su vida pues,

en la cultura de nosotros se sufría mucho, porque cuando yo fracasé, mi madre me escondió, (...) hasta que no me casé, mamá no me dejó salir, porque: ¡o se casa, o a ver qué se va a hacer!. Porque eso era como un pecado tener un hijo soltero, y más tan joven.

Efectivamente, se casa y tiene tres hijos. Su esposo, tras una relación de malos tratos, abandona a la familia cuando el hijo menor tiene catorce años. El hijo mediano se relaciona con el mundo de la droga y tras un disparo de bala queda inválido a los diecinueve años. Poco después realiza estudios de cuidado a niños y se vuelve a casar. Con este nuevo marido se viene a España.

Relaciona su gusto por el cuidado de las personas mayores con lo vivido en su infancia, incluso como una necesidad, de manera que,

yo creo que a mí me faltó mucho cariño, cuando yo era niña, de mi madre (...) entonces yo en cada persona mayor veo... como yo no sé si me brindo cariño... yo veo como esa necesidad de abrazarla, de pocharla y... de quererla.

En la tabla de características generales se puede observar que se siente valorada por sus empleadores y se siente bien realizando este trabajo, el cual reconoce que lo realiza con gusto y se ha formado al respecto, aunque aún no ha homologado sus estudios. Reconoce que lo que menos le gusta de su trabajo son las injusticias relacionadas con las condiciones laborales, tanto las experimentadas por ella misma como las que ha observado en otras cuidadoras.

Tabla 3.6. Características de C3

Cuidadora C3		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2001
	Familiares	Si
FORMACIÓN	Formación	ST
	Formación relacionada	AUX GER. ECE
	Necesidades de formación	Homologación
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	Si interna
	Horas de trabajo	>16h
	Nivel de dependencia	Grave
	Experiencia previa	Si
	Razones para trabajar en el cuidado	Gusto
	Percepción salario	Normal
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	¿Considera su formación adecuada?	Si
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	Si
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	Si
	¿Los familiares refuerzan su labor?	Si
	¿Los familiares valoran su labor?	Si
	Lo que menos le gusta del trabajo	Injusticias condiciones laborales

Las personas que ha cuidado han sido grandes dependientes (figura 3.6) confinados en el hogar y que han requerido una gran cantidad de cuidados directos, C3 ha realizado todas las tareas domésticas excepto la cocina, reconociendo que nunca supo cocinar.

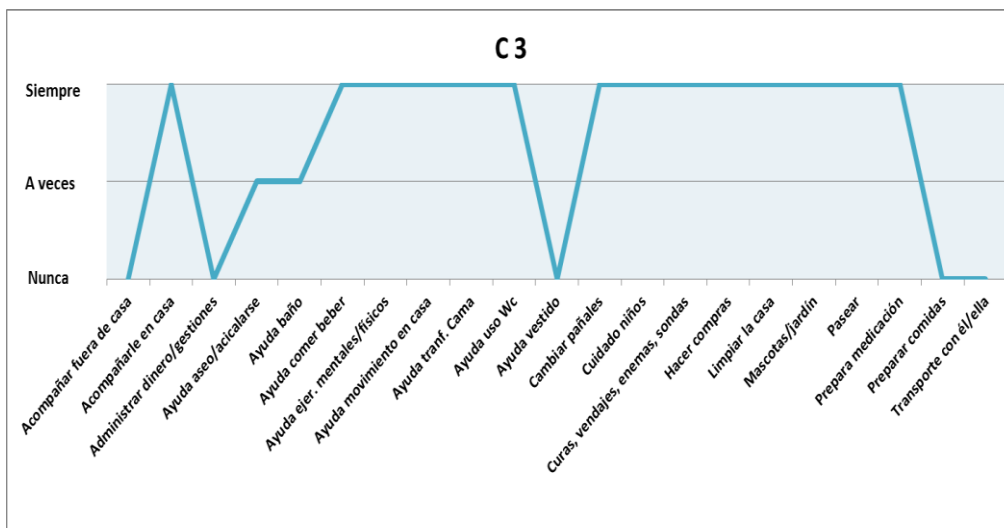


Figura 3.6. Tareas que realiza C3

La mayor parte de la entrevista se centró en los valores y creencias que C3 tiene en su vida y en su trabajo de cuidados. Se puede observar en la tabla 3.7, que ha sido una conversación muy densa, con gran cantidad de temas abordados pues esta cuidadora presenta una madurez personal y profesional muy interesante.

Tabla 3.7. Distribución del discurso de C3

Temáticas	C3
Cuidados orientados a la vida	4
Cuidados orientados a la enfermedad o la muerte	1
Contexto medioambiental	20
Visión del mundo	4
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	15
Idioma y comunicación	2
Dimensiones de la estructura social y cultural	35
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	12
El sentir en los cuidados	11
Sobre el trabajo	5
Sobre ella misma	2
Desconfianza	4
Dificultades alimentación	2
Dificultades manejo del paciente	3
Dificultades manejo patología	1
Estrategias para superar dificultades	4
Explotación de la cuidadora	2
Choque cultural en el cuidado	2
Xenofobia - choque cultural	4

C4. Mujer de 34 años, senegalesa.

La entrevista tiene lugar en el domicilio de la persona cuidada, una casa de pueblo en el sur de la isla. Durante la misma están presentes C3, que ha sido nuestro acceso a este caso; la receptora de cuidados, una señora de ochenta y cuatro años que también participa en la conversación; la hija de la anciana cuidada que se muestra afable y participativa interviniendo en la conversación en algunos momentos; también entraron en escena, aunque por pocos minutos, diversas personas que pasaban a saludar a la señora, como otro hijo y una vecina.

Pensamos en un principio que la presencia de estas personas podría influir negativamente a la hora de crear un ambiente adecuado para los objetivos de la entrevista. Sin embargo, la amplitud del espacio donde tuvo lugar la conversación, un patio techado unido al salón formando un gran espacio central en la casa, permitió que la misma se desarrollara en una zona algo apartada físicamente, al tiempo que C3, antigua cuidadora en esa casa, mantuvo una animada conversación con el resto de las personas que allí había.

Todo ello contribuyó a conseguir una atmósfera de intimidad necesaria para la marcha de la entrevista. Una vez abordados los temas más personales, la pareja entrevistadora/entrevistada se fue abriendo poco a poco hacia el resto de los presentes de manera que también ellos participaron en la conversación en varias ocasiones de forma natural y espontánea.

En el momento de la entrevista C4 lleva cuatro años residiendo en España. Se trata de una mujer tímida, educada y dulce.

No conoce muy bien el idioma y habla muy bajito, por lo que la entrevista se realiza despacio y muy tranquilamente.

Esta cuidadora llegó a la isla en patera. Su proceso migratorio fue duro, difícil y peligroso, llora en varias ocasiones, y prefiere no hablar de ello.

Su color de piel y no saber hablar español fueron motivos de muestras xenófobas, que le dificultaron su adaptación a la isla.

A los dos años de estar en España su marido, que continuaba en Senegal, muere. Tiene dos hijos en su país cuidados por la abuela materna, uno de doce y otro de diez años.

Empezó trabajando en mercadillos, haciendo trenzas. Sin papeles, recibió el apoyo de la trabajadora social de su centro de salud, y consigue encontrar trabajo como cuidadora. C4 intenta sobreponerse a las dificultades de un trabajo de interna sin familia ni apoyos cerca y vivir cada día con la ilusión de ayudar a sus hijos y una nueva pareja que vive en la isla vecina de Fuerteventura.

Se siente muy agradecida a la familia por el cariño que le da y por los esfuerzos que han realizado para que pudiera legalizar su situación en España; también a C3, antigua cuidadora en este domicilio y que no quiso volver a trabajar en él tras un permiso de vacaciones, para que C4, que la sustituía, consiguiera legalizar su situación.

El encuentro entre ella y su receptora de cuidados fue muy positivo para todos, aunque la anciana se negó rotundamente al principio por ser negra, sus familiares fueron insistiendo hasta que consiguieron que accediera. Gracias a ello C4 tiene ya sus papeles y la familia se muestra muy contenta con el carácter de esta mujer.

De ella la hija de la receptora de cuidados dice que «yo antes quería volver a reencarnarme en una noruega, pero ahora quiero ser africana, cuanto más sé de ellos, más me gusta África» (Hija de RC de C4).

Está satisfecha con su sueldo y sus condiciones laborales, aunque reconoce que este trabajo no se puede pagar en lo que vale.

Como se puede observar en la tabla 3.8, C4 no tiene estudios y en relación a los cuidados ha asistido a algunos talleres organizados por la enfermera de enlace del centro de salud de referencia de su receptora de cuidados.

Tabla 3.8. Características de C4

Cuidadora C4		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2008
	Familiares	No
FORMACIÓN	Formación	SE
	Formación relacionada	ECE
	Necesidades de formación	Cuidados PM
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	Si interna
	Horas de trabajo	>16h
	Nivel de dependencia	Grave
	Experiencia previa	Si
	Razones para trabajar en el cuidado	Necesidad
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	Percepción salario	Bajo
	¿Considera su formación adecuada?	Si
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	Si
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	Si
	¿Los familiares refuerzan su labor?	Si
	¿Los familiares valoran su labor?	Si
	Lo que menos le gusta del trabajo	Nada

Se observa en la figura 3.7, que C4 realiza las tareas que requiere una persona muy dependiente pues, aunque su receptora de cuidados camina y come sola, tiene una gran inestabilidad para lo primero, habiendo sufrido varias caídas y mostrando dificultades para las AIVD. También realiza las actividades de cuidados del hogar, excepto las que tienen que ver con la gestión del mismo. No tiene problemas con la cocina, su estilo de comida africana es muy aceptado por toda la familia y por la receptora de cuidados.

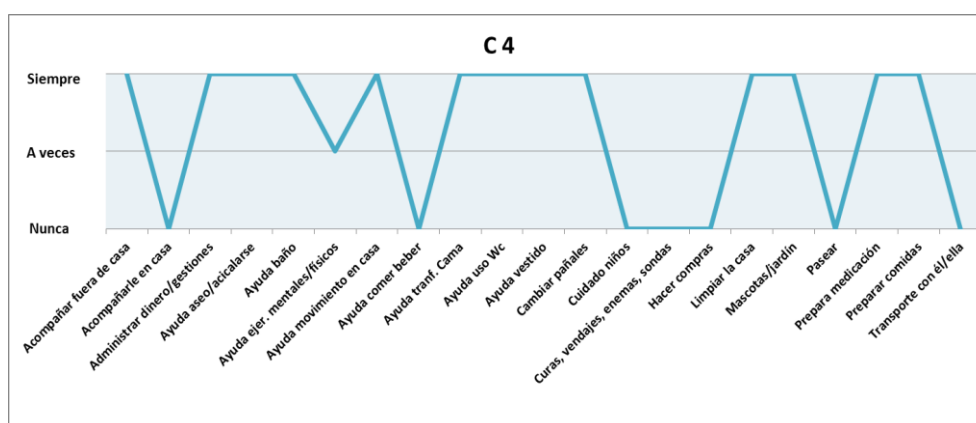


Figura 3.7. Tareas que realiza C4

Los temas que más abordó durante la entrevista estuvieron relacionados con su situación personal y laboral.

Tabla 3.9. Distribución del discurso de C4

Temáticas	C4
Cuidados orientados a la vida	2
Contexto medioambiental	13
Visión del mundo	1
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	5
Idioma y comunicación	4
Dimensiones de la estructura social y cultural	6
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	5
Factores de cuidado enfermero general y específico	1
El sentir en los cuidados	2
Tareas caring alimentación	1
Dificultades manejo del paciente	1
Estrategias para superar dificultades	2
Choque cultural punto vista paciente	1
Xenofobia - choque cultural	1

C5. Mujer de 54 años, colombiana

La entrevista se realiza en el domicilio del receptor de los cuidados, casa de pueblo en el sur de la isla. Se trata de un hombre de 84 años encamado tras sufrir un evento cardiovascular, apenas habla y muestra una gran rigidez postural. También acude C3 a esta entrevista, pues ambas son amigas desde hace mucho tiempo, encargándose de presentarnos. La conversación tiene lugar en el patio central de la casa, con acceso a todas las habitaciones de la misma, así como al dormitorio del receptor de los cuidados, cuya puerta abierta permite que se le pueda observar y vigilar desde donde nos encontramos. El ambiente de confianza y cariño que se generó en esta conversación sin duda fue facilitado por la presencia y actitud de C3.

C5 lleva en España once años.

Pocas personas abren su corazón tanto como para que en una charla de una tarde con una desconocida, se puedan explorar profundamente todos los aspectos que se plantean en este estudio. C5 no tiene reparos a la hora de hablar sinceramente y sin reservas de los acontecimientos agradables y desagradables de su vida, aclara que «*me está pidiendo la verdad, ¿no?, se la estoy diciendo*».

La infancia de C5 y su hermana fue difícil, fueron abandonadas por su madre a una edad muy temprana, recuerda que,

cuando yo tenía cinco añitos o seis y mi hermana siete, mi madre se fue. Ella no miró para atrás, nosotras nos quedamos paradas así, y nosotras le llorábamos: ¡no se vaya mamá!, pero ella ni nos miró y se fue. Y nos dejó solitas con mi papá, mi papá se iba a las cinco de la mañana a trabajar y llegaba a las cinco de la tarde.

Relata cómo en sus juegos se reflejaba la realidad de los adultos, y cómo de los juegos se fue pasando a la vida real,

nos juntábamos con una vecinita y comenzábamos a jugar al papá y a la mamá y él me abandonaba... y yo me ponía barriga, y que tenía cuatro hijos y el que venía cinco y mi marido me dejó, con esos niñitos mi marido me había dejado solita, ¡ay, ay!... y cogíamos palitos, palitos de varea y por ahí comenzamos a fumar, pequeñitas, yo tendría seis años. Y ya cuando mi papá nos mandaba a hacer las compras yo lo primero que sacaba era el paquete de cigarrillos y sentaba a mi hermana y le decía, ¡fuma!

Tiene una infancia difícil, con comportamientos que provocan su expulsión de todos los colegios, de manera que hoy en día apenas sabe leer y escribir porque,

yo era ruinita, yo no terminé los estudios, a mí me echaron (...) de varios colegios porque les pegaba a las compañeritas, me hacía caca y pis en unos tarros de leche y se los metía a la profesora, (...) y yo le decía "la vaca Foster" por lo tetona. Yo era ruin.

Tras llegar a España en busca de una vida mejor, comienza a formar parte de la Iglesia Ministerial Internacional de Jesucristo, refiere que su fe en Dios es lo que la ha ayudado a cambiar para mejor su vida y la de su hijo.

le digo mi padre [a Dios]: "mi juate, el hijo mío cayó en la droga a fondo, me lo recogieron de la calle", no me lo mataron porque Dios es grande y me decía que por amor a mí él guardaría a ese varón. Y me dijo, ¡y me dijo! ¡y me dijo! que ese varón, por el cual yo tanto reclamaba, estaría en su santo. ¿Usted sabe dónde está mi hijo ahora? Está consagrado en la iglesia.

A la hora de explicar el modo en que realiza su trabajo demuestra un gran cariño en el cuidado de la persona mayor que tiene a su cargo en estos momentos, un paciente de Parkinson en fase muy avanzada de la enfermedad, encamado e inmóvil. Con una herida infectada en la pierna, explica que es capaz de calmarle el dolor mostrándole cariño,

"¡anda, mátame!, para no padecer, me duele, me duele la pierna". Entonces yo le decía, claro, te mato, y empezaba a darle besos, contaba los besos y llegaba hasta nueve, y entonces le decía, ¡muérete, ya te maté, te maté con nueve besos! Anda, ¿estás morío?, y él me decía: "Síii". ¿ya estás morío?, "síii". Se quedaba tranquilito.

C5 entiende que no tiene formación adecuada para cuidar de una persona gran dependiente, aunque el tema que más le interesa aprender es el relacionado con las movilizaciones al paciente de manera segura para ambos.

Tabla 3.10. Características de C5

Cuidadora C5		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2001
	Familiares	Si
FORMACIÓN	Formación	SE
	Formación relacionada	ECE
	Necesidades de formación	Higiene postural
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	Si interna
	Horas de trabajo	>16h
	Nivel de dependencia	Total
	Experiencia previa	Si
	Razones para trabajar en el cuidado	Necesidad hijos
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	Percepción salario	Normal
	¿Considera su formación adecuada?	No
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	No
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	Si
	¿Los familiares refuerzan su labor?	Si
	¿Los familiares valoran su labor?	Si
	Lo que menos le gusta del trabajo	Que vengam familiares a jugar al bingo de noche

Las tareas que C5 realiza están relacionadas con el cuidado a una persona gran dependiente, observamos en la figura 3.8 que no realiza tareas de gestión económica ni compras, ni sale de la casa con el receptor de cuidados porque está encamado. Por otro lado, se encarga de todo los cuidados directos al anciano así como los del hogar, incluidas las comidas.

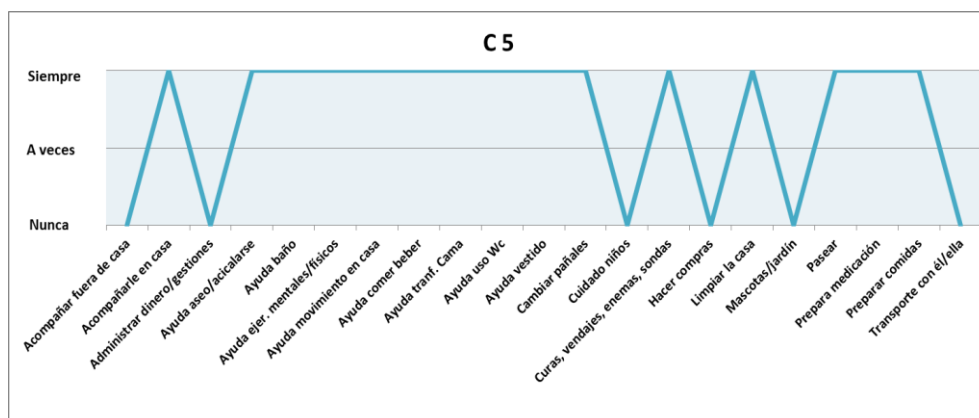


Figura 3.8. Tareas que realiza C5

De la prolífica temática que C5 abordó, prestó mayor atención a cuestiones relacionadas con las dimensiones de la estructura social, poniendo el énfasis en los valores y la espiritualidad,

las prácticas de cuidado genérico y profesional y los factores contextuales relacionados con su trabajo, como cuestiones laborales y de relación con sus empleadores, hijos del receptor de cuidados.

Tabla 3.11. Distribución del discurso de C5

Temáticas	C5
Cuidados orientados a la vida	2
Cuidados orientados a la enfermedad o la muerte	4
Contexto medioambiental	22
Visión del mundo	3
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	4
Idioma y comunicación	6
Dimensiones de la estructura social y cultural	30
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	23
Factores de cuidado enfermero general y específico	3
El sentir en los cuidados	6
Sobre el trabajo	2
Sobre ella misma	2
El amor	1
Hacer las cosas bien	1
Tareas caring alimentación	1
Dificultades para adaptarse costumbres	1
Estrategias para superar dificultades	2
Religión y choque cultural	1

C6. Mujer de 44 años, colombiana.

Creció y vivió entre dos grandes ciudades de Colombia. La entrevista se realiza en una casa de campo en el sur de la isla, domicilio de la persona a la que cuida, una señora de setenta y cinco años, con secuelas tras un accidente cerebrovascular. Dicha persona está presente durante la misma, lo que puede haber condicionado que a C6 no le gustase hablar de su intimidad, prefiriendo hacerlo del trabajo.

Lleva en España cinco años, llegó con papeles y permiso de residencia.

Separada, con dos hijos en su país de catorce y dieciséis años, lleva intentando la reagrupación familiar desde que llegó, pero aún no lo ha conseguido, se queja de que

esta es la tercera vez que presento los papeles, estoy así más de dos años, un gasto de dinero, y aquí estoy esperando... y por cualquier cosa te... ¡les da igual!. Aquí el tema de que los niños sean menores, yo creo que les da igual, yo creo que aquí no ven nada de eso.

Reconoce que ese es el aspecto que le resulta más difícil de llevar de su experiencia migratoria.

Explica que una buena cuidadora ha de ser como ella, y que debe tener, entre otras cosas, cariño por la persona que cuida, «yo soy muy paciente, tengo mucha paciencia... o sea, comprendo mucho a la persona, ¿sabes?».

Muestra un gran sentido de la profesionalidad y saber estar. Con pocas muestras afectivas, su trato y relación con la receptora de cuidados es muy bueno, aunque ambas han tenido que superar dificultades para adaptarse la una a la otra.

Tabla 3.12. Características de C6

Cuidadora C6		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2007
	Familiares	No
FORMACIÓN	Formación	ST
	Formación relacionada	No terminada
	Necesidades de formación	Cuidados PM
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	Si interna
	Horas de trabajo	>16h
	Nivel de dependencia	Grave
	Experiencia previa	Si
	Razones para trabajar en el cuidado	Necesidad
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	Percepción salario	Normal
	¿Considera su formación adecuada?	No
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	Si
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	Si
	¿Los familiares refuerzan su labor?	Si
	¿Los familiares valoran su labor?	Si
	Lo que menos le gusta del trabajo	No asignado

En la figura 3.9 podemos observar que realiza cuidados de gran dependiente, se encarga de limpiar la casa pero no prepara comidas pues, aunque muestra interés en aprender, aún no ha conseguido adaptarse en ese aspecto. Antes de que el deterioro físico y mental de su receptora de cuidados se agravara, ésta le enseñaba a cocinar algunos platos de su gusto pero la anciana «a sus potajes les echaba de todas las pepas que encontraba, lentejas, judías garbanzos, maíz, le echaba... de todo (...) a mí eso de los potajes me parecía muy raro, me costaba». C6 también ayudaba a su receptora de cuidados en tareas relacionadas con la agricultura de consumo familiar que la señora realizaba. En el momento de la entrevista este aspecto está dejando de ser tan intenso como antes.

En la figura 3.9 podemos observar que el sistema de cuidados que C6 desarrolla se dirige a una persona con gran dependencia.

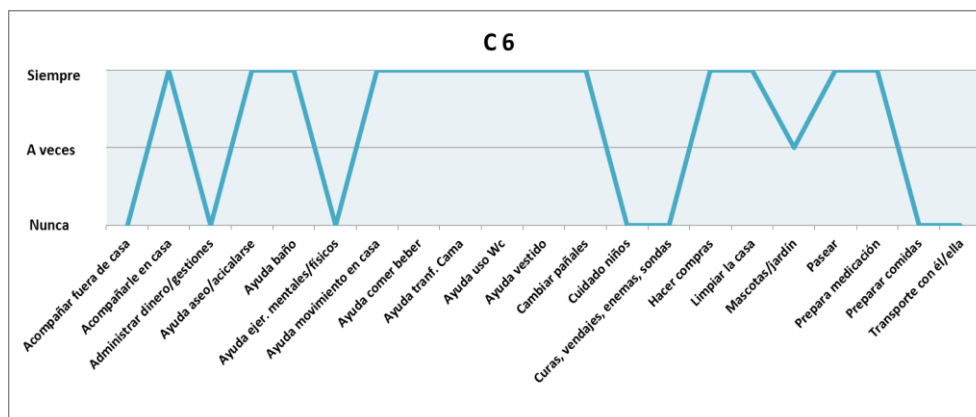


Figura 3.9. Tareas que realiza C6

Los temas a los que más atención prestó durante la entrevista fueron los relacionados con el sistema de cuidados que desarrolla y aspectos de la estructura social y cultural, deteniéndose sobre todo en los valores.

Tabla 3.13. Distribución del discurso de C6

Temáticas	C6
Cuidados orientados a la vida	12
Cuidados orientados a la enfermedad o la muerte	4
Contexto medioambiental	6
Visión del mundo	1
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	5
Dimensiones de la estructura social y cultural	10
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	5
Factores de cuidado enfermero general y específico	1
La responsabilidad	1
Tareas caring alimentación	1
Conflictos	1
Dificultades alimentación	2
Dificultades de comunicación	2
Estrategias para superar dificultades	6

C7. Mujer de 57 años, colombo-venezolana.

Lleva en España cinco años. La conversación tiene lugar en el domicilio de la persona que cuida, una casa de campo en un pueblo en la zona occidental de la isla.

Es muy conversadora, desde que comienza a hablar hasta que me permite plantear el primer tema de indagación en la conversación transcurren veinticuatro minutos, es una mujer fuerte y vital.

Su crianza transcurrió en muchos lugares pues a su padre le gustaba cambiar de residencia con mucha frecuencia, además de llevar una infancia de fiesta y celebración. Lo recuerda así,

mi papá tomaba todos los días (...) llegaba a las doce de la noche y nos levantaba a todos y ponía música y tangos y empezaba a darnos trago a todos para que tomáramos, para que bailáramos y echáramos cuento y se rieran... y amanecíamos con mi papá tomando, riendo...

Por este motivo no terminó ningún curso en el colegio ni realizó estudios secundarios. Ya de mayor, C7 continuó viajando, incluso cruzando la frontera México – Estados Unidos, con el deseo de conocer mundo, explica con alegría que

a la gente le gustaba mucho irse “por el hueco”, eso es (...) pasar a los EEUU por México (...) yo quiero esa aventura... ¡lo pasé tan divino! (...) y luego me fui pasando la frontera, corriendo para allá, esperando que un camión nos recogiera, entonces claro, una de muchacha quería aventuras... yo por unos sembrados corriendo y unos perros detrás de nosotros...

Empezó a trabajar a los treinta y tres años, cuidando niños o ancianos en Miami. Vivió en Caracas. Lleva veintisiete años casada, no tiene hijos. Su marido vino un año antes que ella a Lanzarote y trabaja en una emisora de radio. Ella siempre ha trabajado cuidando niños o personas mayores.

Tabla 3.14. Características de C7

Cuidadora C7		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2007
	Familiares	Si
FORMACIÓN	Formación	SNT
	Formación relacionada	No asignado
	Necesidades de formación	Cuidados PM
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	Si interna
	Horas de trabajo	>16h
	Nivel de dependencia	Leve
	Experiencia previa	Si
	Razones para trabajar en el cuidado	Necesidad papeles
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	Percepción salario	NC
	¿Considera su formación adecuada?	Si
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	Si
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	Si
	¿Los familiares refuerzan su labor?	Si
	¿Los familiares valoran su labor?	Si
	Lo que menos le gusta del trabajo	No asignado

Los cuidados que realiza C7 están dirigidos a una persona con una dependencia leve, así se puede apreciar en la figura 3.10, que realiza tareas de ayuda ligera y vigilancia. No gestiona

económicamente el hogar, pero sí tiene permiso para comprar en una tienda del pueblo a cuenta los artículos que se precisen en la casa. Las comidas que elabora son las correspondientes al desayuno, merienda y algunas cenas. El resto lo elaboran las hijas de la receptora de cuidados.

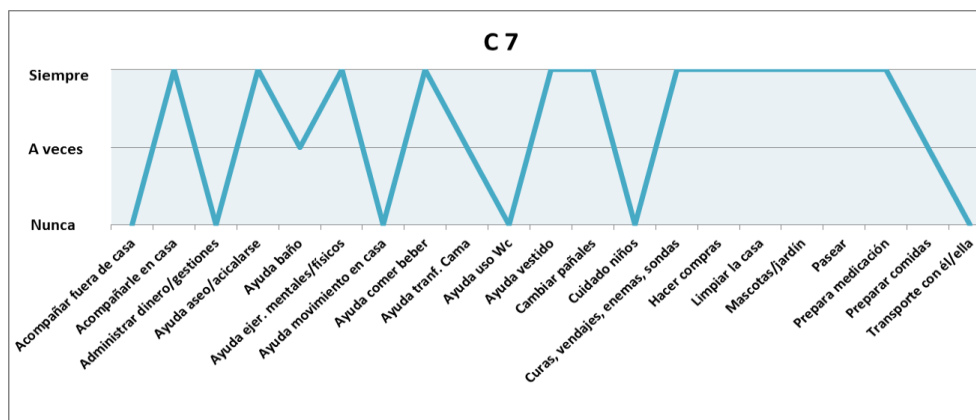


Figura 3.10. Tareas que realiza C7

Además de costarle aprender el estilo culinario reconoce, y su receptora de cuidados corrobora, que la adaptación al trabajo y a la persona mayor ha sido dura.

Tabla 3.15. Distribución del discurso de C7

Temáticas	C7
Cuidados orientados a la vida	21
Cuidados orientados a la enfermedad o la muerte	4
Contexto medioambiental	58
Visión del mundo	5
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	16
Idioma y comunicación	4
Dimensiones de la estructura social y cultural	29
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	18
Factores de cuidado enfermero general y específico	3
El sentir en los cuidados	7
Sobre el trabajo	5
Sobre ella misma	10
La diligencia	4
La protección	1
La responsabilidad	2
Tareas caring alimentación	7
Tareas caring aseo - baño	1
Dificultades alimentación	2
Dificultades manejo del paciente	2
Dificultades manejo patología	1
Dificultades para adaptarse costumbres	1
Estrategias para superar dificultades	10
Choque cultural en el cuidado	3
Choque cultural punto vista paciente	2

Como podemos ver en la tabla 3.15, el discurso de C7 ha sido amplio y denso. El mismo estuvo centrado en gran medida en las dimensiones contextuales de su trabajo de cuidados, pero también prestó atención a los temas relacionados con el sistema de cuidados que realiza, aspectos culturales y las prácticas de cuidado genérico y profesional con las que ha estado relacionada.

C8. Mujer de 35 años, rumana.

Lleva en España siete años. Vino con su marido y su hijo que en el momento de la entrevista tiene 13 años. No conocía el país cuando llegó, pero aprendió el idioma rápidamente, explica que,

cuando llegué... yo entendía todo lo que me decían pero tenía miedo a hablar, (...) hablo inglés, húngaro y rumano, entiendo el francés a nivel básico, y (...) el español, sinceramente lo tenía aprendido más o menos de las telenovelas que veía en mi país.

Su forma de adaptarse al nuevo país y a las islas fue autodidacta,

la verdad [es] que me metí en Internet y leí sobre Lanzarote, me fascina el paisaje, es como la superficie lunar y la geografía me gusta, la disfruto, entiendo la geografía y el clima de esta zona que no hay plantas. En Rumanía, yo vivía cerca de Transilvania, en campo rodeado de bosque y aquí hay cactus nada más. Y yo sé que [es] totalmente diferente, pero me gusta salir a la playa, escuchar el mar...

Ella reflexiona sobre su falta de formación y experiencia para realizar el trabajo de cuidados que realiza y explica que en su desempeño ha descubierto con sorpresa cosas que no conocía sobre ella misma como la paciencia, «normalmente, eres [soy] más impaciente y con ella era más tranquila (...) si me escupía diez veces la comida en la cara no pasaba nada, me lo quitaba y seguía...».

Otro aspecto interesante que muestra esta cuidadora es la intuición y la decisión a la hora de realizar los cuidados a su paciente encamada, enferma de Alzheimer en fase avanzada, para lo que no contaba con ningún conocimiento al respecto. Así, explica así cómo aprendió a realizar la extracción de fecalomas por ella misma, pues su receptora de cuidados

se encontraba peor en momentos en que se encontraba atascada, porque al

final ya no tenía fuerzas ni para echar (...) muchas veces la pobre quedaba a la media y (...) efectivamente tenía yo que ayudarla a sacarlo (...) la vi gritando de dolor y le pregunté: “¿qué le pasa?” y estaba media atascada ahí y entonces me puse un guante... no podía dejarla así.

Aunque C8 percibe que no cuenta con la formación necesaria para la realización de este trabajo porque nunca le interesó, reconoce que ahora le gusta, aunque señala que necesitaría formación para aprender a gestionar las emociones relacionadas con los cuidados a personas muy dependientes.

Tabla 3.16. Características de C8

Cuidadora C8		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2005
	Familiares	Si
FORMACIÓN	Formación	SNT
	Formación relacionada	No asignado
	Necesidades de formación	Cuidados y emocionales
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	No interna
	Horas de trabajo	9-16h
	Nivel de dependencia	Total
	Experiencia previa	No
	Razones para trabajar en el cuidado	Necesidad y ahora gusto
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	Percepción salario	Normal
	¿Considera su formación adecuada?	No
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	No
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	Si
	¿Los familiares refuerzan su labor?	No
	¿Los familiares valoran su labor?	Si
Lo que menos le gusta del trabajo	Legañas ojos	

Las tareas de cuidados que C8 suele llevar a cabo están relacionadas con el cuidado a una persona gran dependiente. El hecho de que no realice «siempre» algunas actividades relacionadas con el cuidado directo a la persona se explica por dos circunstancias, la primera el apoyo de los hijos de la receptora de cuidados, unido al régimen laboral de «no interna»; y, por otro lado el apoyo para cuidados básicos ofrecido por el SAD tres veces a la semana.

Sin embargo, al comienzo de su trabajo con esta receptora de cuidados, las tareas que C8 realizaba no se corresponden con las presentadas en la figura 3.11. Esta cuidadora fue aumentando su nivel de responsabilidad y de tareas a medida que se fue ganando la confianza

de sus empleadores.

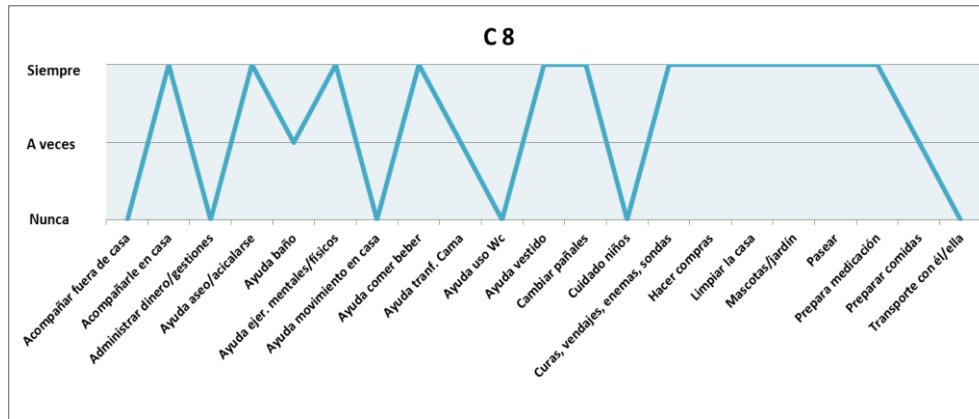


Figura 3.11. Tareas que realiza C8

Las temáticas abordadas con más amplitud por C8 durante la conversación fueron los aspectos contextuales, los aspectos culturales y los cuidados que realiza (tabla 3.17).

Tabla 3.17. Distribución del discurso de C8

Temáticas	C8
Cuidados orientados a la vida	13
Cuidados orientados a la enfermedad o la muerte	2
Tareas extraordinarias	2
Contexto medioambiental	18
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	2
Idioma y comunicación	2
Dimensiones de la estructura social y cultural	15
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	3
Factores de cuidado enfermero general y específico	4
El sentir en los cuidados	7
Sobre el trabajo	11
Sobre ella misma	2
Caring en la muerte	1
La predisposición	1
La responsabilidad	1
Tareas caring alimentación	2
Conflictos	1
Dificultades de comunicación	1
Dificultades manejo del paciente	1
Dificultades para adaptarse costumbres	1
Estrategias para superar dificultades	9
Choque cultural en el cuidado	4
Religión y choque cultural	1
Xenofobia - choque cultural	1

C9. Mujer de 58 años, dominicana.

Lleva en España seis años. La entrevista se desarrolla en su domicilio. Vive sola, no tiene parientes en Lanzarote.

En el momento de la entrevista muestra preocupación y confusión ante la futura jubilación, no sabe lo que le va a pasar, si tiene o no derecho a prestación por desempleo.

C9 lleva trabajando varios años como cuidadora de personas mayores. En su trabajo actual, cuidaba de un matrimonio en el que la esposa, gran dependiente, acaba de fallecer. Ahora cuida solo del esposo tres horas al día, un señor con dificultad visual y para el movimiento.

Durante la conversación C9 muestra signos de cansancio y sobrecarga, explicando que le dedica más horas de las que debe al cuidado y eso no se lo reconoce el empleador, sobrino del receptor de cuidados. Siente que le pesa la responsabilidad del cuidado a la persona mayor,

es mucha responsabilidad que uno tiene, (...) ahí yo tengo que hacerlo todo. Te digo, que lo único que no hago es que no lo estoy bregando en la cama, pero tengo que limpiar, tengo que hacer compra, yo soy la... hasta la ropa que él se va a poner... tengo yo que comprársela. (...) sacar la ropa del armario, ponérsela en una sillita para él ponérsela, lo único que no lo ducho y que no le echo la comida en la boca. Y muchas veces quisiera quitarle la cuchara y dársela, porque casi no ve. Él no ve nada.

Tabla 3.18. Características de C9

Cuidadora C9		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2006
	Familiares	Si
FORMACIÓN	Formación	ST
	Formación relacionada	ECE
	Necesidades de formación	Cuidados PM
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	No interna
	Horas de trabajo	1-3h
	Nivel de dependencia	Leve
	Experiencia previa	Si
	Razones para trabajar en el cuidado	Necesidad y ahora gusto
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	Percepción salario	Bajo
	¿Considera su formación adecuada?	No
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	Si
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	No
	¿Los familiares refuerzan su labor?	No
	¿Los familiares valoran su labor?	Si
Lo que menos le gusta del trabajo	Rabietas	

La dificultad del sistema de cuidados que realiza C9 estriba en la capacidad para el movimiento que su receptor de cuidados conserva a la vez que su capacidad visual se deteriora progresivamente. Las situaciones de riesgo que se producen, unido, por un lado, a la testarudez del anciano para reconocer que necesita ayuda, y por otro al proceso de duelo por el que está pasando este señor sin hijos, tras el fallecimiento de su esposa, hacen que cuidar de él sea difícil para esta cuidadora sin formación específica para este trabajo. Además, le dedica más horas de las que le pagan, así como el tiempo dedicado fuera del domicilio en compras.

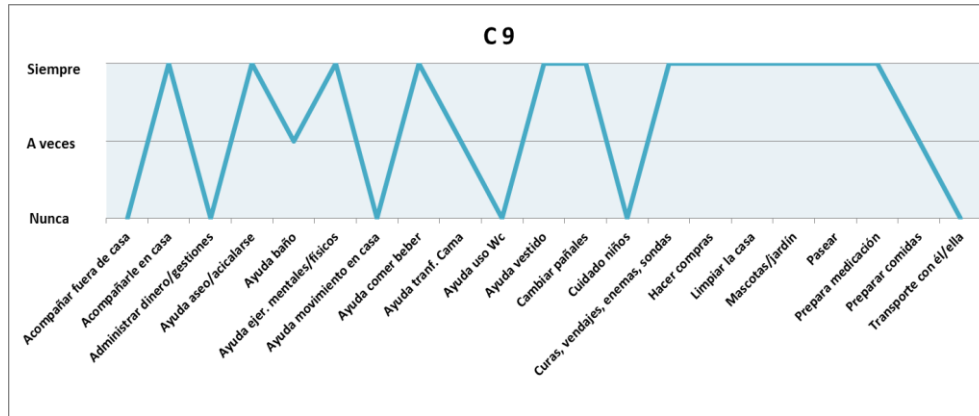


Figura 3.12. Tareas que realiza C9

Durante la entrevista C9 se centra, sobre todo, en los aspectos contextuales de su trabajo.

Tabla 3.19. Distribución del discurso de C9

Temáticas	C9
Cuidados orientados a la vida	7
Cuidados orientados a la enfermedad o la muerte	3
Tareas extraordinarias	1
Contexto medioambiental	25
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	2
Dimensiones de la estructura social y cultural	8
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	9
El sentir en los cuidados	7
Sobre el trabajo	5
Hacer las cosas bien	1
La diligencia	1
La responsabilidad	3
Conflictos	1
Dificultades alimentación	3
Dificultades manejo patología	4
Estrategias para superar dificultades	9
Explotación de la cuidadora	3

C10. Mujer de 53 años, colombiana.

Lleva en España ocho años. Nació en un pueblo de Colombia y ya de mayor se trasladó a

Cali. Se trata de una mujer con una forma de hablar dulce, tranquila y pausada. Trabajó como cuidadora desde que llegó al país. Muy reflexiva e interesada en aprender todo lo relacionado con el acompañamiento en la muerte y el testamento vital.

La entrevista se desarrolla en su domicilio. Vive en casa de la hermana de la última señora a la que cuidó, es uno de esos casos en que la cuidadora alcanza un nivel de confianza tal con los miembros de la familia, que la relación continúa incluso tras el fallecimiento de la persona a la que cuidó. Sobre ese trabajo de cuidados hablamos, dado que tras el fallecimiento de su receptora de cuidados no ha vuelto a trabajar en este ámbito.

Aunque C10 cuenta con estudios secundarios terminados, no tenía formación específica cuando comenzó a dedicarse a esta labor. Reconoce que esta falta de formación, y algunos errores cometidos con la persona a la que cuidaba fueron los motivadores de su interés por formarse en todo lo relacionado con la atención a la persona mayor y a los cuidados en pacientes terminales.

Reconoce que esta experiencia con una paciente terminal, así como la vivencia de todo el proceso de muerte con la familia, fue una de las más fuertes para ella. Aunque reconoce que contó con todo el apoyo de los familiares y, sobre todo, de la geriatra de su receptora de cuidados que la instruyó en todo lo relacionado con la atención de esta. Quizá es todo ello lo que le ha conferido a C8 una sensibilidad y una delicadeza especial en el trato al ser humano.

Tabla 3.20. Características de C10

Cuidadora C10		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2004
	Familiares	Si
FORMACIÓN	Formación	ST
	Formación relacionada	ECE, varios
	Necesidades de formación	Paliativos, Alzheimer, emociones...
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	Si interna
	Horas de trabajo	>16h
	Nivel de dependencia	Moderado
	Experiencia previa	Si
	Razones para trabajar en el cuidado	Necesidad y ahora gusto
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	Percepción salario	Alto
	¿Considera su formación adecuada?	Si
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	Si
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	Si
	¿Los familiares refuerzan su labor?	Si
	¿Los familiares valoran su labor?	Si
	Lo que menos le gusta del trabajo	No asignado

La siguiente figura nos muestra que el sistema de cuidados realizado por C10 corresponde al de una persona gran dependiente, en los últimos meses su estado era terminal hasta su defunción. Además, C10 realizaba todas las tareas del hogar incluidas las comidas.

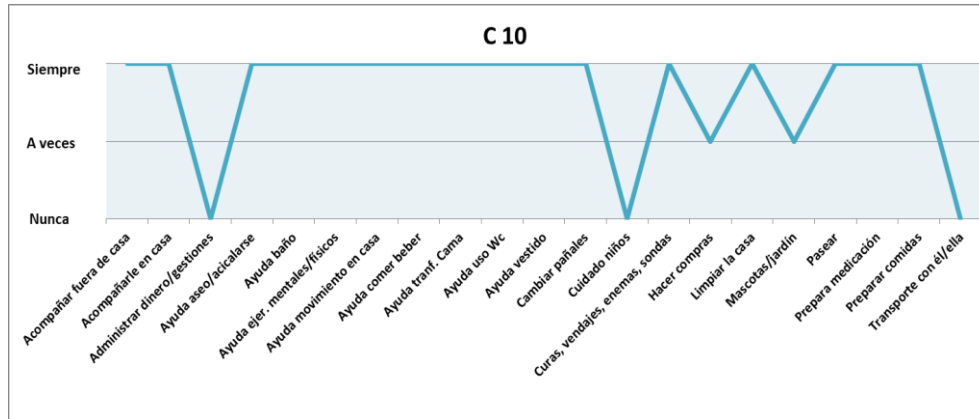


Figura 3.13. Tareas que realiza C10

Durante su discurso, C10 otorgó casi la misma importancia a las temáticas contextuales, culturales, a los cuidados profesionales recibidos en apoyo a la realización de su trabajo y a sus emociones y sentimientos durante su labor.

Tabla 3.21. Distribución del discurso de C10

Temáticas	C10
Cuidados orientados a la enfermedad o la muerte	2
Contexto medioambiental	23
Visión del mundo	1
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	1
Idioma y comunicación	3
Dimensiones de la estructura social y cultural	18
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	19
Factores de cuidado enfermero general y específico	3
El sentir en los cuidados	19
Sobre el trabajo	2
Caring en la muerte	1
Fomentar integración pcte familia	1
La diligencia	1
La protección	1
Conflictos	1
Desconfianza	2
Dificultades de comunicación	1
Dificultades manejo del paciente	3
Dificultades para darle la medicación	1
Estrategias para superar dificultades	10

C11. Mujer de 54 años, colombiana.

La entrevista se realiza en su domicilio. C11 se muestra deprimida, llorosa, triste... está a punto de irse para su país, tiene las maletas en el salón. El salón-cocina donde se realiza la entrevista está casi vacío, dos sillones y una mesa. Se trata de una señora con cierta labilidad emocional y una gran necesidad de hablar y compartir su situación vital.

Se cría en zona rural, «yo soy del campo, puro campesina», en un ambiente familiar de violencia y machismo que se observa a lo largo de toda su historia. Nace antes de tiempo debido al estrés sufrido por su madre, pues su padre «la amenazó que la... la mataba, entonces del susto ella empezó con las contracciones...». Se cría con los abuelos hasta que «como a los cinco años ya mi padre me robó». Iba a la escuela caminando varios kilómetros donde también recibía malos tratos. A la vuelta debía trabajar en las tareas del campo, hasta que su padre decide que no tiene por qué seguir estudiando, pues según él «el estudio es para los hombres, para las mujeres es a criar chinos y atender el marido». De esta manera continúa viviendo en la casa paterna hasta que «ya cuando tenía veinte años, yo dije: esto no puede seguir así porque mi papá me va a casar con... el que sea. Pues ¿qué hice yo? ¡fium! volarme de casa». Se fue a un pueblo en el que empieza a vivir y trabajar en la casa del cura, aunque preocupada por la suerte de su madre y hermana viviendo con el padre maltratador, «...de pensar que mi padre le estaba pegando a mi mamá porque... bueno... si yo me pongo a contarle toda la historia de mi hermana y eso... aquí no terminamos». Pero sus padres empiezan a buscarla, hasta que su padre da con ella, «a los ocho días se puso mi padre a buscarme, (...) lo había dejado inválido un sobrino, le dio tres puñaladas por la espalda y le dejó parapléjico, (...) se vino en la yegüita buscándome por todos los pueblos». Sin embargo, consigue quedarse a vivir en ese pueblo, poco a poco va trabajando hasta que realiza estudios primarios y consigue una acreditación del cura para estudiar en Bogotá estudios relacionados con la atención a la infancia y farmacia.

Llegó a Lanzarote a causa de la enfermedad de un hermano en estado terminal que requirió ingreso hospitalario durante varios meses y ella, sin domicilio, prácticamente vivió en el hospital durante ese tiempo. Una vez que su hermano falleció decidió quedarse en el país, pues gran parte del resto de su familia ha ido llegando también a la isla en este tiempo.

Tabla 3.22. Características de C11

Cuidadora C11		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2003
	Familiares	Si
FORMACIÓN	Formación	ST
	Formación relacionada	AUX ENF
	Necesidades de formación	Emociones
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	Si interna
	Horas de trabajo	>16h
	Nivel de dependencia	Moderado
	Experiencia previa	Si
	Razones para trabajar en el cuidado	Necesidad
	Percepción salario	Bajo
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	¿Considera su formación adecuada?	Si
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	No
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	No
	¿Los familiares refuerzan su labor?	No
	¿Los familiares valoran su labor?	Si
	Lo que menos le gusta del trabajo	No poder cogerlo en peso

C11 ha trabajado en varias ocasiones como cuidadora de PMD. En esta conversación hablamos de esas experiencias pero nos centramos en su último puesto de trabajo en el que cuidó de una anciana con nivel moderado de dependencia. Tiene estudios de nivel medio relacionados con la atención a la salud y su trabajo le gusta. Podemos ver en la siguiente figura cómo su sistema de cuidados ha abarcado tanto la atención directa a la persona mayor como las tareas domésticas. En ocasiones ha administrado dinero y cocinado. Trabajando como interna gozaba de la confianza de su empleador.

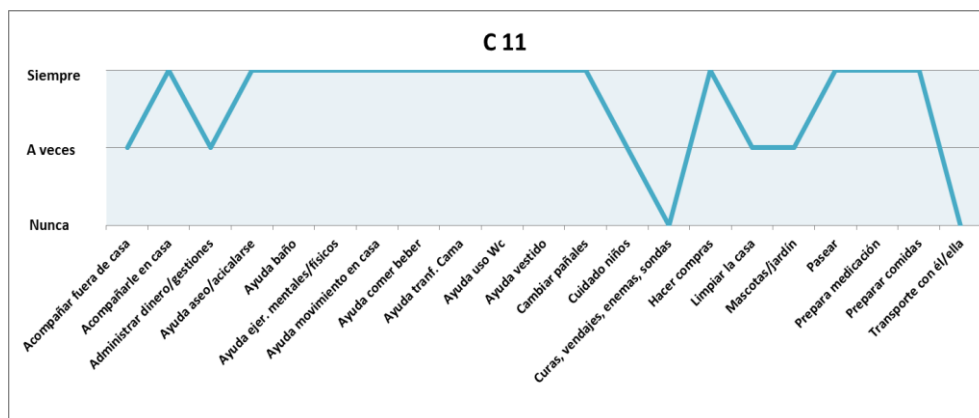


Figura 3.14. Tareas que realiza C11

A lo largo de su conversación podemos observar en la tabla 3.23 que C11 prestó mucha atención a las temáticas relacionadas con los aspectos de la estructura social y cultural, sobre todo a los valores, y a los factores contextuales de los trabajos desempeñados. Vemos que

también ha explicado detalladamente su etnohistoria, pero podemos observar el gran número de temáticas abordadas por esta cuidadora en su discurso.

Tabla 3.23. Distribución del discurso de C11

Temáticas	C11
Cuidados orientados a la vida	10
Cuidados orientados a la enfermedad o la muerte	4
Tareas extraordinarias	3
Contexto medioambiental	24
Visión del mundo	3
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	19
Dimensiones de la estructura social y cultural	28
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	16
El sentir en los cuidados	7
Sobre el trabajo	2
Sobre ella misma	4
El respeto	1
La predisposición	3
La presencia	1
La responsabilidad	1
La vigilancia	1
Tareas caring alimentación	1
Conflictos	1
Dificultades alimentación	2
Dificultades manejo del paciente	1
Estrategias para superar dificultades	7
Explotación de la cuidadora	3
Choque cultural en el cuidado	1
Religión y choque cultural	1
Xenofobia - choque cultural	1

C12. Hombre de 44 años, colombiano

El único hombre participante en estas entrevistas en profundidad, lleva siete años en España.

Se crió viajando por todo el país, pues su madre falleció cuando él tenía dos años y su padre decidió vivir largas temporadas en otros lugares diferentes al familiar. Fue criado y cuidado por una hermana, esa fue la única experiencia previa que tiene sobre el cuidado.

Ha cuidado a personas independientes, con pocas necesidades de atención excepto la vigilancia, por lo que su experiencia en cuidados no es muy amplia. Esa inexperiencia, unida a la falta de formación, le hace sentirse inseguro ante la posibilidad de que le llamen para trabajar con personas con un nivel de dependencia mayor.

Le ha costado la adaptación a las costumbres del país y se queja de tratos discriminatorios

por su origen, entiende que «todo el mundo no es así, lógicamente, como en todo. Por ejemplo (...) los colombianos (...) han dejado una mala imagen pero (...) *habemos gente buena*».

Tabla 3.24. Características de C12

Cuidador C12		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2005
	Familiares	Si
FORMACIÓN	Formación	ST
	Formación relacionada	No asignado
	Necesidades de formación	Alzheimer, técnicas
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	Si interna
	Horas de trabajo	>16h
	Nivel de dependencia	Independiente
	Experiencia previa	Sí
	Razones para trabajar en el cuidado	Necesidad
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	Percepción salario	Bajo
	¿Considera su formación adecuada?	Nc
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	No
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	No
	¿Los familiares refuerzan su labor?	No
	¿Los familiares valoran su labor?	No
	Lo que menos le gusta del trabajo	Aseo, WC

Los cuidados que C12 ha realizado, mostrados en la figura que se muestra a continuación, están más relacionados con la vigilancia, el acompañamiento y los cuidados del hogar que con la atención directa a la persona mayor.

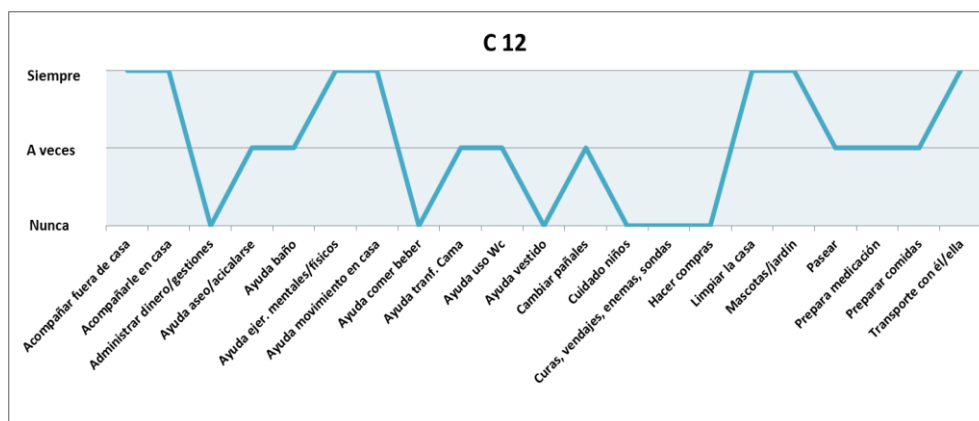


Figura 3.15. Tareas que realiza C12

C12 se centró durante su conversación en los aspectos de la estructura social y cultural y, dentro de estos, su discurso adquirió un marcado carácter religioso. También dedicó tiempo a los valores acerca del cuidado y el respeto a la persona mayor dependiente.

Tabla 3.25. Distribución del discurso de C12

Temáticas	C12
Cuidados orientados a la vida	1
Contexto medioambiental	4
Visión del mundo	3
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	5
Dimensiones de la estructura social y cultural	12
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	5
El sentir en los cuidados	4
Sobre el trabajo	2
La vigilancia	1
Conflictos	1
Dificultades de comunicación	1
Dificultades manejo patología	1
Estrategias para superar dificultades	1
Explotación de la cuidadora	1
Xenofobia - choque cultural	2

C13. Mujer de 57 años, ecuatoriana.

Lleva 12 años viviendo en España. Su única experiencia previa en los cuidados fue el cuidado de un bebé. La entrevista se desarrolla en el domicilio de las personas que cuida, una casa en la capital de la isla. Están presentes los receptores de cuidados y una de las hijas de éstos. La situación laboral en la que se encuentra C13 es dura y límite, por lo que C13 me pide que realicemos esta entrevista en dos ocasiones, una primera con la hija presente y una segunda en otro día diferente, también con la presencia de los ancianos receptores de cuidados, pero sin la de familiares.

C13 se crió con diferentes personas de la familia. Su madre apenas estaba y su padre tuvo otras tres esposas. Recibió malos tratos por parte de las personas con las que se crió, comenta que «siempre estábamos de golpe en golpe, (...) de cocacho en cocacho (...) yo gracias a mi Dios como le vuelvo y le repito, no soy una persona agresiva, no... pero a veces uno se cría con resentimiento».

El relato de C13 es duro, ha tenido una vida difícil, y en el momento de la entrevista aún la tiene. Cuida de un matrimonio, ambos con problemas psiquiátricos, con episodios de agresividad y desorientación pero que conservan su capacidad para la deambulación, los dos poseen una envergadura corporal mucho más fuerte que la de la cuidadora. No da abasto para cuidar de los dos ella sola y muestra signos de claudicación como ansiedad y nerviosismo.

Relata como único aspecto positivo en estos momentos en su vida, su creencia en Dios y cómo gracias a ello ha conseguido perdonar y dejar de sentir ese resentimiento del que habla,

pues «yo había estado en El Ecuador (...) en varias iglesias y en ninguna había encontrado lo que he encontrado ahora. Más que [sobre] todo, que el Señor me haga promesas y que me las cumpla».

Tabla 3.26. Características de C13

Cuidadora C13		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2000
	Familiares	Si
FORMACIÓN	Formación	SE
	Formación relacionada	No asignado
	Necesidades de formación	Alzheimer, manejo carácter
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	Si interna
	Horas de trabajo	>16h
	Nivel de dependencia	Total
	Experiencia previa	No
	Razones para trabajar en el cuidado	Necesidad
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	Percepción salario	Bajo
	¿Considera su formación adecuada?	No
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	Si
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	No
	¿Los familiares refuerzan su labor?	No
	¿Los familiares valoran su labor?	No
	Lo que menos le gusta del trabajo	Que se pongan nerviosos

El sistema de cuidados que C13 realiza con estas dos personas es muy complejo. En régimen interno, no sale de la casa con sus receptores de cuidados pues no podría garantizar la seguridad de estos ni la de ella misma. Al no saber escribir y apenas leer, sus tareas se centran en la atención directa a ambas PMD y a los cuidados domésticos que se hacen duros y difíciles debido a los episodios de agresividad y desorientación de ambos ancianos. Recibe ayuda de una hija para el momento de cenar y acostarse, así como para preparar la medicación por su dificultad con la lectura.

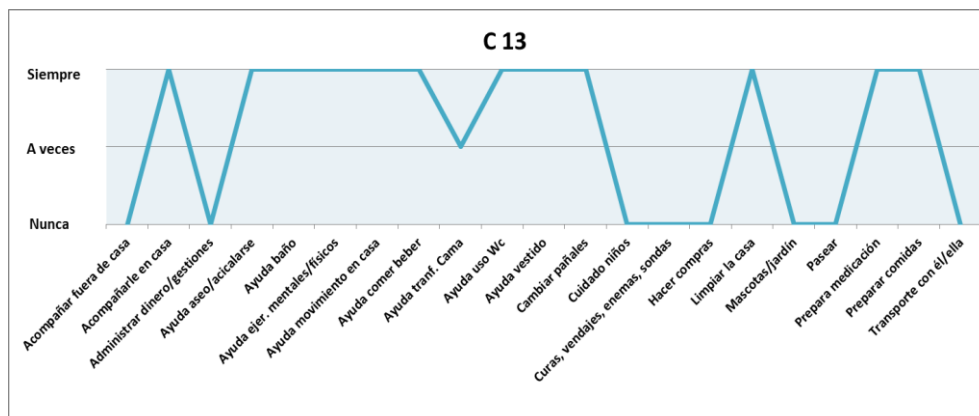


Figura 3.16. Tareas que realiza C13

Durante estas conversaciones C13 ha dado mucha relevancia a aspectos del contexto medioambiental, sobre todo a las condiciones laborales; así como a sus emociones y sentimientos derivados del trabajo de cuidados. Los factores de la estructura social y cultural abordados también por ella han estado liderados por los aspectos religiosos y espirituales. Podemos ver en la tabla 3.27 que C13 ha abordado un gran número de temáticas.

Tabla 3.27. Distribución del discurso de C13

Temáticas	C13
Cuidados orientados a la vida	7
Cuidados orientados a la enfermedad o la muerte	1
Contexto medioambiental	17
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	6
Dimensiones de la estructura social y cultural	17
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	5
Factores de cuidado enfermero general y específico	1
El sentir en los cuidados	19
Sobre el trabajo	1
Sobre ella misma	3
Hacer las cosas bien	1
La honestidad	1
La protección	1
Tareas caring alimentación	1
Dificultades alimentación	1
Dificultades manejo del paciente	9
Dificultades manejo patología	5
Estrategias para superar dificultades	8
Explotación de la cuidadora	5

C14. Mujer de 43 años, colombiana.

Nació y vivió en zona rural. C14 es una de las participantes más reservadas de todo el estudio. Aunque la presentación de la investigación y de la investigadora fue igual que para el resto de las entrevistadas, así como el respeto a su intimidad; quizá no supe transmitirle la confianza suficiente para que hablara tan ampliamente como el resto.

Llegó a España gracias al trabajo de cuidados como interna, por los beneficios del alojamiento y manutención, y en la actualidad ya puede hacer trabajos esporádicos en hostelería. Ha conseguido la reagrupación familiar con una hija de dieciséis años y no desea volver a trabajar en régimen de interna.

Tabla 3.28. Características de C14

Cuidadora C14		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2000
	Familiares	Si
FORMACIÓN	Formación	PST
	Formación relacionada	No asignado
	Necesidades de formación	1os aux. Movilizaciones
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	Si interna
	Horas de trabajo	>16h
	Nivel de dependencia	Moderado
	Experiencia previa	Si
	Razones para trabajar en el cuidado	Gusto
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	Percepción salario	Bajo
	¿Considera su formación adecuada?	No
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	Si
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	Si
	¿Los familiares refuerzan su labor?	Si
	¿Los familiares valoran su labor?	Si
	Lo que menos le gusta del trabajo	Moverlos

Las tareas desempeñadas por C14 en su último trabajo, dos personas con dependencia moderada, y que se muestran en la figura 3.17, están más orientadas a la atención directa de las personas mayores que a los cuidados de la casa, los cuales eran llevados a cabo por otra persona contratada para ello. Sí preparaba comidas.

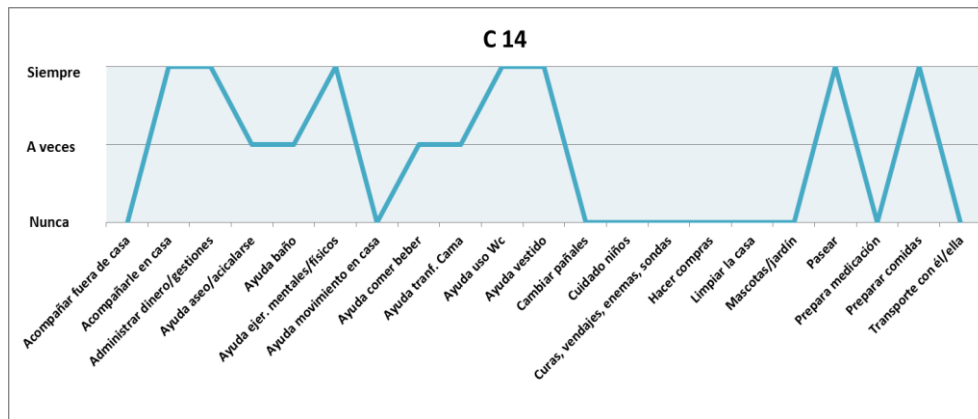


Figura 3.17. Tareas que realiza C14

Durante la entrevista C14 prefirió hablar de los aspectos relacionados con la estructura social y cultural, sobre todo aquellos relacionados con los valores en la atención a la persona mayor dependiente.

Tabla 3.29. Distribución del discurso de C14

Temáticas	C14
Contexto medioambiental	5
Visión del mundo	1
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	1
Dimensiones de la estructura social y cultural	8
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	3
Factores de cuidado enfermero general y específico	1
El sentir en los cuidados	1
Sobre el trabajo	2
Dificultades alimentación	1
Dificultades manejo del paciente	1
Estrategias para superar dificultades	1

C15. Mujer de 59 años, colombiana.

Nació y vivió en un pueblo. Desde los siete años su día a día era ir a la escuela por la mañana y por la tarde hacer deberes y trabajar en las tareas del campo.

A los dieciocho años se va a la ciudad y a partir de ahí su vida tampoco fue fácil, pues «se **atravesó por el camino el padre de mis hijos y ahí quedé... yo no he disfrutado mi vida. Conseguí ese hombre que me hizo... [daño]**».

Habla de mala vida vivida con esa persona y del esfuerzo para emigrar a España junto con dos hermanos, al año de llegar uno de ellos muere. Tiene cuatro hijos y consigue la reagrupación familiar con el pequeño que en la actualidad está estudiando ingeniería industrial, y de lo que se siente muy orgullosa.

Actualmente compagina varios trabajos a la vez, cuidando a personas mayores y trabajos domésticos en otras casas.

Esta es una entrevista un poco complicada, pues sabe que he sido compañera de trabajo de su empleadora, la hija de las personas que cuida. A pesar de haberle explicado las condiciones de la participación en esta investigación, los objetivos de la misma y la garantía absoluta de su anonimato en dos ocasiones, vuelve a preguntar por ello a lo largo de la entrevista, en cada ocasión que va a tocar un tema que considera confidencial.

Creo que conseguí que entrara en confianza, al menos todo lo que ella podía y la conversación fue rica y agradable.

Podemos observar en la tabla 3.30 que C15 no ha terminado los estudios primarios y tampoco cuenta con formación específica para el trabajo de cuidados. No encuentra que los familiares o empleadores valoren su labor y percibe el salario como bajo. Aun así, asegura que no hay nada en este trabajo que le disguste.

Tabla 3.30. Características de C15

Cuidadora C15		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2001
	Familiares	Si
FORMACIÓN	Formación	PST
	Formación relacionada	No asignado
	Necesidades de formación	1os aux. Ataques...
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	No interna
	Horas de trabajo	>16h
	Nivel de dependencia	Total
	Experiencia previa	No
	Razones para trabajar en el cuidado	Necesidad
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	Percepción salario	Bajo
	¿Considera su formación adecuada?	No
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	Si
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	No
	¿Los familiares refuerzan su labor?	No
	¿Los familiares valoran su labor?	No
	Lo que menos le gusta del trabajo	Nada

Vemos en la figura siguiente que las tareas que desempeña C15 son las correspondientes al cuidado de una persona totalmente dependiente, además de los cuidados del hogar y la realización de las comidas, también realiza tareas de organización y gestión de aspectos administrativos.

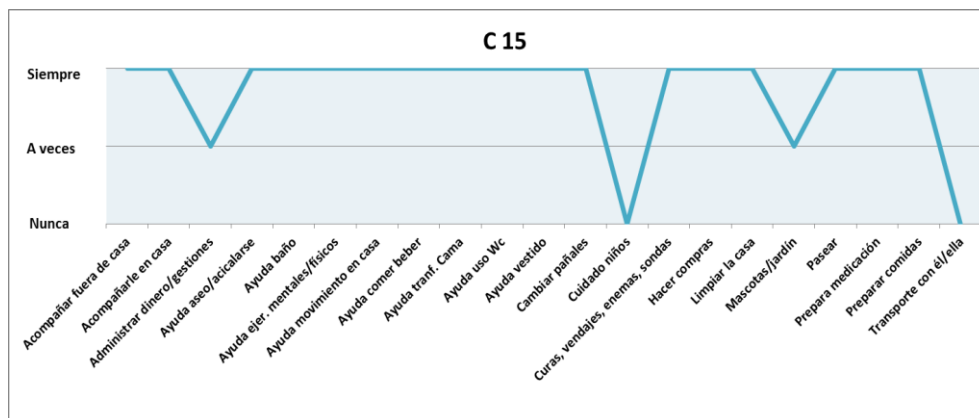


Figura 3.18. Tareas que realiza C15

Durante su conversación, C15 tocó bastantes temáticas, aunque prestó más interés a aspectos relacionados con la estructura social y cultural, sobre todo los factores económicos.

Tabla 3.31. Distribución del discurso de C15

Temáticas	C15
Cuidados orientados a la enfermedad o la muerte	5
Contexto medioambiental	6
Visión del mundo	1
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	4
Dimensiones de la estructura social y cultural	15
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	6
Factores de cuidado enfermero general y específico	1
El sentir en los cuidados	6
Sobre el trabajo	1
Sobre ella misma	1
Dificultades alimentación	1
Dificultades manejo del paciente	3
Dificultades manejo patología	2
Dificultades para adaptarse costumbres	1
Dificultades para darle la medicación	1
Estrategias para superar dificultades	5

C16. Mujer de 53 años, cubana.

Nació y se crió en el centro de La Habana. Mujer muy comunicativa, abierta y espontánea, la conversación con ella es muy fácil y amena, entiende muy rápido lo que pretendo saber y casi no es necesario que yo guíe la conversación, en ocasiones no me deja ni terminar con mi exposición. La entrevista se desarrolla en la terraza de su apartamento.

Lleva en España doce años, tiene una hija médico de veinticinco años en Cuba a la que le gustaría traer aquí.

Le gusta el trabajo de cuidados, pero reconoce que trabajando en hoteles cobra más y la jornada laboral tiene menos duración.

Tiene una larga experiencia como cuidadora de ancianos. Reconoce que las mayores dificultades en su trabajo las ha tenido con los empleadores, es decir, con los familiares de las personas cuidadas, sobre todo a nivel económico y en lo relacionado al aumento de tareas sin ningún cambio en la remuneración. También ha tenido experiencias de engaños, por parte de los familiares, relacionados con la necesidad de regularización de su situación en el país.

Entre las personas que ha cuidado recuerda con más cariño un matrimonio de octogenarios que vivían en su casa de campo, donde realizaba labores de agricultura. Cuando dejó este trabajo cuidó de un enfermo de Alzheimer, al cual se refieren las características del trabajo que se presentan a continuación.

Aunque tiene estudios secundarios terminados, la única formación específica con la que

cuenta C16 para el desarrollo de su trabajo de cuidados son los talleres de apoyo de la enfermera de enlace del centro de salud. En todos los trabajos que ha desempeñado ha percibido su salario como bajo, reconociendo que el aspecto que más le disgusta es la esclavitud que se siente en las condiciones de interna.

Tabla 3.32. Características de C16

Cuidadora C16		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2000
	Familiares	Si
FORMACIÓN	Formación	ST
	Formación relacionada	ECE
	Necesidades de formación	Alimentación
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	Si interna
	Horas de trabajo	>16h
	Nivel de dependencia	Moderado
	Experiencia previa	Si
	Razones para trabajar en el cuidado	Necesidad
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	Percepción salario	Bajo
	¿Considera su formación adecuada?	No
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	No
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	No
	¿Los familiares refuerzan su labor?	No
	¿Los familiares valoran su labor?	Si
	Lo que menos le gusta del trabajo	Esclavitud. No tienes vida

Observamos en la figura 3.19, que C16 realiza las típicas tareas del trabajo en régimen de interna, incluidos los cuidados de la casa y las comidas.

El receptor de los cuidados al que se refiere esta figura es un señor de 80 años enfermo de Alzheimer que aún deambula y vive solo. Es contratada por los hijos de éste que viven en otros lugares de la isla o en Gran Canaria, con lo que C16 se encarga también de realizar las compras de la casa.

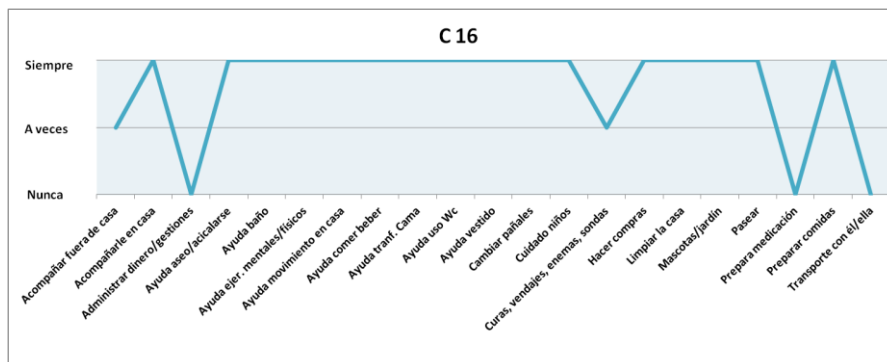


Figura 3.19. Tareas que realiza C16

La tabla 3.33 muestra la gran cantidad de temáticas abordadas por C16 durante nuestra conversación. Su mayor interés lo mostró en los aspectos contextuales de los diferentes trabajos de cuidados que ha realizado.

Tabla 3.33. Distribución del discurso de C16

Temáticas	C16
Cuidados orientados a la vida	15
Cuidados orientados a la enfermedad o la muerte	6
Tareas extraordinarias	2
Contexto medioambiental	40
Visión del mundo	1
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	5
Idioma y comunicación	1
Dimensiones de la estructura social y cultural	25
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	19
El sentir en los cuidados	6
Sobre el trabajo	2
Sobre ella misma	6
El respeto	1
La honestidad	1
La predisposición	3
La responsabilidad	5
Tareas caring alimentación	1
Tareas caring aseo - baño	3
Conflictos	6
Dificultades alimentación	2
Dificultades manejo del paciente	3
Dificultades manejo patología	2
Dificultades para adaptarse costumbres	1
Estrategias para superar dificultades	9
Explotación de la cuidadora	6

C17. Mujer de 22 años, colombiana.

Vivió en una ciudad hasta los diez años, momento en que diferentes miembros de su familia comienzan los viajes de emigración por diferentes lugares. Se encuentran en Madrid con el resto de la familia y tras unos meses, viajan todos a Lanzarote. Lleva en España diez años.

Es la más joven de las participantes en este estudio, de aspecto frágil, está embarazada de su primer hijo.

Es reservada, pero se muestra crítica con las condiciones laborales injustas que ha tenido que soportar, sobre todo las relacionadas con el aumento de las obligaciones sin el correspondiente aumento en el salario.

Vemos en la tabla 3.34 que C17 tiene estudios secundarios terminados y considera que

su formación específica no es suficiente para realizar el trabajo de cuidados, debido a ello y a su embarazo, no desea trabajar en régimen interna.

Tabla 3.34. Características de C17

Cuidadora C17		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2000
	Familiares	Si
FORMACIÓN	Formación	ST
	Formación relacionada	ONG
	Necesidades de formación	Alzheimer, alimentación
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	No interna
	Horas de trabajo	4-8h
	Nivel de dependencia	Moderado
	Experiencia previa	No
	Razones para trabajar en el cuidado	Necesidad
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	Percepción salario	Bajo
	¿Considera su formación adecuada?	No
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	Si
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	Si
	¿Los familiares refuerzan su labor?	Si
	¿Los familiares valoran su labor?	No
	Lo que menos le gusta del trabajo	Cambiar pañales

La persona a la que C17 cuida tiene un nivel de dependencia moderado relacionado con aspectos psíquicos, por lo que no necesita ayuda para las ABVD pero sí vigilancia y acompañamiento.

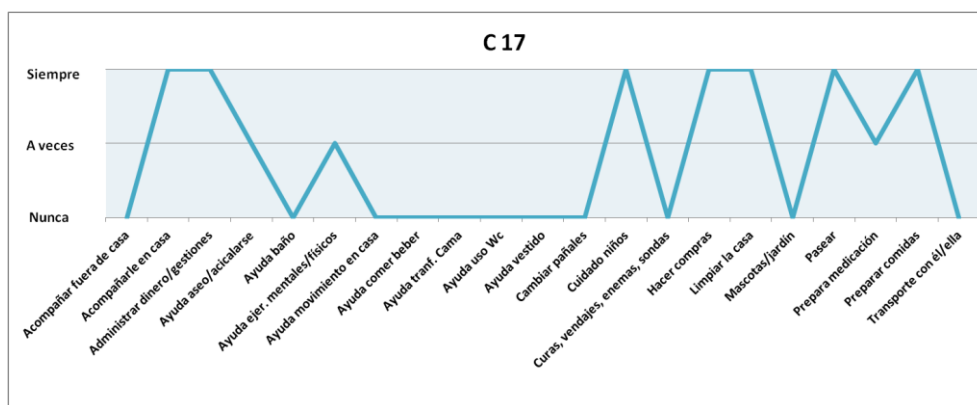


Figura 3.20. Tareas que realiza C17

A lo largo de la entrevista, C17 prestó interés a los factores de la estructura social y cultural, sobre todo los relacionados con la economía. Dentro del contexto medioambiental

habló más de las condiciones de laborales que ha tenido en los diferentes empleos que ha tenido.

Tabla 3.35. Distribución del discurso de C17

Temáticas	C17
Contexto medioambiental	8
Visión del mundo	2
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	2
Dimensiones de la estructura social y cultural	19
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	3
Factores de cuidado enfermero general y específico	3
El sentir en los cuidados	4
Sobre el trabajo	3
Dificultades para adaptarse costumbres	2
Explotación de la cuidadora	2

C18. Mujer de 63 años, cubana.

Lleva en España cuatro años, habla muy deprisa y no para de moverse por la casa a medida que se desarrolla la conversación. La conversación se desarrolla en la casa de la persona cuidada pero no está, pues esa mañana tiene sesión de rehabilitación. No es un trabajo que le guste, reconoce que trabaja en ello por necesidad. Sin embargo, a lo largo de la entrevista da muchas muestras de interés por la persona que cuida y por realizar unos cuidados adecuados y seguros, para ello consulta a una hija médico que reside en Cuba cada vez que tiene alguna duda.

Tabla 3.36. Características de C18

Cuidadora C18		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2005
	Familiares	Si
FORMACIÓN	Formación	SNT
	Formación relacionada	No asignado
	Necesidades de formación	Alimentación
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	Si interna
	Horas de trabajo	>16h
	Nivel de dependencia	Grave
	Experiencia previa	Si
	Razones para trabajar en el cuidado	Necesidad
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	Percepción salario	Normal
	¿Considera su formación adecuada?	No
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	Si
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	Si
	¿Los familiares refuerzan su labor?	Si
	¿Los familiares valoran su labor?	Si
	Lo que menos le gusta del trabajo	Las malas noches

C18 realiza todo tipo de tareas (figura 3.21), salvo gestionar dinero o cuidar algún niño de la familia. Una dificultad añadida para ella es tener que dormir en la misma habitación que su receptora de cuidados ante un empeoramiento de su estado de salud.

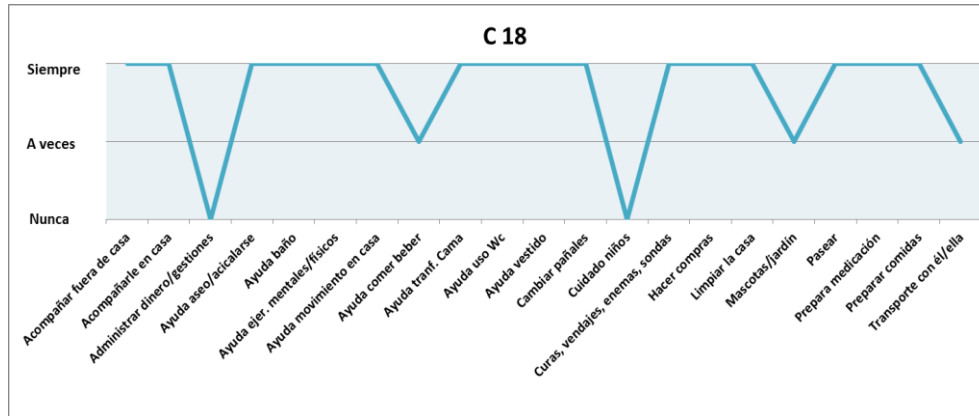


Figura 3.21. Tareas que realiza C18

A esta cuidadora no le gusta hablar de ella misma, su historia o forma de pensar, prefiere ceñirse a los temas laborales y económicos.

Tabla 3.37. Distribución del discurso de C18

Temáticas	C18
Cuidados orientados a la enfermedad o la muerte	13
Contexto medioambiental	15
Dimensiones de la estructura social y cultural	13
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	13
Factores de cuidado enfermero general y específico	13
El sentir en los cuidados	6
Sobre el trabajo	3
Tareas caring alimentación	3
Dificultades alimentación	3
Dificultades manejo del paciente	3
Dificultades manejo patología	5
Estrategias para superar dificultades	4

C19. Mujer de 54 años, uruguaya.

Lleva en España diez años. Nació y vivió en diferentes ciudades de su país.

La entrevista se realiza en las dependencias de la ULPGC en Lanzarote. En ese momento la entrevistada está un poco enfadada porque le ha costado encontrar el lugar y las personas a las que ha preguntado en la calle no la han orientado bien. Sin embargo, la conversación se desarrolla en un ambiente de confianza y tranquilidad.

Se trata de una mujer madura, seria y directa.

Aunque tiene alguna formación en el campo de los cuidados, no sabe a qué nivel de estudios académicos correspondería en España. Por otro lado, entiende que su formación es adecuada para el trabajo que realiza aunque le gustaría recibir algún tipo de curso relacionado con el trato a la persona mayor.

Siempre ha trabajado en régimen externo.

Considera que su salario es bajo pero, al igual que en C16, el aspecto que más le disgusta de su trabajo de cuidados son los familiares o empleadores.

Tabla 3.38. Características de C19

Cuidadora C19		
CONDICIONES PERSONALES	Tiempo en España	2002
	Familiares	Si
FORMACIÓN	Formación	SNT
	Formación relacionada	Enfermería no terminados
	Necesidades de formación	Trato a la PM
CONDICIONES LABORALES	Convivencia	No interna
	Horas de trabajo	4-8h
	Nivel de dependencia	Grave
	Experiencia previa	Si
	Razones para trabajar en el cuidado	Gusto
SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES	Percepción salario	Bajo
	¿Considera su formación adecuada?	Si
	¿Familiares colaboran en el cuidado?	No
	¿Se siente bien realizando el trabajo?	Si
	¿Se siente comprendida por los familiares?	No
	¿Los familiares refuerzan su labor?	Si
	¿Los familiares valoran su labor?	Si
	Lo que menos le gusta del trabajo	Los familiares

En los trabajos desempeñados, C19 ha realizado casi todo tipo de tareas, incluidos los cuidados domésticos, no ha realizado gestiones y se le ha resistido la realización de las comidas.

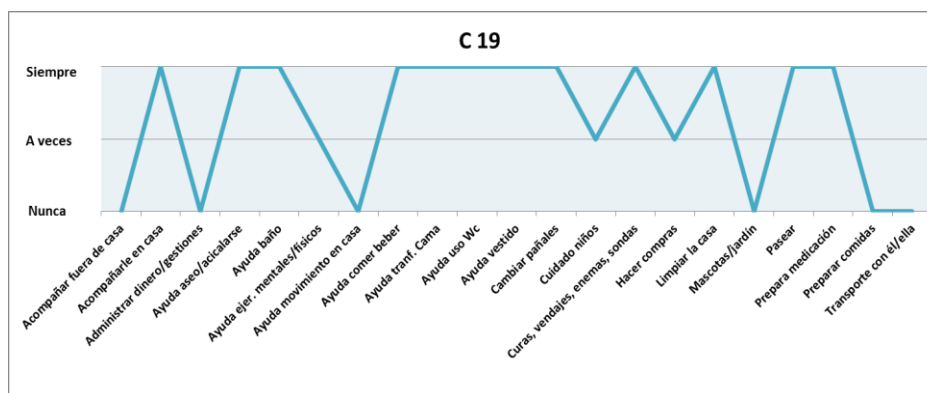


Figura 3.22. Tareas que realiza C19

Al igual que la cuidadora C18 prefiere hablar del trabajo y poco sobre ella misma. Toma el trabajo de cuidados como una profesión, donde intenta aprender y mejorar día a día. Las temáticas más abordadas por ella fueron las dimensiones de la estructura social y cultural, sobre todo lo relacionado con los valores en el cuidado a la PMD, y al cuidado profesional con el que ha tenido contacto en su trabajo.

Tabla 3.39. Distribución del discurso de C19

Temáticas	C19
Cuidados orientados a la vida	2
Cuidados orientados a la enfermedad o la muerte	1
Contexto medioambiental	5
Visión del mundo	1
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	3
Idioma y comunicación	2
Dimensiones de la estructura social y cultural	11
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	8
Factores de cuidado enfermero general y específico	1
El sentir en los cuidados	1
Sobre el trabajo	1
La predisposición	1
Dificultades manejo del paciente	1
Estrategias para superar dificultades	4
Explotación de la cuidadora	1
Xenofobia - choque cultural	1

4.2. Participantes en entrevistas auto cumplimentadas

En las entrevistas auto cumplimentadas participaron 11 personas cuya selección se realizó, al igual que para las cuidadoras participantes en las entrevistas en profundidad, mediante muestreo intencionado y en bola de nieve. A continuación presentamos una aproximación a las características más relevantes de estas personas.

En la tabla 3.40 podemos observar el tiempo que llevan en España y si tienen familiares en el país.

Tabla 3.40. Entrevistas auto cumplimentadas: condiciones personales

CARACTERÍSTICAS PARTICIPANTES ENTREVISTAS AUTOCUMPLIMENTADAS	CONDICIONES PERSONALES	
	Tiempo en España	Familiares
EA1	2000	Si
EA2	2009	Si
EA3	1995	Si
EA4	2000	Si
EA5	2010	Si
EA6	2000	Si
EA7	2002	Si
EA8	2001	Si
EA9	1987	Si
EA10	2006	Si
EA11	2008	Si

En la tabla 3.41 observamos que los estudios primarios terminados son los más frecuentes entre estas participantes, seguidos por igual por las que tienen estudios primarios sin terminar y secundarios terminados. Hay dos universitarias, aunque solo una ha terminado sus estudios.

Esta misma tabla nos ofrece información sobre la formación específica para el cuidado de personas mayores que estas mujeres poseen, sólo dos dicen tener alguna formación como auxiliar de geriatría. Una misma persona posee tanto la formación de auxiliar de geriatría, realizada en España, y la de enfermería realizada en su país y sin homologar.

En cuanto a las necesidades de formación, se recogen aquellas que las propias cuidadoras han reconocido tener, los cuidados a la persona mayor en general son los más frecuentes, lo que da idea de la falta de conocimientos que poseen para realizar su trabajo.

Tabla 3.41. Entrevistas auto cumplimentadas: formación

CARACTERÍSTICAS PARTICIPANTES ENTREVISTAS AUTOCUMPLIMENTADAS	FORMACIÓN		
	Formación	Formación relacionada	Necesidades de formación
EA1	ST	Cuidados geriát.	Mov.; moral
EA2	PST	No asignado	Movilizac.
EA3	PT	ECE	Cuidados PM
EA4	ST	AUX G. Y ENF.	Perfec.
EA5	UT	No asignado	Cuidados PM
EA6	PT	No asignado	Cuidados PM
EA7	PT	No asignado	Cuidados PM
EA8	PST	No asignado	No sentirnos tan solos
EA9	PT	Aux ayuda domicilio	Cuidados PM
EA10	SNT	No asignado	Movilizac.
EA11	UNT	Auxiliar geriatría	Patologías

En la tabla 3.42 vemos las condiciones laborales bajo las que estas participantes han reconocido trabajar. Casi a la par se encuentran las que trabajan en régimen de interna y externa, aunque una de las no internas tiene un horario muy largo. En cuanto al nivel de dependencia de los receptores de cuidados ha sido alta, lo que da una muestra de la carga de trabajo de estas cuidadoras. También recogemos los motivos por los que han elegido este tipo de trabajo.

Tabla 3.42. Entrevistas auto cumplimentadas: condiciones laborales

CARACTERÍSTICAS PARTICIPANTES ENTREVISTAS AUTOCUMPLIMENTADAS	CONDICIONES LABORALES				
	Convivencia	Horas de trabajo	Nivel de dependencia	Experiencia previa	Razones para trabajar en el cuidado
EA1	No interna	1-3h	Moderado	Si	Necesidad, moral
EA2	Si interna	>16h	Total	Si	Gusto
EA3	Si interna	>16h	Moderado	Si	Necesidad
EA4	No interna	4-8h	Grave	Si	Gusto
EA5	Si interna	>16h	Total	Si	Necesidad
EA6	Si interna	>16h	Moderado	Si	Necesidad
EA7	Si interna	>16h	Moderado	Si	Gusto
EA8	Si interna	>16h	Moderado	Si	Soledad
EA9	No interna	4-8h	Total	Si	Gusto
EA10	No interna	4-8h	Total	Si	Necesidad
EA11	No interna	9-16h	Grave	Si	Nc

En la tabla 3.43 presentamos aquellos aspectos relacionados con el mundo emocional y perceptivo de las cuidadoras. Se han recogido sus percepciones acerca de su salario, el trato con los familiares de los RC o empleadores, lo que menos les gusta de su trabajo y si consideran que la formación con la que cuentan es adecuada para desempeñar las labores que realizan.

Tabla 3.43. Entrevistas auto cumplimentadas: sentimientos y percepciones

CARACTERÍSTICAS PARTICIPANTES ENTREVISTAS AUTOCUMPLIMENTADAS	SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES							
	Percepción salario	¿Formación adecuada?	¿Colaboración familiar?	¿Se siente bien?	¿Se siente comprendida?	¿Los familiares refuerzan?	¿Valoración familiar?	Lo que menos le gusta del trabajo
EA1	Normal	Nc	No	Si	Si	No	No	El sueldo
EA2	Bajo	No	No	Si	No	No	No	No pagan lo que vale
EA3	Bajo	SI	No	Si	Si	Si	Si	No pagan lo que vale
EA4	Normal	Nc	No	Si	No	Si	No	Muchas horas
EA5	Bajo	No	No	Si	No	No	No	Trato
EA6	Bajo	No	Si	Nc	Si	Si	Si	Fallece la persona
EA7	Normal	No	Si	Si	Si	Si	Si	La noche con ellos
EA8	Normal	SI	No	Si	No	No	No	Nc
EA9	Normal	Nc	No	Si	Si	Si	Si	Verlos malitos
EA10	Bajo	No	Si	Si	Si	Si	Si	No poder ayudar bien
EA11	Normal	SI	No	Si	No	No	No	La familia no colabora

Por último, la figura 3.23 muestra el entramado que forma el conjunto de tareas realizadas por estas participantes.

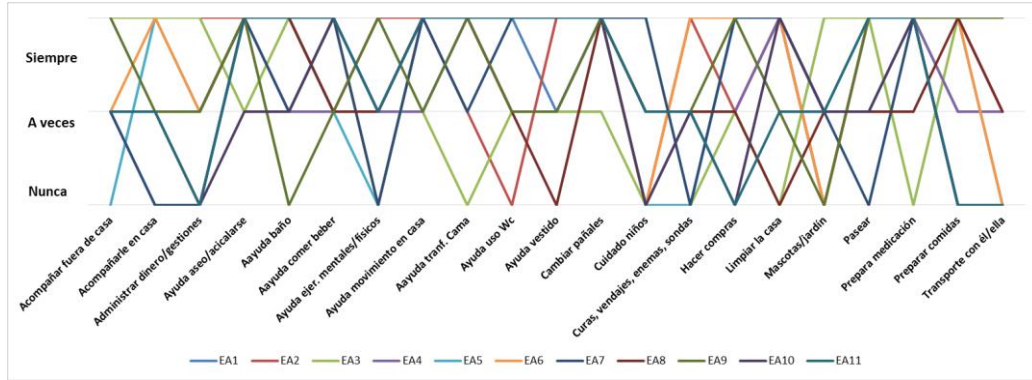


Figura 3.23. Tareas realizadas por participantes en entrevistas auto-cumplimentadas

4.3. Participantes en las entrevistas grupales

Se realizaron tres tipos de entrevistas grupales, una con cuidadoras extranjeras, una con familiares de PMD y una tercera con enfermeras.

En la entrevista grupal de cuidadoras los criterios de selección de las participantes fueron los mismos que para las entrevistas en profundidad y las entrevistas auto-cumplimentadas, es decir, que tuvieran experiencia en el trabajo de cuidados a PMD de las islas en domicilio y que no mostraran dificultades para la comunicación. Como se puede apreciar en la figura 3.24, en esta entrevista participaron cuatro cuidadoras con edades entre los 30 y los 45 años, y con una experiencia en el trabajo de cuidados de entre dos y cinco años.

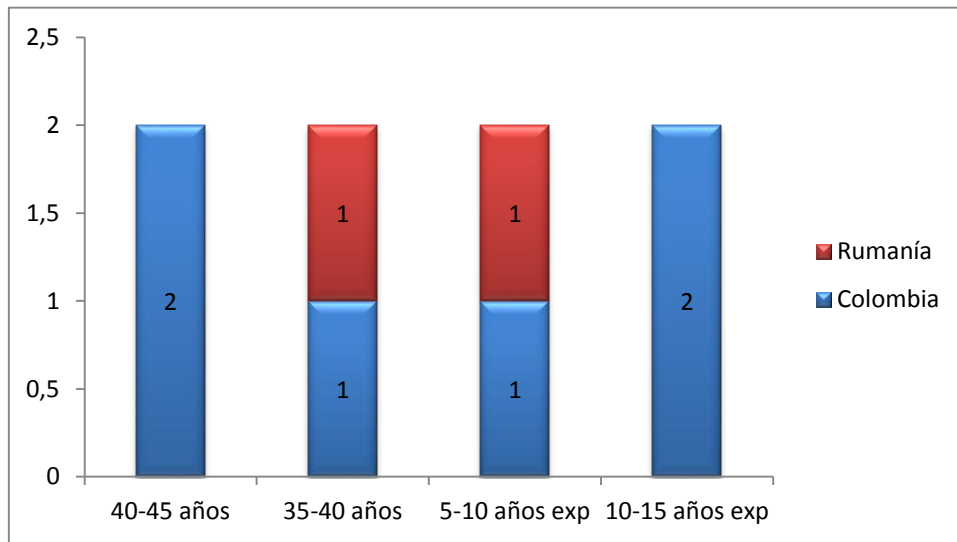


Figura 3.24. Características de los participantes en entrevista grupal cuidadoras

En la planificación de la entrevista grupal de familiares se consideró que debían ser familiares de personas mayores dependientes con experiencia en contratar a una cuidadora

extranjera para que cubriera las necesidades de ayuda de la persona mayor.

En esta entrevista participaron cinco personas, todas mujeres y con un largo camino en el cuidado a su anciano dependiente. Sus edades estaban comprendidas entre 45 y 70 años y su caracterización se puede observar en la figura 3.25.

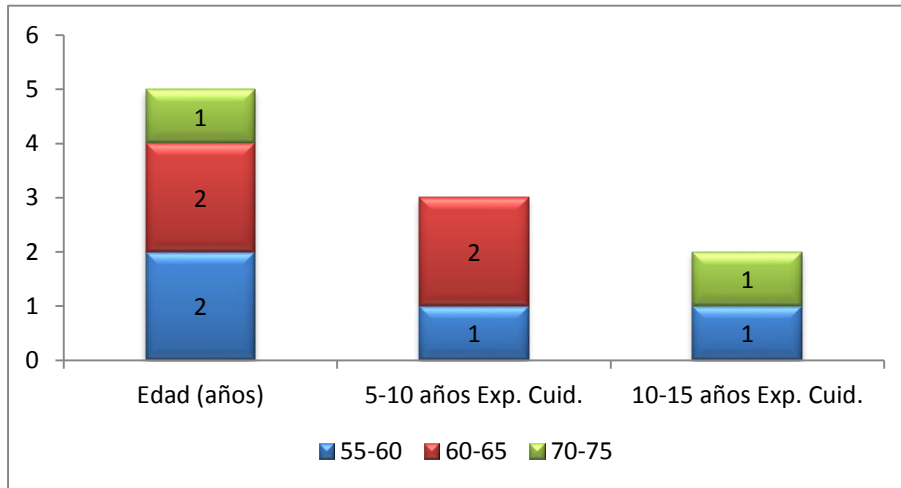


Figura 3.25. Características de los participantes en entrevista grupal familiares de PMD

En la entrevista grupal de enfermeras los criterios de inclusión fueron los mismos que para el grupo focal, que será presentado más adelante.

Como muestra la figura 3.26, la entrevista grupal se desarrolló con tres enfermeras que trabajaban en el ámbito de la atención primaria de salud y un enfermero que trabajaba en el servicio de urgencias. Las edades oscilaron entre los 35 y los 45 años, y el tiempo de experiencia como enfermeros era de más de diez años. Todos en el Servicio Canario de Salud y en Puerto del Rosario.

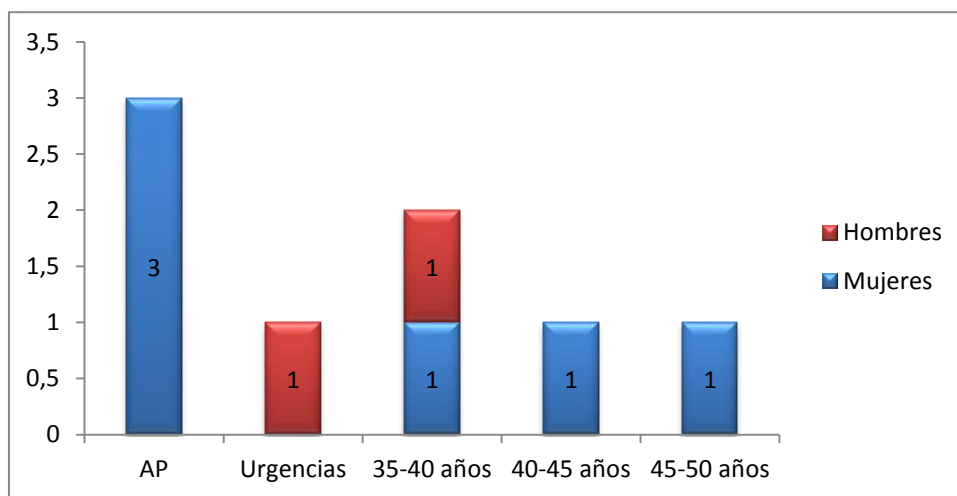


Figura 3.26. Características de los participantes en entrevista grupal de enfermeras

4.4. Participantes en el grupo focal

Los participantes en el grupo focal fueron siete enfermeras y un enfermero. Todos tenían experiencia en enfermería comunitaria, en el ámbito de la atención primaria de salud.

El atributo considerado como más importante para su participación en el estudio fue que hubieran tenido experiencia con cuidadoras extranjeras en algún momento de su labor profesional.

Tras confirmar este hecho así como su conformidad en la participación en la investigación mediante la firma del consentimiento informado, se constató que todos los participantes estaban en activo en el momento de la realización en este estudio, desarrollando su labor en APS en el Servicio Canario de Salud, excepto una participante que se acababa de jubilar.

La distribución geográfica donde estos profesionales han desempeñado su labor profesional corresponde a los municipios de Puerto del Rosario, Antigua y Betancuria, todos en la zona centro de la isla de Fuerteventura. Algunas de ellas también tenían experiencia laboral en otras islas.

Las características principales de las ocho participantes se recogen en la siguiente tabla.

Tabla 3.44. Caracterización atributos de los participantes en el grupo focal de enfermeras

Participante	Sexo	Edad (en años)	Experiencia con cuidadoras (en años)
GFE1	Hombre	45-50	8
GFE2	Mujer	45-50	25
GFE3	Mujer	60-65	10
GFE4	Mujer	65-70 (recién jubilada)	20
GFE5	Mujer	45-50	3
GFE6	Mujer	35.40	11
GFE7	Mujer	30-35	4
GFE7	Mujer	45-50	27

5. ESTRATEGIAS PARA LA PRODUCCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Siguiendo las indicaciones de Bazeley para asegurar una buena calidad en el análisis de los datos, se han tenido en cuenta la correcta realización de los dos pilares que fundamentan tal calidad, el diseño de investigación y la obtención de los datos (Bazeley, 2009).

Se llevaron a cabo los siguientes procedimientos de recogida y análisis de la información:

- Diseño y planificación del estudio
El diseño de la investigación consistió en todos los preliminares realizados antes del salto al campo o realización de las primeras entrevistas en profundidad. Incluyó la adaptación de la guía del MSN para la elaboración de los guiones de las entrevistas, abarcando también el contacto con los profesionales de la atención sociosanitaria que facilitaron los primeros contactos con las participantes en las entrevistas en profundidad.
- Realización de las entrevistas en profundidad
Previo contacto telefónico con las primeras participantes, el muestreo teórico llevado a cabo se compaginó con el de bola de nieve de la mano de algunas participantes. En algunas ocasiones la primera participante contactada presentó a otra persona en la misma situación para participar en el estudio.
- Transcripción, registro, codificación y análisis descriptivo-interpretativo de la información obtenida en las entrevistas en profundidad
Con el objetivo de optimizar el tiempo y la calidad del trabajo se intentó realizar la transcripción y primer análisis de la información obtenida tan pronto como fue posible y antes de la siguiente entrevista, aunque este aspecto no se pudo cumplir en todos los casos.
- Realización de las entrevistas auto-cumplimentadas
Tras las entrevistas en profundidad se procedió a la realización de las entrevistas auto-cumplimentadas.
- Transcripción, registro, codificación y análisis de la información obtenida en las entrevistas auto-cumplimentadas
Al igual que para las entrevistas en profundidad, se procuró su transcripción y vaciado de datos a medida que se fueron realizando.
- Realización de las entrevistas grupales
Tras los pasos anteriores se procedió a la realización de la entrevista grupal de cuidadoras, seguida de la de familiares y para terminar la de enfermeras.
- Análisis de las entrevistas grupales
La transcripción, registro y análisis de los datos obtenidos en cada una de las entrevistas grupales se realizó tras finalizar cada una de ellas y antes de realizar la siguiente.

– Realización grupo focal

Tras las técnicas anteriores, la última técnica de recogida de datos fue el grupo focal con enfermeras.

– Análisis grupo focal

Se llevó a cabo la transcripción, registro, codificación y análisis de la información obtenida en el mismo.

En este trabajo se han empleado los procedimientos de análisis conforme a las propuestas de fragmentación y articulación de la teoría fundamentada (Valles, 2000; Strauss & Corbin, 2002; Glaser & Strauss, 1999).

Todas las técnicas de obtención de información aquí empleadas, excepto las entrevistas auto-cumplimentadas, fueron grabadas con el permiso de los participantes, transcritas e importadas al software de análisis de datos cualitativos Nudist NVivo 10.0 en el que se procedió a la codificación, categorización y análisis de la información.

Estas fases se llevaron a cabo mediante el método de comparación constante (Glaser & Strauss, 1999; Strauss & Corbin, 2002; Valles, 2000).

En investigación cualitativa estos procedimientos no se llevan a cabo de manera lineal, aunque así sea necesario explicarlos, más bien la realización temporal de los diferentes procedimientos requiere un desarrollo en espiral donde se avanza y retrocede de forma continua.

5.1. Análisis de la información obtenida

La investigación cualitativa tiene un carácter artesanal que implica que cada una de las fases que la componen sea crucial para la realización de la misma, así como los conocimientos y características del propio investigador.

La fase de análisis de la información, sin desmerecer a las demás, es esencial para el tratamiento de los datos y la obtención de la información y conocimiento deseados. Este proceso permite expresar determinadamente los componentes que conforman la realidad estudiada, delinear las relaciones entre dichos componentes y sintetizar esta primera visión en un todo nuevo y organizado (Ruiz, 2003; Strauss & Corbin, 2002; Rodríguez et al., 1999).

La primera tarea tras cada una de las técnicas de recogida de datos consistió en la transcripción de las mismas, así como la reducción de los datos, pues la cantidad de información recogida era considerable. Al mismo tiempo se comenzó con el proceso de codificación, consistente en la identificación de los conceptos y el descubrimiento de las propiedades y

dimensiones de los datos (Strauss & Corbin, 2002).

Los criterios para organizar en primer lugar los datos que obtuvimos fueron los criterios temáticos presentes en el Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger (2006) y abordados en las diferentes técnicas de recogida de datos con las cuidadoras. Tras este proceso, se realizó un análisis sobre los elementos creados. Este tipo de análisis temático consistió en la identificación de aspectos como la frecuencia de aparición de los temas, la variación según los diferentes informantes y según los contextos, así como la interdependencia entre los elementos de los modelos detectados (Escalante, 2011). En momentos posteriores se añadió a este árbol inicial el contenido de la información obtenida en la entrevista grupal con las familiares de los receptores de cuidados.

El proceso de codificación no ha sido un proceso lineal, dada la forma en que se han ido recogiendo los datos y las diferentes fases del propio análisis. Aunque se ha hecho en un primer momento en base a las categorías temáticas preestablecidas anteriormente, se ha seguido durante el resto del proceso un criterio inductivo.

Tras la codificación y categorización, se realizó un proceso de análisis y agrupamiento seguido de la transformación de los datos, es decir, la expresión de los datos de una nueva forma (Rodríguez et al., 1999; Ruiz, 2003; Strauss & Corbin, 2002).

Para finalizar se obtuvieron los resultados y las conclusiones, mediante la contextualización y constatación de los hallazgos alcanzados con otros estudios, plasmando todo ello en un informe narrativo. Dicho informe se expone más adelante.

Proceso de construcción del árbol de categorías para el análisis del discurso de las cuidadoras y las familiares

La información proveniente de las entrevistas en profundidad fue la primera en ser analizada. Estos datos empíricos han constituido el punto de partida y eje principal de todo el proceso de análisis de nuestra investigación, a la que posteriormente fuimos añadiendo los datos obtenidos en el resto de las técnicas realizadas. De esta manera, y tras la transcripción y reducción de los datos, creamos las primeras grandes categorías de significado, representativas de las grandes áreas temáticas abordadas siguiendo el MSN. A partir de ahí, dentro de cada una de esas grandes categorías fueron emergiendo nuevas ramas del árbol categorial, provenientes del discurso de las entrevistadas. La figura 3.27 representa este primer punto de partida del proceso de análisis. Los primeros datos se organizaron en los dos grandes grupos temáticos que propone el MSN en su parte superior:

VALORACIÓN MSN		
Nombre	Referencias	
FACTORES INFLUYENTES EN EL CUIDADO	2930	
PRÁCTICAS, expresiones y patrones de CUIDADO	1025	

Figura 3.27. Primer árbol de nodos partiendo del MSN de Madeleine Leininger

En esta primera organización significativa la rama Factores Influyentes en el Cuidado fue organizada en base a la guía del MSN (figura 3.1), mientras que la rama Prácticas, Expresiones y Patrones de Cuidado tuvo una organización libre y emergente a partir del discurso de las cuidadoras, por lo que en esta primera fase descriptiva del análisis, quizá el poder acogernos a las temáticas planificadas en la teoría y abordadas en las entrevistas como punto de partida, pudo ayudar en la organización primera de los datos. Sin embargo, su indexación varió considerablemente a lo largo de todo el proceso como veremos a continuación.

Podemos ver en la figura 3.28 el despliegue de la indexación de los Factores Influyentes en el Cuidado según se proponen en la parte superior del MSN (figura 3.1) y cómo las unidades de significado correspondientes a las Prácticas, Expresiones y Patrones de Cuidado son nuevas, generadas en los discursos de las cuidadoras participantes.

VALORACIÓN MSN		
Nombre	Referencias	
FACTORES INFLUYENTES EN EL CUIDADO	2930	
Contexto medioambiental	836	
Dimensiones de la estructura social y cultural	1348	
Factores económicos	220	
Factores educacionales	247	
Factores político-legales	72	
Factores religiosos, espirituales, filosóficos	253	
Factores tecnológicos	59	
Parentesco y Relaciones Sociales	85	
Valores culturales, creencias, modos de vida	412	
Etnohistoria. Pequeña historia de vida	332	
Factores de cuidado genérico y profesional	154	
Idioma y comunicación	161	
Visión del mundo	99	
PRÁCTICAS, expresiones y patrones de CUIDADO	1025	
Cuidados de curación o tto de enfermedad	98	
Cuidados orientados a la vida	560	
Dificultades	240	
El caring	96	
Tareas extraordinarias	31	

Figura 3.28. Indexación de los Factores influyentes en el cuidado y Prácticas, expresiones y patrones de cuidado

En la realización de este análisis nos hemos encontrado con algunas dificultades, entre ellas, la fina línea que existe a la hora de diferenciar entre lo contextual y lo cultural. Una muestra

de ello es que dentro del contexto medioambiental existen actores como los empleadores, a menudo familiares de los receptores de cuidados, que actúan influidos por las circunstancias y el contexto, pero también por sus creencias y valores culturales, lo que ha dificultado la elección de la categoría más adecuada. Sin embargo, debemos añadir que esta dificultad se presentó solamente en la fase inicial del análisis descriptivo, pues en la fase del análisis más profundo, aquellos aspectos que parecían relacionarse se codificaron a más de un nodo con el fin de identificar aspectos relacionales y patrones. Además, tener en todo momento como referencia el marco conceptual y teórico ha sido crucial a la hora de organizar la información surgida en un modo coherente con los objetivos de esta investigación.

Una vez realizada esta primera codificación emergieron nuevas categorías que fueron añadiéndose a las ramas principales del árbol, de manera que el aspecto del árbol fue variando hasta quedar como se muestra en la figura 3.29.

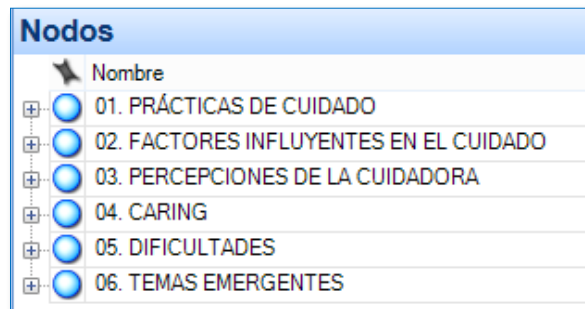


Figura 3.29. Grandes ramas del árbol de categorías definitivo

Estas grandes categorías finales se despliegan en un primer nivel de profundidad analítica de la forma que muestra la figura 3.30.

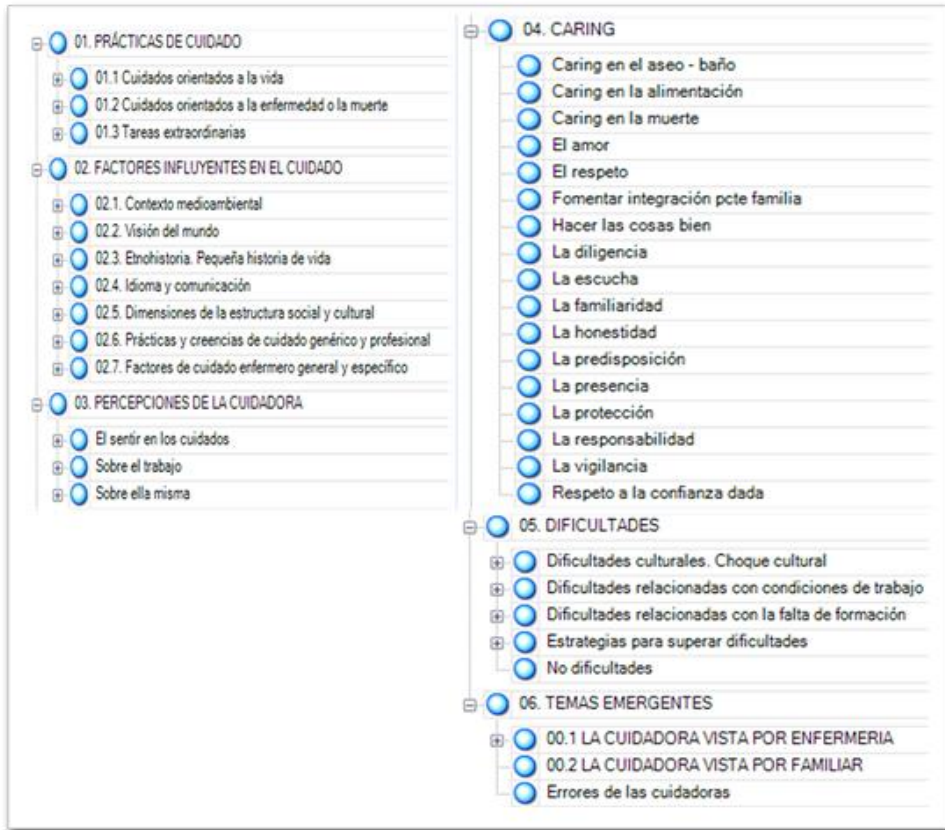


Figura 3.30. Ramas de primer nivel de categorías de significado del árbol definitivo

Como decíamos, el primer paso para llegar a esta categorización significativa final fue elaborar las grandes áreas temáticas presentadas en el MSN. Esto supuso la codificación de grandes trozos de texto procedentes de los datos gruesos de los discursos. Tras este primer paso realizamos una limpieza de los nodos consistente en una nueva reducción de los datos de manera que cada uno contuviera información específica de esa unidad de significado y a continuación se recodificó a tantos nodos como se consideró necesario en busca de hallazgos de relaciones internodales. Además, la codificación se realizó en diferentes niveles de profundidad, lo que permitió el avance del análisis desde la fase de descripción a las de análisis e interpretación. La fase descriptiva consistió en la organización jerárquica nodal y la analítica en el establecimiento de relaciones entre nodos.

A medida que se fueron añadiendo los datos procedentes del resto de las técnicas de recogida de información se fueron añadiendo a las categorías emergentes y a aquellas existentes que ampliaran y corroboraran la información obtenida de las entrevistas en profundidad.

Lo mismo ocurrió con la ofrecida en el grupo focal de enfermeras que, aunque se analizó independientemente del resto como veremos más adelante, los nodos resultantes se añadieron

o fundieron con los del árbol principal. A continuación, detallamos el procedimiento completo.

Tras la primera categorización a partir de las temáticas del MSN casi al mismo tiempo comenzó el proceso de análisis inductivo. A continuación, pasamos a definir los nodos en los que se ramifican cada una de las macro categorías identificadas:

La primera macro categoría es la identificada como PRÁCTICAS DE CUIDADO. Se recoge aquello que las cuidadoras han señalado en sus discursos acerca de las tareas que realizan en su trabajo de cuidados. Se ha seguido la inspiración de la clasificación de los cuidados propuesta por Collière (2009) en la que se distinguen los cuidados orientados a la vida y los cuidados orientados a la enfermedad o la muerte, pues consideramos una clasificación adecuada para unos cuidados intuitivos, familiares y naturales como son los ofrecidos por las cuidadoras inmigrantes, además de que no se encontró dicha clasificación en Leininger. Podemos ver en la figura 3.31 que también surgieron categorías como las tareas extraordinarias. Estos nodos son muy descriptivos, con ellos pretendemos contextualizar el sistema de cuidados que las cuidadoras han debido desarrollar en la atención a la PMD.

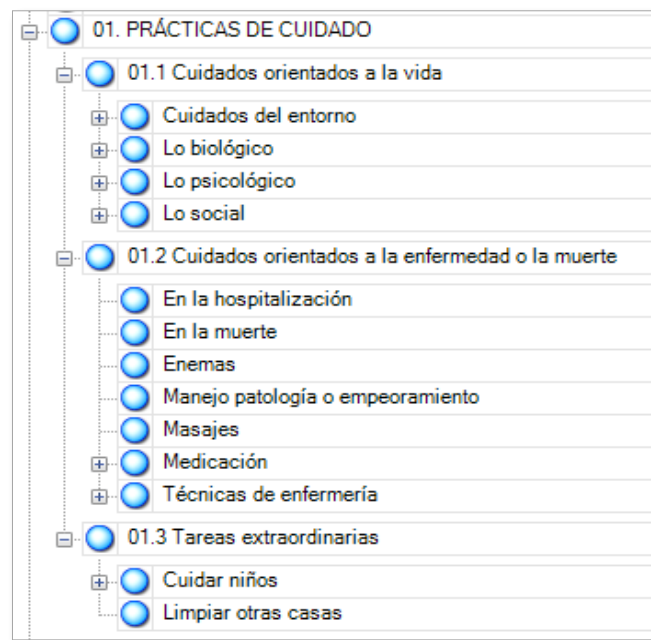


Figura 3.31. Categoría PRÁCTICAS DE CUIDADO

En la siguiente tabla presentamos la descripción de cada una de las categorías de significado obtenidas del discurso de las cuidadoras en lo referente a las actividades que realizan.

Tabla 3.45. Categoría PRÁCTICAS CUIDADO

Nodos (Categorías)	DESCRIPCIÓN
Cuidados orientados a la vida	Conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo. Son los relacionados con el bienestar y la prevención.
Cuidados del entorno	Conjunto de actos encaminados a mantener el entorno en unas condiciones saludables. Entre ellos el cuidado de la casa y la ropa, la compra y la elaboración de comidas y cuidados de plantas o jardín
Lo biológico	Aspectos relacionados con el cuidado a los aspectos físicos de la PMD. Cuidados o ayuda en relación a la alimentación, el aseo-baño, o la eliminación
Movimiento	Cuidados encaminados al movimiento y a la deambulación de la PMD en el domicilio.
Lo psicológico	Cuidados relacionados al bienestar psicológico de la PMD como ejercicios, juegos, conversación, entretenimiento, compañía...
Lo social	Cuidados o ayudas relacionados con las cuestiones sociales de la PMD tanto fuera como dentro del hogar
Cuidados orientados a la enfermedad o la muerte	Conjunto de actos encaminados a luchar contra la enfermedad y/o la muerte
En la hospitalización	Cuidados realizados a la PMD cuando ésta se encuentra hospitalizada y la cuidadora continúa su trabajo en el hospital.
En la muerte	Cuidados relacionados con el paciente terminal
Manejo patología o empeoramiento	Cuidados encaminados a afrontar la enfermedad
Medicación	Cuidados relacionados con el manejo de algún tipo de medicación ordenada médicamente
Aspectos culturales relacionados con la medicación	Aspectos derivados de la diferente concepción de funciones en relación a aspectos farmacológicos entre países
Técnicas de enfermería	Cuidados que requieren una formación específica enfermera y que son llevados a cabo por las cuidadoras
Tareas extraordinarias	Conjunto de actividades que no están encaminados a la salud o bienestar del paciente, sino que se le encargan de forma extraordinaria a la cuidadora por su situación de empleada en el domicilio
Cuidar niños	Cuidados de vigilancia, atención y entretenimiento a niños de la familia
Limpiar otras casas	Tareas domésticas que los empleadores ordenan realizar a la cuidadora en hogares ajenos al de residencia de la PMD a la que se cuida

La gran categoría FACTORES INFLUYENTES EN EL CUIDADO está compuesta a su vez por otras tantas grandes categorías proporcionadas por las áreas temáticas en el MSN, los aspectos incluidos en cada una de ellas fueron los que emergieron en los discursos de las cuidadoras. Vemos en la figura 3.32 el árbol de nodos clasificados en esta categoría.



Figura 3.32. Categoría FACTORES INFLUYENTES EN EL CUIDADO

En la tabla que aparece a continuación se muestra la descripción de cada uno de los nodos surgidos en los discursos de las cuidadoras referentes a la valoración del MSN.

Tabla 3.46. Categoría FACTORES INFLUYENTES EN EL CUIDADO

Nodos (Categorías)	DESCRIPCIÓN
Contexto medioambiental	Totalidad de un evento, situación o experiencia particular que da significado a expresiones, interpretaciones e interacciones sociales. Dentro de unos factores geofísicos, ecológicos, espirituales, sociopolíticos y tecnológicos particulares, en un escenario cultural específico (Leininger, 2006)
Cuidar como trabajo	Aspectos contextuales relacionados con lo que supone cuidar como un trabajo
Cuestiones laborales	Cuestiones relacionadas con lo laboral
Acuerdos, negociaciones	Carácter y contenido de las negociaciones realizadas entre contratante y cuidadora antes de comenzar a trabajar o en algún momento durante el trabajo
Eligiendo a la cuidadora	Aspectos relacionados con las preferencias de los empleadores a la hora de seleccionar una cuidadora u otra
La crisis	Opiniones recogidas por cualquier participante acerca de la influencia de la actual coyuntura de crisis económica en nuestro país sobre el trabajo de las cuidadoras
Motivos de perder el empleo	Cuestiones ofrecidas por cualquier tipo de participante acerca de los motivos por los cuales las cuidadoras suelen perder el empleo
La remuneración	Percepciones de las cuidadoras acerca de su remuneración por el trabajo de cuidados, así como opiniones del resto de participantes
Cuestiones legales	Aspectos relacionados con los factores más legales del trabajo como la seguridad social, la existencia o no del contrato.
Situación en el país	Factores relacionados con la situación legal o no en el país
Trampas contratantes	Consideraciones de las cuidadoras sobre aquellos aspectos ocultados a deliberadamente por los empleadores en el momento del acuerdo de las condiciones de trabajo
El tiempo	Aspectos relacionados con el horario que cumplen y con la importancia del tiempo de trabajo y libre en sus vidas
Experiencia previa de la cuidadora en el trabajo de cuidados	Aspectos relacionados con la experiencia previa de la cuidadora en el trabajo de cuidados a PMD
Modalidades de contrato	Los diferentes tipos de contrato y regímenes de trabajo que las cuidadoras desempeñan
El receptor de los cuidados	Caracterización de la PMD, necesidades de cuidado y aspectos relacionados con los cuidados
El sentir del paciente	Sentimientos del paciente en relación a su situación de dependencia y la cuidadora
Enfermera y paciente	Aspectos relacionados con la atención enfermera a la PMD
Necesidad de cuidados	Caracterización de los niveles de dependencia del receptor de cuidados
Relación cuidadora paciente	Caracterización de los aspectos relacionados con la relación que se establece entre la cuidadora y la PMD
Relación paciente familia	Caracterización de los aspectos relacionados con la relación que se establece entre los familiares y la PMD
Situación y condiciones del	Aspectos relevantes de las condiciones del domicilio en el que se

Tabla 3.46. Categoría FACTORES INFLUYENTES EN EL CUIDADO

Nodos (Categorías)	DESCRIPCIÓN
domicilio	desarrollan los cuidados
Los familiares	Aspectos relacionados con los familiares de la PMD
Decisiones del familiar	Aspectos relacionados con la gestión de la situación de dependencia, y necesidad de ayuda del anciano, por parte del familiar
El familiar está quemado	Conjunto de sentimientos y emociones que el familiar siente derivados de experiencias negativas con diferentes cuidadoras
La adaptación del familiar	Estrategias desarrolladas por el familiar de la PMD para adaptarse a la situación de dependencia y a la cuidadora extranjera
Relaciones cuidadora-familiares	Caracterización de los aspectos que ocurren en la relación entre la cuidadora y los familiares de la persona mayor cuida.
Testimonios familiares	Opiniones y experiencias de los familiares en relación a los cuidados a su PMD por parte de la cuidadora inmigrante
Visión del mundo	Modo en que la cuidadora ve y opina del mundo
Comparación país de origen con país de llegada	Aspectos comparativos entre países realizados por las cuidadoras en relación a la calidad de vida
Creencias apocalípticas	Visiones futuristas del mundo apoyadas en creencias y/o supersticiones
El mundo está mal en general	Visión del mundo negativa fundamentada en aspectos como la violencia o la pérdida de valores
Esperanza	Visión del mundo basada en la confianza en el ser humano para actuar bondadosamente
Etnohistoria	Hechos pasados, eventos, casos y experiencias de los seres humanos, grupos, culturas e instituciones que ocurren a lo largo del tiempo en contextos particulares y que pueden ayudar a explicar los modos de cuidado cultural, pasados y presentes, influyentes en la salud y bienestar o la muerte de las personas (Leininger, 2006)
Pequeña historia de vida	Relatos de las cuidadoras acerca de su nacimiento y primeros años de vida
La crianza	Relatos de las cuidadoras acerca de su experiencia de migración así como aspectos emocionales y sentimientos relacionados con dicha experiencia
La experiencia migratoria	Aspectos relacionados con el idioma, formas de expresarse, lenguaje verbal y no verbal de las cuidadoras
Idioma y comunicación	Conductas mediante las cuales las cuidadoras que han experimentado dificultades relacionadas con la comunicación entre cuidadoras y personas autóctonas, tanto en el ámbito personal como en el laboral
Estrategias problemas comunicación	Dificultades relacionadas con la comunicación entre cuidadoras y personas autóctonas, tanto en el ámbito personal como en el laboral
Problemas de comunicación	Forma en la que la cuidadora prefiere que se dirijan a ella el resto de las personas, así como la que ella prefiere dirigir a los demás
Trato que me gusta	Patrones dinámicos, holísticos e interrelacionados de las características estructuradas de una cultura o subcultura, tales como religión, parentesco, política, economía, educación, tecnología, valores culturales, filosofía, historia y lenguaje (Leininger, 2006)
Dimensiones de la estructura social y cultural	Significados, creencias y valores relacionados con lo económico y señalados como importantes para las cuidadoras y su trabajo de
Factores económicos	

Tabla 3.46. Categoría FACTORES INFLUYENTES EN EL CUIDADO

Nodos (Categorías)	DESCRIPCIÓN
	cuidados
Dinero necesario para la salud	Creencias sobre la relación directamente proporcional entre la economía y la salud de las personas
Valores en relación al Dinero	Valores y creencias acerca del dinero en general y en su trabajo en particular
Factores educacionales	Significados, creencias y valores relacionados con lo educacional para la realización de su trabajo
Nivel de estudios académicos	Nivel de estudios al que la cuidadora ha llegado
Estudios relacionados con su trabajo	Cualquier tipo de experiencia formativa, reglada o no, que ha realizado para aumentar conocimientos relacionados con su trabajo
Historias de formación	Experiencias y eventos vividos por las cuidadoras relacionados con la formación para su trabajo
Importancia de la formación	Percepciones de las cuidadoras acerca de la importancia de los conocimientos específicos en la realización de su trabajo
Necesidades de formación	Percepciones de las cuidadoras sobre los aspectos relacionados con el trabajo de cuidados y para los que necesitan o carecen de formación
Factores político-legales	Aspectos legales que tienen relación e influencia en el cuidado, como los recursos según la ley de dependencia
Recursos sociosanitarios	Aspectos relacionados con los recursos con los que la PMD cuenta y la influencia de ello en el cuidado
El anciano y los recursos	Significados y percepciones de la cuidadora acerca del acceso, o no, de la PMD a los diferentes recursos ofrecidos en la ley de dependencia
Ideas políticas	Percepciones personales de la cuidadora sobre aspectos políticos en general
Factores religiosos, espirituales, filosóficos	Creencias relacionadas con la religión o la espiritualidad y su posible influencia en la vida de la cuidadora y en su forma de entender o realizar el cuidado.
Consejos para mí	Consejos que las cuidadoras ofrecen a la investigadora
Costumbres religiosas	Tradiciones y rituales religiosos que las cuidadoras realizan
Diferentes iglesias	Cada una de las iglesias donde las cuidadoras profesan sus creencias religiosas
Espiritualidad	Significados, creencias y valores de las cuidadoras en relación a la espiritualidad o trascendencia del ser humano
Estar al servicio	Aspectos de relación entre el cuidado, la ayuda y la atención a otros y la visión espiritual de la existencia
Fe, salud, cuidado...	Aspectos de relación entre lo religioso, la salud y el cuidado a las personas
Apocalipsis y fe	Relaciones halladas entre las ideas apocalípticas del fin de los tiempos y aspectos religiosos
La fe aquí	Percepciones de las cuidadoras sobre aspectos religiosos en el país de llegada
La fe en la vida	Aspectos relacionados sobre la religión y las creencias que influyen en aspectos vitales como las decisiones
Factores sociales y de parentesco	Aspectos relacionados con el entorno familiar de la cuidadora y su influencia en el cuidado que presta

Tabla 3.46. Categoría FACTORES INFLUYENTES EN EL CUIDADO

Nodos (Categorías)	DESCRIPCIÓN
El cuidado en su familia	Aspectos sobre la historia, las percepciones, los significados y creencias del cuidado en el entorno familiar de la cuidadora
Factores tecnológicos	Percepciones de las cuidadoras acerca de la tecnología y su influencia en su modo de cuidar y en su vida
Comparación antes y ahora	Percepciones de las cuidadoras acerca de la tecnología en los diferentes momentos de la historia
Injusticias en el acceso	Percepciones acerca de la relación entre la democracia tecnológica y la justicia social
Opinión y uso de la tecnología en mi trabajo	Aspectos relacionados con las percepciones sobre la tecnología y su utilización o no en el trabajo de cuidados
Valores culturales, creencias, modos de vida	Influencia de la cultura, de las costumbres, percepciones de la cuidadora así como los valores relacionados con las personas mayores en su cuidado
Género y cuidado	Percepciones de las cuidadoras en la relación género y cuidado
La seguridad ciudadana	Percepciones y experiencias de las cuidadoras en relación a la seguridad ciudadana
Su concepción de la enfermedad	Creencias, significados y percepciones de las cuidadoras acerca de la enfermedad
Enfermedad igual a desestabilización orgánica	Percepciones acerca de las dimensiones fisiológicas de la enfermedad
Enfermedad igual a diabetes, cáncer...	Percepciones acerca de las dimensiones médicas de la enfermedad
Enfermedad igual a estar triste	Percepciones acerca de las dimensiones emocionales de la enfermedad
Enfermedad igual a no ir por el camino correcto	Percepciones acerca de las dimensiones espirituales de la enfermedad
Enfermedad igual a no poder desarrollarse	Percepciones acerca de las dimensiones de desarrollo personal de la enfermedad
Enfermedad igual a no tener ánimos	Percepciones acerca de las dimensiones funcionales de la enfermedad
Enfermedad igual a no tener salud	Percepciones acerca de las dimensiones de bienestar de la enfermedad
Su concepción de la salud	Creencias, significados y percepciones de las cuidadoras acerca de la salud
Salud del cuerpo, mente y espíritu	Percepciones acerca de las interacciones entre lo físico, lo psicológico y lo espiritual y su relación con la salud
Salud igual a estar bien	Percepciones acerca de las dimensiones de bienestar de la salud
Salud igual a no tener molestias	Percepciones acerca de las dimensiones del dolor en relación a la salud
Salud igual a poder vivir la vida	Percepciones acerca de las dimensiones funcionales de la salud
Salud ligada a la higiene	Percepciones acerca de las dimensiones higiénicas de la salud
Un buen cuidado	Creencias, significados y percepciones de las cuidadoras acerca de un cuidado correcto, beneficioso y seguro para la PMD
Acompañamiento	Característica del cuidado consistente en dedicar tiempo a estar con el receptor de los cuidados
Aliviarle	Característica del cuidado consistente en preocuparse por disminuir o mitigar las enfermedades, las fatigas del cuerpo o las aflicciones

Tabla 3.46. Categoría FACTORES INFLUYENTES EN EL CUIDADO

Nodos (Categorías)	DESCRIPCIÓN
	del ánimo del receptor de los cuidados
Conversar	Característica del cuidado consistente en dedicar tiempo a hablar con el receptor de cuidados
Cualidades de la cuidadora	Características, actitudes y conocimientos que caracterizan a una buena cuidadora
Cuidadora formada, experimentada	Aspectos que caracterizan a una buena cuidadora basados en el valor de los conocimientos y la experiencia
El amor	Característica del cuidado consistente en ser capaz de sentir y demostrar en sus acciones de cuidado amor por la persona que se cuida
El respeto	Característica del cuidado consistente en observar una actitud de miramiento, consideración, deferencia hacia el receptor de cuidados
Interés por aprender	Características y actitudes mostradas por la cuidadora consistentes en querer aumentar y aplicar nuevos conocimientos al cuidar de una PMD
La atención	Característica del cuidado consistente en tener en cuenta y consideración por el receptor de cuidados
La fortaleza	Características y actitudes mostradas por la cuidadora consistentes en mostrar fuerza, sobre todo de ánimo, para enfrentar los aspectos más difíciles del trabajo de cuidados
La limpieza	Características y actitudes mostradas por la cuidadora consistentes en valorar la importancia de un entorno limpio para el bienestar de las personas
La paciencia	Característica del cuidado consistente en la facultad de adaptarse al tiempo o la capacidad de padecer o soportar algo sin alterarse
La prevención	Acciones de cuidado encaminadas a la prevención de complicaciones de salud en el paciente y que suelen ser resultado de otras características de un buen cuidado como la profesionalidad, la responsabilidad, la solidaridad...etc.
La profesionalidad	Características y actitudes mostradas por la cuidadora consistentes en realizar su trabajo con relevante capacidad y aplicación
La responsabilidad	Características y actitudes mostradas por la cuidadora consistentes en realizar su trabajo con cuidado y atención en sus actos y sus decisiones
La solidaridad	Característica del cuidado consistente en la adhesión al receptor de cuidados necesitado de ayuda
La tolerancia	Característica del cuidado consistente en sufrir o llevar con paciencia aquellos aspectos del cuidado a la PMD más difíciles
La vocación	Característica del cuidado consistente en la natural inclinación hacia el trabajo de cuidados
Saber adaptarse	Características y actitudes mostradas por la cuidadora que le permiten acomodarse, avenirse a diversas circunstancias, condiciones del trabajo de cuidados
Saber llevar al familiar	Características y actitudes mostradas por la cuidadora consistentes en tratar al familiar del receptor de cuidados de tal manera que se eviten enfrentamientos o conflictos
Saber llevar al paciente	Características y actitudes mostradas por la cuidadora consistentes en tratar al receptor de cuidados de tal manera que se eviten

Tabla 3.46. Categoría FACTORES INFLUYENTES EN EL CUIDADO

Nodos (Categorías)	DESCRIPCIÓN
	enfrentamientos o conflictos
Una buena comunicación	Característica del cuidado consistente en un buen intercambio de información entre cuidadora y receptor de cuidados
Vigilancia, estar pendiente	Característica del cuidado consistente en poner cuidado y atención exacta en la persona receptora de cuidados
Un mal cuidado	Creencias, significados y percepciones de las cuidadoras acerca de un cuidado perjudicial para la PMD
Descuidar tratamiento dietético	Características y actitudes mostradas por la cuidadora consistentes en no realizar las modificaciones dietéticas necesarias en el tratamiento del paciente
Maltrato	Características y actitudes mostradas por la cuidadora consistentes en tratar mal al receptor de cuidados de palabra u obra
No realizar los cuidados necesarios	La cuidadora no omite gran parte de los cuidados requeridos por el receptor de los cuidados
Tratar a mayores como a niños	Características y actitudes mostradas por la cuidadora consistentes en
Valores y mayores	Percepciones, creencias y significados de las cuidadoras inmigrantes sobre las personas mayores en general
Factores de cuidado enfermero general y específico	Conocimiento y prácticas de cuidado profesional formal y explícito aprendido cognitivamente, obtenido generalmente a través de instituciones educativas. Se enseñan a enfermeras y otros profesionales, para proveer acciones de soporte, asistencia, facilitadoras o habilitadoras a individuos o grupos con el fin de aumentar su salud, prevenir la enfermedad, ayudar en la muerte u otras condiciones humanas (Leininger, 2006), y su influencia en el cuidado a las PMD realizado por las cuidadoras
Apoyo enfermería	Experiencias, percepciones y creencias de las cuidadoras acerca del apoyo que han recibido, o no, por parte de las enfermeras para el desarrollo de su trabajo de cuidados
Apoyo enfermero que necesito	Percepciones de las necesidades de las cuidadoras respecto a enfermería para desarrollar su trabajo de cuidados
Sistema de salud en su país	Aspectos comparativos en relación a la atención enfermera entre el país de origen de la cuidadora y el sistema sanitario español
Trato enfermeras	Percepciones de las cuidadoras sobre experiencias personales vividas en sus interacciones con enfermería
Prácticas y creencias de cuidado genérico y profesional	Prácticas y actitudes de las cuidadoras ante los cuidados profesional y genérico, popular o laico
Cuidados genéricos	Conocimiento y prácticas folk, locales, tradicionales, indígenas, laicas, transmitidas y aprendidas, para proveer asistencia, soporte y apoyo a otras personas con necesidades reales o potenciales, para mejorar el bienestar o ayudar en la muerte u otras condiciones humanas (Leininger, 2002; 2006).
Remedios populares	Aquello que sirve para producir un cambio favorable en las enfermedades utilizados tradicionalmente sin necesidad de la intervención médica
Remedios para mi paciente	Remedios populares que la cuidadora aplica a su receptor de cuidados
Remedios para mi uso	Remedios populares que la cuidadora conoce pero que solo utiliza

Tabla 3.46. Categoría FACTORES INFLUYENTES EN EL CUIDADO

Nodos (Categorías)	DESCRIPCIÓN
Cuidados profesionales	para uso propio Conocimiento y prácticas de cuidado profesional formal y explícito aprendido cognitivamente, obtenido generalmente a través de instituciones educativas. Se enseñan a profesionales para proveer acciones de soporte, asistencia, facilitadoras o habilitadoras a individuos o grupos con el fin de aumentar su salud, prevenir la enfermedad, ayudar en la muerte u otras condiciones humanas (Leininger, 2006)
Instituciones sanitarias	Experiencias que las cuidadoras han vivido en instituciones sanitarias a causa de su receptor de cuidados
Maltrato a los mayores	Características y actitudes mostradas en ambientes profesionales de cuidados consistentes en tratar mal al receptor de cuidados de palabra u obra
Opinión de los profesionales sociosanitarios	Percepciones de las cuidadoras sobre los profesionales de las instituciones sociosanitarias basadas en sus propias experiencias
Quejas o sugerencias de los profesionales	Manifestaciones de disconformidad de las cuidadoras con los profesionales de las instituciones sociosanitarias derivadas de sus experiencias en estos lugares
Vivencias con profesionales	Experiencias relatadas por las cuidadoras sobre sus relaciones con profesionales de la salud, no enfermeras

En la siguiente macro categoría presentamos las percepciones, emociones y sentimientos de la cuidadora en relación con el trabajo que realiza. Como ser humano que es, desarrollando una labor humana, nos interesa conocer cómo influye el trabajo de cuidados en sus emociones y viceversa, si su mundo emocional influye en cómo cuida de su receptor de cuidados. Este árbol lo presentamos en la siguiente figura.

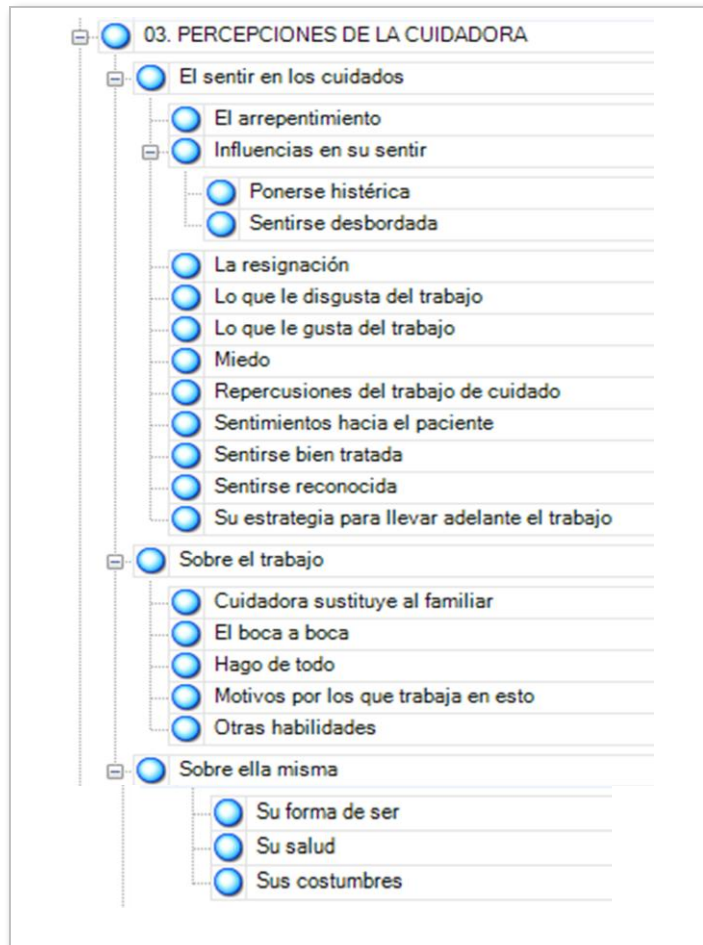


Figura 3.33. Categoría PERCEPCIONES DE LA CUIDADORA

Como hemos visto, el análisis descriptivo de los factores influyentes en el cuidado ha permitido la construcción del árbol principal de categorías de significado, lo que ha permitido entrar de lleno en el análisis interpretativo del discurso de las cuidadoras, pues ya se han podido detectar algunas relaciones entre categorías de significado y sospechas de otras que puedan surgir, así como la detección de patrones

A continuación, en la tabla 3.47 desarrollamos el significado de las categorías presentadas en la figura anterior.

Tabla 3.47. Categoría PERCEPCIONES DE LA CUIDADORA

Nodos (Categorías)	DESCRIPCIÓN
Percepciones de la cuidadora	Percepciones, emociones y sentimientos de la cuidadora en relación con el trabajo de cuidados que realiza
El sentir en los cuidados	Sentimientos surgidos en relación al trabajo en general
El arrepentimiento	Sentimiento de pesar o dolor interior que molesta y fatiga el ánimo en relación a acciones relacionadas con el trabajo de cuidados desempeñado
Ponerse histérica	Estado de nerviosismo experimentado por la cuidadora durante su trabajo de cuidados
Sentirse desbordada	Estado de impotencia experimentado por la cuidadora durante su trabajo de cuidados como consecuencia de la situación y/o la carga de cuidados
La resignación	Conformidad, tolerancia y paciencia en las adversidades relacionadas con el trabajo de cuidados
Lo que le disgusta del trabajo	Sensaciones agradables o positivas de la cuidadora en relación a aspectos inherentes al desarrollo de su trabajo de cuidados
Lo que le gusta del trabajo	Sensaciones desagradables o negativas de la cuidadora en relación aspectos inherentes al desarrollo de su trabajo de cuidados
Miedo	Perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario relacionado con aspectos inherentes al desarrollo de su trabajo de cuidados
Repercusiones del trabajo de cuidado	Efectos del trabajo de cuidados en el ánimo y/o emociones de la cuidadora
Sentimientos hacia el paciente	Estado afectivo del ánimo producido por la relación estrecha y continuada con el receptor de los cuidados
Sentirse bien tratada	Sensaciones producidas en la cuidadora en consecuencia al buen trato recibido por su receptor de cuidados o por los familiares de este
Sentirse reconocida	Sensaciones producidas en la cuidadora a consecuencia de la percepción de valoración por parte del receptor de los cuidados o por los familiares de este
Estrategias para llevar adelante el trabajo	Conductas desarrolladas por la cuidadora para hacer frente a los aspectos más negativos o conflictivos de su trabajo de cuidados
Sobre el trabajo	Percepciones y significados de la cuidadora fruto de sus experiencias en el trabajo de cuidados
Cuidadora sustituye al familiar	Percepción de la función de sustitución de las responsabilidades familiares en relación al receptor de los cuidados por parte de la cuidadora, generalmente no elegida por ella, sino impuesta por las circunstancias

Tabla 3.47. Categoría PERCEPCIONES DE LA CUIDADORA

Nodos (Categorías)	DESCRIPCIÓN
El boca a boca	Percepción de que el modo de contratar a las cuidadoras inmigrantes son las opiniones más o menos positivas de otros receptores o sus familiares
Hago de todo	Percepción de la cuidadora de que las funciones que se le encargan exceden el cuidado a la PMD
Motivos por los que trabaja en esto	Razones esgrimidas por las cuidadoras para la elección de este tipo de trabajo
Sobre ella misma	Confesiones de las cuidadoras no solicitadas, acerca de diferentes aspectos de su personalidad, estado de salud o costumbres
Su forma de ser	Explicación de la percepción y concepto que tiene la cuidadora sobre sí misma
Su salud	Percepciones de la cuidadora sobre su propia salud
Sus costumbres	Explicación de la percepción y concepto que tiene la cuidadora sobre sí misma

La siguiente gran categoría es la denominada CARING. En la figura expuesta a continuación se presenta la organización nodal de esta rama,

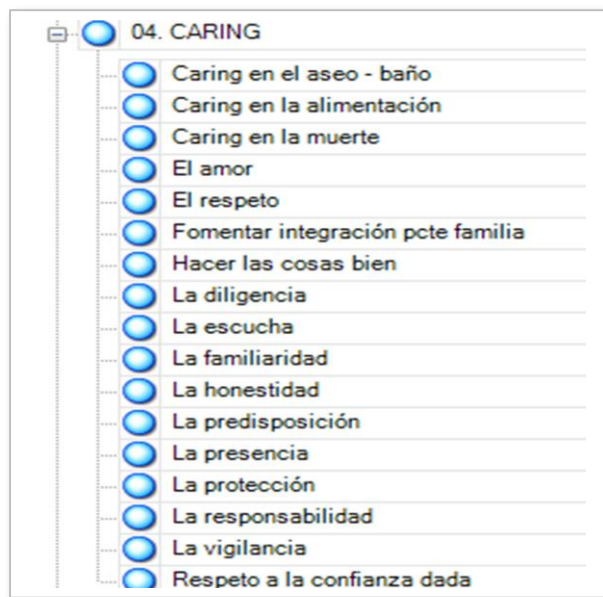


Figura 3.34. Categoría CARING

A continuación se detalla la descripción de las categorías emergentes presentadas en la figura 3.34.

Tabla 3.48. Categoría CARING

Nodos (Categorías)	DESCRIPCIÓN
Caring	Acciones, actividades, actitudes y prácticas dirigidas hacia la asistencia, el soporte o la habilitación de otro individuo o grupo con necesidad de aliviar, sanar o mejorar una condición o estilo de vida, o afrontar la muerte o la discapacidad (Leininger, 2002; 2006).
Caring en el aseo - baño	Actitudes y prácticas de cuidado mostradas y realizadas por la cuidadora para aumentar el bienestar del receptor de los cuidados en relación a aspectos relacionados con el aseo y el baño
Caring en la alimentación	Actitudes y prácticas de cuidado mostradas y realizadas por la cuidadora para aumentar el bienestar del receptor de los cuidados en relación a aspectos relacionados con la alimentación
Caring en la muerte	Actitudes y prácticas de cuidado mostradas y realizadas por la cuidadora para aumentar el bienestar del receptor de los cuidados en relación a aspectos relacionados con el afrontamiento de la muerte
El amor	Percepciones, creencias de la cuidadora acerca de la relación existente entre el amor y un buen cuidado
El respeto	Actitud de miramiento, consideración, deferencia mostrada por la cuidadora en relación a su trabajo de cuidados
Fomentar integración paciente familia	Actitudes y prácticas de cuidado mostradas y realizadas por la cuidadora para aumentar el bienestar del receptor de los cuidados en sus relaciones con sus familiares
Hacer las cosas bien	Actitudes y prácticas de cuidado mostradas y realizadas por la cuidadora y que entran en su concepción de un buen cuidado
La diligencia	Actitud que influye en el modo en que la cuidadora realiza su trabajo de cuidados caracterizado por la dilección o la voluntad honesta y amor reflexivo
La escucha	Actitud que influye en el modo en que la cuidadora realiza su trabajo de cuidados caracterizado por la escucha con interés y cariño por lo que el receptor de los cuidados quiere contar a la cuidadora
La familiaridad	Actitud que influye en el modo en que la cuidadora realiza su trabajo de cuidados caracterizado por proporcionar al receptor de cuidados la sensación de intimidad y cariño familiar
La honestidad	Actitud relacionada con la rectitud de ánimo, integridad en el obrar mostrado por la cuidadora en su trabajo de cuidados
La predisposición	Actitud mostrada en la forma de preparar o disponer anticipadamente los cuidados a la PMD con el ánimo de anticiparse a sus necesidades
La presencia	Valor de la sola presencia física de la cuidadora al lado del receptor de cuidados para contribuir a su bienestar
La protección	Actos de asistencia, apoyo y facilitación para ayudar al receptor de los cuidados para mantener el bienestar y la salud y prevenir actos destructivos o dañinos hacia uno mismo o otros (Leininger, 2011)

Tabla 3.48. Categoría CARING

Nodos (Categorías)	DESCRIPCIÓN
La responsabilidad	Actitud mostrada por la cuidadora relacionada con poner cuidado y atención en las acciones de cuidado que realiza
La vigilancia	Actitud mostrada por la cuidadora relacionada con poner cuidado y atención exacta en la persona receptora de cuidados
Respeto a la confianza dada	Actitud de miramiento, consideración, deferencia mostrada por la cuidadora en relación a la confianza depositada en ella por parte de los empleadores y del receptor de los cuidados

Otro nuevo aspecto del análisis interpretativo se produce en las dificultades que las cuidadoras experimentan en el desarrollo de su trabajo de cuidados, así como los aspectos o dimensiones relacionados con tales dificultades. Como se puede observar en la figura 3.35, después de este análisis relacional inter categorial, se detectan los patrones subyacentes que facilitan el afrontamiento de tales dificultades.

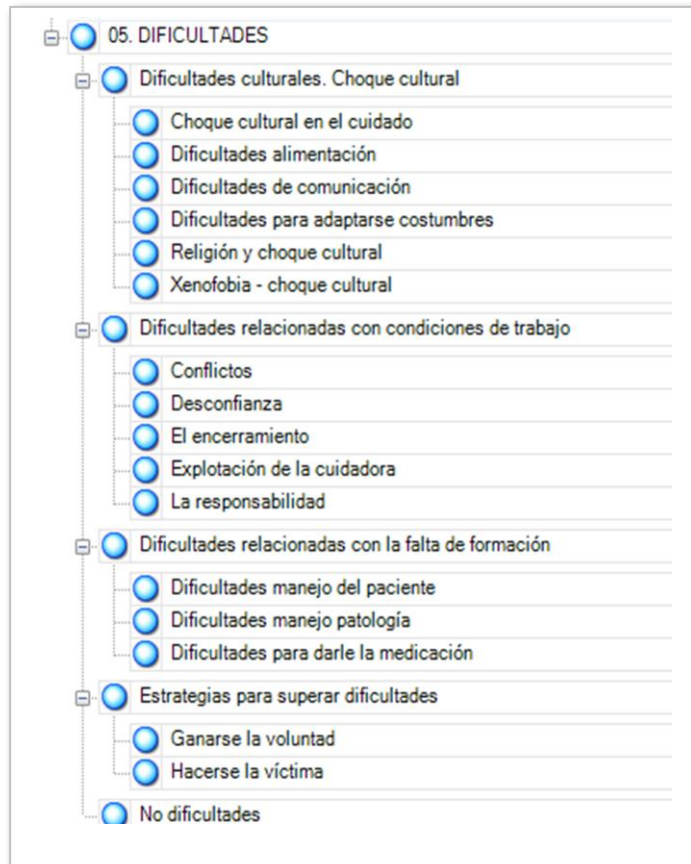


Figura 3.35. Categoría DIFICULTADES

A continuación, en la tabla 3.49, la explicación de tales nodos.

Tabla 3.49. Categoría DIFICULTADES

Nodos (Categorías)	DESCRIPCIÓN
Dificultades	Embarazo, inconveniente, oposición o contrariedad que impide conseguir, ejecutar o entender bien algo y pronto (RAE, 2012) y está relacionado con el trabajo de cuidados que realiza la cuidadora
Dificultades a causa del choque cultural	Muestras de desorientación o imposibilidad para responder adecuadamente a otra persona o situación, porque las formas de vida son extrañas y desconocidas (Leininger, 2002). En este caso sentidos por la cuidadora en su atención al receptor de los cuidados
Choque cultural en el cuidado	Signos de estrés, preocupación, o prácticas de cuidado no útiles que fallan en atender a las expectativas, creencias, valores y modos de vida culturales de los receptores de cuidados (Leininger, 1995; 2002)
Dificultades alimentación	Signos de estrés, preocupación, o prácticas de cuidado no útiles que fallan en atender a las expectativas, creencias, valores y modos de vida culturales de los receptores de cuidados en relación a aspectos relacionados con la alimentación
Dificultades de comunicación	Signos de estrés, preocupación, o prácticas de cuidado no útiles que fallan en atender a las expectativas, creencias, valores y modos de vida culturales de los receptores de cuidados en relación a aspectos relacionados con la comunicación
Dificultades para adaptarse costumbres	Signos de estrés, preocupación en relación a la imposibilidad de adaptación de la cuidadora a las costumbres del receptor de los cuidados
Religión y choque cultural	Signos de estrés, preocupación de las cuidadoras en relación a sus creencias religiosas
Xenofobia - choque cultural	Signos de estrés, preocupación de las cuidadoras en relación a muestras de racismo por parte de otras personas
Dificultades relacionadas con condiciones de trabajo	Embarazo, inconveniente, oposición o contrariedad que impide conseguir, ejecutar o entender bien aspectos relacionados con el trabajo de cuidados
Conflictos	Problema, apuro, situación desgraciada y de difícil salida o materia de discusión (RAE, 2012) relacionado con el trabajo de cuidados realizado por la cuidadora
Desconfianza	Signos de falta de confianza por parte de empleadores o receptor de cuidados y que es vivida negativamente por la cuidadora
El encerramiento	Signos de estrés y preocupación sufridos por las cuidadoras en régimen de interna ante la sensación de clausura en su trabajo
Explotación de la cuidadora	Signos de estrés o preocupación por parte de las cuidadoras ante la percepción de la utilización en provecho propio, por lo general de un modo abusivo, de sus cualidades o sentimientos por parte del empleador, el familiar o el receptor de los cuidados
La responsabilidad	Signos de estrés y preocupación por parte de las cuidadoras ante la responsabilidad de tener a su cargo la salud y el bienestar de una PMD sin el apoyo de familiares o empleadores
Dificultades relacionadas con	Embarazo, inconveniente, oposición o contrariedad que impide

Tabla 3.49. Categoría DIFICULTADES

Nodos (Categorías)	DESCRIPCIÓN
la falta de formación	conseguir, ejecutar o entender bien aspectos relacionados con el trabajo de cuidados como consecuencia de la falta de formación específica para llevarlos a cabo
Dificultades manejo del paciente	Embarazo, inconveniente, oposición o contrariedad que impide conseguir, ejecutar o entender bien aspectos relacionados con el manejo del receptor de los cuidados en función de sus características
Dificultades manejo patología	Embarazo, inconveniente, oposición o contrariedad que impide conseguir, ejecutar o entender bien aspectos relacionados con el manejo del receptor de los cuidados en función de la patología que presente
Dificultades para darle la medicación	Embarazo, inconveniente, oposición o contrariedad que impide conseguir, ejecutar o entender bien aspectos relacionados con los cuidados farmacológicos del receptor de los cuidados
Estrategias para superar dificultades	Arte, traza para dirigir el afrontamiento de las dificultades ocasionadas por el trabajo de cuidados por parte de las cuidadoras
Ganarse la voluntad	Conjunto de acciones, actos y actitudes encaminados a conseguir ganarse la confianza por parte de empleadores y/o receptor de cuidados
Hacerse la víctima	Conjunto de acciones, actos y actitudes encaminados a conseguir ganarse la compasión de empleadores y/o receptor de cuidados
Alianzas	Actos de unión de la cuidadora junto con el receptor de los cuidados o con familiares y/o empleadores para conseguir que la cuidadora se mantenga en su puesto laboral
No dificultades	Ausencia de cualquier tipo de embarazo, inconveniente, oposición o contrariedad experimentado por la cuidadora en su trabajo

Finalizamos este árbol con la gran categoría TEMAS EMERGENTES, compuesta por los aspectos que surgieron en las diferentes técnicas de recogida de datos en las que intervinieron las enfermeras y las familiares de los receptores de cuidados (figura 3.36). Corresponde a una fase más analítica de los datos empíricos, pues se desarrolla después de los nodos PRÁCTICAS DE CUIDADO y FACTORES INFLUYENTES EN EL CUIDADO. Mientras que estos nodos son creados a partir de los discursos de las cuidadoras, estos dos grandes nodos, LA CUIDADORA VISTA POR ENFERMERIA y LA CUIDADORA VISTA POR FAMILIAR, surgen de las aportaciones de las enfermeras y de los familiares de las PMD receptoras de cuidados.

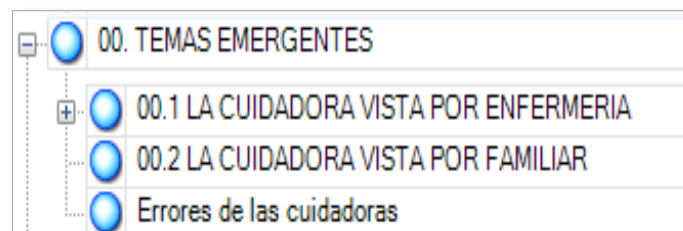


Figura 3.36. Categoría: TEMAS EMERGENTES

En la siguiente tabla se presenta la descripción de estas categorías.

Tabla 3.50. Categoría TEMAS EMERGENTES

Nodos (Categorías)	DESCRIPCIÓN
Cuidadora vista por la enfermera	Opinión personal que las enfermeras tienen acerca de las cuidadoras y su trabajo.
Cuidadora vista por familiar	Opinión personal que las familiares tienen acerca de las cuidadoras y su trabajo.
Errores cuidadoras	Aspectos confusos en el discurso de las cuidadoras provenientes de algún tipo de desconocimiento en su discurso.

Proceso de construcción del árbol de categorías para el análisis del grupo focal

Tras la realización de la técnica se realizó la transcripción de los discursos de los participantes, y una primera codificación con las categorías surgidas seguida de una segunda fase de codificación que dio lugar al árbol de categorías o nodos ramificados final. El punto de partida del análisis consistió en esa primera categorización y la creación de los primeros nodos libres, obtenidos a partir de las temáticas propuestas en el desarrollo del grupo. Estas primeras categorías procedieron de la primera fase del desarrollo del grupo en la que los participantes hicieron una ronda de presentación y una primera aproximación narrativa a las experiencias vividas con cuidadoras inmigrantes en su ámbito profesional. Estas grandes categorías se presentan en la figura que se muestra a continuación.

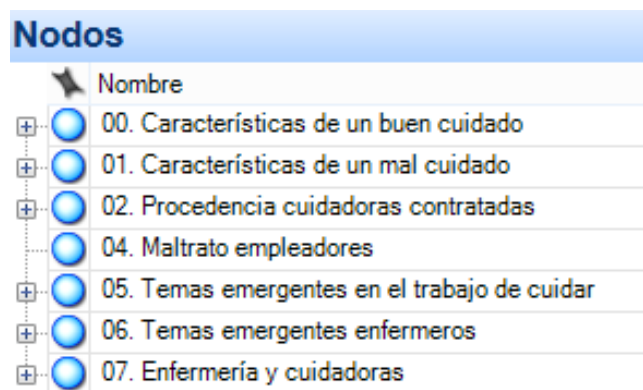


Figura 3.37. Grandes temas grupo focal

A partir de estas grandes categorías, la profundización en el análisis permitió la organización de las sub-categorías o ramificaciones del árbol.

00. Características de un buen cuidado	18
001. Cuidar bien de su receptor de cuidados	17
002. Aprender y aplicar lo aprendido	4
003. Comunicarse con la enfermera de referencia	3
004. El cariño vs los conocimientos	13
01. Características de un mal cuidado	11
010. Trato brusco o inadecuado	3
011. Irresponsabilidad en el trabajo	9
02. Procedencia cuidadoras contratadas	9
020. Sudamericanas	10
021. Marroquíes	2
04. Maltrato empleadores	8
05. Temas emergentes en el trabajo de cuidar	53
050. Robos	1
051. Engaños en la compra	1
052. Cuidadora busca familiar que le sustituya	4
053. Despiden a la cuidadora y contratan a un familiar	5
054. Condiciones laborales	7
055. Cuidar bien por no dejar el trabajo	3
056. La importancia del período de adaptación	17
057. Contratar por el boca a boca	5
058. Intento de implicar al mayor en su familia	2
059. Cuidadora cumple funciones de familiar	7
06. Temas emergentes enfermeros	8
060. Cuidados enfermeros irrespetuosos	3
061. Las visitas enfermeras a domicilio	13
07. Enfermería y cuidadoras	26
070. Enfermería ante un mal cuidado en casa	2
071. Enfermería ante un buen cuidado	2
072. Trabajo enfermero con cuidadoras	3
08. Formación enfermera para cuidadoras	26

Figura 3.38. Desarrollo árbol categorial grupo focal

Estas ramificaciones o nuevas categorías de significado fueron las definitivas que se añadieron al análisis global. Como se puede ver en la figura 3.38 algunos nodos surgidos ya existían en el árbol principal, los nuevos fueron añadidos a la categoría LA CUIDADORA VISTA POR ENFERMERÍA de dicho árbol.

A continuación, la tabla 3.51 expone la descripción de los nodos aparecidos en el análisis de los datos del grupo focal de enfermeras.

Tabla 3.51. Árbol de categorías del grupo focal de enfermeras

Categorías (nodos)	DESCRIPCIÓN
Características de un buen cuidado	Identificación por parte de enfermería de los aspectos que caracterizan los cuidados adecuados y seguros para la PMD
Cuidar bien de su receptor de cuidados	Acciones y actitudes de las cuidadoras inmigrantes en su trabajo de cuidados a la PMD y que son seguros, adecuados y eficaces
Aprender y aplicar lo aprendido	Actitudes y capacidades mostradas por las cuidadoras extranjeras que le permiten adquirir nuevos conocimientos y ponerlos en práctica con los receptores de cuidados
Comunicarse con la enfermera de referencia	Capacidad y actitud de la cuidadora inmigrante que la lleva a desarrollar conductas y habilidades comunicativas con la enfermera de referencia para aumentar la calidad de los cuidados y de vida del receptor de los cuidados
El cariño vs los conocimientos	Percepciones, valores y creencias de las enfermeras sobre el papel de la relación entre el amor y los conocimientos en los cuidados a la PMD
Características de un mal cuidado	Identificación por parte de enfermería de los aspectos que caracterizan los cuidados inadecuados, incorrectos y/o riesgosos para la PMD
Trato brusco o inadecuado	Identificación por parte de enfermería de los aspectos que caracterizan el trato riguroso, rígido y en ocasiones violento que la cuidadora brinda a su receptor de cuidados
Irresponsabilidad en el trabajo	Identificación por parte de enfermería de los aspectos que caracterizan las conductas sin cuidado o atención realizadas por las cuidadoras en su trabajo de cuidados
Procedencia de las cuidadoras	Identificación por parte de enfermería de los países de procedencia de las cuidadoras que más frecuentemente han encontrado en su labor profesional
Maltrato empleadores	Identificación por parte de enfermería de los aspectos que caracterizan un trato inadecuado, brusco o de abuso de la cuidadora
Temas emergentes en el trabajo de cuidar	Conjunto de temáticas surgidas espontáneamente en la técnica de recogida de datos en relación con el trabajo de las cuidadoras inmigrantes
Robos	Acto en que la cuidadora toma para sí algo que no le pertenece en el contexto del trabajo de cuidados
Engaños en la compra	Acto en que la cuidadora toma adquiere para sí con el dinero que se le ha confiado para comprar artículos para su receptor de cuidados
Cuidadora busca familiar que le sustituya	Acciones consistentes en que la cuidadora busca en su entorno íntimo o familiar una persona para que la sustituya en sus ausencias del puesto de trabajo. A menudo esto no es comunicado al empleador o al receptor de cuidados

Tabla 3.51. Árbol de categorías del grupo focal de enfermeras

Categorías (nodos)	DESCRIPCIÓN
Despiden a la cuidadora y contratan a un familiar	Identificación por parte de enfermería de los aspectos que caracterizan los tiempos de crisis económica por los que pasa el país y que están relacionados con el cambio social de pasar de la costumbre de contratar una cuidadora externa para la atención a su familiar dependiente a que ese papel sea desarrollado por otro miembro de la familia necesitado económicamente
Condiciones laborales	Identificación por parte de enfermería de los aspectos que caracterizan las relaciones laborales de las cuidadoras inmigrantes con sus empleadores
Cuidar bien por no dejar el trabajo	Identificación por parte de enfermería de los aspectos que caracterizan un cuidado extremadamente beneficioso para el receptor del cuidado a fin de que la cuidadora pueda mantener su puesto el mayor tiempo posible
La importancia del período de adaptación	Identificación por parte de enfermería de aspectos relacionados con el proceso de adaptación a la nueva situación de cuidados y/o dependencia por parte de todos los sujetos que intervienen en el fenómeno de cuidados estudiado
Contratar por el boca a boca	Percepción de que el modo de contratar a las cuidadoras inmigrantes son las opiniones más o menos positivas de otros receptores o sus familiares
Intento de implicar al mayor en su familia	Identificación por parte de enfermería de aspectos relacionados con la voluntad de las cuidadoras de que el receptor de cuidados se implique con la familia de la cuidadora de alguna forma con la intención de obtener beneficios económicos o de otro tipo
Cuidadora cumple funciones de familiar	Identificación por parte de enfermería de aspectos relacionados con el rol o funciones que cumple la cuidadora y que corresponderían naturalmente a los familiares del receptor de los cuidados
Temas emergentes enfermeros	Conjunto de temáticas surgidas espontáneamente en la técnica de recogida de datos en relación a el trabajo enfermero
Cuidados enfermeros irrespetuosos	Identificación por parte de enfermería de aspectos relacionados con la realización de cuidados sin tener en cuenta las características, deseos, o significados desde el punto de vista emic del paciente mayor
Las visitas enfermeras a domicilio	Identificación por parte de enfermería de aspectos relacionados con la cobertura o no de las personas incluidas en el Programa de Atención a Domicilio en Atención Primaria
Enfermería y cuidadoras	Identificación por parte de enfermería de aspectos relativos a las relaciones que se establecen entre cuidadora y enfermera en su trabajo de cuidados
Enfermería ante un mal cuidado en casa	Identificación por parte de enfermería de aspectos relacionados con la actuación enfermera al detectar que la cuidadora está desarrollando su trabajo de modo inadecuado, inseguro o perjudicial para el receptor de los cuidados
Enfermería ante un buen cuidado	Identificación por parte de enfermería de aspectos relacionados con la actuación enfermera al detectar unos cuidados correctos y de calidad por parte de las cuidadoras

Tabla 3.51. Árbol de categorías del grupo focal de enfermeras

Categorías (nodos)	DESCRIPCIÓN
Trabajo enfermero con cuidadoras	Identificación por parte de enfermería de aspectos relacionados con la actuación enfermera con las cuidadoras a lo largo de su trabajo de cuidados
Formación enfermera para cuidadoras	Identificación por parte de enfermería de aspectos relacionados con la actuación enfermera de formación, información y adiestramiento para ayudar a las cuidadoras en su labor

A continuación, exponemos cómo se ha realizado la producción lineal del discurso, así como las temáticas abordadas por cada uno de los participantes.

Como se puede observar en la figura 3.39, durante el desarrollo de esta técnica, los participantes han mantenido una conversación muy viva. Ello ha contribuido a la facilidad del desarrollo de la técnica y a la calidad de los datos surgidos en la misma. En dicha figura pretendemos ilustrar cómo se ha producido la linealidad de los discursos, así como la cantidad de temas que surgieron. Como se aprecia, la moderadora, además de introducir el primer tema, sobre la presentación y experiencia de cada uno de los participantes, no tuvo necesidad de introducir ningún tema más hasta los dos finales, representados con el número 12 y 13 respectivamente en la figura.

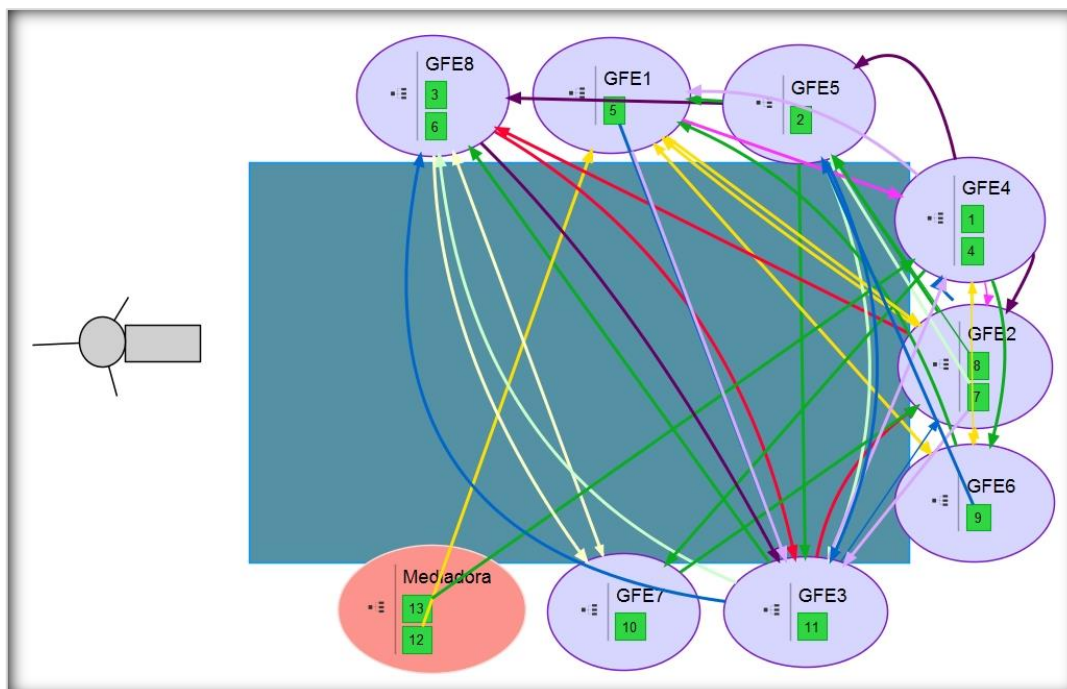


Figura 3.39. Producción temática y lineal del discurso del grupo focal de enfermeras

La mediadora abre el grupo pidiendo una breve presentación y una breve exposición sobre la experiencia general que han tenido en su trabajo con las cuidadoras.

Comienza GFE4, enfermera jubilada, con el relato de sus experiencias a lo largo del desempeño profesional, «hay algunas que las estoy recordando ahora, que no me importaría localizarlas para cuando me tengan que cuidar, y otras que ¡por favor no!» pues «sí que hubo alguna que de verdad ya teníamos que hablar con la familia y decir aquí ya... te tienes que implicar porque esto no va bien... porque ya no sabíamos incluso si le daba de comer».

También se plantea la importancia para enfermería de que la cuidadora mantenga una buena comunicación con el equipo de atención primaria ya que,

es muy importante, cuando tú ya conoces al cuidador, te da esa confianza de saber [que] cualquier cosa, me llama, te da tranquilidad y eso le da como más confianza y más tranquilidad [a la cuidadora] porque yo me imagino que ellas también cuando empiezan tienen miedo. Los miedos surgen, ¿no? (GFE4).

Habla de cómo en muchas ocasiones la cuidadora acaba sustituyendo al familiar de la persona cuidada en muchos aspectos, recuerda el caso de la hija de dos receptores de cuidados que vivía lejos de ellos pero que se sentía tranquila porque «sabía que su madre estaba súper cuidada, pero súper cuidada» (GFE4). En ocasiones se ha encontrado con que los empleadores tratan de modo vejatorio a la cuidadora «la señora con las cuidadoras... le duraban muy poquito, pero es que las trataba (...) era humillante totalmente» (GFE4). La mayoría de las cuidadoras que conoció esta enfermera eran de origen sudamericano.

Continúa GFE5, que ha heredado el cupo³ de GFE4, explicando su experiencia profesional hace referencia en primer lugar a la temática relacionada con la importancia del trato de la cuidadora hacia la PMD, siendo un signo de mal cuidado que el trato sea brusco e incluso agresivo, así como a las consecuencias negativas para el receptor de cuidados,

sí es cierto que esta cuidadora los meses que iban pasando mmm... me imagino que era su parte personal ¿no? (...) que influenciaba en el cuidado de la abuela, porque sí es cierto que al final era una agresión que tenía con la abuela (...) tú percibías, cada vez que ibas, que a veces había demasiada tirantez.

³ En Atención Primaria de salud, el cupo es un grupo de población dentro de una Zona Básica de Salud (ZBS) asignado a una Unidad de Atención Familiar (UAF), unidad básica de atención formada por un médico y una enfermera.

En el otro extremo se ha encontrado con cuidadoras demasiado complacientes llegando a no estimular al paciente en su autocuidado y sin esforzarse en hacer que la persona mayor realice las AVD el mayor tiempo y en las mejores condiciones posibles. Una segunda temática que le interesa es el hecho de cómo se está dejando de contratar a personas ajenas a la familia para contratar a un familiar para que asuma el cuidado del miembro de la familia dependiente y que, «ahora mismo, los hijos mayoreros están ahora sin trabajo y ahora es una hija quien está cuidando de este abuelo».

GFE4 explica que ello es debido a la época de crisis económica que sufre actualmente el país y «claro, es que la época... fue el boom, todo el mundo trabajaba y todo el mundo necesitaba a alguien».

GFE2, enfermera con más de 25 años de experiencia en AP, entra directamente en esta conversación, para señalar que en aquella época «nadie quería ese trabajo, porque era un trabajo mal pagado y, claro, quedarse en casa, la mayoría de casos quedarse en casa interna. Y libran una vez a la semana...».

GFE8, es una enfermera con 27 años de experiencia en AP, y añade a la conversación que el régimen interno suele ser tan duro que, en ocasiones, las cuidadoras solo tienen derecho a librar «una tarde a la semana».

Se produce una pequeña conversación entre GFE5, GFE8 y GFE4 sobre este tema de las condiciones laborales y la contratación de los familiares para el trabajo de cuidados.

GFE8 explica ahora su experiencia e inicia el tema de que cuando la cuidadora teme por la vida de la persona que cuida, y si ello va unido a unas buenas condiciones laborales, suele realizar los cuidados de una manera extremadamente eficiente. Explica el caso de un paciente al que se le había pronosticado una esperanza de vida de dos a tres meses y que llegó a vivir tres años más. Algunas participantes intervienen para hacer alguna pregunta sobre el tema pero sin aportar a éste nueva información, por tanto no se representa en el cuadro explicativo para no sobrecargar la imagen con información poco relevante, pero sí se toma nota del ambiente que se creó durante el desarrollo del grupo de cordialidad y participación entre todos.

Vuelve a intervenir GFE4 para hablar de un tema que no tiene que ver con el trabajo de las cuidadoras sino con el de las enfermeras, se trata de los casos en que los pacientes se deterioran rápidamente cuando se pasan de unas condiciones de vida determinadas, aunque sean muy perjudiciales para su salud, a unas condiciones de vida que el sistema entiende como adecuadas, sea en un centro sociosanitario o un ingreso hospitalario, llegando incluso a la muerte.

GFE1 interviene por primera vez, se trata de un enfermero, con 8 años de experiencia en AP en diferentes zonas básicas de salud del centro de la isla. Comenta que todas las cuidadoras que ha conocido, excepto una, son sudamericanas; y que, además, se ha encontrado con cuidadores hombres, si bien no en un número importante sí considera que se ha de tener en cuenta.

Entran en el tema de los hombres cuidadores GFE3, GFE2 y GFE4 y las experiencias que han tenido con ellos «*me acuerdo de un matrimonio que la señora tenía noventa y pico y él más de cien, y esta señora sólo quería [...] cuidadores chicos*» (GFE1).

Un nuevo tema es iniciado por GFE8, en el que explica que también hay casos en los que existe el pillaje entre las cuidadoras y que aprovechando las circunstancias de dependencia y soledad de la PMD pueden llegar a realizar actos vandálicos «*se marchó sin decirle a la hija, cuando se dieron cuenta [...] vieron los armarios... (vacíos) le dejó con lo que llevaba puesto: las sábanas, toallas, todo...todo*» (GFE4). Esta nueva conversación es seguida por GFE2 y GFE4 para confirmar la idea o, en el caso de GFE2 para asegurar que ella nunca se ha encontrado con casos de ese tipo.

GFE2 interviene para explicar algunas de sus experiencias más relevantes, destaca la importancia de la relación que se establece entre cuidadora y persona mayor y de lo delicado que es para ello el periodo de adaptación, tanto de la persona mayor a su nueva situación de dependencia como a la cuidadora extraña, «*claro es que a nosotros nos pasa igual... es una persona que invade tu casa y tu cuerpo... ¿no?*» (GFE2).

Este es un tema que genera bastante conversación, pues no sólo se trata de una cuestión de caracteres sino también de cuestiones culturales, «*porque hay que acostumbrarse a las comidas, porque eso es importantísimo, porque el potaje, el gofio, lo que se hace típico de aquí pues la otra no sabe hacerlo... todas esas historias, hay un período de adaptación*» (GFE2). También intervienen para explicar esto GFE8, GFE3 y GFE4.

Entra en escena GFE6, que explica su experiencia completando temas que ya se han tocado, aunque considera interesante señalar que en el tema de la adaptación las cuestiones culturales, sobre todo las relacionadas con la alimentación, pueden ser causa de conflictos tan severos que se despiden a la cuidadora, «*...y luego la adaptación de la gente a las costumbres de ellos, claro, ves gente que cambia hasta de cinco cuidadoras*». Intervienen en ese tema GFE5, GFE3, GFE8.

Se presenta GFE3, corrobora lo aportado al principio por GFE4, explicando su experiencia con cuidadoras a las que sus empleadores, aparte de tratarles mal, les imponían unas

condiciones laborales injustas, «la trataba fatal en el sentido de... abusadora, [...] hoy no te vas... una tarde libra a la semana, el domingo, le decía: “yo me voy a ir a comer con mi marido fuera” y ella allí dentro».

Se crea un pequeño grupo de conversación entre GFE3, GFE5 y GFE4. Tras la intervención de la moderadora se retoma la conversación grupal.

GFE2 introduce un nuevo tema, pues ha observado varios casos en que la cuidadora forma o implica a algún miembro de su familia para que la sustituya cuando ésta se tiene que ausentar del domicilio de la persona cuidada. Participan también en el mismo GFE5, GFE8 y GFE3.

Este aspecto es valorado por las enfermeras de modo positivo cuando se trata de un adiestramiento para que ese familiar aprenda el oficio pero negativamente cuando la persona a la que encarga el cuidado es un menor de edad,

...y después un día llego y veo a una niña que está cuidando a la señora, [...] de doce o trece años y le digo: “¿Y tu madre?” Y me dice: “No, mi madre se tuvo que ir porque venía un amigo y fue a comer”. Sí señora. Y digo: “¿y tú qué estás haciendo?” Y dice: “No, para no perderme la novela” (GFE3).

GFE2, GFE3, GFE8, GFE4 y GFE5 continúan hablando sobre este aspecto y de nuevo comentan el tema de los casos de los empleadores que humillan a las cuidadoras.

La siguiente en participar es GFE7, que comenta el caso personal de su abuela y las dos cuidadoras que tuvo. Comienza explicando el proceso por el que pasó la familia desde que su familiar enfermó hasta que decidieron contratar a una persona para realizar los cuidados y cómo la primera experiencia fue negativa, pues la cuidadora descuidaba la atención a la abuela, siendo encontrada ésta por sus hijos en malas condiciones de higiene, además de no saber nunca cocinar al estilo de la persona cuidada. Tras ello deciden contratar a una nueva cuidadora con la que afortunadamente les va bien, tanto en el trato a la abuela como en relación a los cuidados, incluidos la elaboración de las comidas.

Con ella interacciona GFE8 y crean una pequeña conversación de intercambio de información acerca de la abuela y ambas cuidadoras.

GFE7 introduce una nueva temática que no forma parte de las preparadas para el grupo, ella quiere llamar la atención sobre el hecho de que su abuela, con 87 años y encamada, no recibe visitas regulares por parte de su enfermera. Ante el desconcierto general intervienen manifestando sus opiniones GFE2, GFE4, GFE5, GFE1, GFE8 y GFE3. Esta conversación no se refleja gráficamente en la figura con el fin de no saturar visualmente la imagen.

La moderadora introduce un nuevo tema: las características de las relaciones que han mantenido con las cuidadoras extranjeras.

En esta ocasión comienza GFE1 y continúa una larga conversación entre varios (en la figura 4.20, está mostrado por el tema número 12 y las líneas de continuidad de la conversación en naranja). No se han representado todas las interacciones, como se ha comentado anteriormente, para no saturar el espacio visual, aunque sí se han puesto las necesarias como para dar una idea de cómo se condujeron las intervenciones.

Mientras que para GFE1 el trabajo con las cuidadoras consiste en *hacerlas a mí* cuando la cuidadora no conoce el trabajo, o se reduce a una mera supervisión una vez que se le ha enseñado lo que necesita saber para cuidar de su receptor de cuidados. Para GFE6 empieza por una valoración enfermera que normalmente consta de observación de las condiciones existentes en el domicilio e indagación mediante preguntas sobre cómo está el paciente, cómo está realizando el trabajo la cuidadora, lo que hace, lo que no sabe hacer o lo que necesita de la enfermera. El resto de los participantes asiente y confirma este aspecto.

En cuanto al modo en que se desarrolla el proceso de los cuidados GFE1 lo explica de esta manera:

normalmente la rueda es: un viejito que estaba bien y de repente, por lo que sea, le surge algo. Entonces empieza la hija a cuidarlo, entonces empiezas (*a formar a esta persona*) y a las dos semanas, tres semanas, cuatro semanas, dos meses máximo, se le hace un mundo y ya se da cuenta de que tiene que contratar a alguien. Entonces en ese tiempo la hija ha aprendido todo, que tú cada día le has dado una pauta de algo: los cambios, la cama... entonces ella le enseña todo a la otra luego, y tú cada vez vas menos. Normalmente esa es la rueda.

En este tema todas señalan la importancia de una buena comunicación entre cuidadora y enfermera por el bien del paciente y de todos los implicados en el trabajo de cuidados.

El último tema que introduce la mediadora es el de la formación de la cuidadora y su relación con enfermería, aparece en el cuadro con el número 13 (figura 4.20) y sigue la línea de conversación verde. Se refleja un número determinado de intervenciones para no saturar visualmente la imagen, en este tema participan todos, excepto GFE8 y GFE3 porque salen en ese momento a trabajar.

Interviene GFE4 para decir que «es que yo creo que es labor nuestra y de hecho así lo recoge en el programa, puesto que están los talleres de formador de formadores», GFE7 muestra su conformidad con este discurso, asintiendo.

Otro grupo formado por GFE6, GFE1, GFE2 habla sobre la posibilidad de que esa formación sea algo más que una actividad dentro de las funciones de enfermería de atención primaria. GFE2 explica que,

hombre, sería una forma... a lo mejor, de mejorar la calidad de los cuidados, si nosotros de antemano podemos acreditar quién está preparado para llevar... ¿sabes? Porque a veces nos encontramos que hasta que tú lo preparas ¿no? o hasta que empiezas a ver las necesidades que tiene esa persona pasa un tiempo, pueden pasar cosas... ¿no?

La conversación gira entonces en torno a si es más importante para ser una buena cuidadora el conocimiento sobre los cuidados o el cariño que la persona llegue a sentir por el receptor de los mismos. Se vuelve, de nuevo a comentar los motivos por los que se contratan a personas extranjeras para el cuidado, refiriendo que estos están basados no tanto en los conocimientos en cuidados sino en la función de sustitución del familiar que cumple en muchas ocasiones la cuidadora contratada.

En cuanto a la participación y presencia de los actores del grupo focal en las diferentes temáticas, aunque todos participaron, como se puede apreciar en la figura 3.40, en el desarrollo de la conversación destacan las intervenciones de GFE2 y GFE4, que superan con creces al resto de los participantes. Sin embargo, hay que atribuir la menor proporción de intervenciones de GFE8 y GFE3 al hecho de que tuvieron que salir a trabajar unos veinte minutos antes de terminar el grupo. Se observa que el grupo menos participativo fue el formado por GFE1, GFE6, GFE7.

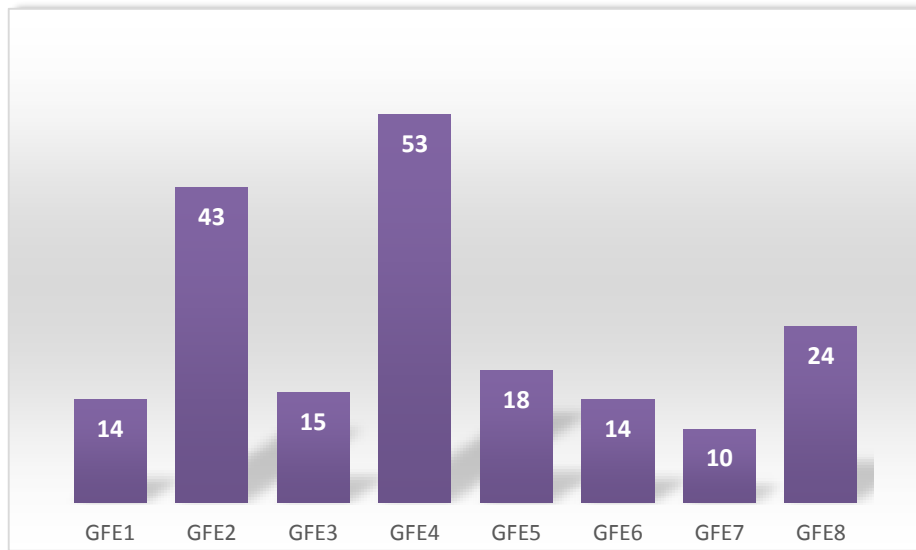


Figura 3.40. Densidad de codificación por participante grupo focal de enfermeras

La información obtenida en este grupo focal y la aportada, mediante la entrevista grupal, por tres enfermeras de atención primaria y un enfermero de urgencias contribuyen a comprender mejor la visión de la cuidadora por parte de enfermería, así como a la caracterización del papel enfermero en este fenómeno de cuidados.

6. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

En la investigación cualitativa los criterios de rigor científico son considerados un aspecto central. En esta investigación se han tenido en cuenta tanto en su planificación como en su desarrollo (Guba, 1989; Martínez, M., 1999; Rodríguez, Gil, & García, 1999; Sandín, 2003).

Los criterios de rigor aportados por Guba (1989) son cuatro:

- **Credibilidad:** trata de la coherencia entre las interpretaciones del investigador y lo enunciado por los sujetos participantes en la investigación.
- **Transferibilidad:** posibilidad de transferencia entre dos contextos de investigación, siempre y cuando dichos contextos posean ciertas características similares.
- **Dependencia:** se entiende que en la investigación cualitativa los instrumentos difícilmente producirán resultados estables debido a que el principal instrumento de la investigación es el propio sujeto de la misma. Aun así, este criterio hace referencia a la estabilidad de los datos obtenidos a través de los instrumentos de investigación y a la capacidad de búsqueda constante para explicar los cambios que se puedan generar.

- Confirmabilidad: mientras que en la investigación positivista se relaciona este criterio con el de neutralidad y objetividad, en la investigación cualitativa se reconoce la imposibilidad de una objetividad total del investigador, pero se solicita la confirmabilidad de los datos producidos. Hay un traspaso desde el investigador a los datos producidos.

Para el cumplimiento de estos cuatro criterios en nuestra investigación hemos llevado a cabo las siguientes tareas y actividades:

- Selección de participantes por criterios explicitados anteriormente.
- Utilización del método de comparación constante asistido por el programa Nudist Nvivo 10.0 para el análisis de datos cualitativo (Glaser & Strauss, 1999; Strauss & Corbin, 2002; Valles, 2000).
- Comparación constantemente de las opiniones, argumentaciones e interpretaciones del mismo investigador y los expertos consultados.
- Utilización de un número suficiente de participantes.
- Utilización de un número suficiente de técnicas de obtención de datos.
- Descripción detallada del proceso de investigación.
- Utilización de varias fuentes bibliográficas.

7. CRITERIOS ÉTICOS

En los procesos de investigación cualitativa los criterios éticos son de gran importancia, atendiendo principalmente a los diferentes comportamientos de los investigadores y sus consecuencias para las personas que forman parte de los estudios. Según algunos autores (Hammersly & Atkinson, 1994; Rodríguez et al., 1999; Sandín, 2003) los criterios éticos presentes en toda investigación cualitativa deberían ser:

- El consentimiento informado. Se presentó a los participantes un acuerdo de participación por escrito, donde se detallaron todos los compromisos adquiridos por ambas partes.
- Privacidad. Se garantizó a los participantes en el estudio su anonimato total en el informe de investigación y en las publicaciones futuras que pudieran surgir del mismo.
- Perjuicio. Se aseguró a los participantes la salvaguarda de sus intereses por encima de los que pudieran surgir en la investigación misma.

Otros aspectos relevantes de esta tesis doctoral:

- Esta tesis doctoral surge del proyecto «Necesidades de formación de cuidadores formales inmigrantes en domicilio de personas mayores de 65 años en la isla de Lanzarote» financiado por FUNCIS en 2009 (Código: FUNCIS: ENF 10/09), y obteniendo una valoración positiva del Comité Ético de Investigación Clínica/Comité de Ética en la Investigación del Hospital de Gran Canaria Doctor Negrín (Código: ENF-CUILAN-2009-01).

CAPÍTULO IV: CUIDADO Y CULTURA

CAPÍTULO IV

CUIDADO Y CULTURA

1. CONTEXTUALIZANDO EL INFORME. EL SUJETO QUE INVESTIGA.

La reflexividad del investigador es un aspecto fundamental en la investigación cualitativa. Cómo influyen en la mirada de la persona que investiga sus experiencias previas, tanto vitales como profesionales, será algo determinante en su curiosidad por conocer un aspecto u otro de la realidad que le rodea, así como su modo de obtener de la misma la información que necesita y la forma en que tratará esta información para llegar a los resultados deseados y concluir aspectos relacionados con sus intereses.

Sin embargo, a la hora de reflexionar sobre las experiencias vitales y profesionales que han motivado y guiado esta investigación en aras de encontrar el modo lógico de presentar mi posicionamiento como investigadora, me pregunto hasta dónde he de profundizar, teniendo en cuenta que el objeto de este estudio es el cuidado, algo inherente a la propia naturaleza humana y que impregna profundamente su existencia y supervivencia.

Cierto es que realizar una tesis doctoral no es más que desarrollar un trabajo de investigación más o menos complejo, pero finito al fin y al cabo, de manera que el doctorando o doctoranda acabe desarrollando las habilidades y conocimientos necesarios para optar al título de doctor. Sin embargo, también es cierto que en la investigación cualitativa el investigador es la herramienta principal de todo el proceso. De esta manera, conocimientos y experiencias previas, incluso motivaciones y deseos, subyacen e influyen en la persona que investiga, en su modo de expresarse y en sus intereses y objetivos finales.

Desde estas reflexiones previas es desde donde parto para explicar cuál ha sido mi posicionamiento como investigadora a lo largo de todo el proceso de tesis y desde donde escribo este informe de resultados.

Yo no sentí la vocación de ser enfermera nunca, es más, siempre vi esta profesión como algo que me producía temor y rechazo, fruto de mis primeras experiencias nada halagüeñas con las enfermeras de mi infancia. Poco antes del comienzo de los estudios de ATS, para mí eran tiempos de jeringuillas de cristal con interminables y dolorosas agujas, en ambulatorios con olor a alcohol quemado y que fueron consolidando mi forma de entender y percibir el mundo

enfermero. Poco a poco, fui desarrollando un instinto de supervivencia que me llevaba a alejarme de estas profesionales todo lo que me fuera posible.

Es de entender, por tanto, que a medida que fui creciendo la idea de ser enfermera nunca estuvo en mi mente, tampoco la de dedicarme a ninguna profesión que implicara la responsabilidad de estar al cargo de la salud, la enfermedad o la muerte de otro ser humano. Fueron las personas de mi entorno cercano las que intentaron que me planteara esta posibilidad profesional, aspecto que siempre rechacé.

Quizá esta negación fue lo que me llevó a sentirme perdida a la hora de decidir mis estudios, una profesión. Mi gran ilusión, la veterinaria, se convirtió en una pesadilla con los primeros animales muertos, buscaba alternativas pero con ninguna de opción me sentía bien. Y un buen día, entré en un hospital y vi el sufrimiento y la decadencia del final de la vida, y surgió en mí el deseo o la necesidad de hacer algo pues estaba segura de que no seguiría siendo una buena persona si no actuaba al respecto. Y después de muchas reflexiones, me di cuenta de que aquella carrera que tanto esfuerzo había dedicado a rechazar era justamente lo que deseaba o necesitaba hacer. Esta certeza me infundió el valor que precisaba para superar mis antiguos e infantiles temores, así como el afrontamiento de lo que hasta entonces había evitado, la responsabilidad del bienestar y el cuidado de otros seres humanos.

De esta manera, la enfermería acabó convirtiéndose en mi profesión, y mi proceso de convertirme en persona adulta ha estado impregnado por el hecho de ser y sentirme enfermera y de estar al cuidado de otros. Creo que ha conformado mi forma de ser, de sentir y de comportarme.

Aunque durante la carrera descubrí la importancia de la enfermería comunitaria y el deleite de trabajar con personas sanas, descubriendo con ellas modos más saludables y armoniosos de vivir, pronto acabé trabajando en aquel hospital geriátrico donde había sentido el deseo de ayudar al prójimo y allí me consolidaría profesionalmente.

Fueron años de luces y sombras, de esfuerzos y sacrificios, en un ambiente de enfermedad, muerte, a veces desesperación, pero también de esperanzas, de profundos sentimientos y emociones.

Me impresionaba la realidad de los ancianos con los que trabajaba y sentía la necesidad de aprender, de mejorar como enfermera y en mi entendimiento del ser humano, de ahí mis esfuerzos en formarme en investigación, cuidados, la vejez... con la última finalidad de conocer mejor al ser humano y, por qué no, a mí misma.

Pronto me di cuenta de que necesitaba no solo formación específica en investigación, sino también una formación superior que me facilitara el acceso a la investigación más avanzada y de calidad que solo los estudios de doctorado, en mi humilde opinión y experiencia, podían proporcionarme.

Jugaba en mi contra un factor contextual importante, las implicaciones administrativas y físicas de la doble insularidad que suponían vivir y trabajar en Lanzarote dificultaban el acceso a la formación superior. De esta manera decidí estudiar antropología en un proyecto común entre la Universidad Católica de San Antonio de Murcia y el Consejo General de Enfermería.

La antropología me abrió la mirada al mundo de la investigación cualitativa, pero aun necesitaba profundizar algo más en el mismo. Poco después realicé mi formación de doctorado en la Universidad de Alicante, donde obtuve el DEA con el trabajo sobre el proyecto de esta tesis doctoral, que estoy realizando en esta Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

En cuanto a las motivaciones que subyacen en la elección de este tema de investigación corresponden no solo a aspectos profesionales sino también a algunas de mis experiencias vitales.

La persona mayor ha tenido una gran influencia en mi vida. Mis abuelos maternos, sobre todo mi abuela materna, fue una de las personas más importantes para mí durante una etapa de mi vida. Con muestras continuas de un amor incondicional me hizo sentir la persona más amada del mundo, mientras que mi abuelo materno me colmaba de caprichos, piropos y mimos. Durante mis primeros años de vida mi familia cambió de lugar de residencia muchas veces y, cuando finalmente nos establecimos en Lanzarote, tomé mayor contacto con mi abuelo paterno, que se comportaba de forma absolutamente contraria a mis otros abuelos. Hombre de campo, viudo desde hacía mucho tiempo y casado en segundas nupcias, no era precisamente expresivo en sus afectos. Creo que pasé mucho tiempo observándolo, intentando entender su forma de ser y su forma de comportarse conmigo, diferente a otros nietos.

Durante mi trabajo en el hospital geriátrico pude comprobar en muchas ocasiones este tipo de relaciones, no solo entre abuelos y nietos sino también entre padres e hijos. Se trataba de relaciones de respeto y cariño, en la mayoría de los casos, pero sin muestras afectivas.

Cuando la persona mayor es independiente puede vivir estos afectos como desee, sin embargo, me preguntaba si el hecho de enfrentarse a dificultades difíciles de superar, como la dependencia y la necesidad de ayuda de otros, ocasionaría algún cambio en el anciano, pues aceptar la pérdida de funcionalidad ya es bastante complicada para el ser humano, como para tener que reconocerlo ante el mundo.

Al igual que en el resto del país, aunque quizá no al mismo ritmo, en Lanzarote las condiciones en las estructuras familiares han ido cambiando, la mujer ya no podía asumir el cuidado de la persona dependiente de la familia como había venido sucediendo desde siempre. De esta manera, el viejo, que no solo había de mostrar al mundo su mayor o menor incapacidad para vivir, también debía aceptar la necesidad de ser cuidado por personas ajenas a su familia y a su entorno íntimo.

Bajo circunstancias que se analizan a lo largo de este informe, surge la figura de la cuidadora extranjera, una mujer que venía desde muy lejos, y a menudo desde el otro lado del mundo para cuidar a nuestras personas mayores. Para mi sorpresa en muchas ocasiones pude observar durante mi trabajo, cómo la demostración afectiva de los ancianos cambiaba. Se alcanzaban grados de intimidad asombrosos si se comparaban con los habituales entre el viejo y el resto de su familia.

Me interesaba saber cuáles podrían ser los mecanismos mediante los cuales estos hechos se producían. Cómo cuidarían estas mujeres de nuestros ancianos, qué factores influirían en ello. Claro que el contexto influye en el modo en que las personas viven y perciben su realidad, pero intuía que debía existir un factor cultural que influiría en la consolidación de este complejo fenómeno de cuidados que involucra tantas realidades diferentes y complejas en sí mismas.

Me preguntaba si eso podría llegar a pasar también con mi abuelo, en el caso de que algún día también él necesitara la ayuda de otra persona para vivir, quise saber por qué, qué ocurre en la intimidad del hogar para que estas situaciones se produzcan, cuáles son las íntimas motivaciones que subyacen para que estas dos realidades, tan aparentemente distantes y diferentes, se conjuguen de manera armoniosa y beneficien a tantas personas y si enfermería puede contribuir a ello y de qué manera.

Desde este lugar, desde estas motivaciones, reflexiones, deseos y desde esta curiosidad es desde donde he realizado este fascinante viaje de investigación. Y desde donde puedo decir que, al final, *güelito*, esta tesis va por ti.

2. INTRODUCCIÓN AL INFORME

En el capítulo de metodología hemos aproximado al lector al modo de recogida, tratamiento y análisis de los datos. También se ha realizado la presentación de todos los participantes en la investigación. En este informe de resultados abordaremos el producto de tales procesos.

Hemos organizado este informe en base a tres niveles de profundidad analítica de los datos empíricos, comenzando por los aspectos más descriptivos del análisis de la información obtenida, lo que nos ayudará a realizar la contextualización del fenómeno en estudio. Todos estos aspectos los presentamos en el tercer apartado, denominado «El cuidado en el hogar familiar. *Lo contextual: realidades separadas que se encuentran*».

A continuación, y fruto del análisis interpretativo, en el que se detectan las inferencias y relaciones entre los factores influyentes en el cuidado, presentamos el cuarto apartado al que se ha titulado «Conociendo a la cuidadora. *Lo relacional: factores culturales que influyen en el modo de entender y realizar el cuidado*». En el mismo, se investigan las posibles relaciones entre los factores de la estructura social y cultural propuesta por Leininger (2002) y los modos de cuidar que las cuidadoras han referido.

«El mundo de los cuidados genéricos: la visión de la cuidadora. *Lo interpretativo: patrones de actuación*», constituye el apartado cinco y en éste presentamos los aspectos de análisis más profundo, que permiten detectar los patrones creados entre los diferentes actores de este fenómeno, las dificultades a las que las cuidadoras se enfrentan y las estrategias que han desarrollado para superarlas. También se recogen las necesidades de formación que las cuidadoras consideran que tienen para poder desarrollar su trabajo de cuidados de manera adecuada y segura.

Finalizamos con el apartado sexto denominado «Cuidados genéricos y cuidadora extranjera: la visión enfermera». En dicho apartado presentamos cuáles son las interpretaciones que las enfermeras han manifestado en relación al cuidado llevado a cabo por estas mujeres y a ellas mismas. Asimismo, mostramos los resultados del análisis de contenido realizado a los discursos que se produjeron en el desarrollo del grupo focal de enfermeras.

Las informantes principales alrededor de cuyo discurso se vertebra este trabajo son las cuidadoras extranjeras de personas mayores dependientes de la isla.

A continuación se expone una breve presentación de las mismas a modo introductorio de este informe de resultados.

Se llevaron a cabo 19 entrevistas en profundidad. De ellas 18 eran mujeres y uno hombre. Sus características más relevantes se exponen en la tabla 4.1.

Tabla 4.1. Caracterización participantes en entrevistas en profundidad

Participante	Años en España	Convivencia	Edad	País origen	Estado civil
C1	4	Si interna	61	Cuba	Viuda
C2	4	Si interna	25	República Dominicana	Soltera
C3	11	Si interna	54	Colombia	Casada
C4	4	Si interna	34	Senegal	Viuda
C5	11	Si interna	54	Colombia	Separada
C6	5	Si interna	44	Colombia	Separada
C7	5	Si interna	57	Colombo-Venezolana	Casada
C8	7	No interna	35	Rumanía	Casada
C9	6	No interna	58	República Dominicana	Viuda
C10	8	Si interna	53	Colombia	Viuda
C11	9	Si interna	58	Colombia	Separada
C12	7	Si interno	44	Colombia	Soltero
C13	12	Si interna	57	Ecuador	Soltera
C14	12	Si interna	43	Colombia	Separada
C15	11	No interna	59	Colombia	Separada
C16	12	Si interna	53	Cuba	Separada
C17	12	No interna	22	Colombia	Casada
C18	7	Si interna	63	Cuba	Viuda
C19	10	No interna	54	Uruguay	Separada

Dada la gran cantidad de información y discursos en esta indagación, se procedió a un informe completo, es decir, que abarcara el conjunto de toda la información recogida sin fragmentaciones, excepto para el grupo focal de enfermeras que se informa aparte, en consideración a la propia técnica investigativa y a que es la visión de las enfermeras, el único grupo de participantes que no está directamente implicado en la situación de cuidados.

Las enfermeras han aportado a este estudio una visión *etic* del problema, aunque sea *emic* dentro del contexto general de la investigación. Siguiendo la misma coherencia argumental el análisis de la otra técnica desarrollada con enfermeras, la entrevista grupal, se añadió al creado para el grupo focal. Como hemos dicho anteriormente, el árbol categorial resultante se añadió al árbol principal.

3. EL CUIDADO EN EL HOGAR FAMILIAR. LO CONTEXTUAL: REALIDADES SEPARADAS QUE SE ENCUENTRAN

Con este apartado pretendemos aproximarnos a los aspectos más descriptivos del análisis que nos permitan ofrecer la contextualización del fenómeno en estudio. Para ello, los discursos de las familiares participantes en la entrevista grupal, han ofrecido una visión interna sobre las circunstancias que motivan a la contratación de una mujer extranjera para el cuidado de su familiar dependiente. Dicha visión se ha completado con el análisis de los datos producidos en las aportaciones del resto de participantes.

La situación de cuidados en el hogar familiar ofrecido por personas extranjeras contratadas es una realidad compleja, en la que influyen aspectos personales, contextuales, culturales y sociales. Tres componentes principales conforman esta situación y se conjugan para dar lugar al fenómeno de cuidados objeto de este estudio.

En primer lugar, se encuentra la persona mayor que comienza su situación de dependencia y ha de afrontar los cambios en su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Estos cambios pueden ocurrir de una forma más o menos imprevista, así como tener mayores o menores consecuencias sobre la autonomía e independencia para la vida. En cualquier caso, la persona mayor comienza un camino de lucha y adaptación al progresivo deterioro que irá experimentando a partir de ese momento.

En segundo lugar, se encuentra el entorno familiar al que pertenece la persona mayor, la persona mayor. Los familiares inician el proceso de asumir que uno de sus miembros ya no es completamente válido para vivir con autonomía y seguridad, al tiempo que han de buscar soluciones eficaces para asegurar su calidad de vida. Mientras se adapta a la situación, la familia comienza su periplo en busca de la información y los recursos necesarios para atender al miembro de la familia necesitado. En ocasiones los servicios públicos no consiguen ofrecer toda la atención que las personas mayores necesitan, y los familiares se ven en la obligación de encontrar otro tipo de recursos, pero esta vez, bajo su responsabilidad y sus capacidades económicas.

Es entonces cuando entra en escena la tercera realidad que conforma este cuadro, la persona extranjera que llega a España con la intención de encontrar trabajo y mejorar la situación económica que tenía en su país. Se trata de una persona que, normalmente, no tenía intención ni la formación necesaria para trabajar en este ámbito cuando decidió emigrar. Fueron las diferentes condiciones, sobre todo las relacionadas con el trabajo en régimen de interna con

vivienda y, en la mayoría de los casos alimentación, las que motivaron a la mujer inmigrante a decantarse por esta labor.

3.1. La familia y la responsabilidad de los cuidados

Si bien es cierto que el envejecimiento no está intrínsecamente ligado a situaciones de dependencia sí lo es el hecho de que muchas personas mayores de nuestra sociedad se enfrentan cada día a este problema. Mientras que en unos casos la situación de dependencia puede aparecer gradualmente, unido a problemas como enfermedades crónicas, deterioros osteoarticulares o problemas auditivos o visuales, en otros puede aparecer de repente y como consecuencia de un evento súbito e inesperado, sin que el propio afectado o sus familiares estén preparados para ello o se lo esperen, como para esta hija cuya madre «vivía sola e independiente y (...) nos pilló por sorpresa, entró en el hospital por una trombo y (...) nos dijeron que quedaría encamada» (EGF4).

Independientemente de la forma en que se presente el deterioro de las capacidades funcionales, las complicaciones producidas en la salud de la persona afectada la colocan en una situación de necesidad de atención tal, que se pone a prueba la capacidad de la familia para aceptar y asumir la nueva situación. Además, debe reaccionar de forma adecuada y eficaz para localizar los recursos idóneos y que garanticen una atención correcta, al tiempo que se debe saber conjugar las circunstancias, tanto de la persona afectada como del resto de los miembros de la familia, en este sentido una de las familiares comenta que,

yo soy hija única, yo estoy trabajando, yo tengo tres hijos, pues me vi como... desbordada, porque sobre todo cuando ella se ponía mal, pues yo era de mi casa al trabajo, del trabajo a su casa, me quedaba por la noche, venía por la mañana media dormida, trabajando, otra vez corriendo a hacer algo de comer, era aquí para dejar aquí, para volver a marcharme... en fin... era una situación caótica para mí porque no podía descargarme en nadie (EGF2).

Los familiares participantes en este estudio han denunciado que se han encontrado sin un apoyo realmente eficaz por parte de los recursos sociosanitarios públicos para atender a su anciano dependiente. Ya sea en la atención a la gran dependencia, como EGF4 expone el caso de su madre, «estuvo un mes y medio en el hospital y luego nos dieron como única opción llevarla a casa»; o en la atención a niveles de dependencia menores, como el caso de la RC de esta cuidadora quien, «hizo una entrevista y quedaron de [en] llevarla (al centro de día), pero no... nunca llamaron, ni han hecho nada» (C13).

El hecho de que los servicios contemplados en la ley de dependencia no sean suficientes para el apoyo a las PMD no solamente ocurre en Canarias, sino también en casi todo el territorio nacional recayendo sobre la familia toda la responsabilidad de encontrar una solución a la falta de autonomía personal de la persona mayor y su consecuente necesidad de apoyo, y que la misma sea adecuada a los intereses y circunstancias de todos (Abellán-García, Esparza, & Díaz-Pérez, 2011; Consejo Económico y Social de Canarias, 2010; 2011; 2012; 2013; Martínez, L., 2011; Moya, Escribano, & Pardo, 2012; Sancho & Rodríguez, 2012).

Uno de esos caminos posibles es la decisión de un familiar de asumir el cuidado total del mayor dependiente, con el consiguiente sacrificio personal, aspecto no mencionado en este trabajo por los participantes, pero abordado ampliamente en la bibliografía especializada (De la Cuesta, 2007; Rogero, 2010; Tobío et al., 2010).

Cuando el cuidado familiar claudica o las circunstancias personales no lo permiten, la familia se encuentra sola, de esta manera el familiar se plantea «*nosotras somos dos nada más, las dos trabajamos y bueno, pues tenemos que intentar buscar a alguien...*» (EGF4).

En el caso de los familiares de este estudio, la mayoría decidió contratar a una cuidadora debido a que trabajaban fuera de casa, como explica una cuidadora respecto de los hijos de su receptora de cuidados, «*...ellos trabajan todo el día, prácticamente estoy sola...*» (C3), o no vivir en el lugar de residencia del receptor de cuidados, como relata la esposa de un paciente tras un accidente cerebro vascular (ACV) «*...todas las hijas trabajan, otra de las hijas está en Tenerife, son cinco hermanas, todas [viven] fuera, otra en Las Palmas...*» (EGF3).

En el contexto del boom migratorio en España la contratación de una persona extranjera para que acudiera al hogar de la persona dependiente y realizara las tareas de cuidado precisas para garantizar su bienestar fue consolidándose como una realidad, dada la escasa respuesta de los servicios sociosanitarios a este problema (Ballester, 2008; Benavente, 2007; Cachón, 1995; Durán, 2004; Martínez, R., 2006; 2007).

Los familiares han comentado haber experimentado un cambio en los modos de contactar con las cuidadoras. Al principio, las familias accedían a la posible cuidadora mediante el boca a boca, y por recomendación. Esta hija explica que,

había una familia en el pueblo que tenía una chica colombiana, no sé cómo la habían buscado (...) pero a través de ella nos dijeron que conocían chicas que venían en ese momento en plan de ~~ta~~ [trabajar en cuidados] y que les interesaba, a lo mejor trabajar incluso de interna... (EGF2).

Sin embargo, continúa siendo de elección el boca a boca pues «hombre, si tienes la posibilidad de gente conocida que haya trabajado con alguien y puedas pedir referencia yo creo que siempre va primero esa línea» (EGF1).

En la actualidad, a los medios anteriores se les une el hecho de que ya en casi todos los centros públicos donde se preste atención a la persona dependiente se van confeccionando listas no oficiales, a petición de las cuidadoras que se ofrecen para estos trabajos, y donde las personas necesitadas de este tipo de prestación acuden en busca de información y datos de contacto de las personas disponibles. La hija de una señora gran dependiente expresa, de forma natural, que cada vez que necesitaba una cuidadora «siempre (...) íbamos al hospital a por la lista» (EGF4). Las enfermeras participantes han corroborado este hecho, una de ellas explica que para elaborarla, «el trabajador social ~~me está pasando~~ [me pasa] teléfonos [y me dice]: “A*, mira... (...) mira, esta señora que es profesora de tal (...) busca para cuidar gente”, un listado grande, grande» (EGE1). Otra explica la naturalidad con que se empezaron a realizar estas listas, «es gente que viene ¿sabes? que te dicen, mira ~~que no~~, que estoy buscando trabajo, y te dan su nombre y su teléfono» (EGE2).

Este proceso de contactar ambas realidades no se ha producido de la misma manera en todo el territorio nacional. En lugares como Pamplona y A Coruña, las entidades del Tercer Sector tuvieron un papel importante en facilitar estos contactos, se crearon verdaderas bolsas de trabajo, quizá debido a que estas circunstancias se habían iniciado mucho antes o a que las mismas se produjeron de un modo más previsible que en Canarias donde, como hemos visto en el capítulo segundo, la necesidad o el problema de la dependencia en mayores surgió antes que el de las mujeres inmigrantes. En estos lugares, además de las entidades del Tercer Sector, coinciden en las islas que otra de las fuentes principales de información sean los grupos de iguales (Fuentes, Caballero, Galindo & Agrela, 2011; Martínez, 2006).

3.2. Motivaciones y prejuicios en la elección de cuidadoras

La familia se inicia entonces en el proceso de búsqueda y contrato de una persona extraña para que cuide de su familiar, con las consiguientes precauciones y temores ante el hecho de introducir a una extranjera en el hogar y delegar en ella la responsabilidad del cuidado, la salud y el bienestar de su ser querido.

Yo necesito, tú necesitas, él necesita

Los familiares participantes han referido tener un amplio abanico de motivaciones para contratar a una persona para el cuidado de la PMD. Todas están basadas en algún tipo de

necesidad, pues esta realidad de cuidados se conforma alrededor de las necesidades: las del anciano dependiente, de la familia responsable de sus cuidados y de la propia mujer inmigrante. Dependiendo de la perspectiva desde la que se afronte podemos encontrar, lo que necesita el receptor, el familiar, o la cuidadora.

- Lo que el receptor de cuidados necesita

Entre las motivaciones para contratar a una cuidadora a domicilio se encuentra el deseo de que la persona mayor no salga de su lugar de residencia, considerando que es mejor para ella continuar en su hogar y sin alterar su rutina diaria ni su estilo de vida en la medida de lo posible. Se intenta evitar las consecuencias psicológicas de los ingresos frecuentes o definitivos así como las residencias temporales con cada uno de sus hijos, tal y como lo explica esta hija, «yo para mí, es importante no solo el cuidado de la persona, sino también que la persona pueda estar en su medio» (EGF1). Aspecto que coincide con las actuales políticas de envejecimiento en el hogar y otras investigaciones (Casado-Mejía et al., 2012; Galiana-Gómez et al., 2008; Lorenzo Otero, Maseda, & Millán, 2008; Rogero-García & Ahmed-Mohammed, 2011; Organización Mundial de la Salud, 2012).

En aquellos casos en que los problemas de salud no imposibilitan la realización de las AVD de manera independiente pero ya no se tiene la fuerza o equilibrio necesarios para llevarlas a cabo sin riesgo para su salud o su integridad física, el familiar necesita saber que su allegado está seguro y vigilado cuando se encuentre solo, esta hija explica que «en mi caso, tras el ACV (sufrido por su madre) buscamos a alguien por la tranquilidad de que estuviese acompañada, por lo que pudiese ocurrir» (EGF1).

En otros casos se necesita un sistema de cuidados más intenso, con casi la sustitución completa del paciente a la hora de llevar a cabo las actividades de la vida diaria, incluso se prefiere que la cuidadora posea una constitución física fuerte para poder realizar movilizaciones y transferencias de modo seguro para ambos. La esposa de un receptor de cuidados habla de los comentarios de su marido al conocer a su primera cuidadora, «cuando fue a casa él decía: "¡qué buena es esta mujer!" era una mujer fuerte, para levantarlo y todo» (EGF3).

- Lo que el familiar necesita

Las familias participantes en este trabajo han decidido contratar a una persona inmigrante por una serie de circunstancias. En primer lugar porque ellas no lo pueden asumir debido a sus cargas laborales y/o familiares.

Hay que recordar que no todos los familiares han reaccionado igual ante la situación de dependencia de la persona mayor ni el grado de implicación para asumir su cuidado ha sido el mismo, pues «usted sabe mejor que nadie, de que aquí la mayoría de los viejos tienen bastantes hijos, pero pasa algo, que siempre dos o tres son los que más llevan la carga, los otros siempre se hacen los bobos, y eso pasa aquí, en China y en conchinchina» (C3).

En este estudio hemos encontrado dos tipos de familiares en función de su papel con la PMD. Por un lado aquellos familiares cuyo papel es inexistente, es decir, solo se encargan de aspectos laborales o de gestión con la cuidadora y con el receptor de cuidados. Realizan visitas escasas y no se implican en el sistema de cuidados de la persona mayor.

En el otro lado se encuentra el familiar existente, aquel que tiene mayor presencia en el fenómeno de cuidado. Se relaciona más intensamente con su familiar y con la cuidadora. Es posible, aunque no ocurre siempre, que supervise y monitorice más o menos estrechamente el trabajo de cuidados. Entre nuestros participantes hemos encontrado dos formas de dirigir a la cuidadora:

- Dirección positiva: cuando le gusta la cuidadora y hace lo posible para que ésta se quede en su puesto de trabajo. Una forma frecuente de hacerlo es la de intentar convencer al receptor de cuidados, «mi madre al principio no la quería, porque al ser negra, por la noche se despertaba y se asustaba (...) le dijimos: tenemos que conocerla y darle una oportunidad, porque las personas no se pueden juzgar por el color» (Hija de la RC de C4).
- Dirección negativa: cuando no le gusta la cuidadora y lo que tendrá en cuenta será la opinión del RC, como en este caso, «si usted supiera que (la cuidadora) está aquí por mí (...) mis hijos querían que la tirara para allá, ella no hacía caso de nada de lo que se le decía» (RC de C7).

En otro orden de cosas, nos preguntamos ¿qué busca el familiar en la cuidadora? El familiar intuye que los cuidados profesionales a domicilio son costosos y escasos, y no busca profesionalidad, busca cuidado, cariño, vigilancia, compañía... como lo reconoce una de las familiares participantes en el grupo, «...ninguna de las que hemos traído a trabajar son ni enfermeras ni profesionales, nosotros tenemos una necesidad y nosotros las ayudamos (...) y ellas nos ayudan a nosotros» (EGF2). De esta manera, el familiar se plantea la contratación de una cuidadora que entiende, no como profesional de los cuidados, sino como una persona, normalmente una mujer, que podrá realizar unos cuidados intuitivos, basados más en su experiencia vital que en los conocimientos adquiridos necesarios para el desempeño de una

profesión. Se trata de unos cuidados familiares en los que se busca la sustitución del propio familiar, «nosotras pensábamos, (...) ¿quién no sabe cuidar una persona mayor? si ellos también tienen a sus madres, puede que tengan hijos, pues no pedíamos... no fuimos muy exigentes en la manera de hacer el contrato» (EGF2).

Esa falta de exigencia ante los requisitos de la cuidadora podían llegar al límite en el caso de que la situación de la persona mayor se complicara y la cuidadora ideal no apareciera; como refiere esta hija que comparte con un hermano los cuidados de su madre, ambos trabajan y no residen en el mismo domicilio que ella, «eso depende de las necesidades, la desesperación te hace hacer muchas cosas...» (EGF1), y es que, al menos en Canarias, para las familias resultó difícil encontrar personas dispuestas a aceptar las condiciones horarias y presupuestarias que necesitaban, y de esta manera «en aquel momento, como no había nadie donde buscar, yo en el pueblo intenté buscar gente que estuviese libre, pero es que no había nadie, encontré, bueno, encontré entre comillas, pero por la noche no se podía quedar» (EGF1).

Por tanto, la solución a este momento de desesperación, comentado anteriormente por EGF1, fue contratar a una mujer inmigrante, iniciativa que se empezó a extender como comenta esta enfermera que recuerda que «en el [mi] cupo, que a veces llegó a tener 38 domicilios, la mayoría eran cuidadoras extranjeras, (...) a no ser que fueran cuidados por su familia, las demás eran extranjeras» (GFE2) y también aseguran que «nadie quería ese trabajo, porque era un trabajo mal pagado y, claro, quedarse en casa, la mayoría de casos quedarse en casa interna y librando una vez a la semana...» (GFE2), las propias cuidadoras dicen que «nosotras hacemos lo que no ha hecho la gente de aquí, o sea, nadie quería trabajar limpiando casas, ni cuidando mayores, ni nada, pero ahoritica todo el mundo lo quiere, ¿sabes?» (EGC2).

Finalmente lo que desea la familia es,

que tú vieras que el enfermo se siente querido y arropado... cómo lo trata, porque no es lo mismo ir con cariño a darte la vuelta que a darte un tirón bruscamente, (...) las personas mayores son como cristales que se pueden romper en cualquier momento si luego le dan un batacazo, si dicen la está cuidando y luego ¡pumba! (EGF1).

Estos aspectos de las necesidades de la contratante así como de lo que busca en la cuidadora coinciden con lo hallado en la bibliografía consultada, relacionándolo con aspectos de inserción laboral de la mujer, el no querer que la PMD salga de su domicilio así como la necesidad de que los cuidados sean más bien de sustitución del familiar que de calidad profesional. Ello

abarcaría la realización de cuidados domésticos, de atención a la PMD y, sobre todo de compañía, bienestar y afecto hacia el receptor de los cuidados (Escuredo, Torres, Casanovas, & Maldonado, 2013; Galiana-Gómez de Cádiz et al., 2008; Martínez, R., 2009; Quiñoz, 2010; Rogero-García & Martín-Coppola, 2010).

- Lo que la cuidadora necesita

Sin embargo, las necesidades no solo se sienten en uno de los sectores implicados, por parte de las cuidadoras también hemos encontrado algunas como la de un contrato de trabajo o un lugar de residencia, entre otras. Como apreciamos en la siguiente figura, la razón esgrimida por la totalidad de las entrevistadas para realizar este tipo de trabajo es algún tipo de necesidad. Muchas de ellas, tras su iniciación, reconocen sentir gusto por la labor que desempeñan, pero si no hubiera existido esa necesidad previa, posiblemente nunca habrían entrado en contacto con el trabajo de cuidados a PMD.

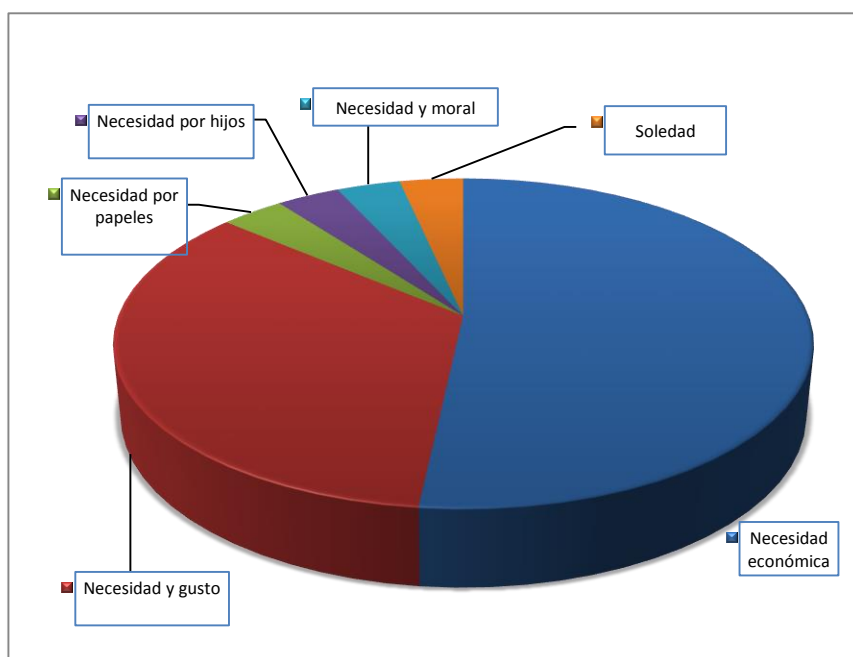


Figura 4.1. Distribución de la codificación sobre los motivos para trabajar en el cuidado al mayor

Tras los años de experiencia, los familiares no se enfrentan igual a una entrevista de selección de cuidadora que al principio, dado que ya saben lo que su receptor de cuidados necesita y los fallos a evitar. En definitiva, ya han elaborado sus propios criterios de selección y es lo que intentarán reconocer en la cuidadora aspirante, de manera que, «a medida que ellas te iban diciendo la necesidad que tenían, tú te decías: "sí, tú tendrás una necesidad, pero yo tengo una necesidad que es que mi madre se sienta bien"» (EGF4).

En general, las necesidades de las cuidadoras a la hora de realizar el trabajo de cuidados han coincidido con lo hallado en los diferentes estudios realizados sobre el tema, y se relacionan con aspectos de irregularidad jurídica, necesidad de enviar remesas a sus familiares o la reagrupación familiar. Estas necesidades colocan a la cuidadora en una situación de vulnerabilidad frente a su contratante, que se traducirá en la posibilidad de unas condiciones laborales desfavorables para ellas (Berjano et al., 2005a; Casado-Mejía et al., 2012; De la Cuesta-Benjumea et al., 2012; Galiana-Gómez de Cádiz et al., 2008; Marcu, 2011; Rodríguez et al., 2010).

3.3 Negociaciones durante la contratación

Como parte del proceso de elección de la cuidadora tienen lugar las negociaciones de las condiciones y prestaciones que van a definir el trabajo de cuidados. Comienza la dialéctica entre los servicios a prestar, los cuidados y tareas a realizar, las responsabilidades a asumir, las capacidades de la cuidadora para desempeñar el trabajo y las condiciones de remuneración, formalización o no de contrato y alta en la seguridad social. Se sabe, o al menos está implícitamente aceptado, que se trata del inicio de una andadura que irá cristalizando paulatinamente en el engranaje de todas las piezas que compondrán el puzle final esperado, en el que todos los actores que intervienen se encuentren cómodos y satisfechos. No obstante, para lograr esto último será necesario la buena voluntad y la colaboración de todos. En este sentido, una hija reflexiona, «...qué confiada fui yo, metía gente en mi casa que no (...) conocía de nada, que no sabía ni lo que eran, ni lo que hacían... que nos vimos un día y nos fuimos conociendo, eso, poquito a poco» (EGF2).

Si bien las tareas a realizar pueden quedar bien delimitadas al inicio de la relación contractual, lo que suele suceder es que se modifiquen a medida que va pasando el tiempo. Ello permite que el receptor de los cuidados y sus familiares se vayan adaptando a la nueva situación y la cuidadora se vaya ganando la confianza de todos. Una cuidadora explica que, «yo les hacía la compra, al principio iba con él, después me daba el dinero, yo le traía su ticket, (...) las cuentas claras. Él me decía: “no, no me des explicaciones, que yo no miro el ticket”» (EGC3). También es el momento en que la cuidadora expresará si sabe o tiene experiencia en las tareas que el familiar le indique o si, por el contrario, tiene alguna dificultad para realizarlas. Esta cuidadora explica con sinceridad a la persona que la entrevista, que no sabe hacer «eso del puchero de... y la paella menos... ni sé qué es la paella, decía yo» (C11). En el caso de que la cuidadora no tenga conocimientos ni experiencia, y se encuentre en un estado de verdadera necesidad, la última opción es suplicar por la confianza intentando mostrarse sincera, honesta y predispuesta, como

únicas bazas para conseguir un empleo para el que no se está preparada, «...yo no le voy a mentir, yo nunca he cuidado de una persona mayor, pero lo que sí le digo es: deme esta oportunidad que yo quiero aprender» (C10).

Las tareas que realizan de manera directa al anciano son de todo tipo. Como se puede apreciar en la figura 4.2, se observa que las llevadas a cabo por una mayor proporción de las cuidadoras son aquellas relacionadas con la ayuda directa al paciente, es decir, las relacionadas con las actividades de la vida diaria y el autocuidado.

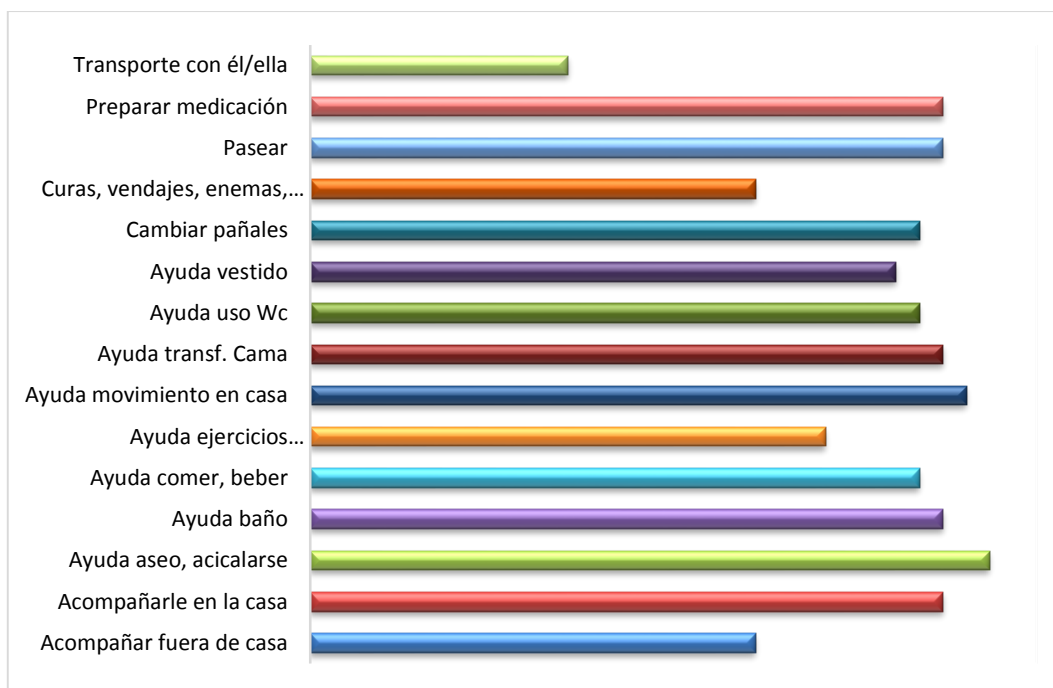


Figura 4.2. Frecuencia de realización de cuidados dirigidos al paciente

Las cuidadoras también han de realizar tareas de cuidados en el entorno. Las llamadas tareas domésticas, que incluyen los cuidados en el hogar, la elaboración de las comidas, en ocasiones y, en las menos, realizar gestiones o responsabilizarse de la economía o arreglos en el domicilio de la persona mayor, tal y como se aprecia en la figura 4.3, donde podemos observar la distribución de las cuidadoras según el desempeño de estas actividades. Así vemos que, mientras que solo una baja proporción reconoce asumir el cuidado de niños y administrar el dinero o realizar gestiones, un elevado porcentaje de ellas declara realizar labores de limpieza de la casa y preparación de las comidas, en definitiva, «cocino, lavo, limpio y estoy pendiente de ellos» (C13).

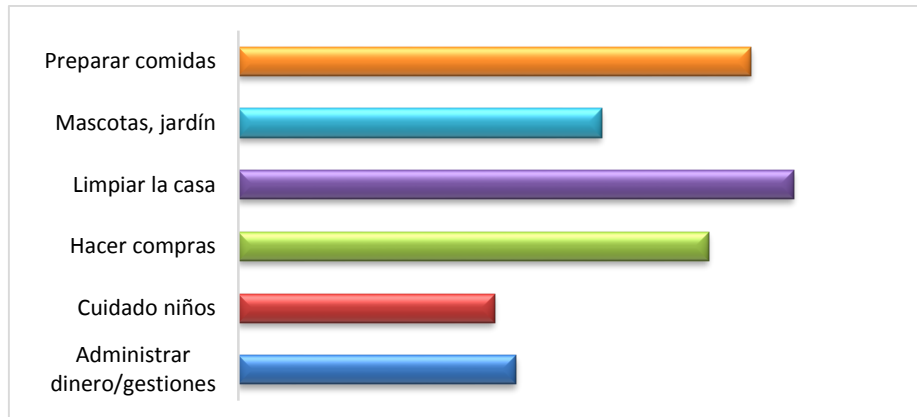


Figura 4.3. Frecuencia de realización de cuidados en el entorno y otras gestiones

Sin embargo, este tipo de tareas no siempre es bien acogido por algunas cuidadoras pues, «el viejito o la viejita es lo de menos, que le mantengas la casa limpia, se escudan en eso, lamentablemente» (C19).

Es éste un tema controvertido que, como se verá en niveles más avanzados del análisis, se relaciona con sentimientos de explotación por parte de la cuidadora, que emanan de ser consideradas como chicas para todo y que aparecen en la mayoría de las investigaciones publicadas al respecto (Berjano et al., 2005a; Galiana-Gómez de Cádiz et al., 2008; Marcu, 2009; Martínez, R., 2009; 2012; Quiñoz, 2010; Rogero-García & Martín-Coppola, 2010a; Ruíz & Moreno, 2013).

Respecto al régimen de convivencia, como se puede apreciar en la siguiente figura, independientemente del nivel de dependencia del paciente la mayoría de las cuidadoras ha optado por un contrato en régimen de interna.

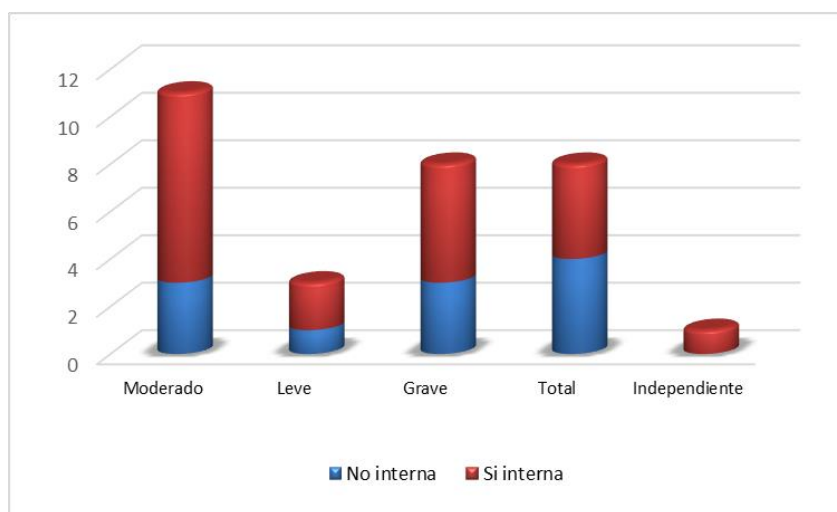


Figura 4.4. Tipo de convivencia de la cuidadora en función del nivel de dependencia del receptor de los cuidados

En este sentido, también es curioso observar cómo la edad de las cuidadoras en régimen de interna es sensiblemente mayor que la de las que no conviven en el hogar del receptor de los cuidados (figura 4.5). Algo que cabría esperar al revés, pues a edades más tempranas existe más facilidad para cambiar de lugar de residencia que a edades mayores, donde la existencia de hijos y pareja podría dificultar residir fuera del hogar.

En el caso de que tenga familiares a su cargo viviendo en el país, éstos tendrán un peso importante en la toma de decisión sobre si aceptar o no el trabajo de interna, como una de ellas le dice a su entrevistador, «mire, es que tengo mi niña aquí, no la he ubicado, no sé... para internarme y dejarla sola otra vez, como estaba allá, como que no me apetece mucho» (C11).

La mayoría de las cuidadoras internas de este estudio no tienen pareja, solo dos viven con alguien. Parece que este factor muestra una relación más clara que la existencia de hijos, pues existen casos en que los hijos menores aún no han podido venir con su madre o estos son mayores de edad e independientes con lo que le dan a la madre una mayor libertad a la hora de poder residir en el domicilio de su receptor de cuidados, además de conformarse como un motivo para la elección de ese tipo de contrato (Quiñoz, 2010; Martínez, R., 2009).

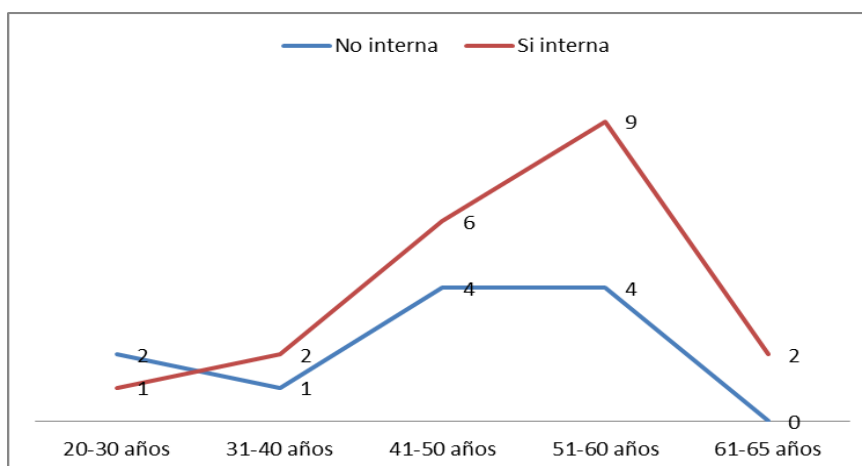


Figura 4.5. Tipo de convivencia en función de la edad de la cuidadora

Ser dadas de alta o no en la seguridad social es uno de los ejes que vertebran la relación laboral de la cuidadora, pues supone muchas implicaciones económicas y sociales para su vida presente y futura, entre ellas la prestación por desempleo y la pensión de jubilación. Para el empleador supone un cambio económico y, también, una forma de recibir un servicio que necesita dentro de un marco de legalidad. Por ello, este tema fue abordado con interés por todos los participantes, tanto en los grupos focales como en las entrevistas.

El aspecto más relevante en este tema consiste en la entrada en vigor a 1 de enero de 2012, del Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar. Se entiende que el carácter especial se debe a las particularidades de los servicios prestados en el ámbito íntimo familiar, así como la relación de confianza en la que se basan (Boletín Oficial del Estado, 2011). La nueva regulación era muy reciente para las participantes en el momento de este estudio, pues las entrevistas y las técnicas conversacionales se llevaron a cabo a partir de agosto de 2012, cuando la nueva legislación llevaba solo ocho meses de andadura. Uno de los aspectos de más importancia fue el derecho a la prestación por desempleo, al cual la empleada doméstica no tiene derecho. Esta cuidadora muestra la confusión que le produjo la primera información que solicitó a este respecto,

a mí me dicen que las empleadas de hogar no tenemos derecho a paro, ni a ayuda, ni a nada de eso. Pero, y ¿por qué? Si trabajamos a veces peor que la que trabaja en una oficina ¿verdad que sí? (C9).

Antes de la entrada en vigor de la nueva ley, no era obligatoria la formalización por escrito del contrato de trabajo, en numerosos casos no existía ni siquiera el alta en la seguridad social. Esta cuidadora resume así su experiencia, *«en casas estuve, no me acuerdo exactamente, (...) mientras estuve irregular. Yo no pagaba seguridad social ni nada, pero los médicos sí me atendían» (C11)*. Después de la misma, algunas de ellas perdieron el empleo por este motivo, una de las pocas a las que le sucedió relata cómo se lo comunicó su receptora de cuidados tras consultar el tema con sus hijos, *«no te podemos pagar la seguridad social, al contrario, tú te quedas aquí conmigo, me trabajas por el mismo tiempo, pero no te puedo pagar más de doscientos euros (menos de lo que cobraba hasta ese momento)» (C11)*. Sin embargo, lo común es que ambas partes muestren interés en llegar a acuerdos beneficiosos para todos, como comenta esta cuidadora refiriéndose a su empleadora, *«ella tiene la carta y me dijo: “no, yo te hago el contrato de trabajo” y me va a pagar la mitad de la seguridad, entre las dos la pagamos» (C18)*.

Las motivaciones personales, para unos formalizar el contrato escrito por los servicios que va a recibir y para otros, mantenerse trabajando aun sin dicho contrato, dependen de los intereses y caracteres de cada persona. No obstante, aparece una coincidencia en ambas partes cuando hablan de su comportamiento bajo la legislación vigente. El empleador señala la importancia de tomar precauciones para evitar o protegerse ante hipotéticas denuncias, una participante en el grupo de familiares comenta que *«son épocas diferentes (...) corres el riesgo*

de las denuncias, te tienes que cubrir las espaldas, tienes a tu personal con tu seguridad social, con todo, pasa cualquier cosa y está todo en regla» (EGF2). Para la cuidadora, supone un dilema realizar esa hipotética denuncia ante una situación laboral irregular debido a las posibles medidas que pueda tomar el empleador en consecuencia, «el problema es que si a ti no te tienen asegurada tú les puedes denunciar, pero si ~~no~~ [denuncias] te van y te botan» (EGC3).

Este tema aún no se ha abordado en la bibliografía consultada, por tanto, no podemos comparar con otros hallazgos el comportamiento detectado en nuestro estudio relacionado con las posibilidades de denuncia por ambas partes y las consecuencias que se puedan derivar.

En los grupos de enfermería se opina que la situación de las cuidadoras es injusta, con mucha carga horaria, tareas, soledad y con poco reconocimiento. En relación a la nueva legislatura, esta enfermera comenta que, «con el ~~rollo~~ este [tema] de los cambios de contrato, pues pretenden que ellos paguen una seguridad social que al final lo comido por lo servido» (EGE2). La opinión general de las enfermeras participantes, en relación a las condiciones laborales de la cuidadora puede resumirse en este comentario de una de ellas, «encima que se sienten mal pagados por estar veinticuatro horas [trabajando], es un día a la semana, lo que libran habitualmente» (EGE3).

4. CONOCIENDO A LA CUIDADORA. LO RELACIONAL: FACTORES CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL MODO DE ENTENDER Y REALIZAR EL CUIDADO

A continuación, presentamos el análisis de las relaciones que según las participantes se establecen entre los factores de la estructura social y cultural y su modo de cuidar.

4.1. Su visión del mundo

Siguiendo las indicaciones de Leininger a la hora de llevar a cabo el proceso de indagación, el enfoque etnoenfermero y antropológico del estudio requiere comenzar la obtención de los datos empíricos en la parte superior de su Modelo del Sol Naciente, esta ubicación corresponde al apartado Visión del Mundo, mediante el cual se pretende explorar la cosmovisión de la persona entrevistada, es decir, el modo en que el individuo o grupo, mira y entiende el mundo a su alrededor como un valor, una actitud, un cuadro o perspectiva acerca de la vida o el mundo (Leininger, 2006, p.15).

Qué visión tienen del mundo a su alrededor, es algo que se le está preguntando a personas que han recorrido muchos kilómetros, que han salido de lo que conocían como «su mundo» hacia otro teóricamente mejor, y que no pueden evitar comparar ambos. Quizá, para un

inmigrante económico la comparación entre ambos es obligada, pues el inmigrante sopesa en cada momento, tras cada evento de importancia en su vida, dónde se encuentra mejor, si el viaje, su esfuerzo y el de sus familiares han merecido y merecen la pena, si este mundo es mejor que el que ha dejado atrás y si su forma de vivir y la de los suyos ha mejorado.

Las reflexiones de las personas participantes se pueden presentar en tres grandes grupos: los que opinan que aquí, este mundo, es mejor, y por tanto ellos viven mejor. Los que opinan que allá se respetan más ciertos valores y los que opinan sobre el mundo en general, viéndolo catastrófico (figura 4.6).

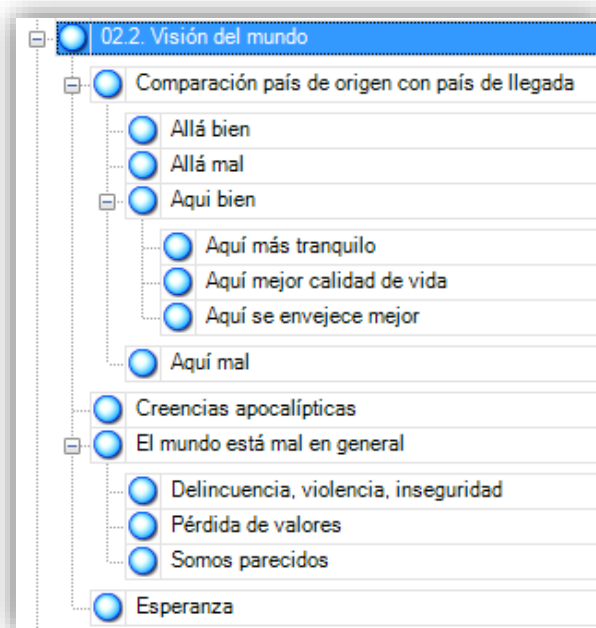


Figura 4.6 Codificación de la Categoría Visión del Mundo

La forma de ver el mundo, para algunas, está influida por aspectos personales como tener a la familia cerca y tener trabajo o no, «*me siento a gusto aquí, con la gente, con el entorno, con los vecinos porque tengo mi hija... pero también como un poco apática, por sentirme así, manicruzada, no sentirme útil*» (C11).

Los que opinan que este mundo es mejor, es decir, que en España se vive mejor que en su país, opinan que la diferencia se encuentra en la comparación seguridad/inseguridad. Aunque en esta época ya no es costumbre, algunas recuerdan que hasta hace unos años, en muchos pueblos de las islas no se cerraban las puertas con llave. Desde el punto de vista femenino se opina que «*aquí la mujer está más protegida que en Colombia*» (EGC1) y existe menos

machismo, pues «en la cultura de nosotros se sufría mucho, porque cuando yo fracasé, mi madre me escondió» (C3).

Algunas cuidadoras provenientes de Sudamérica explican que en su país hay mucha inseguridad debido a la violencia y a la delincuencia,

yo le digo a mi negro que yo de aquí ya no me quiero ir (...), que esto para mí es un paraíso, que esta paz, esta tranquilidad... sale uno a las dos de la mañana (...) y anda con sus prendas, hasta con platica en el bolsillo... (C7).

Estos aspectos sobre el machismo y la violencia en sus países de origen coinciden con lo hallado por Martínez, Tendero, Martínez y Guijarro (2011).

Los aspectos que los participantes encuentran negativos en España son los relacionados con la pérdida de valores de cuidado y respeto en la familia. Algunos comparan ambos mundos en relación a la educación de las personas en sus relaciones, opinando que, en general, en España se tiene peor educación que en sus países de origen, en este sentido C5 opina que «allá en Colombia la gente es muy respetuosa y aquí la gente es muy mal educada (...) yo decía ¡buenos días! Y a mí nadie me contestaba. A mí me enseñó mi madre desde que era pequeñita».

Dejando atrás las comparaciones, las participantes ven un mundo al revés, que «está mal» (C12) y que «va de mal en peor» (C17), «muy difícil, agitado, competitivo y contaminado» (C6), donde existe «corrupción, maldad y violencia» (EA1). Ante esta situación algunas de las participantes confiesan no entender lo que está pasando, pues «no sé... yo este mundo lo veo raro, no tiene lógica... en un mismo país hay muchas diferencias... » (C14).

También se habla de la falta de solidaridad y que, cuando ésta existe, está más presente entre los pobres y necesitados. Sin embargo,

antes había más consideración, las personas eran más humanitarias, ahora cada uno va a su rollo, le da igual lo que le pase a los demás (...) y ¿cómo decirlo rápido y feo? cada cual que se busque la vida (C2).

Por otro lado se denuncia la brecha, cada vez mayor, entre ricos y pobres, así como un mundo cada vez más desarrollado e injusto. Otro aspecto negativo es que lo más valorado en la sociedad actual sea la riqueza, la tecnología punta y la juventud. En relación a este último aspecto una participante de sesenta y un años, reflexiona sobre el comentario de su profesora de jardinería, «¡ay C* qué pena me da de tu edad!» y yo decía: ¡¿Qué tiene que ver la edad para ser florista?! Si lo que hace una florista lo puede hacer una persona de noventa años. ¿No?» (C1).

Algunas cuidadoras han descrito el mundo en función del desarrollo tecnológico existente, de manera que las diferencias sociales en el acceso a la tecnología la convierten en una forma de medir las diferencias de clase entre las personas y, quizá, un modo de acentuarlas, pues se aprecia,

un gran desarrollo tecnológico con diferencias abismales entre las sociedades, (...) está el muy pobre, muy pobre (...) y los ricos cada vez más ricos (...) vamos a un mundo completamente tecnológico, por lo tanto perdemos un poco de la vida natural, de la vida... (C20).

Esta idea de la pérdida de la vida natural, en cuyo fondo subyace su opuesto, lo artificial, se puede enlazar con las ideas del acercamiento al fin de una etapa, de un modo de entender el mundo, de los tiempos. Las ideas de corte profético siempre han existido en la humanidad, una de ellas tiene que ver con

el libro perdido de Nostradamus es un libro que (...) tenía la iglesia católica (...) guardado (...) predijo los atentados que iba a tener el papa, (...) lo de las torres gemelas (...) Dicen que Napoleón y Hitler han sido los anticristos y falta uno, no se sabe si ya pasó o si falta por llegar, ahora, con lo del calor, los cambios climáticos... entonces cada día esto ha ido a peor... (C12).

Ante este panorama, otro elemento que retoma fuerza son las ideas de corte religioso base principal de la idea de esperanza de que todo vaya a mejor. Creencias que hablan de la necesidad de mantener y de no perder la esperanza en que estos momentos de caos, confusión, injustas diferencias sociales, hambre, guerras, pérdida de valores, corrupción, inestabilidad política y económica, etc., tienen arreglo y que es necesario confiar en que el amor de Dios será capaz de solucionar, pues muchos tienen «la esperanza de que pronto esto acabará (...) aunque todos vean el mundo muy oscuro, hay una luz, la luz de la esperanza, mi Dios» (EA10).

La forma de ver el mundo no ha sido un aspecto que las cuidadoras entendieran como influyente en su modo de realizar el cuidado y tampoco se ha encontrado en la bibliografía consultada alguna mención a este respecto. Sin embargo, podemos apreciar una relación en su forma de ver el mundo con las creencias religiosas y con valores como la solidaridad.

4.2. Su etnohistoria

Se entiende la etnohistoria, desde el punto de vista de los cuidados, como los hechos, eventos, casos y experiencias pasados de los seres humanos, grupos, culturas e instituciones

que ocurren a lo largo del tiempo en contextos particulares y que ayudan a explicar los modos de vida influyentes en el cuidado cultural de la salud y el bienestar o la muerte de las personas (Leininger, 1970; 2002; 2006).

Con la indagación de este aspecto se pretende elaborar una pequeña historia de vida de la cuidadora a fin de conocer su origen cultural explorando, en los inicios de su vida, aquellos acontecimientos importantes y significativos para ellas, así como si viajaron o vivieron en diferentes lugares o siempre en el mismo sitio durante su infancia. Surgen los temas de la crianza y de la experiencia migratoria y se busca si influyen, o no, en la forma en que la cuidadora entiende y realiza los cuidados.

El aspecto de la crianza ha sido muy importante para algunas de las entrevistadas pues reconocen la influencia de lo acontecido en esos primeros años sobre el resto de su vida de adultas.

Entre las participantes en este estudio, afirmaciones como «fui criada por mis padres y abuelos en un ámbito familiar, con mucho amor y cariño y valores y principios» (EA7), son las menos frecuentes.

Lo común a estas cuidadoras es que durante la infancia hayan vivido experiencias duras o difíciles. Uno de los aspectos más frecuentes es el hecho de criarse sin padres. Los motivos para ello son diversos, en algunos casos por ser huérfanas de padre, madre o ambos y en otros por motivos laborales, un ejemplo es el de la cuidadora EA5 que, «desde los seis meses hasta los siete años, [estuve] en guardería interna porque mis padres estaban trabajando».

La mayoría reconoce haber tenido una infancia más o menos dura, incluso quien afirma haber tenido una infancia de viajes ha argumentado que fue debido a la necesidad de su padre de cambiar a menudo de residencia tras la muerte de la madre. Este comentario describe la situación,

lo que pasa es que mi mamá murió a los treinta y cinco años, (...) yo tenía dos años, (...) entonces cada diciembre (...) ella reunía a todo el mundo, ella era el motor. Entonces mi papá no aguantaba eso, cogía los diciembre, el cogía todo y nos íbamos para otra ciudad, siempre los diciembre (C12).

Otro aspecto que aparece reiteradamente en los relatos de las participantes es el de los malos tratos, los cuales se han manifestado de diferentes maneras: los recibidos por ellas directamente, en cuyo caso pueden ser verbales o físicos; y los que ellas han observado que se producían hacia otros miembros de la familia, casi siempre la madre. Un caso representativo de

todos estos tipos de malos tratos es el de C11, el caso de C3 representa el maltrato verbal y vejatorio recibido durante su crecimiento por parte de su madre. Ambos se pueden observar en la presentación de las cuidadoras en el capítulo Diseño de la Investigación.

Un ejemplo de malos tratos, ya en la edad adulta, es el expuesto por una participante en el grupo focal de familiares, la cual explica cómo aconsejaba a la cuidadora que atendía a su madre, a la que veía como a un miembro más de la familia, ante los malos tratos físicos y verbales que recibía por parte de su pareja: «...tú no puedes dejar que te funde la mano encima ni que te insulte, porque como le des pie a que te lo haga una vez porque esté acostumbrado a hacerlo allá (...) aquí nanay de la China, no» (EGF2).

Lo común son los malos tratos recibidos durante la infancia tanto por parte de familiares directos, como por tíos, C13 reconoce que «siempre estábamos de golpe en golpe porque, como decimos allá, no sé si usted habrá escuchado la palabra: de cocacho en cocacho».

Con todo, se observa que algunas cuidadoras han reflexionado y encontrado una relación entre la falta de cuidado que tuvieron en la etapa infantil y el deseo de cuidar de otros en su edad adulta, de manera que esta actividad les hace sentir bien, esto se puede observar en los casos de C11 y de C3 y en esta declaración otra de las cuidadoras explica que, «me sentí muy sola, no tenía padre y mi madre trabajaba todo el día, no me sentí cuidada; cuidar de otra persona me hace útil y feliz, me gusta en medio de sus dificultades» (EA10).

La relación entre la vivencia de maltrato y los deseos de cuidar, incluso el sentirse bien realizándolo, como hemos visto, ha sido manifestada por las propias participantes. Este aspecto infantil de la etnohistoria de las cuidadoras no ha sido abordado en la bibliografía consultada, sin embargo sí ha sido ampliamente abordado, como veremos a continuación, el aspecto relacionado con la experiencia migratoria.

Los eventos o los desplazamientos importantes en la vida han sido, sin duda, el aspecto más destacado para las participantes en esta investigación. Aunque abordaremos los aspectos relacionados con el choque cultural en el apartado correspondiente, en este punto comentaremos los motivos de la experiencia migratoria y su proceso de adaptación.



Figura 4.7. Frecuencia de palabras en la categoría «Motivos migración»

Como podemos entrever en la figura 4.7, los motivos para emigrar han sido en casi todas las ocasiones laborales y económicos. El deseo de mejorar las condiciones económicas a menudo se ligaba a la necesidad de emigrar pues «¿sabes lo que pasa? que se oía tanta cosa que...: “no, es que allí hay un país que... se consigue casa, carro...” y dices, estoy tres años, me hago millonaria y me vuelvo» (EGC1). Aunque otro motivo determinante para tomar la decisión de salir del país era intentar mejorar las condiciones de los familiares que se quedaban. Un enfermero durante su trabajo como cooperante en Ecuador observó que,

había gente que vivía de las remesas de los expatriados, ¿sabes? (...) el núcleo familiar no trabajaba porque con doscientos euros, que allí eran trescientos o cuatrocientos dólares, vivían que te cagas, una casa muy humilde pero con un súper televisor, un equipo de música... y la cadena *Comandato*: “¡Compre sus electrodomésticos en Madrid, retírelos en Ecuador sin problema!” Y eso funcionaba (EGE4).

Para muchas de las entrevistadas la mayor dificultad para su adaptación al país receptor ha sido «la familia, que los hijos... están fuera... eso sí cuesta... como que me vuelvo, como que no... eso sí cuesta más (...) en eso me costó mucho y me sigue costando» (C6), mientras que otras han reconocido que, «muchos problemas tuve porque no sabía las costumbres de acá, porque... la gente de acá no es como nosotros» (C3).

Ha facilitado el proceso de adaptación al nuevo lugar que, «gracias a Dios aquí, en cuanto entré al país, encontré personas muy buenas, (...) que me han tendido la mano... de que siempre han estado preocupadas por mí...» (C3), en este sentido esta cuidadora reconoce que «estoy contenta porque la gente con la que me he tropezado han sido muy buenos» (C13) y tras unos momentos de adaptación como esta cuidadora explica que para ella «fue duro porque me veo en otro país... además que... en Colombia tenía mis amigos, conocía a mis vecinos... y aquí nada...» (EGC1), finalmente la mayoría acaba reconociendo que «aquí me siento en casa» (EGC2).

También hemos visto que las circunstancias que rodean a su proceso migratorio han influido en la elección del cuidado como trabajo, por sus condiciones de interna y por las facilidades, al no tener papeles, que dicho empleo ofrece, pues

tú sabes que para uno trabajar aquí en otra cosa, uno tiene que tener papeles (...) me han dicho que es mejor que a ti te den los papeles como oferta de trabajo (que como reagrupación familiar), porque así te va a salir la oferta de trabajo el día de mañana: que tú quieres trabajar en un hotel... en lo que tú quieras (C7).

Diferentes estudios han encontrado aspectos similares a la hora de explorar los motivos por los cuales estas mujeres han salido de sus países. De esta manera se ha encontrado como uno de los factores fundamentales la mejora de su calidad de vida, así como la de las familias que dejan atrás, tanto en el momento presente como para preparar un futuro mejor, constituyendo otra cuestión importante la posibilidad de la reagrupación familiar. A todo ello pueden unirse las condiciones de irregularidad en que muchas han viajado y han propiciado que eligieran el trabajo de cuidados como nicho laboral más asequible para ellas (González-Juárez, Noreña-Peña, & Cibanal-Juan, 2014; Martínez, R., 2009; Martínez et al., 2011; Nogueira & Zalakain, 2015; Quiñoz, 2012; Rodríguez et al., 2010).

4.3. Su cultura

Los fenómenos de la estructura social y cultural proporcionan amplios condicionantes que influyen en las expresiones y significados del cuidado pudiendo, además, influenciar directa o indirectamente sobre la salud y el bienestar (Leininger & McFarland, 2006). Los factores de la estructura social y cultural que se exploran en las cuidadoras incluyen la religión y espiritualidad, parentesco y relaciones sociales, factores políticos, educación, economía, tecnología, filosofía de vida, creencias y valores culturales.

4.3.1. Parentesco y relaciones sociales

Las relaciones parentales y sociales son parte importante de la dimensión cultural y social de la cuidadora. Explorar cómo han sido y son las mismas, así como su conexión con la dimensión de cuidado en ellas, también es una forma de conocer el modo en que la cuidadora entiende los cuidados que realiza. Para ello, en este apartado se exploran los aspectos relacionados con el cuidado en el ambiente personal y familiar de la cuidadora, el significado que estas personas tienen para ellas y el modo en que han influido en su estilo de cuidado y salud.

Observamos en la figura siguiente que la mayoría de las cuidadoras participantes no tiene pareja en el momento de la entrevista, algunas son solteras pero lo más frecuente es que estén separadas o sean viudas. De entre las que trabajan internas solo dos son casadas. De las que tienen hijos, la mayoría los tiene mayores de edad, y de las que tienen hijos menores, solo unas pocas han conseguido la reagrupación familiar.

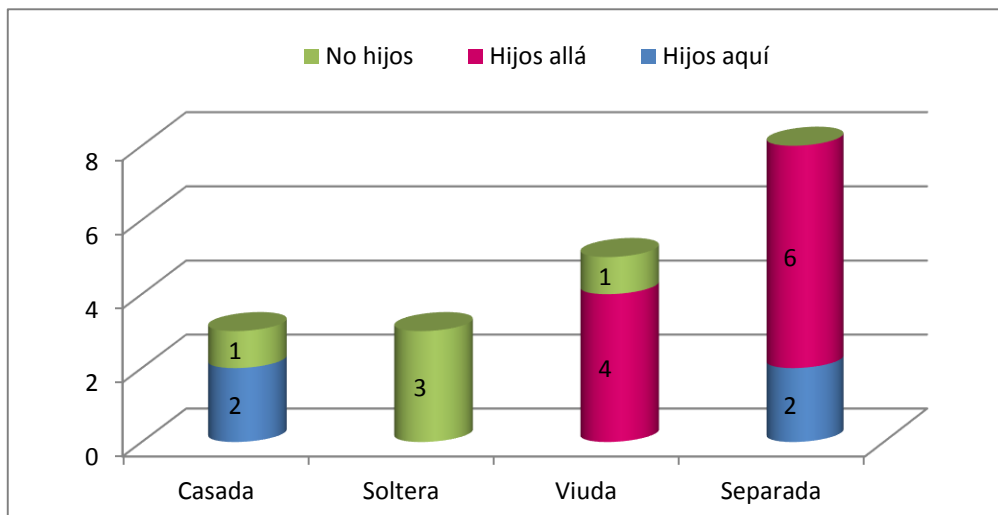


Figura 4.8. Estado civil y lugar de residencia de los hijos

En los entornos familiares de las participantes es costumbre el cuidado de los diferentes componentes de la familia. Muestran un gran sentido de la familia extensa, como para C7 que recuerda que en su casa, «había familia por todas partes, pero la familia siempre llegaba a mi casa, toda, toda...».

Cuidar de los diferentes miembros de la familia forma parte de lo cotidiano entre las participantes. Frecuentemente se cuida de los hermanos más pequeños, es el inicio del sentido de la responsabilidad y la protección de un ser querido y de esta manera «el mayor iba cuidando al más chico y así, si los padres trabajaban el más grande cuidaba al más chico» (C19). De adultos,

el cuidado entre hermanos se extiende a los hijos de éstos, «a mí mi Dios no me quiso dar hijos, pero mis hermanas todas parían cada año, entonces yo pues era la que me encargaba de los muchachitos» (C7).

Se coincide con la literatura en que la mayoría no tiene unas relaciones sociales ricas, pues el trabajo como interna resta tiempo para ellas. Sin embargo, como vimos en el apartado dedicado a la exploración de su etnohistoria, los apoyos sociales son importantes para el proceso migratorio, por tanto, para la salud y el bienestar de la cuidadora y, por tanto, para la realización de su trabajo de cuidados. También observamos que la mayoría están separadas y no tienen aquí a sus hijos, con lo que están dedicadas al cuidado que realizan en función de su experiencia vital con hijos y otros familiares como veremos a continuación.

La relación que mantienen con sus familiares son fundamentalmente en la distancia y es curioso el hecho de que la mayoría no tengan pareja aquí, algo que quizá pueda estar relacionado con los motivos de emigrar para cambiar de vida encontrados en otros estudios (González-Juárez et al., 2014; Martínez del Campo et al., 2011; Quiñoz & Albu, 2013).

4.3.2. Valores culturales, creencias y modos de vida

En este tema se explora la influencia de la cultura, de las costumbres, de las ideas y creencias de la cuidadora en relación con el cuidado. Los valores más arraigados y compartidos por las cuidadoras participantes son la relación entre el cuidado y el género femenino y los valores relacionados con el trato y cuidado a las personas mayores.

- Género y cuidado

Uno de los valores que han surgido en la exploración de este tema es el cuidado vinculado al género. Hablar de género y cuidados es hablar de mujeres que cuidan, de mujeres que han venido cuidando a lo largo de la vida y han visto a otras mujeres cuidar. También ellas mismas han sido cuidadas por mujeres. Y es lo que este estudio refleja, los cuidados habituales que sustentan la vida cada día y que a lo largo de la historia y de las diferentes culturas han estado vinculados fundamentalmente a la mujer (Collière, 2009). El cuidado a la persona mayor dependiente ofrecido por personas inmigrantes también está vinculado a la mujer y así se puede observar a lo largo de todo este trabajo.

Para las cuidadoras entrevistadas, este aspecto es algo tan natural que, «si mi abuelo quería estar en casa de mi madre, me tocaba a mí [cuidar de él] por ser la mujer ¿no?» (EGC3), incluso en Rumanía «de los viejos cuidan las mujeres, un hombre no se mete» (EGC1).

Sin embargo, ello no es óbice para señalar que comiencen a aparecer cada vez más hombres en el panorama de los cuidados familiares remunerados. Aunque aún en un número muy pequeño en comparación al número de mujeres cuidadoras, en este trabajo no se renuncia a dedicarles su espacio, pues no estaría completo si no se comentara que algunos hombres empiezan a aparecer en el horizonte de los cuidados.

Hemos encontrado cuidado familiar brindado por hombres cuando no hay una mujer en la familia que pueda llevarlos a cabo o responsabilizarse de ellos. Este es el caso de los hijos varones de una enferma de Alzheimer en fase terminal, cuya cuidadora opina que, «la cosa es que me parecía muy raro que tres hombres [~~hacen~~] (hicieran) esto por su madre. ¿Me entiendes?» (C8).

En el caso de los cuidadores contratados, representados en este trabajo por dos participantes, en los grupos de enfermeras se reconoce que cada vez son más numerosos, una de ellas comenta que entre las cuidadoras de pacientes de su centro «tenemos seis varones inmigrantes...» (EGE1). Enfermería ha detectado una nueva forma de introducir a las personas en el cuidado del mayor dependiente, en este caso el hijo de la cuidadora, instruido por su madre en el hogar de trabajo de ésta, a medida que el hijo ayuda a su madre en las tareas del cuidado, va aprendiendo el oficio que, posteriormente, sabrá llevar a cabo por su cuenta. Esta enfermera cuenta de un cuidador que «su madre le enseñó y trabajaban juntos, él lo levanta, lo baña, [ella] le va instruyendo [al hijo], consigue otro trabajo en otro domicilio y... se queda el hijo» (EGE2). Esta nueva estrategia tiene varios puntos fuertes a su favor a la hora de resultar una técnica eficaz en la búsqueda de trabajo, por un lado el aprendizaje durante la realización del propio trabajo, es decir, en situaciones reales; y, por otro, el conocimiento previo que el posible empleador tiene del futuro empleado, tanto para contratarlo él mismo como para la recomendación a terceros si fuera necesario, ya que «además, la familia ha probado, por la forma en que ha entrado... porque me viene un chico que no conozco [a solicitar trabajo de cuidador] y tú dices: olvídate» (EGE3).

Los motivos por los que los receptores de cuidados prefieren a hombres están relacionados con las características masculinas como la fuerza, a la hora de la ayuda en las movilizaciones; y la seguridad que, para una persona o una pareja de personas dependientes que viven solas, aporta tener un hombre fuerte en la casa. GFE8 recuerda un matrimonio en el que, «la señora tenía noventa y pico y él cien [años] y esta señora sólo quería (...) cuidadores chicos, (...) los quería en régimen interno, para que se quedaran por la noche».

No se ha encontrado en la bibliografía consultada ningún dato relacionado con este nuevo fenómeno, sin embargo, consideramos que sería interesante indagar en más profundidad en las medidas que han influido en la aparición del mismo, tales como la situación de crisis económica actual, la falta de oferta formativa reglada para estos trabajos o la importancia que los empleadores otorgan a las recomendaciones boca a boca, evaluando también las posibilidades de consolidación que este fenómeno presenta.

- Mayores y cuidado

Exploramos en este momento el modo en que la cuidadora entiende su relación con la persona mayor, cuál es la consideración a los más viejos de la familia, las costumbres y creencias en relación al envejecimiento de los miembros de la propia familia. Las entrevistadas han explicado sus valores y costumbres en relación a la persona mayor comparándolas con las que se han encontrado en la sociedad receptora.

De acuerdo con Fericgla (1992), mientras que en los pueblos cazadores-recolectores el límite a partir del cual se eliminaba a los ancianos estaba en relación directa con la supervivencia del grupo, en las sociedades industrializadas dicho límite está en relación con el confort de las generaciones productoras.

En general, las cuidadoras entrevistadas ven el cuidado a los mayores como algo natural, articulado desde el respeto y amor a la persona mayor. Es algo que, como recuerda C19 «mi mamá fue la cuidadora de todos mis tíos y mis abuelos, porque se llevaban muy bien con las esposas de los hermanos, (...) y ella con amor, o sea, que esa costumbre en mi familia existe», se ha visto hacer desde pequeños en la familia.

Los casos en los que esos cuidados no se han producido son aquellos en que los familiares han sido independientes o han muerto relativamente jóvenes, como para C16 que explica que, «mi abuela murió con cincuenta y seis de un coma diabético, murió joven, no necesitó [cuidados] y un abuelo mío que también murió, pero sin necesitar cuidados». Otro motivo por el que no se han recibido cuidados es el que la familia, por diferentes razones, no se mantiene unida, como en el caso de esta cuidadora, «y como mi padre era mujeriego, pues tampoco tenía mucho contacto con mi padre; solo con mi madre» (C13).

Estos aspectos de relaciones familiares han conformado parte de los valores y creencias que en la vida adulta tienen sobre el cuidado.

A las cuidadoras participantes les extraña que en España se entienda como normal que los ancianos vivan en residencias y que no continúen viviendo en su hogar y recibiendo los cuidados de sus seres queridos. Algunas se preguntan si «los familiares no piensan que ellos

también van a envejecer algún día» (EGC3) y que será necesario inculcar esos valores a las nuevas generaciones pues «todo eso viene porque son educados así desde pequeños, o sea que... no hay una relación cariñosa entre los miembros de la familia» (EGC1) además de que «ahora a los padres nos quitaron aquello de que a los hijos hay que educar su voluntad, el respeto por los padres, a nosotros nos enseñaron el respeto y cómo saludar a los padres y a los abuelitos» (C11).

Las entrevistadas opinan que a los mayores se les aísla incluso contra su voluntad. A este respecto EGC4 recuerda con tristeza el caso de esta señora a la que «metieron en la residencia (...) y decían que no se quería quedar... que de repente la lleven así... claro, recién muerto el señor, y cuando la llevaron a la residencia pues... al mes murió».

Algunas han explicado que «allí tenemos otro sistema que aquí, aquí [de] las personas que ya son mayores, y los [sus] hijos se desentienden, en cambio nosotros allí no, además siempre están... allí están en su sitio, pero ahí estamos todos» (EGC2), de manera que los viejos siguen viviendo en su casa que es *su sitio*, se les respeta, se les atiende y se les cuida, de manera que el internamiento en una residencia se relega como «una opción para casos extremos» (C2).

Por otro lado, las cuidadoras piensan que «a los viejos de acá les hace mucha falta el amor de los hijos» (C3) porque «la mayoría de las personas de acá piensan que: “porque yo le pago a usted, usted se encarga de mi mamá, no me interesa cómo está mi mamá”» (C3). Denuncian la dejadez de los familiares en las funciones de atención a la PMD cuando se ha contratado a alguien para su cuidado, como refiere C5,

desde cuando yo salgo son nueve horas y cuando yo llego está, mi amor, hasta acá (*se señala el cuello*) limpiarle yo porque no le cambian el pañal a su padre (...) tiene cuatro hijos, se quedan las dos hijas pero están ahí sentadas... y darle la merienda pero ellas no le cambian el pañal y yo les digo, guarden para que paguen quien las cuide.

Otro tema abordado ampliamente por las participantes ha sido el maltrato a la persona mayor. El trabajo de campo de esta investigación se realizó unos meses después de tratarse en un programa de televisión de ámbito nacional, el caso de una residencia privada de ancianos de Lanzarote, donde se denunció el maltrato a los clientes que allí residían. Por ser un tema sensible en la época de recolección de los datos, muchas de las participantes en este estudio hablaron largo y tendido de este caso concreto y del maltrato a la persona mayor en general, como algo muy difícil de encajar, más si se tiene en cuenta el estado de indefensión en el que se encuentra

el anciano dependiente. Opinaron que «en el telediario todo el mundo pues... los hijos abandonan a los padres que están enfermos... esas cosas, me quito el problema y ya está, eso es lo que se está viendo» (C2) y denunciaron que «nosotros, que no nos hemos dedicado a cuidar a personas mayores ni ná, para mí los puedo cuidar mejor yo que muchas personas que tienen estudios» (EGC2) pues, según ellas, algunos profesionales «no los tratan como deben de tratarlos» (EGC3).

Estos valores arraigados en los atributos femeninos del cuidado y que las mujeres latinas representan tan bien pueden conformarse en los motivos por los cuales estas mujeres han tenido tanto éxito en la consecución de su trabajo de cuidados (Escuredo et al., 2013; Galiana-Gómez de Cádiz et al., 2008; Martínez, R., 2009; Martínez et al., 2011; Nogueira & Zalakain, 2015; Quiñoz & Albu, 2012; Rogero et al., 2010).

4.3.3. Lo filosófico, la espiritualidad y la religión

La mayoría de entrevistadas ha reconocido la importancia de lo espiritual en sus vidas, reconociendo la gran influencia que tienen los valores religiosos o espirituales, pues impregnan su forma de vivir, de entender las relaciones, los grandes problemas o los pequeños contratiempos de la vida, la toma de decisiones, y en general, todo. También la forma de entender el cuidado.

Casi todas las participantes reconocen practicar algún tipo de religión. El grupo menos numeroso es el formado por las personas que no lo hacen, encontrándose entre ellas las que la han profesado en el pasado porque «empiezan que si tienes que dar dinero, que si no sé qué... pues no, entonces pues me quité» (C2).

Otra razón es el haber tenido conocimiento de una determinada religión a través de personas de su entorno cercano y, en base a esa experiencia, han decidido no hacerlo como relata C7,

yo tengo dos hermanas que (...) ya hace treinta años que son Testigos de Jehová. Y yo digo que no, conmigo no han podido (...) dice que aquí va a haber un paraíso (...) y la vida lleva millones y millones de años, y yo digo bueno, ahora estamos en ésta, vamos a disfrutarla y a vivirla bien bueno, porque uno no sabe para dónde va.

Entre las personas que reconocen tener fe y profesar alguna religión se encuentran las que tienen unas ideas más apocalípticas, tales como que la situación actual del mundo sólo la soluciona Dios o, como este participante que habla de la salvación al final de los tiempos,

«...porque Jesús en la biblia dijo, los míos no tendrán miedo y sabrán cuál es el día, cuál va a ser el momento» (C12), algo que ya vimos en el apartado dedicado a la cosmovisión, y que muestra la presencia de los aspectos religiosos en las demás áreas estudiadas en estas cuidadoras.

La importancia de la religión para estas personas es explicada en términos de constituir el motor de sus vidas. La fe les ha ayudado a entender y vivir ciertos valores en la vida, tales como la humildad, el entender que el ser humano puede acabar sus días dependiendo por completo del cuidado y atención de otra persona para vivir, la necesidad de amor que tienen las personas mayores o simplemente, aceptar las dificultades que se presentan en el día a día, pues «si te sientes afligida, abatida (...) le pides a Dios que te dé la fuerza que necesitas (...) no sé para otros pero para mí, yo tengo mucha fe en Dios» (C2).

Las participantes entienden que para cuidar de una persona la espiritualidad ha resultado ser una dimensión importante para ellas y consideran que, «si usted tiene un corazón cochino, hablemos en plata blanca, un corazón sucio que no tiene sentimientos, usted no va a entrar a una casa a cuidar de una persona de estas, a brindarle el cariño, a brindarle amor» (C5). Además de los valores necesarios para cuidar a una persona dependiente, también la fe ayuda en el trabajo diario de los cuidados, incluso en situaciones como «cuando estuve con L* que se ponía así tan rebelde, yo lloraba mucho al Señor y el Señor me la aplacaba, yo tengo mucha fe en Dios» (C3). El aspecto espiritual se muestra especialmente, como en todas las culturas, en el momento de la muerte, a este respecto, en la fase terminal de su receptora de cuidados C8 recuerda que «al final sí, al final no podía respirar bien, ya no tenía fuerzas para hacer nada, ni para hacerle... ahí sí recé, los hijos también».

Muchas de las participantes en esta investigación explicaron que pertenecían a algún tipo de iglesia, sobre todo de corte evangélico, cuyo número ha aumentado significativamente en los últimos tiempos, al menos en las islas de Fuerteventura y Lanzarote y se reconoce que «hay como un resurgir de la espiritualidad» (EGE2).

Mientras que la bibliografía consultada muestra el marcado carácter religioso que la mayoría de las cuidadoras extranjeras presentan, sobre todo en el caso de las latinas (Benavente, 2007; Marcu, 2009; Martínez-Buján, 2008; Ramos et al., 2010), en nuestro estudio han manifestado, además, sus propias interpretaciones sobre la influencia de este factor cultural en la forma en que entienden y realizan el cuidado.

4.3.4. La tecnología

La tecnología es un factor de la estructura social y cultural que, como se ha observado en el abordaje de la visión del mundo de las cuidadoras participantes, se manifiesta como uno de los factores determinantes de las diferencias sociales. Sin embargo, mientras que en el análisis de la cosmovisión de la cuidadora, el aspecto relacionado con la tecnología emerge naturalmente en las conversaciones, a la hora de abordar este factor relacionándolo directamente con el cuidado resulta, para algunas entrevistadas, un poco difícil de entender. El concepto tecnología o avances tecnológicos parece, en algunos casos, algo muy abstracto y lejano.

Un aspecto mencionado por las cuidadoras en relación a este tema, es el uso de la tecnología para el propio interés. Para aquellas que trabajan en régimen interno el uso de dispositivos que les permitan el contacto con el resto del mundo se vuelve, en ocasiones, imprescindible para no perder la relación con los seres queridos, amigos o, simplemente con el mundo exterior. El teléfono proporciona «...*facebook, internet, tengo todo en el móvil y que no pueda [porque si no pudiera] hablar por teléfono pues entonces ya es [sería] demasiado (...)* porque ya es mucho... [el aislamiento]» (C2).

Esta forma de alivio de la carga diaria de trabajo consistente en el contacto con sus seres queridos o su entorno conocido coincide con el denominado *salir a lo suyo* propuesto por De la Cuesta-Benjumea et al. (2011), en su trabajo.

Como presentamos en la siguiente figura, los temas más relevantes abordados en las entrevistas a este respecto han sido, la opinión personal sobre el uso de la tecnología en el cuidado y el acceso a la misma por parte del anciano dependiente que las precise.

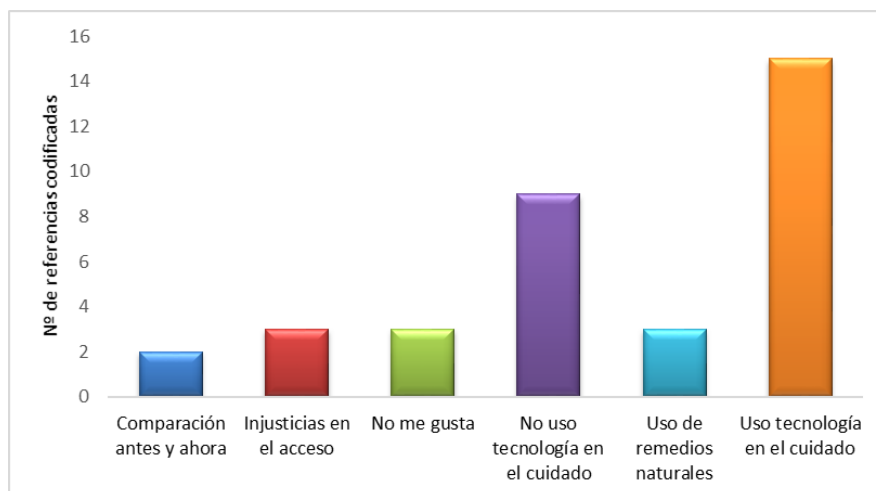


Figura 4.9. Distribución de creencias y significados sobre el uso de la tecnología en los cuidados

En general las cuidadoras han valorado muy positivamente el uso de la tecnología en su trabajo. La entienden como beneficiosa tanto para ella como para la persona cuidada y necesaria para atender diferentes aspectos de la patología del paciente, de manera que «...sí porque, qué bah... los tensiómetros, los aparatos del azúcar... en la época [en] que yo me crié ¿cuántas personas no se morían porque no sabían nada de esto?» (C15).

Además, el avance tecnológico puede facilitar el trabajo diario de los cuidados debido a que «uno hace menos esfuerzo porque a la larga la salud se está afectando» (EA5).

También han destacado la seguridad que ciertos sistemas proporcionan a la cuidadora en la realización de determinadas tareas, entre ellos, los sistemas de movilización pasiva a los que hace alusión esta cuidadora son uno de los más comentados ya que,

sería tan beneficioso, que en vez de lastimar a la señora porque tenía un lado inmovilizado, si tuviera una grúa automática donde yo la acomodara a ella y la pudiera coger y ponerla en su silla de ruedas sin que yo le diera un apretón (C1).

Sin embargo, estos sistemas de movilización no son apreciados por todas las cuidadoras pues,

aquello me costaba más entenderlo que si la tuviera yo en las manos. (...) me parece como si fuera un saco de papas, eso subido ahí, no me gusta, parece un animal cuando lo meten al matadero. Ahora, si es una gente muy gruesa que no se mueve, que uno no puede levantarlo, vale, pero si no, las manos; el contacto físico es mejor que cualquier aparato de esos, mi niña (C16).

Para algunas cuidadoras la tecnología está más relacionada con los medios de mantener al paciente terminal con vida, y en ese caso, «ay no, eso sí que no, son necesarios, pero yo lo encuentro muy fuerte» (C10).

Por otro lado, se ha cuestionado la dependencia que el ser humano ha desarrollado en torno a los avances tecnológicos, pues

antes uno no se medicaba de nada y la gente era alentada, y ahorita no podemos vivir sin esto y antes ¿cómo hacíamos? sobrevivíamos y súper bien. Por ejemplo, antes se malograba una mano y era con “anamú”, se la ponía uno en emplasto, cocinada, una venda encima y ya... antes no se necesitaba de nada más y hoy en día si no es con todo eso no vivimos (C12).

El avance tecnológico también es vivido como un elemento valioso y en algunos casos se percibe como un recurso al que, injustamente, la posibilidad de acceder es desigual, ya que

«todavía también estamos en las diferencias, hay cosas que pueden ayudar mucho pero están muy lejos de que las personas lo puedan adquirir» (C19).

Pocos estudios han abordado el aspecto de los factores tecnológicos. Las cuidadoras participantes en este estudio han realizado manifestaciones similares a las recogidas en los trabajos que sí lo han hecho mostrando por un lado, las dificultades y rechazos propios del desconocimiento mientras que, por otro, han reconocido un acercamiento para utilizarlo en el trabajo diario, pues les reporta beneficios y ayuda en la realización de las tareas diarias (Fernández et al., 2012; Notivol et al., 2004).

4.3.5. La economía

Nos acercamos en este apartado a la visión de la cuidadora sobre la relación entre el dinero y los cuidados o la enfermedad y también en relación a la percepción de su remuneración. En este caso, lo económico se revela como una forma indirecta, aunque no infalible por tratarse de un aspecto influido por otros muchos factores, de medir la valoración que los empleadores hacen del trabajo de la cuidadora.

- Dinero y cuidados

El dinero es el tema central en muchos aspectos de este trabajo, no en vano estamos estudiando a inmigrantes económicas y su relación contractual. Junto al dinero se encuentran otros aspectos relacionados, si no dependientes, del mismo, tales como el hogar que la cuidadora necesita, o la comida de donde obtiene la energía imprescindible para trabajar y para vivir. Con dinero suficiente para todo ello, la cuidadora no necesitaría vivir en su lugar de trabajo y, quizá, decidiría no hacerlo. Aun desconociendo las consecuencias de esta decisión, ese no es el caso que ocurre en este estudio. Con dinero suficiente, quizá la cuidadora decidiría esperar a encontrar el trabajo deseado, o aquél para el que está preparada, o uno con unas condiciones mejores. Pero tampoco es el caso, pues con dinero suficiente, posiblemente, muchas de las cuidadoras que están aquí no habrían salido de su país.

Con dinero quizá los empleadores se decidirían por contratar otro tipo de servicios, más especializados, ofrecerían mejores condiciones a sus empleadas, quizá repartirían el tiempo de cuidados entre varias personas. Podría decirse que el dinero es uno de los pilares estimuladores de este fenómeno: mujeres inmigrantes contratadas para cuidar de personas mayores dependientes en su domicilio.

Aunque hay participantes que opinan que el dinero no proporciona la salud, más bien al contrario, ya que «sin salud no tenemos dinero porque no podemos trabajar» (C10), las

entrevistadas han reconocido que entienden lo económico más bien como una consecuencia de la salud y la capacidad que tenga la persona para obtenerlo. También se entiende que la salud es un aspecto vital independiente del aspecto material, dado que «yo podría tener mucho dinero y no tener salud» (C19), porque «yo pienso que primero la salud y luego ya después lo que viene» (C10).

Sin embargo, sí se ha encontrado en los discursos de las participantes una relación directa entre los factores económicos y el mantenimiento de la salud o el tratamiento de la enfermedad, pues de esta manera y «desafortunadamente, si no cuentas con los medios económicos y tienes una enfermedad cuyo tratamiento es costoso no podrías realizarlo» (EA11).

En lo que a valores se refiere algunos discursos han establecido que «en los pobres hay más unión y más respeto, se solidariza más la gente» (C16), sin embargo «[el dinero] es fundamental para vivir y con él se tiene una calidad de vida» (EA7), pero también «el dinero corrompe a la gente» (C16) y por tanto, «como todo, debe ser el necesario y no exagerar en él, porque si anhelamos demasiado podemos tener muchas tentaciones y, tal vez, no será de mucha utilidad porque nos traería problemas» (EA4).

En este sentido para algunas es importante dejar claro que con dinero «no me va a pasar que solo me voy a juntar con las personas que tienen dinero, [y] los que no tienen pues no son nada para mí... eso no» (C2).

Lo económico también es un articulador del éxito, EGC1 reconoce que para ella «ha sido algo positivo (...) porque yo le he ofrecido a mi hijo un techo, educación y comida, gracias a Dios no le falta nada, porque tiene a sus padres juntos aquí que lo cuidan y le dan cariño».

- Dinero y trabajo

Otro de los aspectos relevantes dentro de la valoración cultural de los factores económicos de las cuidadoras consiste en la relación existente entre lo económico y el trabajo que desempeñan. Surgen los aspectos crematísticos y cómo estos puedan influir en el modo de cuidar y entender el cuidado.

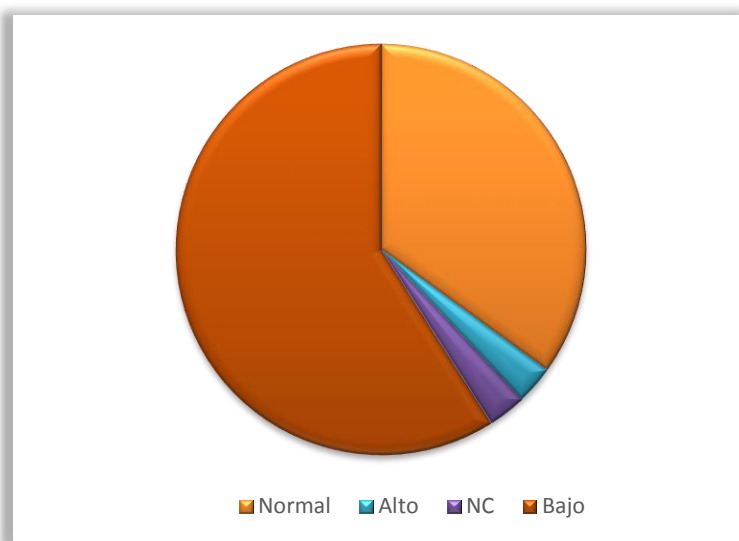


Figura 4.10. Percepciones de la cuidadora sobre su salario

Como se puede observar en la figura anterior las entrevistadas han reconocido sentirse mal remuneradas, opinan que el dinero percibido es comparativamente inferior a los servicios que prestan y a la responsabilidad que asumen. Ellas mismas lo entienden, pues les parece que el sistema de cuidados que realizan es muy complejo y requiere de una intensidad horaria y laboral tal que estaría muy lejos de que el bolsillo de una familia de clase media o baja, pudiera ser capaz de retribuirlo de manera justa, ya que «la cantidad de trabajo es mucho, yo pienso que nadie lo puede pagar, día y noche...» (C4).

Muchas cuidadoras se han quejado de que los familiares no valoran el trabajo que realizan y regatean para pagar lo menos posible, además consideran que no tienen en cuenta lo que supone el trabajo de cuidados ya que, «en general, a la hora de pagar no se acerca ni a la realidad de lo que pasa el cuidador con las personas (...) te pagan lo mínimo que pueden, mientras menos te puedan pagar, menos te pagan» (C1).

Pero percibir menor salario no implica realizar peores cuidados, a este respecto C16 explica claramente que

a mí me gusta que mi trabajo sea recompensado, pero no voy a tratar a alguien mejor porque me paguen más, no lo creo yo, porque yo lo tengo que tratar bien porque es un ser humano y una persona ¿me entiendes? Yo, como si es de gratis, [si] por necesidad o una amistad me dice: M*, quédate de gratis, yo lo voy a atender igual.

Sin embargo, se reconoce que el sentirse bien remunerado, o no, afecta al cuidador. Algunas se sienten mal cuando la cantidad de tareas que se le piden va en aumento, mientras que el sueldo se queda igual. Para otras la cantidad de dinero percibida tiene implicaciones sobre el estado anímico y la actitud personal a la hora de trabajar, porque

un empleado bien remunerado es otra cosa, es un empleado contento (...) y trabaja feliz, pero uno, cuando está mal remunerado y no le alcanza el dinero, está preocupado pensando siempre en eso... hay días que le cogen mal genio y bueno, entonces... (C12).

Valoran positivamente recibir de vez en cuando una muestra de agradecimiento o reconocimiento a la labor de cuidadora en forma de bonificación extra por parte de los empleadores «para que trabajes a gusto (...) una forma de agradecimiento es darte un extra» (C1).

Todo ello no exime que valoren el reconocimiento en forma de muestras afectivas. En muchas ocasiones, quizá más que las económicas, debido a que éstas reflejan la opinión y el sentir de los empleadores, o de la persona cuidada, acerca de ellas, tanto personalmente como a nivel laboral. Para C10 que comenzó trabajando sin saber y ahora vive con la hermana de la receptora de cuidados fallecida, «a veces no es solamente lo económico sino la persona que te da, eso es mucho, para mí eso... más que cincuenta euros» (C10). Además, para casi todas las compensaciones no son sólo económicas, C4, cuyo proceso migratorio ha sido de los más traumáticos de las participantes en este estudio, opinaba de los 750 € que cobra mensualmente que «está bien porque pienso en qué pasaba cuando yo no tenía trabajo, por eso pienso que está bien, además, que esta gente me ha ayudado también para tener mis papeles».

Podemos observar que si bien, para las cuidadoras es importante la recompensa económica, sus valores le impiden en la mayoría de los casos, que una remuneración baja repercutiera en su forma de cuidar a la PMD, aunque sí es probable que repercuta en su estado anímico. El aspecto económico está recogido ampliamente en los estudios sobre el trabajo de cuidados realizados por mujeres inmigrantes. Todos coinciden en que su remuneración es demasiado baja, rozando en muchas ocasiones la explotación (Berjano et al., 2005b; 2007; Galiana-Gómez de Cádiz, De la Cuesta-Benjumea, & Donet-Montagut, 2008; Larrañaga & Jubeto, 2009; Marcu, 2009; Martínez, R., 2006; 2010; Pereda, De Prada, & Actis, 2005; Nogueira & Zalakain, 2015).

4.3.6. La política y la ley

El momento político en el que se realizó el trabajo de campo de este estudio, desde primavera de 2012 a otoño de 2013, correspondió al de una España inmersa en una crisis económica junto con el resto de los países de su alrededor. Había cambiado el partido político en el gobierno en noviembre de 2011 y existían unas expectativas de austeridad que recordaban épocas de las más duras vividas en este país. Es en este clima de confusión e incertidumbre a nivel político, económico y social, en el que se realizan las entrevistas que conforman este estudio.

En general, las opiniones de las cuidadoras respecto de los políticos no son muy buenas, la mayoría son del estilo de C5, «¿qué te voy a decir de los políticos? ¡Que son unos embusteros, unos mentirosos! le van a quitar la pensioncita... ahora van a rebajar... mire la salud».

Los factores políticos y legales más relacionados con las cuidadoras y el trabajo de cuidados son, por un lado, la regulación del trabajo doméstico y, por otro, la regulación de la atención al mayor dependiente y los recursos que pone a disposición de éste.

La regulación sobre empleados de hogar y servicio doméstico de 2012 se abordó en el apartado dedicado a la contratación de la cuidadora.

La Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, entró en vigor el uno de enero de 2007 (Boletín Oficial del Estado, 2006) y de ella se esperaba que proporcionara una nueva organización social del modelo de provisión de cuidados convirtiéndose en el cuarto pilar del estado de bienestar español, aunque esto no ha sido posible aún (Benlloch & Sarrión, 2010; Martín, 2009).

Uno de los recursos que proporciona la ley mediante su catálogo de servicios, más utilizados por las personas mayores, es el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD). Las deficiencias en este servicio se muestran de varias maneras, una de ellas es la frecuencia con la que los usuarios reciben esta ayuda, como en el caso de esta anciana que, «tenía un programa que iban a bañarla por la mañana, ¡y acudían tres días a la semana! ¿y los otros dos días, la abuelita no se baña?» (C1) o en el de este anciano que,

no tenía familia ninguna y ellas (*trabajadoras del SAD*) lo que iban eran dos horas por la mañana, el resto del día se lo pasaba ese hombre solito, prácticamente estaba inmovilizado. Ellas le hacían la compra y le dejaban hasta la comida hecha (C1).

Los centros residenciales también muestran sus insuficiencias que se traducen en situaciones como la de los hijos del RC de C2 que, «llevan pero montón de tiempo esperando, pero aún no tienen plaza, claro, porque hay mucha gente, pero deberían hacer algo, otro local o algo más porque [a] esa persona no la pueden tener así».

En cuanto a la oferta de centros de día se opina que, aunque son insuficientes, resultan beneficiosos para los mayores dependientes. Se aporta la idea de ofrecer al mayor recursos donde no se tienda a la institucionalización aunque sea ambulatoria, pues si el mayor está sano no quiere sentir que se le compara con personas enfermas. Esta cuidadora explica que su receptor de cuidados

nunca quiso ir a un centro, (...) es lo mismo que vaya al hospital, mucha gente se lo toma así (...) y viendo además gente enferma, no es lo mismo, claro, porque a veces veías, yo qué sé, si más o menos fuera la misma, que tuvieran lo mismo pero a veces juntaban gente que no tenían lo mismo... (C19).

El acceso a las plazas públicas de los diferentes servicios de atención a la persona mayor dependiente es complicado, no son suficientes y a menudo no se entienden los baremos para su concesión, planteándose a menudo la justicia del procedimiento de asignación,

hay mucha gente que se lo puede pagar y lo tienen gratis, y hay otros que no lo pueden pagar y lo están pagando, entonces eso no puede ser, porque entonces el rico sigue siendo más rico y el pobre más pobre (C2).

La mayoría de las entrevistadas ha tenido, durante su trabajo de cuidados, contacto o conocimiento de los recursos disponibles para los mayores dependientes. Confirmando, una vez más, que la ley de dependencia ha fracasado en el intento de convertir al estado en el cuarto pilar del estado de bienestar de manera que la atención a la persona mayor sigue recayendo sobre la familia (Benlloch & Sarrión, 2010; Martín, 2009).

La influencia que estos aspectos políticos puedan tener para la cuidadora y su forma de realizar los cuidados, viene determinada por dos aspectos fundamentales. Pueden proporcionarle una descarga o alivio al compartir la carga de cuidados con alguno de estos servicios, ya sea mediante el SAD o mediante los centros de día «hace como unos dos o tres meses que están viniendo porque de ahí era yo la que los bañaba todos los días sola» (C13).

Otro aspecto que la cuidadora desearía en cuanto a la función de los recursos ofrecidos por la ley de dependencia, es el relacionado con la formación. Le gustaría que se le ofreciera la formación necesaria para capacitarla en el trabajo de cuidados, esta cuidadora expresa cómo le

gustaría que estos servicios la apoyaran en su trabajo, «aprendiendo más, conociendo más, estudiar más» (EA3).

Dada la escasez de los servicios sociosanitarios previstos en la ley de dependencia la influencia de estos factores no es tan alta como podría ser, aunque cuando existen sí se dejan sentir en un apoyo y alivio para la cuidadora. Además se coincide con otros estudios en que aún existen vacíos legales en cuanto a su regulación laboral (Fernández et al., 2015; Rodríguez et al., 2010).

4.3.7. Formación de la cuidadora

En el Modelo del Sol Naciente y en su teoría de la enfermería transcultural, Leininger señala la importancia que para la salud y la enfermedad del individuo tienen los conocimientos que éste tenga. Su formación en general y sus conocimientos específicos van a influir en su modo de entender la salud, de cuidarse, de curarse... (Leininger, 2006). En este estudio, la formación de la cuidadora se conforma como uno de los aspectos más determinantes en el trabajo y en el modo de cuidar de estas mujeres.

El nivel de estudios alcanzado por las cuidadoras participantes es variado aunque, como podemos ver en la figura 4.11, predominan las que poseen estudios secundarios terminados o no terminados. También hay representantes de los dos extremos, las que poseen estudios universitarios y las que no tienen estudios, presentando incluso dificultades para leer y escribir. En la misma figura podemos observar que la mayoría opina que no tiene formación adecuada para la realización del trabajo de cuidados que desempeña, aunque el número de las que opinan que sí lo tienen sigue siendo apreciable.

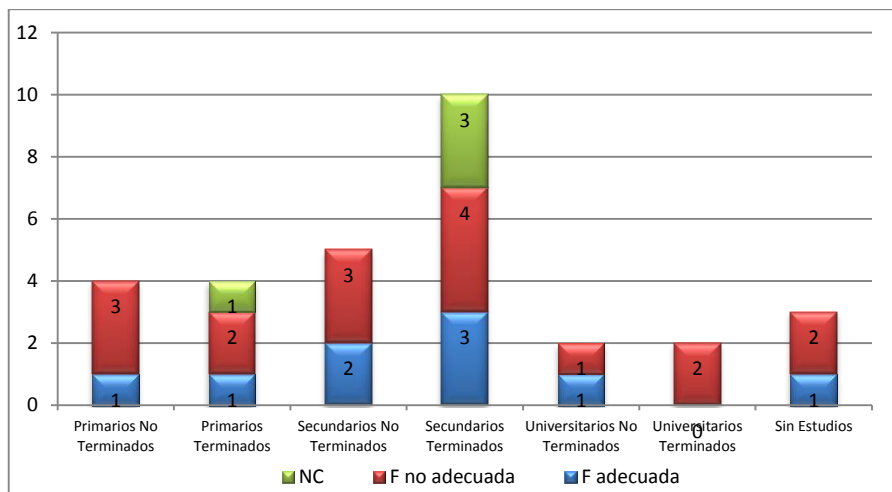


Figura 4.11. Relación entre nivel académico y percepción de la adecuación de su formación para los cuidados

Lo cierto es que para ser contratada como cuidadora de una persona mayor en domicilio no es necesario poseer ningún tipo de formación al respecto. Aunque la forma de contratación de estas personas está regulada por la ley, la misma no exige ningún tipo de formación para desempeñar esta labor. Tampoco lo requiere la parte empleadora dado que, tal como se expuso en el apartado correspondiente, la formación no es, en absoluto, requisito indispensable para contratar los servicios de una cuidadora. Los familiares esperan de una cuidadora «primero que fuese amable, cuidadosa, que tú vieras que el enfermo se siente querido y arropado, o sea que tratara bien a la persona» (EGF2), ya que «la persona que da cariño ya hace por superar el no saber cómo hacerlo (...) porque pone empeño, (...) la persona cuando es cariñosa hacia la persona que cuida...complementa porque lo que le falte te lo va a pedir» (EGF2) y además con ello, «ya lleva medio camino andado» (EGF1).

Por tanto, cabe esperar que el nivel formativo de estas trabajadoras sea, y lo es, difuso, variado, confuso. Aun cuando han recibido formación relacionada con los cuidados, algo manifestado por pocas cuidadoras en este estudio, es difícil identificar claramente el nivel de la titulación que declaran poseer, ni los contenidos de tales estudios.

Para algunas enfermeras las cuidadoras «vienen siempre diciendo que ellas son enfermeras» (EGE1) y sin embargo,

no lo tienen (...) y después te pones a explorarlo, porque puede ser, oye, (...) que venga aquí y tenga el título (...) pero después te pones a preguntar y normalmente son... gente que ha hecho un curso, gente que ha hecho un FP (...) pero tampoco sabes bien ni los contenidos ni nada (...) la mayoría pueden tener una idea pero, lógicamente, no en profundidad de cómo se tiene que cuidar (EGE2).

Las experiencias de los familiares, respecto a la formación y a los conocimientos han ido en línea con las de las enfermeras, de manera que «sí, bueno, todas te dicen que (...) son aptas, desde su punto de vista, dicen todas que saben, pero luego no es verdad» (EGF4).

Las cuidadoras han opinado que la formación en general es importante, sea del tipo que sea, entienden la formación como un bien que se atesora para cuando sea necesario utilizarlo o ponerlo en valor, algo seguro que no se va a perder, que no te pueden quitar, un bien que puede ayudar a abrir puertas, porque «si no tienes formación ni tienes nada, pues no hay ningún futuro» (C2).

La formación específica para el trabajo de cuidados que poseen las entrevistadas es muy pobre. De entre las que tienen algún tipo de formación, la mayoría ha recibido algún tipo de taller organizado por parte de las enfermeras de enlace, dentro de los programas de educación para la salud del Servicio Canario de Salud.

Las cuidadoras han considerado necesaria la formación relacionada con los cuidados a la persona mayor por diferentes motivos. Uno de ellos es demostrar a los empleadores que están aprendiendo y que tienen la responsabilidad de mejorar y hacer cada día mejor su trabajo. Esta cuidadora, que no tenía ninguna formación cuando empezó a trabajar, en pago a la confianza recibida se preocupa de formarse y observa que, «yo he hecho muchos cursos... entonces, los hijos, ellos notan, notan la diferencia porque, eso sí, del trato» (C10).

Otro motivo por el que se valora esta formación específica es aprender a manejar al paciente, independientemente de la patología que éste sufra, de modo que se tenga más seguridad y confianza de la que reconocen tener, cuando se enfrentan a la persona mayor en soledad, pues «no sabemos qué le ocurre a esa persona (...) estamos sin saber lo que tenemos delante» (C14). Conocer los cuidados del paciente geriátrico, en general, le ayudaría a sentirse más segura a la hora de realizar las diferentes tareas relacionadas con la patología concreta que pudiera presentar el receptor de cuidados, pues contaría con más recursos a la hora de afrontar el día a día con este tipo de paciente, «porque el enfrentarte a un mundo que tú no conoces... sí hay que tener formación, (...) aunque sea un curso lo más mínimo de primeros auxilios pero saber... algo, algo...» (C10).

La formación relacionada con el trabajo de cuidados también empodera a la cuidadora ayudándola a afrontar los imprevistos o el empeoramiento del estado de la persona mayor, es otro de los motivos para desear aprender más, esta cuidadora expresa con orgullo cómo ha aprendido a enfrentarse a las complicaciones de la patología de su receptora de cuidados, aunque sean arriesgados para una persona sin la formación adecuada,

se compró una bolsita en la farmacia y había que preparar con botellas de agua y... ya a lo último no hacía caca, había que ayudarle, y... y ahí aprendí mucho, ni es que las de geriatría (auxiliares de ayuda a domicilio) no lo hacían (C15).

La formación específica que se oferta habitualmente en materia de cuidados proviene de diferentes iniciativas privadas, públicas y ONGs aunque ninguna de ellas reglada o estable. Para esta cuidadora, las ofertas en materia de formación para el cuidado de la persona mayor son muy escasas porque, «por ejemplo, el INEM da muchos cursos, pero muy pocos de esos de

cuidados y cada mucho tiempo» (C2) y además, «un poco más de formación sí es necesario, eran cuatro horas nada más y aparte no era todos los días el curso» (C17).

El interés por aprender y mejorar así su forma de cuidar mostrado por las cuidadoras coincide con el encontrado por Rosa et al. (2008) en su estudio.

Sin embargo, formarse adecuadamente en el mundo del cuidado a la persona mayor, de manera asequible económicamente y con disponibilidad del tiempo necesario para asistir no es tarea fácil. Para algunas, la dificultad en el acceso a la formación se encuentra en que las plazas ofertadas para la realización de este tipo de cursos no son suficientes, «hace poco, del ayuntamiento dieron unos cursos para mayores y a mí no me avisaron» (C16).

Uno de los problemas más frecuentes con los que se encuentra la cuidadora a la hora de asistir a un curso o cualquier tipo de formación es la disponibilidad de tiempo, sobre todo en el caso de las trabajadoras en régimen de interna. Una de ellas explica, «la verdad es que me iba a hacer el curso pero el tiempo no me compagina» (C2).

Otra cuidadora reconoce que tendría problemas para poder realizar un curso de este tipo por no tener la formación previa necesaria, es decir, no saber leer, «si hay oportunidad me gustaría pero el problema mío sería escribir, claro porque al no saber escribir ¿yo qué voy a hacer?» (C13).

Los estudios llevados a cabo en el campo del cuidado ofrecido por mujeres inmigrantes muestran datos parecidos en lo relacionado con la formación de estas cuidadoras. Coinciden en su falta de formación y exponen la necesidad de que se lleven a cabo iniciativas de formación para que el trabajo de cuidados desempeñados por las mujeres inmigrantes sea seguro, satisfactorio y de calidad (Casado-Mejía et al., 2009; Escuredo et al., 2013; Fernández et al., 2012; Gallart, 2007; Nogueira & Zalakain, 2015; Pereda et al., 2005; Quiñoz & Albu, 2013).

5. EL MUNDO DE LOS CUIDADOS GENÉRICOS. LA VISIÓN DE LA CUIDADORA. LO INTERPRETATIVO: PATRONES DE ACTUACIÓN

Finalizado el análisis del apartado correspondiente a la estructura social y cultural de la cuidadora, a continuación exponemos las percepciones de la cuidadora respecto de su trabajo de cuidado, pues entender su mundo de cuidados, cómo lo vive, cómo se siente, nos aproximará a la comprensión del modo en que cuida y cuáles son las razones para que cuide así.

Nos introducimos ahora en la fase más profunda de nuestro análisis, donde se relacionan los factores que han aparecido como influyentes en el cuidado, propuestos por Leininger (2002; 2006) y según los discursos de las propias participantes, con los aspectos más contextuales de

la situación de cuidados. Todo ello con el objetivo de detectar los patrones de conducta que nos lleven a la interpretación del fenómeno. A partir de los datos emic recogidos hasta ahora, iniciamos el proceso ético del análisis, reflexión e interpretación de la investigadora.

5.1. La cuidadora y el mundo del receptor de los cuidados

Hemos encontrado que las relaciones que se establecen entre el anciano y su cuidadora están moduladas por el proceso de adaptación de ambos, tanto el que han de experimentar ante sus propios eventos personales como ante la vida en común. Se ha de tener, además, en cuenta que dicho proceso está influido por las relaciones que ambos viven con los familiares del RC, tercer actor en esta relación.

- Adaptarse es cuestión de tiempo... y algunas cosas más

La pérdida de las capacidades funcionales es vivida por el individuo como cualquier otra pérdida, de manera que aceptarla y adaptarse a ella ocurre tras la elaboración del correspondiente proceso de duelo. En este proceso juega un papel importante el entorno, ya que si la persona mayor es ingresada en una institución geriátrica, la acumulación de pérdidas es tan hostil que la elaboración de los duelos resulta casi imposible (De Febrer & Soler, 2004), pudiendo ocurrir como a este anciano que al ser ingresado en un centro contra su voluntad «*el viejito se quiso escapar, lo cogieron encaramado en el muro, (...) y después el viejito, cuando yo lo iba a ver, estaba como sedado, como él era tan fuerte...*» (C16).

La persona que aparece en estos momentos como una nueva figura en el horizonte personal del anciano, la cuidadora a domicilio, puede conformarse como un agente positivo en la elaboración de dicho duelo y, por tanto, en su proceso de adaptación a los cambios que experimente. El futuro receptor de cuidados recibe a la cuidadora bajo la influencia de todas estas circunstancias, las cuales van a modular los momentos iniciales de la relación. Esta hija explica la situación emocional de su madre mediante esta anécdota,

en la casa del campo, una escalera que tiene por detrás para subir a la azotea, la hizo ella piedrita a piedrita, sí, las piedritas y las tuberías para los árboles... ella siempre ha sido muy activa, entonces el estar ahora sin moverse la está matando (EGF2).

Sin embargo, llegar a aceptar a una persona que cuide de uno implica reconocer y aceptar varios hechos, primero, que se tiene una incapacidad para ser independiente para vivir; segundo, que esa incapacidad crea una necesidad de ayuda; tercero, que el entorno familiar no

es capaz de responder ayudándole de manera directa; y cuarto, que su vida, inevitablemente, ha empezado a cambiar, como para la madre de EGF2 quien,

al principio no quería que se le llevara a nadie, ella decía que ella podía. Pero: “no, tienes que tener una persona para que te acompañe, para (...) que nosotros podamos ir al trabajo tranquilos y saber que tú estás bien”, y ella: “no, pero si yo estoy bien”, y nosotros: “no, pero es tranquilidad nuestra” (...) y luego ya reconoció que sí, que ella necesitaba...

Una de las formas de comportamiento inicial más comunes del RC es la hostilidad, el rechazo y la desconfianza. Este comportamiento puede ser debido a que el anciano se encuentre en una de las fases de duelo anteriormente comentadas, o a que forma parte de su carácter, de su personalidad, de su forma de ser. Esta hija observó en su madre,

la desconfianza a lo desconocido, los comentarios que se oyen... la gente que se comenta, “no porque [a] fulano le faltó esto, o porque en aquello le hacía no sé qué”, los documentales que se ven en la televisión... el maltrato... o sea que todas esas cosas yo pienso que le influyó al principio a ella (EGF2).

Las cuidadoras comprenden que los ancianos «están a la defensiva porque también como hay gente que les hace daño» (C10).

Además de los motivos propios, el anciano también esgrime motivos relacionados con la propia cuidadora, la hija de esta anciana explica que su madre «al principio no la quería, porque al ser negra, por la noche se despertaba y se asustaba» (Hija de RC de C4).

El proceso de adaptación que deben superar todos los actores partícipes es complicado y crucial para que el fenómeno de cuidados tenga lugar finalmente, además de marcar cómo dicho fenómeno se va a desarrollar a partir de entonces, por ello el comentario de esta hija «al principio, la adaptación de mi madre fue muy dura, y la de la chica también, sí, sí» (EGF2) es de los más comunes.

Tras la aceptación de una cuidadora uno de los aspectos más difíciles de asumir por parte del RC son los cuidados íntimos. Como el caso de esta anciana que,

no llevaba pañales (...) no había manera de ponérselos. [Le decía] “que te tienes que hacer pis en el pañal, que para eso es el pañal” y ella: “que no y que no”. Y cuando una vez, como que se le salió la orina en el pañal, entonces [me dice]: “¡huy!, me estoy meando, me estoy meando”, y yo le decía, “pues que para eso es el pañal, para que te orines ahí” (EGC2).

O el caso de esta otra de la que su hija comenta que,

lo único que mi madre llevó mal y lo sigue llevando mal es el baño, sobre todo lo que son sus partes... eso lo lleva muy mal. Y yo le digo: "pero mamá ¿tú quieres gritar un rato? bueno, pues grita un rato, porque si no hay ópera no podemos seguir" (EGF4).

Pero, aunque si bien este estudio no pretende indagar en el motivo de esta aparente hidrofobia, es necesario recordar un poco de la historia del agua en las Islas Canarias, al menos de la época en la que los mayores isleños de hoy en día se criaron y crecieron. Hay diferencias notables en relación a la producción y acceso al agua entre las islas. Lanzarote y Fuerteventura, por su orografía, son de las más secas del archipiélago canario, con muy poca agua de lluvia. Por tanto, se han ideado a lo largo de los siglos, diferentes estructuras para recoger la escasa agua de lluvia y del sereno, tales como los aljibes y las maretas (Suárez, 2011). No hay ningún anciano en estas islas que no haya utilizado el agua almacenada en alguna de estas dos estructuras. Ante este panorama no es difícil entender que la persona mayor haya crecido en la cultura de la escasez del agua y el atesoramiento de este bien preciado, así como en la moderación de su consumo. Esta moderación reside en el origen de las costumbres de los habitantes de las islas en su uso del agua, ya sea para la limpieza en general, como para el aseo personal. Las enfermeras han planteado a este respecto que «es la manía del hospital de bañarlos todos los días, pues a lo mejor por su patrón no hay que bañarlos todos los días, ¿sabes? que son cosas que a veces... tenemos que respetar un poco» (GFE8).

Sin embargo, el ahorro del agua no es exclusivo de la persona mayor isleña, también se ha transmitido a las siguientes generaciones de canarios, sobre todo conejeros⁴ y majoreros⁵, como en el caso de esta familiar que explica cómo el ahorro del agua es uno de los motivos de desencuentro con las cuidadoras,

a algunas teníamos que decir: "oye, mira, cierra el grifo, porque es que se está gastando montón de agua" y mi madre lo puede pagar, pero a lo mejor dentro de poco no lo puede pagar, o el vecino a lo mejor, no lo puede pagar... ¿me entiendes? (EGF4).

- La relación entre el familiar y el receptor de los cuidados

⁴ Conejero: gentilicio por el que se conoce desde antiguo al lanzaroteño.

⁵ Majorero: natural de Fuerteventura.

En la conformación de las relaciones entre la cuidadora y su receptor de cuidados juega un importante papel las características de las relaciones entre padres e hijos, o entre receptores de cuidados y sus familiares. Ello es el punto del que partimos en este análisis ya que las relaciones familiares son las más complejas y duraderas de todas las que se mantienen a lo largo de la vida y tienen un profundo efecto en el funcionamiento del individuo (Peterson, 2014). Por su parte, la cuidadora ocupa un lugar privilegiado en la intimidad de la persona cuidada por el mero hecho de convivir con ella. Observar cómo son las relaciones que tienen lugar entre los receptores de cuidados y sus familiares, en la intimidad del hogar donde se generan, proporciona la oportunidad de conocer realmente las circunstancias de vida de la persona mayor y la verdadera naturaleza de las relaciones familiares que ésta vive. La cuidadora se siente, en muchas ocasiones, testigo directo aunque no quiera tomar parte de ellas, como en este caso, «es que es la (...) relación hijo y madre y yo estoy ahí, en el medio» (C10).

Cuando se trata de un familiar existente, según hemos visto anteriormente, la relación con el RC va a ser intensa, EGF4 explica un día normal en su vida,

nosotras estamos siempre ahí (...) no es que estemos ahí físicamente, ¿no?, pero al mediodía cuando llego de trabajar voy (...) a ver a mi madre le doy un beso, ella se queda contenta porque sus hijas... ¿sabes? si lo era cuando estaba bien, pues ahora aún peor, ¿no? (...) por la tarde vuelvo otra vez: “¿mamá cómo estás?” venga vamos a buscar a las niñas, la subo en el coche y vamos a buscar a las niñas o a darle un paseo, mi madre de siete días sale cinco a la calle y si no va a mi casa que está al lado, se pone en la terraza (EGF4).

En el caso del familiar inexistente éste, sencillamente no está. Tiene lugar, entonces la sensación de aislamiento en el anciano, de abandono y de soledad, emociones que comparte con su cuidadora, «¿tú crees que yo les he comprado un coche a todos mis hijos? negocios, lo que quieren ellos... y ¡que no vengan a llevarme a mí al médico!» (C16). Dicha realidad es vivida también por la propia cuidadora, ella misma lo explica,

le doy el carnet al médico y era el cumpleaños de ella, ochenta y cuatro años tenía y cumplía ochenta y cinco, [y le dije] (...) Carmen, pero si hoy es su cumpleaños y dijo: “Si nadie se acuerda de mí, ¿cómo me voy a acordar yo?”. ¡Qué tristeza! (C16).

En otras ocasiones se observan en las relaciones entre padres e hijos muestras de desapego, rechazo o desinterés, «porque yo lo que noto es un rechazo constante, y es tu mamá,

(...) todos los hijos no son así, pero... por regla general entienden que la cuidadora es quien tiene que lidiar con ella» (C10), o como esta cuidadora describe el tipo de relación existente entre la persona que ella cuidaba y su hija, y sus sentimientos al respecto, «...entonces le dice [la hija a su madre]: “mamá que se te olvide la pastilla, de algo habrá que morirse”. Ella empezó a llorar y yo también» (C16).

Estas muestras de desapego, e incluso desprecio, «cuando yo llegaba me decía el hijo que le tocaba la guardia: “bueno, a ver, aquí te queda el paquete”, ¿cómo le vas a decir a un ser humano “paquete”?» (C3), también las relatan los propios ancianos como ésta al referir que, «el médico me dijo: “yo la encuentro bien... y la encuentro tan bien que va a tener seguridad social por más de 20 años” (...) y había un hijo que se ponía a llorar: “¡veinte años!”» (RC de C7).

Aun existiendo una buena relación entre padres e hijos, a la cuidadora le llama la atención la falta de muestras de cariño físicas. Las expresiones de afecto tienen un componente cultural, es decir, que el afecto no se demuestre mediante gestos físicos no significa que no exista. De esta manera, en Canarias y sobre todo en las relaciones con los mayores, es frecuente observar que familias cuyos miembros mantienen una relación positiva, rica, de cariño y respeto mutuos, no suelen tener muestras afectivas en sus contactos diarios, como esta anciana que aclara, «yo le dije a ella: “yo sí quiero que esté aquí, pero besos no quiero”» (RC de C7).

Como hemos visto en la exploración de los aspectos culturales de las cuidadoras, uno de ellos es el del cuidado y las muestras de cariño y respeto hacia los viejos de la familia. Hemos apreciado que en los hogares canarios este desapego paterno-filial es motivo de choque cultural para la cuidadora que ha desarrollado un patrón de comportamiento para afrontar esta situación que le desagrada. Ello consiste en tratar al anciano con las demostraciones de cariño que ella considera y superar la falta de muestras de afecto hacia el anciano por parte de su entorno cercano.

Los propios familiares son conscientes de ello, y se sorprenden al comprobar el cambio que sus seres queridos, más o menos ariscos, experimentan en este sentido «mi madre se convirtió en un ser que necesitaba que la besaran...» (EGF2) y en algunos casos necesitan alguna comprobación más clara,

y las hijas, no creían, “¡eso son mariconadas!” me decían, “y a él no le gustan esas mariconadas” (...) bueno, pues ahora se van a esconder y van a ver. Y voy para allá y le digo: “¡chacho! ¿qué estás haciendo? ¿te mato?” y él me dice: “cuando quiera”, y lo apretaba así y todo (*hace gesto de abrazo*) y le decía “¿estás morío?”, “sí, mátame otra vez, anda, mátame” (C5).

La cuidadora encuentra en el hogar familiar un panorama bastante desolador, personas mayores solas, con hijos que no tienen paciencia, cariño o tiempo para poder mantener con sus padres unas relaciones afectivas, sanas y agradables. En palabras de una de las participantes, «para mí a ellos les falta mucho cariño, que no los atienden» (EGC4).

Aunque no todos los estudios reflejan lo mismo (Escuredo et al., 2013), los hallazgos de nuestro trabajo coinciden con la mayoría de los trabajos consultados, como los de Martínez, (2011) o Quiñoz y Albu (2013), quienes encuentran un deterioro de los lazos entre familiares y RC tras la entrada en escena de la cuidadora, quizá debida a las funciones de sustitución del familiar por parte de la cuidadora encontradas por Rodríguez et al. (2010).

- La relación entre la cuidadora y el receptor de los cuidados. Saber llevarse

Una vez reunidos los dos, cuidadora y receptor de cuidados empiezan a conocerse, creando su forma de relacionarse, de entenderse, de atenderse. Al principio suelen existir roces, incluso malas palabras que muestran la dificultad de cada uno para afrontar y adaptarse a la nueva situación como en este caso, «...si le pasaba algo (a la cuidadora) decía: “¡coñooooo!” pero eso se le ha ido quitando a ella sola. Pero a lo primero no había quien la sujetara...» (RC de C7).

La cuidadora pone de su parte a la hora de conseguir ese cariño del receptor de cuidados, hace uso entonces de sus habilidades para *saber llevar* al anciano, como este cuidador señala, «hay que buscarle la vuelta» (C12). La cuidadora desarrolla entonces muchas estrategias y habilidades para poder *buscarle esa vuelta* al paciente, que comenta C12, entre ellas «tener paciencia, hablarles suave, despacio y mostrarle amor, el que no le da la familia, el que no le da la familia» (C16) y «por eso ellas se encariñan con uno» (C10).

Esta cuidadora dice de la familia de su receptor de cuidados que «al ser él de difícil carácter (...) la familia está sorprendida: que cómo yo he durado tanto con él, que será porque su padre para en la calle... y no, es que yo lo sé tratar, lo sé tratar» (C9). Los propios familiares han reconocido los efectos positivos de las relaciones afectuosas sobre el carácter del receptor de cuidados, como EGF1, «nunca vi a mi madre besarse con mi padre, (...) de repente mi madre buscaba que le dieran el beso, (...) cuando las chicas la besaban y hacían fiesta, ella se reía...».

En general, las cuidadoras han opinado que «somos nosotros los que nos tenemos que adaptar a la vida de acá. No los viejos a nosotros, que depende de cómo uno vaya evolucionando, el viejito se va apegando a uno» (C5).

También es posible que el tipo de relación establecida entre ambos sea meramente contractual, es decir, la cuidadora adopta un rol de laboral, en el que trata de desempeñar su trabajo de la manera más eficiente posible. En este rol, el trato es agradable y respetuoso pero

sin muestras de un cariño que no existe, lo describe un enfermero participante en el grupo focal, «la tienen contratada y ahí existe una relación completamente contractual, se nota que es de contrato, no hay mucho más allá» (GFE1), aunque no sea lo más común entre las participantes en este estudio.

Se establecen lazos estrechos al compartir intimidad, amistad, cariño, de manera que el propio receptor de cuidados se preocupa e intenta cuidar a su cuidadora. Esta receptora reconoce que «a mí a veces no me gusta ir al pensionista, pero sólo por ella yo me preparo y voy» (RC de C5) y esta hija explica cómo su padre protege a su cuidadora ante los malos tratos de su pareja,

ellos tenían muchísimas peleas, hasta que un día [la cuidadora] llegó a mi casa, sangrando esto aquí (*señala el ojo*) hinchado, entonces mi padre que la quería como si fuera su hija salió fuera y se le enfrentó y le dijo: “tú no eres un hombre, un hombre que pega a una mujer no es un hombre” (EGF1).

En las ocasiones más complicadas se necesita de un mediador y normalmente será el familiar quien ejerza de facilitador de la relación entre ambos o como mero apoyo emocional a la cuidadora como ocurre con C9 ante los desplantes que le hace su receptora de cuidados, la hija de ésta le decía, «pero venga acá A*, y ¿por qué tú estás llorando si madre te dice esto y esto? Si tú sabes que a nosotras también nos lo dice y nosotras no lloramos» (C9) al tiempo que muestra a la cuidadora que está de su parte, que quiere que continúe al cuidado de su familiar, y que le va a ayudar ante las dificultades.

Sin embargo, si existe un comportamiento de la persona mayor que las cuidadoras llevan mal, son las muestras de desprecio. Según esta cuidadora, su receptora de cuidados,

se hacía caca en el pañal, y ¿sabes qué hacía? se quitaba el pañal y le regaba por toda la casa y le decía: “ven y límpialo” (...) y luego se iba al casino, (...) y no, no estaba mal de la cabeza (EGC2).

La cuidadora sabe que en la satisfacción de la persona mayor como receptora de su trabajo de cuidados, reside una gran parte de las posibilidades de mantener su trabajo. Lo intenta, quiere aprender, pero de alguna manera necesita el apoyo y la complicidad del receptor de los cuidados. Aparece uno de los patrones más frecuentes encontrados en este estudio, el establecimiento de alianzas o acuerdos entre ellos que no tienen por qué ser conocidos por el resto de la familia. Esta cuidadora explica cómo le rogaba a su receptora de cuidados que si tenía alguna queja de ella, no lo comunicara a su hijo, que se lo dijera a ella directamente, con el fin

de aprender y de que el hijo no la despidiera, «ay M*, si yo le hago algo que no es, mire por favor, dígamelo a mí, no le diga... yo intento ayudarla, yo quiero ayudarla... yo lo necesito, iyo necesito este empleo!» (C10).

Pero las alianzas también se establecen desde la otra dirección, es decir, desde el lado del receptor de los cuidados. Éstas se muestran con la idea de defenderla ante los empleadores, «si usted supiera que ella está aquí por mí, porque mis hijos me decían, póngala en la casa y así se le quita la bobería que tiene» (RC de C7), como agradecimiento a los servicios prestados o como reconocimiento del verdadero cariño que ha surgido entre ambos. Estas demostraciones pueden manifestarse dejando objetos de valor en herencia, casas o preocupándose por el futuro de la cuidadora cuando el propio receptor de cuidados ya no esté, así se explica en este caso, «la viejita (...) me dijo: “yo te voy a dar dinero a escondidas de mis hijos para que tú tengas, para que tú no te quedes solita si a mí me pasa algo» (C16).

El análisis del proceso mediante el cual estas alianzas se producen es complejo, pues intervienen diferentes factores culturales, contextuales y personales. En la figura 4.12 explicamos las relaciones entre dichos factores.

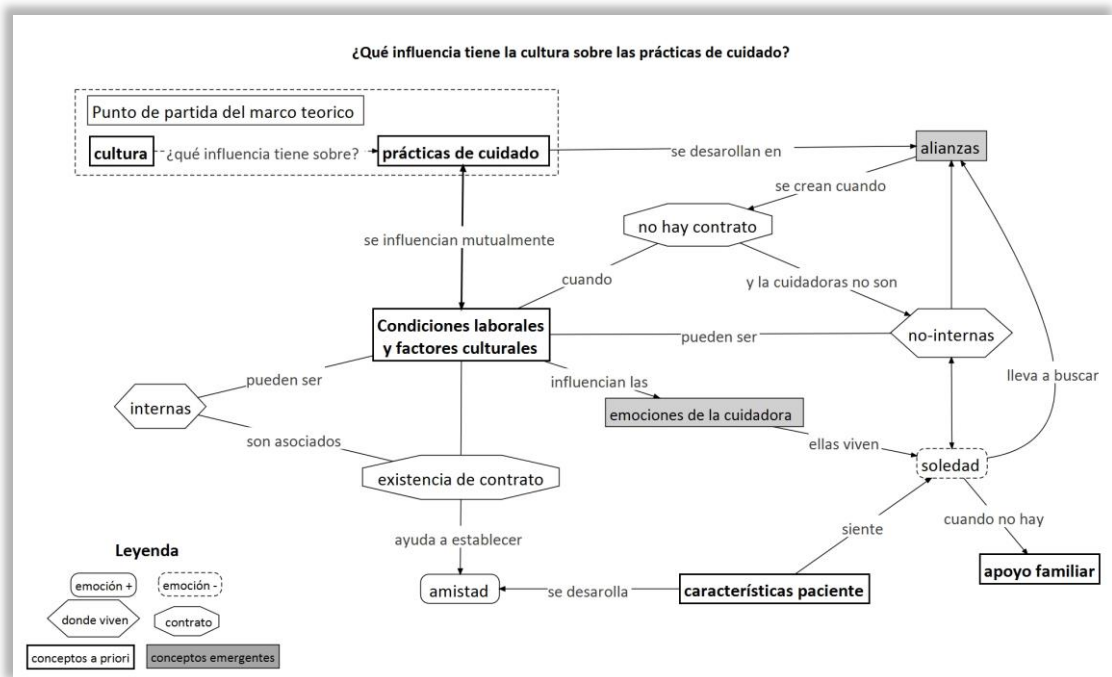


Figura 4.12. Proceso de análisis para el descubrimiento de las alianzas como patrón emergente

En el fondo de estas situaciones hemos encontrado que subyacen aspectos muy interesantes desde el punto de vista de las relaciones humanas, y quizá una de las claves de la

adaptación y la consolidación de este fenómeno de cuidados a mayores dependientes ofrecidos por mujeres extranjeras.

Por un lado, la cuidadora manifiesta experimentar un choque cultural cuando observa las relaciones entre los ancianos y sus familiares, basado fundamentalmente, en sus valores acerca de la familia extensa y de solidaridad y ayuda entre sus miembros, incluidos los más ancianos. Por otro lado, en un estudio realizado por Escuredo et al. (2013) con personas dependientes cuidadas por mujeres inmigrantes, se encontró que las ancianas entrevistadas también presentaban estos valores sobre la familia y, lo más importante, esperaban que, llegado el momento, serían cuidadas por sus familiares. Sin embargo, aceptaban que esto no fuera así, debido a no querer molestar o preocupar en exceso a sus familiares.

Vemos, entonces, que los valores y creencias de la cuidadora son compartidos con los de las personas mayores, y menos compartidos con los de las generaciones más jóvenes del país de recepción. Este aspecto favorece la capacidad de la cuidadora para acabar convirtiéndose en una sustituta del familiar y en un aliado de alguno de los dos.

5.2. La cuidadora y el familiar del receptor de los cuidados

Las relaciones que se establecen entre la cuidadora y el familiar influyen en el sentir de la cuidadora y, por tanto, en la forma en que realice los cuidados.

- Dar con buena gente y ser de fiar

Es posible que se den relaciones limitadas al mero hecho laboral. Suele ocurrir cuando las relaciones que mantiene el familiar con el RC no son muy estrechas, o cuando el primero se desentiende de la atención al mayor dependiente, como en el caso de este RC cuyos familiares son unos sobrinos que no conviven con él, su cuidadora explica que, «*la familia me da buen trato, son muy bien conmigo... pero nada más*» (C9). Por parte de la cuidadora ocurre cuando prefiere salvar las distancias y comportarse de un modo más profesional y menos familiar.

Lo más frecuente es que ambas partes, sobre todo si el familiar está verdaderamente implicado en el cuidado de su familia dependiente, deseen que las relaciones sean buenas, pues lo que se persigue finalmente es «*una persona que te dé estabilidad, eso es lo que tú quieres*» (EGF4).

Aunque algunas cuidadoras reconocen que,

muchas veces es mejor bregar... yo prefiero bregar a una persona mayor yo sola que con la familia, porque es muy difícil entenderse con la familia, es muy contaíta la familia de un familiar o un paciente de que esté de acuerdo con las

cosas de uno (C3).

La cuidadora se esfuerza por contentar a la familia, al fin y al cabo son los empleadores que le darán o no el trabajo. Para conseguirlo emplea varias estrategias. Una de ellas es la de encaminar sus esfuerzos a que los familiares perciban que su modo de cuidar a la persona mayor es correcto, como en este caso,

yo he hecho muchos cursos. Entonces los hijos (...) notan la diferencia (...) del trato y siempre que llegaba alguien a tomar un café, yo siempre la sacaba de su cama, la ponía guapa, en la silla: “¡Vamos! a tomar un café” y la sentaba a mi lado (C10).

Otra de las estrategias es el agasajo directo hacia los familiares en el momento en que estos visitan a su familiar, como en el siguiente caso:

yo les decía: “¿quieren que les traiga... les saco como un tentempié, (...) un pasabocas? ¿quieren?”, entonces ellas se quedaban en la televisión y yo me metía en la cocina y les hacía cositas, les traía, picaban. Y yo los veía que se sentían bien, entonces yo también me siento bien cuando me reciben las cosas con gusto. Eso es importante, ¿cierto? que uno también sea importante para los demás (C7).

El dar con buena gente es algo deseado y valorado por las cuidadoras,

he dado con personas tan buenas aquí, (...) porque el hijo de J*, la hija de A*, que es la única hija, (...) me quiere a mí como si yo fuera hija de ella, o la madre de ella, no sé (...) todavía ella, hace ya cuatro años que estoy aquí, y ella viene a verme (C18).

Y también es valorado por las familiares,

yo se lo decía: “tú eres como mi hermana, tú eres la hermana que yo no tengo, y yo... estás aquí, tienes a mi padre que te sirve de padre porque te da consejos igual que a mí, te ayuda con la niña”, porque la niña también le decía abuelo, ¿sabes? (EGF1).

Este tipo de relaciones más familiares, suelen basarse en la confianza y son enriquecedoras para ambas partes. Para la cuidadora es importante que el familiar la acepte, le demuestre que confía en ella y que la tiene en consideración. La confianza es un regalo que se consigue poco a poco, con el trabajo diario, con la comunicación y con las muestras de *ser de*

fiar que la cuidadora da a sus empleadores. A pesar de haber tenido varias experiencias negativas con cuidadoras, esta participante reconoce que, «estas situaciones no las piensa uno en ese momento. Solamente piensas que estas personas vienen a ayudarte igual que ellas te necesitan, no estás pensando que estas personas te la pueden pegar...» (EGF1).

La confianza también se expresa en otorgarle a la cuidadora cada vez más responsabilidad, a medida que se la va conociendo, como en este caso, «aquí abajo, G*, ella sí que aceptó que yo le aplicara las intramusculares» (C11).

Por otro lado, las muestras de desconfianza por parte de los familiares son difíciles de asumir para las cuidadoras, así una de ellas explica cómo se sentía cuando empezó a cuidar a una señora cuyos hijos,

no me conocían de nada, yo lo entiendo, pero es fuerte, para ti eso... en el momento en que lo vas viviendo porque sientes esos ojos aquí (*se señala la espalda*), te están mirando, te están controlando qué haces, qué no haces, qué dices, qué no dices, si vas a... que yo lo entiendo pero...» (C10).

En estos niveles de relaciones se detecta que la familia apoya a la cuidadora no solo en el trabajo de cuidados, sino también en otros aspectos de su relación. Son niveles en los que tienen lugar las alianzas entre cuidadora y familiar frente al receptor de los cuidados, «para que ella (*su madre*) se asuste, le digo: “A*, una familia me ha dicho que está buscando una persona así como tú” y ella, en vez de seguir el juego dice: “¡ay no, L*, yo no te dejo!”» (Familiar de RC de C5).

Como en otros trabajos, hemos visto que la naturaleza de las relaciones entre las cuidadoras y los familiares es doble. Por un lado, con el familiar que es su empleador, su jefe, de manera que muchos de los intereses de la cuidadora de mantener una buena relación están influenciados por la necesidad de mantener su empleo; y por otro, con el familiar de su RC, con implicaciones emocionales e incluso afectivas. Todos estos aspectos hacen que la cuidadora les otorgue una gran importancia, resultando determinantes para su estabilidad laboral y emocional (Alegre, 2011; Casado-Mejía et al., 2012; Martínez, R., 2009; Quiñoz & Albu, 2013).

5.3. Dificultades y estrategias para superarlas

Las cuidadoras participantes han manifestado experimentar gran cantidad de dificultades en su día a día, que suelen estar ocasionadas por diferentes situaciones tanto en el entorno exterior al trabajo de cuidados como dentro de él. Sea del tipo que fueren, estas dificultades van a acabar influyendo en la forma en que estas mujeres cuidan a la persona mayor dependiente.

Para cada tipo de dificultad manifestada por la cuidadora, también se ha indagado en cuáles son las estrategias de afrontamiento que han desarrollado.

El sistema de dificultades percibidas por las participantes es algo complejo, por ello las hemos organizado en función de los motivos principales que las causan y las relaciones que se establecen entre ellas. Todo ello se puede apreciar en la figura 4.13.

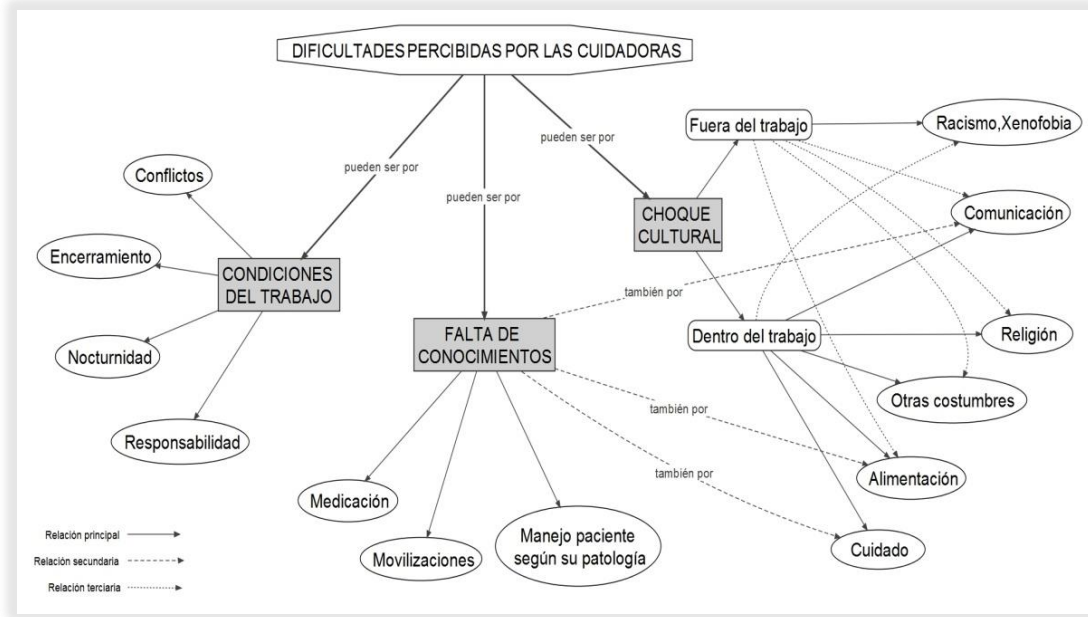


Figura 4.13. Proceso de análisis de las dificultades percibidas por la cuidadora

Observamos que las categorías principales, grandes causas de las dificultades vividas por las cuidadoras, son, el choque cultural, la falta de conocimientos para la realización de su trabajo, y las condiciones laborales. Como hemos visto, las dificultades percibidas por las cuidadoras presentan diferentes interrelaciones, las relaciones principales entre categorías están representadas en la figura 4.4 mediante una flecha de trazo continuo. Sin embargo, existen también relaciones de segundo orden donde se clasifican aquellas dificultades que están explicadas por diversos motivos, aunque hemos considerado un motivo principal (línea continua) y otros motivos secundarios (línea discontinua). Mediante las relaciones terciarias (línea de puntos) mostramos aquellas dificultades que se muestran en ambos entornos, exterior o interior del trabajo de cuidados, pero se dan principalmente en uno de ellos.

5.3.1. Percepción de dificultades relacionadas con la diferencia cultural

Las dificultades culturales percibidas por la cuidadora en su día a día, tanto en el ámbito laboral como en el de las relaciones sociales, son diversas y forman parte del llamado choque cultural, que se produce cuando un individuo se siente desorientado o incapaz de responder

apropiadamente a otra persona o situación a causa de que los estilos de vida son demasiado extraños y desconocidos (Leininger, 2002).

En la figura 4.14 presentamos las consecuencias del choque cultural tanto en la calle como en su trabajo diario. Se detecta una codificación nada despreciable en relación a las percepciones de las cuidadoras en sus relaciones fuera del trabajo, xenofobia y choque cultural, mientras que en el área de los cuidados, las dificultades en la categoría alimentación son las más numerosas.

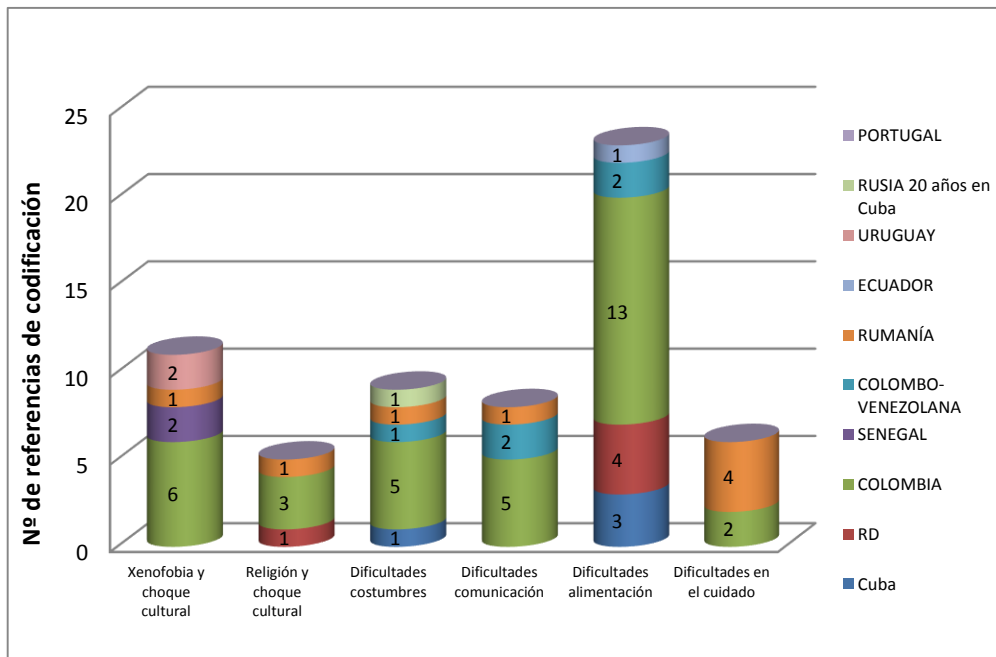


Figura 4.14. Evolución codificación choque cultural según país de origen de la cuidadora (RD: República Dominicana)

- Dificultades culturales fuera del trabajo

En su vida diaria, en sus relaciones e interacciones sociales, el choque cultural que la cuidadora experimenta va desde las experiencias de corte xenófobo hasta simples muestras de extrañeza ante las costumbres en el saludo.

La xenofobia, entendida como el odio, repugnancia u hostilidad hacia los extranjeros (Real Academia Española, 2012), puede expresarse de diferentes maneras que van desde el rechazo o desprecio más o menos declarado, hasta niveles superiores de racismo manifestado mediante violencia verbal e incluso física. Las participantes en este trabajo reconocieron haber percibido muestras de xenofobia del tipo rechazo o desprecio.

Uno de los motivos más frecuentes es el relativo al color de la piel, en este sentido C3 habla sobre el trato recibido por C5, cuidadora senegalesa, en este país, «...a ella la despreciaron mucho porque ella es más negrita que yo, muy guapa, muy guapa esa mujer, pero [a] mucha gente no le gustaba su color» (C3).

En un entorno multicultural las diferentes formas de comunicación cobran especial relevancia porque es el origen del entendimiento entre las personas. Los patrones de lenguaje verbal y no verbal están mediados por la cultura, y es un punto a partir del cual se pueden originar conductas o comentarios xenófobos por parte de los nativos (Leininger, 2002).

Las cuidadoras participantes proceden de diferentes países y, aunque la mayoría es de habla hispana, refieren haber tenido problemas de alguna índole a la hora de comunicarse. El país de destino de estas mujeres es España, donde una gran parte de la población es bilingüe y, en algunas ocasiones, trilingüe. Existe una gran diversidad lingüística en las regiones españolas, entre ellas, el aranés, el catalán, el euskera, el gallego, el occitano, el mallorquín, el valenciano, además de los diferentes dialectos como el asturiano, el aragonés o el caló que es una variante del romaní, y otros como el de Canarias o los árabes hablados en Ceuta y Melilla (Cubero, 2015). Por tanto, es hasta esperable que existan complicaciones y malentendidos entre las cuidadoras y sus receptores de cuidados, pues proceden, no ya de comunidades autónomas diferentes sino de países diferentes, y a pesar de que en ocasiones compartan un mismo idioma, en este caso el español, los diferentes códigos culturales pueden ocasionar que, «a veces sí teníamos dificultades al hablar, nosotros [los colombianos] tenemos otros términos» (C10).

Sin embargo, a través de esas dificultades en la comunicación, han percibido una actitud xenófoba encubierta, consistente en que la persona nativa, de forma deliberada, no se esfuerza por comprender a la persona extranjera, dificultando el entendimiento y la comunicación entre ambos,

es normal que yo encontrase problemas, pero yo creo que hay gente que hace las cosas difíciles para uno (...) me pasó con una chica, (...) fue en una oficina de trabajo, y yo (...) le estaba hablando algo normal que ella me tenía que... y no me entendía, entonces yo sentí que ella hacía las cosas difíciles para mí (C12).

A veces no es tan encubierto pues, «enseguida te dicen: “¡ah! vete para tu país”, ante cualquier cosa: “vete para tu país”» (C19).

Las propias cuidadoras intentan comprender cuáles pueden ser los motivos por los que la población nativa las rechaza. Este cuidador piensa que sus compatriotas han dejado una mala imagen debido a que,

los colombianos (...) eran desesperados por el dinero, si uno encontraba un trabajo, pues uno iba guiado por un colombiano (...) y era el desespero de quitarle el trabajo, de hacerte quedar mal con tu trabajo para él quedarse con el trabajo tuyo... eso era horrible ¿no? (C12).

Desde el punto de vista femenino las percepciones más racistas se establecen en base a las infidelidades y posibilidad de relaciones con un miembro de la pareja, «aquí a las colombianas, y eso que ya se ha dejado mucho, nos tenían mucha desconfianza porque no veníamos, supuestamente, sino a quitar los maridos y como que todas teníamos la marca aquí, aquí (*se toca la frente*)» (C3).

Otra percepción de rechazo está motivada por la idea de que la falta de empleo es debida a los inmigrantes, que ocupan los puestos de trabajo, EGC1 confiesa que, «a mí lo que me mata es que vengan gente de aquí, de la isla y digan: “que yo no tengo trabajo [por] que me lo quitan los inmigrantes”. En relación a las formas en la comunicación, al ser preguntadas por el modo en que les gustaría que se les tratara, la respuesta es casi unánime, «¿que cómo me gustaría que me trataran? ¡con respeto!» (EA8).

Las cuidadoras de este trabajo no han hecho referencia a la existencia de interrelación entre el trato recibido fuera del lugar de trabajo y el modo en que realizan los cuidados. Sin embargo, la mayoría de los autores establece una relación directa entre salud y bienestar de la cuidadora y realización del duelo migratorio (Bover et al., 2015; Gallart, 2007; González-Juárez et al., 2014; Quiñoz & Albu, 2013; Rogero et al., 2010), poniendo de manifiesto, en ese caso, que su repercusión es mayor en el estado de salud de la cuidadora que en el modo en que ésta realiza los cuidados.

- Dificultades culturales en el trabajo

Como podemos observar en la figura 4.14, las participantes en este estudio han referido haber experimentado dificultades laborales por causa cultural, tales como los problemas de alimentación y de comunicación, además de los relacionados con los cuidados, las costumbres y las creencias religiosas.

- Dificultades para comunicarse con el receptor de los cuidados

Las diferencias en el lenguaje y en los códigos de comunicación son fuente de conversación y una manera de conocer al otro. Expresiones que se utilizan en la cotidianidad de la convivencia pueden tener significados diferentes, incluso opuestos. Ambos actores están obligados a entenderse y ambos ponen, en la medida de sus posibilidades, interés en conseguir ese entendimiento pues, «ellos aprenden de ti y tú de ellos, querer o no querer...» (EGC1).

Las cuidadoras han reconocido que realizan esfuerzos para intentar ajustarse a los términos de la persona cuidada, aprender el modo en que se habla en el lugar en el que viven y para ello recurren al propio receptor de los cuidados, a los familiares de éste y a amigos o conocidos. Les consultan y, en algunas ocasiones, anotan aquellas palabras más frecuentes y que le interesa no olvidar pues, «...ya después tienes que anotar las palabras que las reconoces, cosas tan pequeñas pero que...» (EGC2).

Muchas han sido las palabras y las expresiones comentadas, tanto por cuidadoras como por otros participantes en este estudio, que han sido origen de malentendidos o sorpresa. Se recogen algunas de ellas en las tablas que se muestran a continuación. Se ha de señalar que la fuente de estos términos son las conversaciones de los participantes y no pretenden ser, ni mucho menos, un listado exhaustivo ni oficial de equivalencias en expresiones lingüísticas, solamente se pretende recoger lo anecdótico que los participantes han expresado. Como las fuentes de las mismas son las participantes, y éstas tienen diferentes procedencias, se han agrupado las pertenecientes al continente sudamericano, en lugar de a cada país en concreto.

En la tabla 4.2 se presenta algunos ejemplos aparecidos en los discursos.

Tabla 4.2. Términos utilizados por los receptores de cuidados y no conocidos por las cuidadoras

Términos que han causado malentendidos en algunas cuidadoras	
Términos canarios	Términos sudamericanos
Escupidera	Bacinilla
Cepillo (escoba)	Cepillo de dientes
Dinero suelto	Dinero sencillo
Pastillas, medicación oral	Drogas
El pestillo	El postigo
Molestar	Fregar
Nevera	Frigorífico
Judías	Fríjoles
Papelera	Funda
Gripe	Gripa
Agüita	Infusión
Mala leche	Malgeniado
Caldero	Olla
Pala (para recoger la basura)	Pala (de la construcción)
Décimas de fiebre	Quintos de fiebre
Potaje	Sopa
Fregona	Trapero / suape
Palangana	Ponchera
Envuelto	Huevos revueltos, tortilla
Algunos términos coloquiales que generan malentendidos	
Cuca (órgano sexual masculino)	Cuca (órgano sexual femenino)
Pájaro (órgano sexual femenino)	Pájaro (órgano sexual masculino)

A continuación, en la tabla 4.3 se recogen aquellas formas de hablar, frases hechas o refranes, en definitiva, expresiones coloquiales que son utilizadas tanto por cuidadoras como por receptores de cuidados, pero que al tener un significado muy propio del lugar de procedencia, también generan malentendidos o confusión en el interlocutor. En los casos de las expresiones extranjeras utilizadas, se detalla el país de procedencia de la persona que la expresa, en el caso de las expresiones canarias la procedencia de las cuidadoras que no han entendido alguna de ellas ha sido más variado, no recogándose el país, no obstante todas proceden de países sudamericanos.

Tabla 4.3. Algunas expresiones que han generado confusión en cuidadoras o receptores

Expresiones extranjeras que han causado malentendidos en los receptores canarios	
Expresión	Explicación
El acomedido come lo que está escondido (Colombia)	El servicial consigue lo que no consigue el holgazán
Ganarse la voluntad (Colombia y España)	Ganarse la confianza
Ventear (Colombia)	Hacer viento
Córrete para allá (Colombia y España)	Ruédate para allá
Expresiones canarias que han causado malentendidos en las cuidadoras	
A currar	Se ha confundido con una invitación a relaciones sexuales
¡Venga! (como despedida de un encuentro)	Se ha confundido con una invitación a desplazarse hacia algún lugar
Estar desconchado	No se ha entendido (Sentir dolor generalizado)
Culo	Para alguna cuidadora suena muy fuerte, nunca la diría
Parir	Para alguna cuidadora suena muy fuerte, nunca la diría

Más allá de lo cultural, otro aspecto que realmente dificulta, cuando no impide, la comunicación entre el anciano y su cuidadora es el que se produce cuando, debido a alguna patología, el paciente no puede hablar, como el referido por esta hija cuya madre «perdió el habla porque fue [se le afectó] toda la parte derecha del lenguaje y además no tenía comprensión, o sea mi madre era un vegetal» (GFE4).

Es entonces cuando la cuidadora debe demostrar toda su capacidad para aprender a conocer a la persona que cuida y a comunicarse con ella, desde el silencio, solamente mediante la observación de cada detalle, de cada gesto o movimiento de la persona cuidada. De esta manera, EGC3 afirma que,

me costó casi un año y medio para empezar a hablarle a la señora... cuando venían a curarla (...) se ponía a gritar (...) y entonces para que la tranquilice un poco mientras que la enfermera la cuidaba [curaba] (...) empecé a hablarle como a un bebé, efectivamente, para que se tranquilizara.

En este estudio el grupo de las cuidadoras que no eran de habla española ha estado constituido por una sola que hablaba el español con dificultad, completándose el mismo con

una rumana y otra portuguesa. Ninguna de ellas ha mostrado problemas para entenderlo, al contrario de las latinoamericanas, posiblemente debido a las diferencias entre los códigos culturales, algo que coincide con la literatura revisada, y que incide de manera importante en el proceso de adaptación (Alegre, 2013; Berjano et al., 2005b; García-Navarro & Gualda, 2014; Quiñoz & Albu, 2102; 2103).

- Dificultades con la alimentación

Los problemas que las cuidadoras han referido a la hora de desarrollar los cuidados relacionados con la alimentación de la persona mayor son principalmente de tipo cultural, aunque no el único. A éste se unen las dificultades ocasionadas por la patología del paciente y asociadas, principalmente, a la falta de conocimientos de las cuidadoras en estos temas.

Se ha de tener en cuenta que la cuidadora trata con una persona mayor, cuyas costumbres suelen estar muy arraigadas, y las relacionadas con la alimentación están entre ellas, de esta manera «hay que acostumbrarse a las comidas, porque el potaje, el gofio, lo que se hace típico de aquí...es lo que comen los viejillos de aquí...» (GFE2). Las pautas de alimentación en cuanto a horarios, formas de cocinar, alimentos a consumir...etc., son aspectos que el anciano deseará mantener.

Esta circunstancia requerirá de la cuidadora una verdadera capacidad de adaptación y aprendizaje.

Una de las primeras diferencias culturales que las cuidadoras han experimentado es comprobar que sus costumbres alimentarias son muy diferentes a las del país de acogida pues «aquí no consumen mucho arroz y [a] nosotros (colombianos) no nos puede faltar el arroz, las arepas, los envueltos, los tamales... todas esas cosas...» (C11).

La mayoría de las cuidadoras han reconocido haber tenido algún tipo de problema relacionado con las costumbres culinarias, «...pues imagínate yo... las costumbres de las comidas y yo no tenía ni idea... me decían: es que los potajes... y yo: ¿qué es un potaje?» (C6).

Como estrategia a esta dificultad las cuidadoras se han esforzado en aprender, y el receptor de cuidados suele ayudarla a entender su forma de cocinar y comer, enseñándole si es necesario, a cocinar a su estilo, esta cuidadora reconoce que, «yo ahora ya sé cocinar mucha cosa porque a G* le aprendí mucho (...) gracias a ella sé cocinar ya más o menos (...) porque como aquí... nosotros los colombianos nos comemos muy diferente a como comen acá» (C11). Además de las costumbres, también los términos en cocina son diferentes como para esta

cuidadora, cuya receptora de cuidados, «me decía que tal vuelto⁶ y yo le decía: “¿qué vuelto?”. En eso sí sufrí, en el vuelto, pero bueno ya me sale hasta bonito, porque ella me decía: “te salen más feos...”» (C7).

Otro de los aliados para aprender las costumbres culinarias del receptor de cuidados es el familiar, el cual ofrece dos tipos de ayuda, por un lado instruye a la cuidadora tanto en las preferencias de la persona mayor, como a cocinar según dichas preferencias, esta familiar refiere que su cuidadora le pedía «*escribeme la receta y cómo haces esto, y lo otro*» y yo se las anoté, le hice como un *recetario de cocina para que ella pudiera cocinar...*» (EGF1); y por otro lado, es frecuente que las familiares se encarguen de la elaboración, si no del total, sí de gran parte de las comidas que la persona mayor va a consumir, «*la comida la organizamos mi hermana y yo, hacemos cremas y potajes y sopa para la semana, y las señoras hacen pescado o pollo que le hacen al mediodía*» (EGF4). Otra forma de ayudar con las comidas es preparar varias raciones para congelar y llevarlas al domicilio del RC para que sean consumidas a lo largo de la semana, «*las hijas también me traen lentejas, puchero... cosas así, comidas muy fuertes, entonces yo las pongo en el congelador*» (C7).

El familiar también puede decidir que el RC se desplace a su casa junto a la cuidadora para comer allí directamente, «*y la hija me decía: “no pasa nada, con tal de que me los cuides” y ellos (...) venían a mediodía, los recogían y los llevábamos allá a la casa, comían y los devolvían al apartamento*» (C14).

Ahora bien, es posible que a pesar de toda la ayuda con la que cuenta, la cuidadora no consiga aprender a cocinar. Ciertamente se trata de una habilidad que depende, además del origen cultural, de la destreza personal, y cuando se da el caso, otra estrategia es el buen humor, «*porque ella decía: “esta comida es una mierda”, y yo le decía: “L*, no sea desagradecida que, ¿cuántos viejitos quisieran tener este pedazo de negra haciéndoles un huevo?” y se moría de la risa*» (C3).

Una estrategia que la cuidadora ha reconocido desarrollar cuando no está de acuerdo con la forma de cocinar de la persona cuidada consiste en ir introduciendo, poco a poco, su cocina en las costumbres del anciano e incluso en la familia. Ello es una muestra de asimilación cultural por parte del RC (Leininger, 2002). Esta cuidadora relata que ahora su receptora de cuidados ya no puede cocinar, así que,

⁶ La entrevistada se refiere a “envuelto” que, aunque en el diccionario de la RAE se define como: *Tortilla de maíz aderezada y enrollada*, en algunos lugares de Canarias se denomina así a la *tortilla francesa* hecha solo con huevo.

ahorita la ves comiendo lo que yo preparo: le hago pollo guisado, come; le hago sopa de... come, hago las arepas esas que nosotras hacemos y L* hasta me dice: “¿no me has hecho las arepas?” y ya digo: pues claro, te las hago (EGC2).

En relación con el paciente, en muchas ocasiones y por diferentes motivos, éste se niega a comer. La única estrategia que las cuidadoras han podido desarrollar en estos casos es la paciencia e intentarlo hasta que la persona cuidada come, lo comenta esta participante acerca de su paciente, «no quería comer, con mucha paciencia lo logré» (EA10).

Existen ocasiones en que el RC quiere comer más de la cuenta, puede deberse a que ha olvidado que ha comido recientemente, como en este caso, «comía y luego decía: “yo no he comido nada” y yo le decía: “no, usted ya comió, una fruta o como mucho un yogur”» (C16), en el cual la cuidadora desarrolla como estrategia ofrecer al paciente alimentos más ligeros o menos contundentes para esos momentos. En otros casos, el paciente muestra una gran ansiedad por comer. Esta cuidadora de una pareja de ancianos explica su dificultad a la hora de atenderla a ella y vigilarlo a él en sus excursiones a la cocina en busca de alimento,

yo entraba al dormitorio a levantar a la señora o a algo y él disparado hacia la cocina (...), se me comía todo lo que era fruta, tres o cuatro bananas... todas se las metía así en la cocina apurado, apurado... lo que encontrara por ahí, todo... entonces no sabía dónde me ponía si en la cocina o dónde... (C19).

Otra dificultad frecuente a la hora de dar de comer al RC son los riesgos de broncoaspiración relacionados con diferentes patologías. Se trata de una situación más o menos frecuente y que genera mucho estrés en la persona que está dando de comer al paciente en ese momento por el riesgo de muerte que conlleva, algo que esta cuidadora describe así, «yo lo partía chiquitito y se lo echaba en la boca para que ella se lo comiera (...) pero ni los líquidos muchas veces ella podía tragar y así murió, asfixiada, pero no en mi mano» (C9).

La estrategia que han desarrollado ha consistido en extremar las precauciones, así como aprender a utilizar la consistencia de los alimentos como el puré o los espesantes para mejorar el acto de deglución del paciente, en palabras de esta cuidadora, «yo todo se lo doy molidito y cuando yo veo que se está atragantando le pongo espesante...» (C5).

- Dificultades debidas a la adaptación a las costumbres y al cuidado

Hemos visto a lo largo de todo este informe que la cuidadora se enfrenta a múltiples motivos de extrañeza o choque cultural.

En el lado del cuidado, las familiares se han quejado de la influencia de la diferencia cultural en el trabajo diario, esta familiar explica que las cuidadoras extranjeras

para mí tienen otro estilo de vida, otra forma de ser, otro carácter como nosotros, diferencias de saber estar, de esos principios en la casa a la hora de poner la mesa, a la hora de llevarla al baño y tenerlo todo como muy organizado (...) como por ejemplo con el tema del ahorro, el tema de los productos de limpieza... tuvimos una... ¡menos mal que llegó el Mercadona a Fuerteventura! No nos duraban los paquetes de detergente para la lavadora ni un suspiro, porque llenaba a tope todos los cacitos que tenía la lavadora. Un desastre. Para los pisos, la casa olía... mi madre era muy sensible para los olores y siempre tenía que ir con un pañuelito tapando la nariz. Le teníamos que decir: "R* no le pongas tanto a los pisos, de jabón, de lejía, de todo" (EGF4).

En la bibliografía consultada también se han encontrado que este tipo de dificultades, tanto en relación al trato con el anciano como en el estilo en la realización de las tareas domésticas, surgen cuando los estilos culturales de empleadoras y cuidadoras no coinciden (Ruiz, 2006).

Sin embargo, un aspecto que no se ha encontrado en los estudios consultados es el relacionado con las estrategias que las cuidadoras han podido desarrollar para afrontar tales inconvenientes. Algo que sí han mostrado las participantes en este estudio, quienes han realizado un esfuerzo para adaptarse a las costumbres del lugar, acatando las indicaciones de las empleadoras para, finalmente, realizar las tareas correctamente o a gusto de quien las contrata.

- Dificultades ocasionadas por la religión

Tal y como vimos en el abordaje de los factores culturales, las cuidadoras participantes han mostrado, en su mayoría, un gran interés por los temas religiosos. Los inconvenientes que han reconocido experimentar en su trabajo están relacionados con que los RC o los familiares no compartan esas creencias o costumbres, o bien sientan que se les está invadiendo esa parcela de su intimidad, como refiere esta hija sobre la cuidadora de su madre que,

cuando entró en casa lo primero que dijo fue tenían que quitar el cuadro del Sagrado Corazón de Jesús que tenía mi madre en su habitación (...) quiso que fuera a su iglesia (...) y yo le dije: "mira, yo tengo mis creencias tú tienes las tuyas" pero tenía un carácter muy fuerte, una personalidad muy, muy, muy

fuerte, (...) y ahí ya me tuve que imponer, pero no me gusta, me siento mal, pero oye yo te respeto a ti, respétame tú a mí, mi palabra ¿no? (...) cogió mi punto débil que eran mis niñas, dice que iba a llevar a mis niñas, le dije mira, bajo ningún concepto (...) le digo, mira, mi marido no permite que las niñas vayan a la misa, mi marido es ateo y ha dicho que no... entonces ahí ya fue midiendo... un poquito más. Pero con ninguna otra, eh... todas han sido muy respetuosas... (EGF4).

No todas las cuidadoras se han mostrado como la del caso anterior. La mayoría ha desarrollado estrategias de adaptación como el «rezo en mí, o cojo una biblia y me leo algo, pero no voy a meter por la garganta de nadie esa cosa» (C8), pues «tampoco yo le inculco a la gente a que hagan lo que yo, porque mucha gente pues eso no lo ven bien» (C2). De manera que principalmente han evitado los problemas relacionados con este tema mediante el respeto a las creencias de los demás.

Si bien las dificultades experimentadas por las cuidadoras han sido abordadas en la bibliografía existente, ninguno de los trabajos publicados a los que se ha tenido acceso ha presentado un análisis pormenorizado de las mismas, siendo las relacionadas con la alimentación y la comunicación las señaladas más frecuentemente en los diferentes estudios. Sin embargo, en la mayoría destacan que tales dificultades no han supuesto grandes obstáculos para las cuidadoras en su trabajo diario (Alegre, 2011; Escuredo et al., 2013; Quiñoz & Albu, 2012; 2013; Ruiz, 2006), al contrario que en las cuidadoras de nuestro estudio, en las que la elaboración de estrategias para superar dichas dificultades sí ha requerido un esfuerzo.

5.3.2. Percepción de las dificultades relacionadas con las condiciones del trabajo

- El encerramiento

Vivir en el lugar de trabajo con disponibilidad, por no decir de guardia, las veinticuatro horas del día, disfrutando de un único día libre cuando ello es posible, puede suponer un gran sacrificio para la cuidadora. El privilegio de tener vivienda y, a veces, alimentación gratis se paga con el precio de la exclusividad de la dedicación al trabajo de cuidados. Lo que la cuidadora sacrifica está relacionado con lo que siente que pierde y son esas pequeñas renunciadas diarias las que van minando la capacidad psicológica de la cuidadora día tras día para continuar viviendo en ese aislamiento aceptado, en última instancia, voluntariamente. Los recursos con los que cuenta para sobrellevar esta situación dependen de la personalidad y capacidad de resiliencia

de cada una, aunque hay unas estrategias comunes a todas entre las que figuran la paciencia, la concienciación de ese tipo de trabajo o la resignación. Si a esta situación se le añade que la edad es la de una persona que comienza a vivir, a relacionarse, a buscar pareja... la situación puede resultar aún más dura. Una de las cuidadoras más jóvenes de este estudio explica cómo se lo plantea ella:

hacerse a la idea que sabes que estás interna y que... no va a ser lo mismo que te llame la amiga para que te vayas de fiesta y tú estás aquí [sin poder salir] hay personas que eso no lo aguantan (C2).

La estrategia que han desarrollado en estos casos va desde «hacerse a la idea que sabes que estás interna» (C2) y «tus problemas llorarlos en el baño» (C8) hasta «tener mi móvil y poder hablar porque encima que no salgo...» (C2).

Estos aspectos coinciden con los referidos por De la Cuesta-Benjumea et al., (2012) cuando hacen referencia al concepto acuñado por ellas de *salir a lo suyo*, consistente en una serie de actividades tales como hablar con los suyos o poder salir a espacios que entienden como propios, para procurarse el descanso y aliviarse de la presión del cuidar.

- La responsabilidad

Un aspecto que aumenta la carga del trabajo de la cuidadora es la responsabilidad que en muchas ocasiones la familia delega en ella. Los niveles de esta responsabilidad oscilan desde el cuidado de la persona mayor, su responsabilidad sobre la medicación, la comunicación con los servicios sanitarios o las gestiones del hogar, entre otros, de manera que «es mucha responsabilidad que uno tiene, especialmente mira este señor, ahí yo tengo que hacerlo todo» (C9).

La estrategia para afrontar esta dificultad consiste en asumir que «todo trabajo tiene una responsabilidad» (C9).

Los discursos de las cuidadoras a este respecto coinciden con lo encontrado por otros autores, cuando hablan de que los lazos familiares se modifican cuando aparece la cuidadora, así como la tendencia de los empleadores de delegar en la cuidadora la responsabilidad de los cuidados, llegando a ser una verdadera sustituta de estos (Cruz-Ortiz, Jenaro-Río, Pérez-Rodríguez, Hernández-Blanco, & Flores-Robaina, 2011; Quiñoz & Albu, 2012; 2013; Robledo, Martín-Crespo, & Salamanca, 2008).

- El trabajo nocturno

Trabajar de noche es duro, aunque la persona no requiera unos cuidados muy complicados, pues el simple hecho de estar con el receptor de cuidados exige un nivel de vigilancia que, sin llegar a precisar el pasar la noche en vela, sí puede interferir en el descanso de la cuidadora, al acumular noches durmiendo de esa manera, como le ocurre a la autora del siguiente discurso, «yo tengo mi sueño pasmado en la noche, porque prácticamente yo he trabajado de noche casi siempre, yo duermo un ratico... pero yo no voy a estar trasnochándome yø por dos cheles... no...» (C9).

En otros casos en que el receptor de cuidados presenta alguna complicación, el sueño se ve seriamente comprometido,

la mala noche, es lo que menos me gusta (...) entonces por la noche tengo que estar rodando camas y yo durmiendo más pegada a ella todavía (...) vírame pa'cá, vírame pa'llá (...) porque tiene un catéter puesto aquí, y cuando está mucho rato arriba del catéter (...) tengo que virarla para el otro lado y así (...) no se duerme bien (C18).

Estos aspectos relacionados con las difíciles condiciones laborales han sido ampliamente abordados por la literatura, donde también son considerados elementos de sobrecarga para estas cuidadoras (Gallart, 2007; Marcu, 2011; Martínez, R., 2009; Pereda et al., 2005).

- Conflictos

Los conflictos que aparecen en este estudio pueden ser originados por el entorno de cuidados, normalmente el empleador y también por la propia cuidadora. Entre los generados por el empleador se encuentran los cambios en alguna de las condiciones laborales sin previo aviso, las falsas promesas de mejora de condiciones y las acusaciones de hurto o abuso de confianza sin motivo aparente. Entre los causados por la cuidadora se encuentran los abusos de confianza reales.

Un motivo de conflicto consiste en la desvalorización de la labor de la cuidadora por parte del empleador, normalmente con el objetivo de pagar menos salario. En este caso los argumentos esgrimidos por los empleadores aluden a que a la empleada no se le vigila la hora de entrada o salida en el caso de las externas, o a que el trabajo nocturno no es trabajo, puesto que durante la noche se duerme y no se realizan tareas. Sobre este último aspecto esta participante explica su conversación con uno de sus empleadores en la que se quejaba del bajo salario:

y uno le dice que no, que eso (*el sueldo*) está muy poco, que yo no puedo contratarme en la noche sólo por eso. Me dicen: “pero si es a dormir que tú vas”, pues si es a dormir que yo voy, hazlo tú (C9).

También genera bastantes situaciones conflictivas el hecho de que el empleador encargue nuevas tareas o responsabilidades a la cuidadora sin antes haberlo acordado, incluso sin previo aviso. Estas tareas suelen estar relacionadas con asumir la limpieza del hogar o cuidar de animales domésticos o a los niños de la casa, ya sean hijos o sobrinos de los empleadores. Esta cuidadora explica así la situación que tuvo que enfrentar a este respecto con sus empleadores,

sí había niños al principio ¿sabes qué paso? que me los dejaron en casa sin avisarme y yo les dije: lo siento mucho, a mí me contrataron para cuidar de su madre y si quieren que me tome la responsabilidad para una niña de cinco años, que se subió por las paredes, pues entonces va a ser que... o me pagan más o... (...) no puedo asumir la responsabilidad de que si ella sale afuera y yo tengo que estar con tu madre porque tose, porque se ahoga... y la niña sale en la calle y se me va... porque era una niña muy rebelde (C8).

Entre los conflictos mencionados por las cuidadoras entrevistadas se encuentra el relacionado con la paga de un sueldo más bajo, con la falsa promesa, por parte de los empleadores, de ayudarles a regularizar su situación en el país, como expone en su discurso C16,

me habían dicho que sí, [que me querían hacer los papales] entonces yo les dije que con eso está bien (*el salario bajo*), después que pasé los seis meses, después que busqué todo, los papeles... todo acondicionado, me dicen: “mira, pensándolo bien, nosotros no queremos que ella firme nada”.

Algo menos frecuente pero quizá, más humillante, es el hecho de la acusación por parte del empleador de robar o comer la comida de la casa cuando se le ha prohibido expresamente. Quizá no tenga tanta relevancia como otros aspectos, pero tiene un gran efecto emocional sobre la cuidadora. El relato de esta participante explica cómo se sintió en una situación de este tipo:

¡ay, Dios! mi primer trabajo (...) qué pasé, que me humillaron (...) el señor me decía: “estos yogures no puede comerse ni, ni...” (...) y una vez ya eran las tres de la tarde y tenía un hambre... y la señora no quería acostarse... (...) llegó el hijo y me encontró comiendo el yogur, (...) me pegó una humillada que: “yo te dije que no podía ser” (...) yo lloraba que quería salir volando. Fue lo primero, a los tres días de yo haber llegado de Colombia (C15).

Ahora bien, los conflictos también son originados por las cuidadoras. Los grupos de familiares son las fuentes de esta información, donde se han comentado hechos que van desde los aspectos más banales a los más serios. Algunos tienen que ver con las dificultades para adaptarse a la situación de lejanía de sus seres queridos, y algunos causados por motivos económicos.

Así, algunos familiares comentan hechos consistentes en la invasión, por parte de la empleada, de los espacios donde se guardan los objetos personales de algunos de los miembros de la familia, aunque sin mayores consecuencias, o cómo una empleada realizó llamadas diarias a su país desde el teléfono del domicilio del receptor de los cuidados durante más de un mes y «antes de llegar el recibo del teléfono se fue» (EGF10).

Otro aspecto raro fue el caso de la sustracción de objetos de gran valor de los domicilios, tanto de la receptora de cuidados donde la cuidadora trabajaba como interna, como de los familiares vecinos, por parte de la cuidadora contratada. La participante en este grupo focal lo explica de este modo:

esta señora (...) en casa de mi madre empezó a robar, porque fue oro lo que robó, (...) y lo mío, que yo no sé cómo ella lo encontró, estaba súper escondido (...) entonces vino la policía a casa, y yo decía: mi madre tiene 90 años, ¿qué necesidad tiene mi madre de pasar por esto? (EGF4).

Esta misma familiar reconoce que el hecho relatado por ella es raro y que no ha sido suficiente motivo como para cambiar su buena opinión acerca de las otras cuidadoras que ha contratado a lo largo de los años, ni le impedirá seguir haciéndolo, pues «yo tengo que decir que gracias a estas señoras, lo digo sinceramente, (...) mi madre lleva muchos años [siendo dependiente], y la verdad, para mí han sido un gran recurso, sin ellas mi madre posiblemente ya no estaría aquí» (EGF4).

Una de las quejas más comunes que se han referenciado por parte de los participantes en este estudio es el hecho de que algunas cuidadoras comparten aspectos de sus situaciones personales con los empleadores y/o los propios receptores de cuidados a fin de que éstos se hagan cargo de sus necesidades económicas que pueden ser de diferente naturaleza y características.

Una de las enfermeras participantes en un grupo explica cómo una cuidadora quería que la receptora de cuidados llegara a ser la madrina de su nieto:

al final, gracias que la señora se murió, porque (...) quería implicar diciendo: hay,

que esta señora es tan buena que ahora quiero que sea la madrina de mi nieto.

Ella decía: ¿yo, la madrina de tu nieto?, pero si ni lo conozco (GFE3).

El aspecto más recurrente, tanto en las entrevistas como en los grupos de discusión, respecto a las dificultades que encuentran las cuidadoras a la hora de realizar su trabajo, es el de la explotación. Ésta, que resulta de la combinación de una serie de factores, presenta como características definitorias en este tipo de trabajo un salario bajo, dificultades para que se le haga contrato y se le dé de alta en la seguridad social, y unas malas condiciones en cuestión de horarios y tiempo de dedicación, carga de cuidados y medidas de apoyo. En los casos en que esta explotación se produce, el reconocimiento de su labor por parte de los empleadores apenas existe.

La figura 4.15 muestra los aspectos que más disgustan a la cuidadora sobre su trabajo.

Uno de los más nombrados es la fiscalización que sufre la cuidadora por parte de los empleadores en las primeras etapas del trabajo. En este sentido, C3 reconoce que,

no me gusta que yo esté trabajando y que yo tenga una persona ahí... mirándome qué yo estoy haciendo, vigilando, (...) a mí la desconfianza no me gusta. Así era L* conmigo, yo me iba para allá y ella se iba detrás; iba para el baño y se iba para donde mí... le digo: ¡no L*!, ni para mis necesidades tengo privacidad...

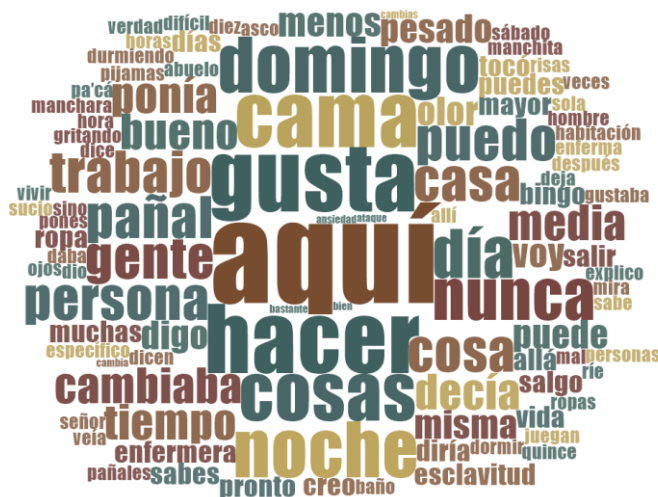


Figura 4.15. Frecuencia de palabras en la categoría «Lo que le disgusta del trabajo»

En algunas ocasiones lo que más molesta a las cuidadoras, «¿de este trabajo? los familiares» (C19), y menos que «se vengan a jugar al bingo aquí (...) se ponen a tirar las sillas, no

respetan a media noche que está la gente durmiendo, (...) no viven aquí, sólo vienen a jugar» (C5).

En relación a las tareas del cuidado la que menos gusta «yo creo que sobra decirlo, es cómo limpiarlo (...) es cuando de pronto va a dar de cuerpo ¿no?» (C12), también molesta «la mala noche, es lo que menos me gusta» (C18). Para algunas ha sido sorprendente descubrir que, ¿sabes lo que me daba asco? que le salían legañas y eran unas legañas así... viscosas... amarillas... verdes... y eso... y era la única cosa que cuando lo veía me daba asco. Sentía el estómago así como dando vueltas... pero le digo que yo me sorprendía a mí misma porque yo iba y le cambiaba el pañal sucio y muchas veces si tenía diarrea tenía hasta las ingles. Estaba llena y la limpiaba y nada... y le veía eso en los ojos y me volvía loca (C8).

En lo que a las condiciones de trabajo se refiere, de pronto no es ni tanto lo que uno haga sino el tiempo que uno está sometido allí (...) pueden decir: “no, pero es que no hace nada”, ya pero es que yo estoy las veinticuatro horas disponible, entonces ahí de pronto es como la injusticia, diría yo (C12).

De esta manera, se encuentra que lo más difícil es, «la esclavitud, hombre, uno tiene vida» (C16), pues en el caso de las internas, «yo siempre me paso el día aquí dentro, no salgo, es un poco duro, pero qué se va hacer» (C4), ya que, «a la responsabilidad le sumas el saber que estás todo el día o todo el tiempo dentro, que no vas a salir ni mucho menos, hay personas que eso no lo aguantan» (C2).

Pero sobre todo, molestan

las injusticias, ¡ay, a mí no me gustan las injusticias...! como por ejemplo, yo saber de que una persona que está trabajando en una casa no le están pagando seguridad social, no le dan el día libre, trabaja todo el día, no puede salir... a mí eso me parece una injusticia (C3).

Los estudios consultados también contemplan como áreas conflictivas las injusticias laborales a las que pueden ser sometidas estas cuidadoras, relacionándolas con la invisibilidad de los cuidados y la vulnerabilidad de estas trabajadoras (Casado-Mejía et al., 2012; Gallart, 2007; Galiana-Gómez de Cádiz et al., 2008; Marcu, 2009; 2011; Martínez, R., 2009; 2010; Quiñoz, 2010).

5.3.3 Percepción de las dificultades relacionadas con la falta de conocimientos para el desempeño del trabajo que realiza

Las titulaciones y los contenidos académicos de los estudios relacionados con los cuidados son muy distintos entre los diferentes países de procedencia de las cuidadoras. En España, sin ir más lejos, los mismos estudios de enfermería han ido evolucionando, y continúan en proceso de cambio, desde sus inicios.

- Dificultades en el manejo de la medicación

A las titulaciones universitarias se les unen cada día nuevas titulaciones de grado medio, cuyas competencias no son aún bien conocidas o reguladas para su aplicación en el mundo sanitario. Por tanto, el panorama de estudios, titulaciones, competencias que existe en este ámbito es amplio y complejo, creando confusión en todos los actores relacionados con el trabajo de los cuidados a las PMD. Si a ello se le añaden las diferentes titulaciones que las cuidadoras aseguran poseer en sus países de origen, la complejidad aumenta, aunque en estos casos, a la cuidadora le sorprende esta situación pues «eso es otra cosa que primer vez acá (...) en mi país nosotros poníamos las inyecciones, nosotros preparábamos la medicina, nosotros le tomábamos la tensión a los pacientes, éramos como por decir acá, el médico de cabecera, ¿me entiende?» (C3).

En este sentido se cita un extracto de los comentarios de una enfermera participante, donde se muestra el grado de confusión a ese respecto, según ella,

hay otro tipo de cuidadoras (...) que vienen siempre diciendo que ellas son enfermeras... (...) pero más hacia el ámbito también médico, ¿sabes? y... te vas a la casa y le empiezas a explicar y cómo lo tiene que hacer y es todo el rato: “no, si yo sé, si yo sé” (...) pero después te pones a preguntar y normalmente (...) cuando te pones a mirar más en profundidad, es un curso que han hecho, (...) que tiene que ver con cuidar en geriatría... ¿sabes? (GFE4).

No obstante, la cuidadora maneja y aplica medicación en muchas ocasiones. Una de las estrategias que desarrolla para ello es la instrucción por los profesionales médicos o enfermeros, aunque en otras ocasiones ella sola va aprendiendo a base de experiencia y por la necesidad, como refiere esta cuidadora que explica los motivos por los que se atrevió a realizar una extracción manual de fecalomas por primera vez, sin saber y sin que se le instruyera para ello, «sola, porque la vi gritando de dolor y le pregunté: “¿qué le pasa?” y estaba media atascada ahí y entonces me puse un guante... no podía dejarla así» (C8).

Entre otras técnicas la cuidadora aprende a modificar dosis de fármacos en función de la evolución del receptor de cuidados, como pueden ser los cambios en las cifras de tensión arterial del mismo. Esta cuidadora explica cómo realiza estas actividades, después de haber consultado a su hija, médico que reside en su país de origen, Cuba,

le tomé la tensión, entonces lo que hice fue que anoche no le di el medicamento (...) para bajar tensión, capaz que le baje demasiado el valsartán ese que es ciento sesenta (...) y la furosemida... Todos sus medicamentos son de... de riesgo, por eso hay que tener mucho... mucho... hay que tener cuidado... (C18).

Sin embargo, para otras cuidadoras resulta difícil la realización de técnicas dolorosas para el paciente, como la determinación de la glucemia que, aun siendo una técnica que forma parte del autocuidado de cualquier persona que padece diabetes, para esta cuidadora, «hacer la prueba del azúcar... ¡ah! ¡eso te cuesta! Me temblaban las manos para pincharla, es que no quieres hacerle daño, pero tienes que hacerlo» (C10).

Para superar estas dificultades las cuidadoras intentan afrontar los miedos, ya sea sola o con ayuda de un profesional de los cuidados, que la asesore sobre la necesidad de la realización de la técnica y le enseñe e instruya para llevarla a cabo correctamente.

En relación a la medicación oral, la gran dificultad es la negativa de la persona mayor a tomar la medicación. Las cuidadoras reconocen que consiguen superarla con mucha paciencia aunque algunas, como ésta, desarrollen estrategias propias, «en la comida engañarlo, debajo de algo, mezclarle ahí... ¡Ay Dios mío! Yo se lo mezclaba en la comida pero tocaba poquitos, en las últimas cucharadas porque como encontrara sabor de medicamentos ya se quedaba sin comer» (C15).

Como estrategias principales para afrontar estos problemas, las cuidadoras han desarrollado en primer lugar la de aprender y, en segundo lugar, la de adaptarse y respetar las costumbres del lugar, «lo que es vía oral sí, porque la intramuscular, aquí son muy delicados los familiares y no... no aceptan porque había para colocar intramusculares (...) aquí abajo, G*, ella sí que aceptó que yo le aplicara las intramusculares» (C11).

- Dificultades para movilizar al paciente

Para la cuidadora sin formación resulta complicado ayudar al paciente con movilidad reducida de manera segura para ambos. Si a ello se le suma que el receptor de cuidados pueda tener una envergadura física considerablemente mayor que la de la cuidadora se entiende que el riesgo para ambos sea notable. Esta cuidadora explica cómo golpeaba los muebles de la casa,

mientras sujetaba a la receptora de cuidados que había perdido el conocimiento, para que la hija de ésta que vivía en el piso superior, oyera los golpes y bajara a ayudarla a sujetarla, «me daba un susto porque la señora C*arriba y yo... saber como si la suelto... yo golpeaba las cosas, ¡A* se me cae!... ¡eso es tremendo!» (C15).

Otro aspecto con el que las cuidadoras luchan es la intrepidez de algunos ancianos quienes, sabiendo que tienen dificultades en la movilización, no esperan a recibir la ayuda por parte de la cuidadora, sino que estando solos inician la deambulaci3n con el consiguiente riesgo de caídas. Así lo reconoce una receptora de cuidados, presente en la entrevista a su cuidadora, «me levanto sola y me vengo pa'quí, ¡son tantas las veces que me he caído...!» (RC de C4).

Como estrategia para superar este último aspecto, las cuidadoras refieren echar mano de su paciencia y «le pido por favor que no se levante, que se quede ahí. Luego cuando vengo está ahí sentada» (C4).

- Dificultades en el manejo del paciente en funci3n de su patología

Una de las patologías que más inconvenientes causan a las cuidadoras en el manejo y atenci3n de la persona mayor es la demencia. Sobre todo, en aquellas fases en las que el anciano se muestra agresivo, agitado, poco colaborador. Suele ser la enfermedad que más desgasta al entorno de cuidados y familiar, sobre todo,

cuando gritan, a veces me ponen a mí de los nervios (...) mi única salvaci3n es que una de las hijas, [que] vive aquí cerca, llamarla a ella para que ella vea el estado en que está (C13).

No hay estrategias que sirvan para todos en este caso, cada uno es un mundo. Ante el miedo a ser agredida por el paciente, algunas cuidadoras, como ésta, encuentran como única soluci3n afrontar esas situaciones, aunque estén en desventaja física, «a veces quiero asearlo no se deja, grita... (...) luego se deja. Al principio no me atrevía hasta no ver cómo lo llevaba... es miedo ¿sabe? porque a veces levanta la mano y dice: “¡que te pego!”» (C13).

Otra de las dificultades que enfrentan son los propios prejuicios ante los tratamientos. En este caso, para la cuidadora resulta difícil seguir las indicaciones del especialista, aconsejando que la persona con Alzheimer mantenga la actividad y la realizaci3n de sus tareas diarias. En el caso de que la paciente sea una mujer, normalmente se le ayuda a que siga realizando tareas domésticas, sin embargo, para la cuidadora a veces resulta violento pues «claro, para mí era fuerte, yo sentada ahí, haciendo punto cruz y ella tendiendo la ropa» (C10).

Otro aspecto de la patología del RC que afecta a la cuidadora es la evolución de un proceso terminal. Ser testigo de los cambios que sufre el paciente en los últimos momentos de su vida suele resultar duro para la cuidadora, pero también lo es afrontar el desenlace. Para esta informante el proceso fue tan duro que ni siquiera había querido darse cuenta de cómo la médico de su RC la había preparado psicológicamente para ello, hasta que el fallecimiento fue inminente. Explica la conversación aclaratoria que mantuvo con esta médico,

ella me preguntó: “¿tú estás preparada para la muerte de M*?” , yo sentí en el momento que me hizo como una bola aquí (*señala el estómago*) (...) ¿M* ya se va a morir? (...) yo decía ¡ah, la esperanza! (...) y es que yo digo, Dios, a veces tú nos haces vivir unas situaciones que... porque M* había hecho eso de... el testamento vital. Y entonces cuando llegó el momento de poner ese testamento a funcionar... (C10).

Todos estos aspectos ponen de manifiesto la falta de formación que presentan estas cuidadoras, aspecto recogido en la mayoría de la bibliografía consultada (Alegre, 2013; Escuredo et al., 2013; Galiana-Gómez de Cádiz et al., 2008; Gallart, 2007; Quiñoz & Albu, 2012; 2013; Martínez-Buján, 2010; Nogueira & Zalakain, 2015).

En la tabla 4.4 se presenta un resumen de las dificultades que las cuidadoras de este estudio han reconocido afrontar así como las estrategias y habilidades que han desarrollado para afrontarlas y superarlas.

Tabla 4.4. Resumen estrategias y habilidades desarrolladas por las cuidadoras en el afrontamiento de las diferentes dificultades

DIFICULTADES		ESTRATEGIAS Y HABILIDADES	
CULTURALES	Comunicación	Aprender del RC y del familiar	
		Preguntar a compatriotas	
		Observación	
		Paciencia	
	Alimentación	Aprender del RC y del familiar	
		Recibir ayuda del RC y del familiar	
		Humor, cuando no se puede aprender o mejorar el estilo de cocinar	
		Extremar las precauciones	
		Aprender a utilizar productos de modificación de texturas de los alimentos en la prevención de bronco aspiraciones	
		Paciencia	
	Costumbres y cuidados	Diversas habilidades según patología del RC	
		Habilidades de adaptación: respetar, aprender...	
Elaboración de su proceso de duelo: envío remesas / salir a lo suyo / contacto con familiares y compatriotas			
Religión	Aprender costumbres de cuidar		
	Respeto por las creencias de RC y familiares		
CONOCIMIENTOS	Medicación	Profesar su religión de forma privada	
		Consulta a otras cuidadoras o familiares con formación	
		Consultar a otros profesionales como médicos o enfermeras	
	Movilizaciones	Salir al paso por su cuenta	
		Consultar a otros profesionales	
	Manejo del RC en función de su patología	Solicitar ayuda a familiares	
		Asumir las dificultades como pueda	
		Solicitar ayuda a familiares	
		Solicitar información, instrucción...etc., a profesionales	
		Desarrollar las habilidades que pueda: paciencia, valor...	
CONDICIONES LABORALES	Esclavitud	Adaptarse, aprender a compartir el proceso de muerte del RC	
	Nocturnidad	Asumir el horario de interna, <i>hacerse a la idea</i>	
		Acostumbrarse a no dormir	
	Desvalorización cuidadora	Pedir que se valore adecuadamente el esfuerzo por parte de los empleadores, solicitando sueldo justo	
		Razonar con el empleador para un pago justo	
	Conflictos	Aceptar pago injusto	
		Nuevas e inesperadas funciones	Negociar con el empleador nuevas condiciones
		Engaños empleadores	No hacer nada
Acusaciones injustas		Despedirse	
		Aclararlas entre todos	

5.4. Los cuidados genéricos desde la perspectiva del caring

Una vez identificadas las dificultades con las que las cuidadoras han referido encontrarse en el desarrollo de su trabajo, así como las estrategias que desarrollan para afrontarlas y superarlas, el siguiente propósito del estudio es analizar el modo en que, finalmente, estas mujeres cuidan de la persona mayor dependiente, dando el último paso en la identificación de los cuidados genéricos desarrollados.

Como paso previo al análisis de los componentes del caring presentes en los cuidados ofrecidos por las mujeres inmigrantes, es necesario adentrarse en sus ideas, concepciones y creencias sobre el mundo de la salud, la enfermedad y, finalmente, conocer qué entienden ellas por cuidado y cómo consideran que debería ser un buen cuidado. También lo propone así Leininger en su MSN, por ello exponemos estos aspectos a continuación.

- Su concepción de salud

Desde los discursos de las cuidadoras emerge el concepto de salud que entienden como un don preciado que permite al individuo desarrollarse por completo y hacer todo lo que desee hacer. Las cuidadoras entienden la salud como la ausencia de enfermedad y dicha concepción se muestra en términos funcionales como trabajar, hacer, comportarse, cuidarse, ya que «con salud, pues sales de casa, comes bien, hablas, te ríes, ves la tele, tienes ánimo de todo» (EA3).

La salud proporciona la capacidad de desarrollar todas las facultades propias y también es definida en términos espirituales y de armonía, plenitud, equilibrio. Proporciona el deseo de vivir o, en palabras de esta cuidadora, «tener salud es querer vivir muchos años» (EA8).

- Su concepción de la enfermedad

Las participantes entienden la enfermedad, al igual que la salud, en términos de funcionamiento.

Puede ser una desestabilización orgánica o una patología diagnosticada por el médico como la diabetes o el cáncer. Para otras es «estar triste, achipalado, sin ganas ni humor para nada» (C11), «no poder desarrollarse uno en toda su plenitud» (EA2), de manera que entienden la enfermedad como «un mal incurable» (EAE4), y también como una consecuencia de no ir por el camino correcto en la vida pues,

si usted no camina... en integridad y rectitud uno no está sano, porque ¿usted qué saca con tener el cuerpo bien si su alma está corrompida, igual que el espíritu? (...) por mucho que usted diga que está sano su cuerpo si usted no tiene paz, tranquilidad... usted no tiene nada (C5).

Estos aspectos funcionales y afectivos del modo en que las cuidadoras entienden la salud y la enfermedad están en consonancia con la literatura consultada, donde se relacionan con el propio proceso vital por el que transcurre la cuidadora, quien también está elaborando su propio proceso de duelo (Achotegui, 2012; García-Navarro & Gualda, 2014; Rodríguez et al., 2014). Sin embargo, no se han encontrado coincidencias con la influencia de la religión en su sentido de la salud y la enfermedad que las cuidadoras participantes en este estudio sí han mostrado.

5.4.1. Cuidados genéricos, un mundo eminentemente emocional

Como podemos observar en la siguiente figura, las características del cuidado ofrecido por estas cuidadoras están muy relacionadas con los aspectos afectivos y éticos del cuidado.

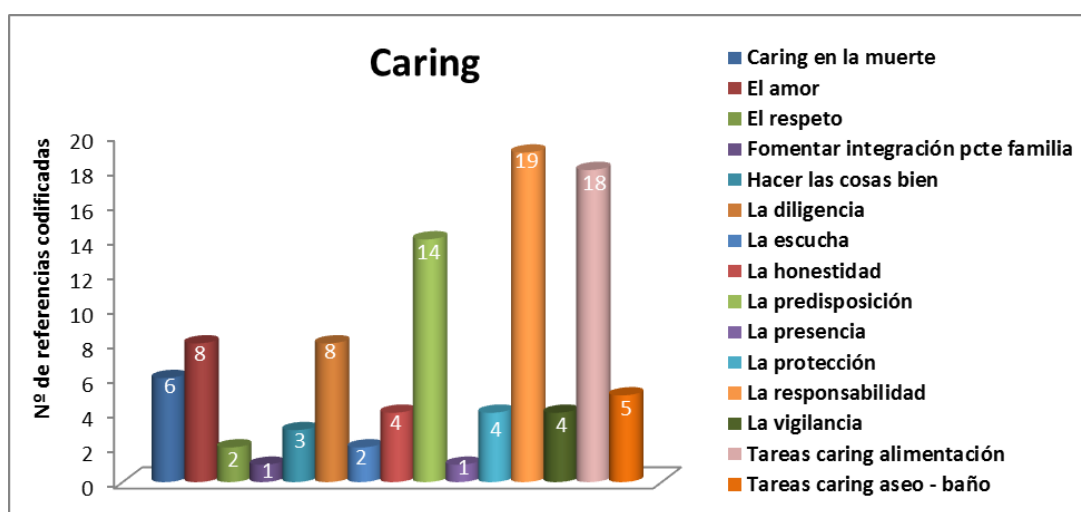


Figura 4.16. Formas de caring en los cuidados genéricos llevados a cabo por cuidadoras inmigrantes

El cuidado diario de una persona mayor dependiente durante periodos de tiempo más o menos prolongados, constituyen una situación antropológica caracterizada por unas relaciones humanas que se suelen desarrollar en el espacio íntimo del hogar, desarrollándose unos cuidados humanistas, naturales o genéricos.

Para la realización de estos cuidados la cuidadora ha de utilizar no solo sus conocimientos sino también, y como el resto de los profesionales del cuidado, toda su persona, esto es, no solo su inteligencia, sino también su corazón, sus percepciones, sus emociones, su intuición, es decir, deberá integrar todas sus facultades, la mayoría intuitivas, y que forman parte de sus valores fundamentales (Amezcuá, 2000; Cibanal et al., 2001; Leininger, 2006).

Para el análisis de estos cuidados nos adscribimos a los principios propuestos por las teóricas de la enfermería consideradas como pertenecientes a la escuela del caring (Kèrouac et al., 2009) quienes han intentado establecer las características que conforman unos cuidados enfermeros humanísticos, holísticos y respetuosos con el ser humano al que contemplan como

un todo indivisible y en interacción continua con su entorno (Allgood & Marriner, 2011; Berman & Snyder, 2013).

Tabla 4.5. Características del caring

Lo psicológico		Lo práctico		
Afectivo/sentir		Cognitivo/saber	Organización social	Técnico
Empatía	Disfrute	Enseñanza	Economía/ presupuesto/dinero	Habilidad
Preocupación	Simpatía	Satisfacción de necesidades	Organización/ coordinación	Mantenimiento y diseño del equipamiento
Sentimientos	Comprensión	Conocimiento	Tiempos	Tecnológico / indagación diagnóstica
Amor	Paciencia	Observación, vigilancia	Defensa legal	Cuidado científico
Compasión	Sensibilidad	Toma de decisiones	Presencia/ estar ahí / disponibilidad	Mantenimiento terapéutico
Dáviva	Bondad	Valorar	Competencia política	
Amabilidad	Interés	Resolución de problemas	Seguridad	
Cercanía	Motivación	Integración	Papeleo / gráficos	
Alegría, jovialidad	Ternura	Intuición	Movimientos feministas	
Intimidad	Alta experiencia		Control	
Fuerza, fortaleza	Vulnerabilidad		Formulación de políticas	
			Auditorías	
			Provisión de actividades	
			Desarrollo gerencial	
Lo interaccional		Lo filosófico		
Física	Social	Espiritual	Ético	Cultural
Hacer para	Hacer con	Preocupación espiritual	Actitud	Alguna comprensión del cuidado cultural
Confort	Comunicación, conversación	Fe	Responsabilidad	Equidad en el cuidado cultural
Toque, contacto	Interactuar, compartir	Sanación	Cuidado holístico	
	Escucha	Filosofía cristiana (<i>hacer por los demás</i>)	Confianza	
	Ayuda	Autenticidad	Cuidado individualizado	
	Implicarse	Pertenencia	Respeto	
	Tranquilizar		Auto-cuidado	
	Apoyo		Humanidad	
	Aconsejar		Dedicación	
	Compenetración		Ética / verdad	
	Protección		Compromiso	
	Nutrición		Defensor del paciente	
			Honestidad	
			Sinceridad	
			Lealtad	

Fuente: Ray (1998).

En esta línea hemos seguido la clasificación del cuidado en enfermeras propuesta por Ray (1998), cuya elección se ha tomado teniendo en cuenta la adecuación de la misma a los trabajos de cuidados genéricos realizados por las cuidadoras inmigrantes. Ray caracteriza los cuidados del caring mediante cuatro grandes categorías: la psicológica, la práctica, la interaccional y la espiritual. A su vez, dentro de cada una de ellas existen diversas subcategorías y modelos de expresiones de cuidado. Se pueden apreciar en la tabla 4.5.

Aspectos psicológicos del caring, más sentimientos que conocimientos

Las emociones manifestadas por las cuidadoras en la realización de su trabajo de cuidados han sido muy numerosas, a continuación exponemos las más relevantes.

- El miedo

Una emoción nombrada recurrentemente a lo largo de las entrevistas es el miedo. La cuidadora teme a muchas cosas relacionadas con el trabajo. Teme a los posibles malos tratos por parte de un paciente en una situación de crisis «es miedo ¿sabe? porque a veces levanta la mano y dice: “¡que te pego!”» (C13), a que la muerte del paciente la sorprenda sola y sin apoyos «y pidiéndole a Dios que no se me mueran a mí sino que esté su familia porque...» (C13), miedo a hacerle daño sin querer como por ejemplo, «hacer la prueba del azúcar... ¡ah! ¡Eso te cuesta! Me temblaban las manos, para pincharla, es que no quieres hacerle daño, pero tienes que hacerlo» (C10) y miedo a que al paciente le ocurra algún percance estando al cuidado de ella, *pues ella como de la circulación se le ponen las piernitas todas moradas y gorda, gorda... y la tensión se le sube mucho... y a mí me da nervios todo eso... que le pueda pasar algo... Dios no quiera que vaya... a pasar algo... (C15).*

También se teme a lo desconocido, sobre todo en los primeros momentos del trabajo de cuidados, en los que aún no conoce bien a su receptor de cuidados, suele temer no saber manejar la situación pues «uno nunca sabe qué paciente le va a salir» (C12). Por ello se pediría a los empleadores más claridad en la presentación del caso y que le dijeran algo así como,

“mire pago tanto, venga a la casa, mira es que mi padre, mi madre está para que lo bañe, está para que lo saque... porque la comida, que le arregle la casa... que lo acompañe cuando esté solo”. Pero estamos sin saber lo que tenemos delante (C14).

- Sufrir por y con el otro

Muchos de los sentimientos de las cuidadoras son reacciones al presenciar los momentos duros de la enfermedad y los padecimientos del paciente. La cuidadora se identifica y sensibiliza

con el sufrimiento de su receptor de cuidados y sin quererlo ella, «si está la abuela mala pues me siento como si fueran parte de mi familia, como si le pasara a uno de los míos, (...) tener... sentirte apenado por lo que les pasa a los demás» (C2).

También se reconoce sentir pena y tristeza en la despedida, «se murió el año pasado en la residencia (...) esa, ahí lo metieron ahí; me dio una pena...» (C16). Se siente dolor ante el final de la vida y ante el avance de la enfermedad, ver la fragilidad y la dependencia humanas le hace reflexionar sobre esos aspectos de la vida y empatizar con «la dignidad de ellos también, que a veces (...) se dan cuenta que van deteriorando y les da pena con uno porque ven que uno tiene que hacer un esfuerzo muy grande» (C1).

- Su propio duelo

Sin embargo, ha aparecido un componente camuflado dentro de estas muestras de dolor, y es la vivencia del propio duelo,

entonces tú vives doble, el problema y tu vida; en cada momento, cuando la persona depende de ti, que le des agua, que la lleves al baño, cuando la ves triste (...) el tú poderla consolar... ¿y tu parte? Tú dices: “no, yo no me puedo cargar, yo no puedo implicarme aquí en esto...” pero es que no, aunque tú no quieras... entonces te cargas tú también. Yo veía a M* llorar (...) ella perdió una hija muy joven, pues ¡a veces yo también me saltaba y empezaba a llorar! (...) ¿sabes por qué? porque yo también tengo mis hijos. Y yo también, a veces, a lo mejor no tenía que ver con la hija de ella pero sí con mis hijos... o a lo mejor yo también quería llorar y esa era la oportunidad mía (C10).

En esta vivencia del propio duelo, también se ha detectado que cuando la cuidadora es interna los momentos para la intimidad escasean, de manera que el llanto del otro puede ser un buen momento para el propio llanto pues si no, «entonces uno tiene que... sus problemas a llorarlos a su casa, pero si uno está interno ¿cómo hace para llorarlos en su casa? En el baño, si uno se encierra en el baño el paciente puede ir» (C11).

- Culpa

Algunas han sentido culpa por haber actuado negligentemente, aun cuando no se tenían conocimientos para hacerlo mejor «porque la primera vez se me llenó de esas llagas y yo no sabía, cuando llamo a [la doctora]... yo no... yo sufrí...» (C10).

- Sentirse desbordada

Para algunas cuidadoras el trabajo se endurece cuando el receptor de los cuidados padece alguna enfermedad mental o demencia, porque «hay veces que uno... se agobia, ¿sabe? (...) y

las personas cuando gritan, a veces me pone a mí de los nervios que me parece ya botar la toalla» (C13) y es que «a veces te... agobia tanto que pierdes los estribos y esas son una de las cosas que hay que tener mucho en cuenta» (C2).

Cuando el receptor de cuidados padece una enfermedad mental, y si eso va unido a unas condiciones laborales de interna y soledad, la cuidadora puede experimentar emociones que van desde un agobio suave a sentirse verdaderamente desbordada, angustiada o incluso «histórica». Esta cuidadora explica, en presencia de los dos receptores a los que cuida en régimen de interna, que

yo he estado hoy con unos nervios porque él (...) está de más alterado y agresivo, porque grita y grita y ya se quiere levantar y no puedo controlarle, a veces me pone a mí de los nervios que me parece ya botar la toalla. Ellos están gritando, yo me tengo que hacer de oídos sordos o ponerme nerviosa y... acabo a veces llorando y a veces riendo y así, ¿no? o se hace la caca, va y se limpia con las cortinas y de ya... hay que sacar las cortinas, hay que lavarlas y todo eso. Yo ya le digo, me he visto mañanas... días que he estado muy mal, (...) y muchas cosas pero... ¿qué digo? Implorar a Dios que es lo único que tengo (*dirigiéndose a su receptora de cuidados*) ¡yeya, siéntese ahí o la mato! (C13).

A menudo la cuidadora no cuenta con los recursos necesarios para afrontar este tipo de situaciones, son los casos que las entrevistadas han reconocido sentirse incapaces de cambiar esta situación. De manera que la única opción que les queda es intentar aceptarlo, es el momento en que aparece la resignación.

- Consecuencias emocionales del trabajo de cuidados

Además de las repercusiones del trabajo a nivel físico, también existen repercusiones psicológicas. Tras el cuidado de una paciente durante los dos últimos años de su vida esta cuidadora expone que,

ese trabajo (...) te seca aquí (*se señala la cabeza*), estoy luchando con eso ahora, y el médico me dijo que es algo que viene, que aparece como una depresión que la cogen las personas que cuidan de personas con Alzheimer o enfermedades así (...) y tienes que acordarte de darte un momento para ti, para recuperarte, porque el trabajo no te da un cansancio físico pero te termina achicando, o sea, mentalmente, porque verla a ella cada día en ese estado y al final te acostumbras con la idea de que... ya no puedes ayudarla, no la puedes curar. Sólo puedes levantarla, que se sienta mejor en lo malo que ya tiene... tienes que

entender eso: no la vas a curar... sólo hacerle más fácil la vida, ayudarla a que soporte mejor esa situación. Yo les recomiendo que les den un poco de apoyo moral y psíquico a las cuidadoras porque... (EGC1).

- Sentirse querida, aceptada

También hay luces en el trabajo de cuidados. Como se puede apreciar en la figura 4.17, uno de los aspectos que más aprecia, e importa a la cuidadora es sentirse querida, aceptada y valorada tanto por la familia como por el receptor de cuidados, así, para C8 «lo más importante es que me sentía apreciada por la familia». Eso le hace sentirse bien, ilusionada, incluso feliz. Como el caso de esta cuidadora que explica cómo se siente cuando su receptora de cuidados, enferma de Alzheimer, le demuestra que la recuerda,

y es la ilusión de ver cuando yo abro la puerta que ya vienen a comer (...) se pone así toda contenta y dice: “ya te extrañaba mucho” (...) a pesar de que no se acuerda, en el sentimiento y tal sabe quién soy. Pero es eso que te llena, porque saber que se le olvidan las cosas y al verte de repente y decir: “ya te estaba extrañando”, pues es decir, a pesar de todo no se ha olvidado de mí, por algo tiene que ser. Y esas son cosas que te fortalecen, que te satisfacen (C2).



Figura 4.17. Frecuencia de palabras en la categoría «Lo que le gusta del trabajo»

Los familiares pueden demostrar esta valoración de muchas formas, en el caso de C5 fue a causa de una enfermedad,

me operaron hace dos años de un aneurisma cerebral y [los empleadores] no trajeron a nadie. Ellos me dijeron: “tú no te preocupes, tú haz las cosas

tranquilita”, un día vinieron y yo estaba acostada jugando a la Nintendo, ¡ellos mismos me la dieron!, y me dijeron, ¿estás maluca, estás mal? pues quédate ahí arrellinadita, tú limpia, tú no te vuelvas loca...”

- La intimidad

En la gama más amable de sentimientos y emociones, se encuentran aquellos provenientes de unas buenas relaciones, dado que sentirse en buena sintonía con el paciente ayuda a que surja la intimidad, incluso la complicidad, como explica esta cuidadora,

es una comunicación, pero tan íntima, tan íntima... porque a mí con M*, ya a lo último ella no me tenía que decir... un solo gesto que ella me hiciera, yo ya sabía lo que quería, pero es eso, que el día a día... (C10).

- El cariño

Este es uno de los aspectos del trabajo que más gustan a las cuidadoras, valoran la oportunidad de dar cariño a una persona mayor que verdaderamente lo necesita, «y es que a mí me encantan las personas mayores, me encantan... entonces intento darle lo que yo puedo, lo que sé, todo...» (C10), pues, «yo en cada persona mayor veo... como esa necesidad de abrazarla, de pocharla y... de quererla» (C3).

Aunque es cierto que los amores reñidos son los más queridos, así explica esta cuidadora sus sentimientos hacia su receptor de cuidados, «es que a veces, mi hija, me sacaba de mis pasos, pero después cuando se fue, ¡ay cómo lo extrañé, Dios mío! Uno no sabe lo que tiene hasta que no lo pierde» (C16).

Si realmente todas las cuidadoras y todos los profesionales de la salud realizaran su trabajo por amor al prójimo, los cuidados serían, simplemente, perfectos. Porque realmente el amor abarca todos los ámbitos de un buen cuidado. El amor engloba el cariño, el respeto, el cuidado, la protección, la diligencia, el deseo y la inquietud por aprender y mejorar en la forma de cuidar... El amor, en el nivel de la vocación, es lo que hace que las personas sepan unir la experiencia al conocimiento en pro de la sabiduría que crea el cuidado que ayuda y protege a la vida. Para esta enfermera ya jubilada tras toda una vida dedicada al trabajo de los cuidados «la palabra cariño es muy amplia y lleva todos los cuidados, me parece a mí» (GFE2).

- Sobre la vocación

Aunque las cuidadoras hayan comenzado a trabajar en los cuidados por necesidad, han tenido que desarrollar un cierto gusto, una especie de sentido vocacional para poder llevar adelante un trabajo de estas características, donde se dan condiciones de dureza en el caso de

las enfermedades y deterioro del receptor de los cuidados, también duras condiciones sobre todo en el caso de las internas, pero también en el caso de las externas de noche. Es un arte, ha de ser vocacional porque si no, no se persiste mucho tiempo en este trabajo manteniendo la propia salud y «*porque me nace (...), porque si no me naciera yo no lo hacía*» (C3).

- Sobre el respeto a la dignidad humana

Si no todos, o no siempre se es capaz de amar incondicionalmente, al menos, en el trabajo de cuidados, se espera un respeto. Respeto, ante todo, al ser humano que se le ha confiado; a su dignidad, a la dignidad en su decrepitud, en su deterioro físico, psíquico, social y/o espiritual. Respetar al otro es respetarse a uno mismo, para C16 era fácil respetar a su RC enfermo de Alzheimer cuando confundía a su cuidadora con su esposa fallecida y los vecinos por la calle «*no sabían que estaba mal, no lo aparentaba... y le decían: “¡Hola don O*! ¿cómo usted está?” y decía: “yo bien, y mi señora también”, y yo les hacía señas para decirle que no, que no era así*»

- La presencia

La presencia es al cuidado lo que el patrimonio intangible a la cultura y costumbres de un pueblo, eso mismo, intangible. Es algo que no se ve, pero sus efectos se perciben, es algo que se siente y se necesita.

Para la persona no relacionada con el mundo del cuidado es fácil minusvalorar el acto de la presencia. Aparentemente no se hace nada, no hay ninguna tarea que llevar a cabo. Solo hay que estar presente. Sin embargo, en la presencia subyacen otros aspectos del caring como la vigilancia, la protección, la prevención, el acompañamiento ahuyentador de la soledad y el aislamiento que sienten algunos ancianos. En la presencia también subyace la tranquilidad, tanto del familiar como del propio receptor de cuidados, y la sensación de seguridad. Cuántos beneficios por algo tan aparentemente sencillo: estar, incluso pueden cambiar la vida a una persona, «*bueno ella tampoco es que esté imposibilitada sino que (...) no puede estar sola en el piso, no puede estar sola, ni puede salir a la calle sola*» (C11).

Esta cantidad de emociones así como la importancia que las mismas adquieren para las cuidadoras y su influencia en el trabajo que realizan, coinciden con las encontradas en otros estudios. Las circunstancias contextuales como el espacio íntimo y privado donde se desarrolla el trabajo de cuidados; así como la vulnerabilidad de las propias cuidadoras a causa de sus condiciones de vida, tales como situación o no de irregularidad en el país, si cuentan con apoyo familiar o no, y la elaboración del propio duelo migratorio, facilitan que se establezcan aspectos encontrados evidenciados por la dialéctica entre lo económico y la vinculación emocional. Se observan dicotomías como la familiaridad frente a la profesionalidad, o emociones frente a

intereses, además de la sensación de la falta de espacio y tiempo para lo privado, de manera que no les es fácil separar la propia vida del trabajo (Benavente, 2007; De la Cuesta-Benjumea et al., 2012; Martínez, R., 2009; 2010; Quiñoz, 2010; Ramos et al., 2010; Rodríguez et al., 2010).

Las emociones presentadas por las cuidadoras entrevistadas coinciden con las encontradas por Casado-Mejía et al. (2012), en lo que respecta a las repercusiones emocionales del trabajo de cuidados como el agotamiento, la tristeza, o la soledad. Sin embargo, y al contrario que estas autoras, en este estudio sí se han encontrado sentimientos de culpa, los cuales pueden estar relacionados con la vinculación entre el marcado carácter religioso y espiritual de estas cuidadoras y la responsabilidad sentida ante el hecho de que la salud y el bienestar del RC estén en sus manos. Este aspecto sí lo han encontrado Ramos et al. (2010) en su estudio.

En general se coincide con el resto de los estudios en la importancia que las cuidadoras otorgan a las relaciones humanas que se establecen en su trabajo; en el desarrollo de relaciones de amor y cariño, en la importancia que dan a la confianza y al respeto mutuos, y en que les disgusta sentir desconfianza por parte de sus empleadores, así como discriminación por el género (Casado-Mejía et al., 2012; Quiñoz & Albu, 2012; 2013).

Las cuidadoras han experimentado una gran cantidad de sentimientos, no sólo los relacionados con la atención directa al paciente sino con sus propias circunstancias vitales, lo que muestra el alto nivel emocional que tiene lugar en este fenómeno de cuidados, así como la gran relevancia que le conceden a lo interaccional, no sólo con el receptor de los cuidados sino también con los familiares de éste. Todo ello, propio de los cuidados que se desarrollan en contextos de intimidad y cercanía.

- Un buen cuidado

Las características de un buen cuidado surgidas en los discursos han resultado ser muy variopintas. Tales ideas parten de sus propias experiencias, de manera que entienden que un buen cuidado es «*como yo, yo soy buena cuidadora (se ríe). Yo soy muy paciente, tengo mucha paciencia... o sea, comprendo mucho a la persona, ¿sabes?*» (C6).

En general, se pueden agrupar los términos aparecidos para caracterizar un buen cuidado de la siguiente manera:

Tareas relacionadas con el arte de acompañar de modo que el anciano no se sienta solo ni desatendido, como proporcionar una buena conversación, tener capacidad de escucha y permitir que el receptor de cuidados se comunique y, a su vez, comunicarse con él. Tener empatía y comprensión hacia las características y circunstancias de la persona cuidada.

Las tareas relacionadas con la prevención, como la vigilancia, la atención o el estar pendiente de sus necesidades.

En el manejo de la persona enferma aspectos como aliviarle el sufrimiento, encomendarse al Señor y que la utilice a una para sanar al otro y «de no transmitir lo negativo mío, sino que más bien sea la sonrisa, la alegría, que pueda yo transmitir la alegría» (C11).

- En cuanto a las características de una buena cuidadora

Una buena cuidadora es aquella que trabaja de la manera mencionada anteriormente. El perfil de una buena cuidadora descrito por las participantes es el de una persona que ante todo tenga vocación y buena predisposición; que sea respetuosa, cariñosa, paciente y limpia. Además, debe estar preparada psicológicamente y tener fortaleza para sobrellevar un trabajo duro por naturaleza, además de tener disposición a aprender,

yo tengo bien claro que el cuidador de ancianos tiene que tener tres cosas: primero mucho amor para luchar con ellos, segundo un saco de paciencia (...) y tercero un buen estómago. Cuando tú te dedicas a una cosa, tienes que dedicarte en cuerpo y alma y poner amor, sobre todo, cuando hay amor lo demás te sobra (C9).

Debería tener conocimientos y experiencia y buena capacidad. La buena cuidadora respeta y

cuida la dignidad de la persona con la que uno trabaja (...) son personas mayores (...) que tienen sus hábitos y sus costumbres y es muy importante cuidar esa dignidad. Por ejemplo, un hombre que no está acostumbrado a tu presencia... hay cosas que hay que ir las dosificando para que él se sienta cómodo. Digo, me parece a mí ¿no? (C1).

- Un mal cuidado

Por el contrario, el mal cuidado está relacionado con el mal-trato, el trabajar con prisas y no tener paciencia. Esta cuidadora relata su experiencia con una compañera durante su trabajo en una residencia de ancianos,

estábamos bañando un día a G* y comienza: “¡ah! ¡eche pa’cá! ¡¡agárrese aquí!! ¡¡Vea G*, tal cosa, tal cosa!!” y le dije: “Pero B*, ¿por qué [lo trata así]?” y me dice: “¡y usted cálese! ¡Tú no servirías para trabajar en una residencia porque tú tratas a las personas mayores como niños! (C15).

También se relaciona al mal cuidado con la falta de respeto a la dignidad del ser humano en situación de dependencia y con la negligencia en el cuidado por asco o disgusto, «*como una que puse yo aquí, para que hiciera mi mes de vacaciones, y que me dijeron a mí que de lejos le alcanzaba el paño, para que F* se limpiara ella misma en el baño*» (C18).

- Cómo cuidan ellas

En sintonía con lo visto en las líneas precedentes, las participantes en este estudio reconocen no abusar de la confianza dada, ser diligentes tanto en el trato como en la realización de las diferentes tareas de cuidado que el receptor precise. Afirman pasar largas horas de acompañamiento conversando, dando conversación y escuchando las batallitas de la persona mayor. Asimismo, hacen lo posible por ayudar en la muerte, tanto al moribundo como a los familiares que le acompañan en ese trance. Están predispuestas a hacer lo que haga falta y quieren hacer las cosas bien. Le dan importancia a la vigilancia, la protección, la prevención y a ser y a actuar con responsabilidad refiriendo también mostrar cuidado y delicadeza en el aseo, en el baño y en los cuidados más íntimos.

La alimentación, cuando la cuidadora sabe cocinar, se convierte en uno de los cuidados donde se demuestra el cariño hacia la persona, buscando los ingredientes y las preparaciones preferidas del receptor de cuidados como C18 que antes de nuestra entrevista, «*iba a ir a comprarle una gallina, de esas de corral que a ella le gusta para hacerle un caldito, una sopita o algo... porque como ayer estaba decaída*», así como aquellos platos que pueden ser beneficiosos para el receptor de cuidados, de manera que «*hago la comida yo misma, les hago sus comidas de verduras, siempre les pongo pollo, siempre les pongo carne y les trituro todo porque no tienen los dientes. Y a ella sus sopitas de pescado igual, ¿sabe?*» (C13).

Para la cuidadora es importante señalar que no abusa de la confianza dada. En los grupos focales tanto de familiares como de enfermeras aparece este tema. En realidad, se trata de un tema que existe, se han dado casos y por eso se nombra tanto. Pero ni los familiares, ni las enfermeras piensan otra cosa que no sea que *no todas son iguales*. Hay todo tipo de personas y las propias cuidadoras, en las entrevistas, han hecho alusión a dichos casos. Este aspecto se ha encontrado en el estudio realizado por Ruiz (2006).

También esto ocurre al contrario. Receptores de cuidados que acusan sin razón, al menos por completo, de robo en sus casas, como el caso de esta cuidadora, acusada por su receptora de cuidados de haber robado unas joyas que no estaban en su lugar debido a que éstas habían sido depositadas sin permiso por sus hijos en el banco:

me llamó [la receptora de cuidados] y me dijo “porque tú me robaste” (...) yo

ese día me sentí tan mal y lloré. Que yo me quería ir para mi casa, ay no, era horrible. Y llamé a su hija y le dije mira, pasa esto y ella me dijo: “no, no te preocupes que sí es verdad” y yo le dije: “F*, ¿por qué no le dicen a ella las cosas? ¡ella no está mal de la cabeza!” (C3).

Se puede apreciar que los componentes del caring (Leininger, 1988; Ray, 1998), presentes en el cuidado realizado por estas mujeres, están relacionados con diferentes aspectos. Por un lado, con los psicológicos de las emociones y de los sentimientos y en mucho menor grado con los psicológicos cognitivos. Por otro lado, con los concernientes a los aspectos prácticos, estando estos relacionados con la presencia, la protección y la seguridad y en menor medida con lo terapéutico.

Las características asociadas a lo interaccional están presentes en estas cuidadoras, que otorgan importancia a proporcionar confort y contacto físico al receptor de los cuidados. También, y dentro de esta misma dimensión, están muy presentes en los cuidados que estas mujeres realizan el interés por conseguir una buena comunicación con el RC, y el desarrollar habilidades relacionadas como la escucha, la conversación y el consejo. Asimismo, incluyen como parte de dichos cuidados la implicación con el paciente y las acciones dirigidas a apoyarlo, tranquilizarlo y protegerlo. Otra de las características presentes en el cuidado de las mujeres inmigrantes son las relacionadas con la categoría de lo filosófico, así, hemos apreciado aspectos espirituales, religiosos y éticos.

En definitiva, podemos decir que los cuidados genéricos ofrecidos por las cuidadoras inmigrantes a PMD en su domicilio muestran características del caring que difieren de las características propuestas por Leininger (1998) y Ray (1998) en los cuidados enfermeros, confiriendo una mayor importancia a los aspectos relacionados con las dimensiones afectiva, social y, sobre todo, espiritual y ética, sin duda debido a que las condiciones contextuales y formativas en que las cuidadoras llevan a cabo su trabajo son muy diferentes de aquellas en las que lo hacen las enfermeras, como hemos demostrado a lo largo de todo este informe. Estas cuidadoras no pueden separar sus emociones y sentimientos propios de los de su trabajo, debido a que los cuidados intuitivos, naturales, genéricos, llevados a cabo con el ser, no con los conocimientos adquiridos, están basados en la experiencia y la intuición.

5.5. Necesidades formativas de la cuidadora

Se ha explorado las necesidades formativas de las cuidadoras partiendo de sus propios discursos, de manera que se han recogido sus reivindicaciones en este sentido, aunque también se han complementado con las del resto de las participantes en este estudio. A la hora de identificar las necesidades de formación de la cuidadora el panorama que se muestra es complejo, pues las carencias en esta materia son de todo tipo. Necesitan formación en absolutamente todos los ámbitos de la atención a la persona mayor.

Presentamos en la figura que se muestra a continuación las necesidades de formación de las cuidadoras, donde observamos que la mayor necesidad de ésta, según las mismas está relacionada con los cuidados generales a las personas mayores, seguida por las nociones en cuestión de movilizaciones, y por la gestión de las emociones y el manejo del paciente con demencia.

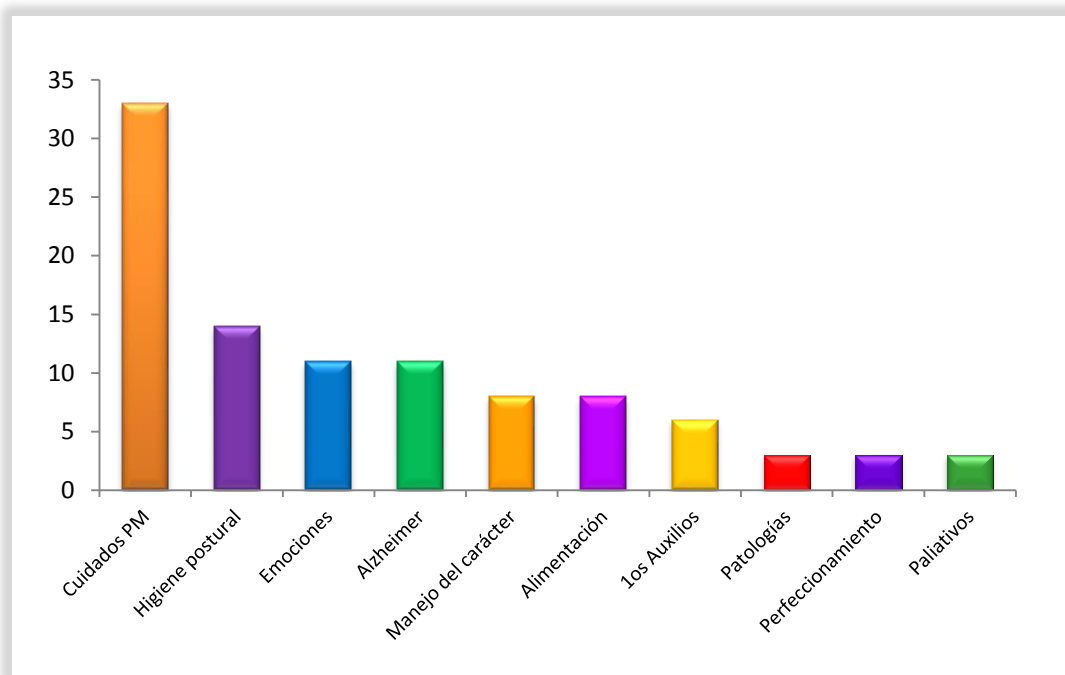


Figura 4.18. Densidad de codificación en la categoría: Necesidades formativas de las cuidadoras

- Cuidados a la persona mayor

De las peticiones de la cuidadora se extrae la gran necesidad que tienen de formación en cuidados geriátricos en general.

Saben de su necesidad de formación, «pues a mí me gustaría aprender sobre todo la alimentación, los medicamentos... sobre todo... todo lo que necesite un enfermo de... un anciano mejor dicho, prepararme para que yo pueda trabajar donde sea...» (C9).

Se solicita formación sobre cómo cuidar «a la persona mayor en sí, porque como son variadas las personas...» (C19). Observamos que esta categoría es la que más densidad ha mostrado lo que demuestra la gran falta de conocimientos a este respecto.

- Higiene postural

El siguiente tema solicitado es el relacionado con la dificultad para el movimiento del paciente, que precisa de la cuidadora nociones de movilizaciones seguras para ambos, de manera que «al movilizar a las personas, que nos enseñen cómo cuidarse uno también en los esfuerzos, las posturas, cómo colocarme para poder manejarle, ¿me entiende?» (C5).

- Habilidades para la gestión emocional derivada de la carga de cuidados diaria

Las participantes han referido necesitar aprender a «cómo manejar la cuestión para que ni uno se absorba del paciente ni el paciente de uno» (C11).

En el caso en que los receptores presenten algún tipo de patología mental se pueden generar situaciones problemáticas como episodios de agresividad, pacientes no colaboradores... que pueden producir consecuencias en el equilibrio emocional y mental de la cuidadora pues «uno metido en una casa veinticuatro horas... los nervios se te ponen así... es que las cuidadoras están mal, casi peor que el enfermo» (C10). Aprender a gestionar estas emociones, así como a manejar tales situaciones es una de las reclamaciones generales. Pues no siempre cuentan con los recursos o apoyos necesarios que les permitan hacerlo de una manera sana y eficaz. Juegan en su contra, sobre todo en el caso de las internas, el aislamiento social al que se ven sometidas, C13 confiesa que «me he visto mañanas, días que he estado muy mal, y muchas cosas pero... ¿qué digo? Implorar a Dios que es lo único que tengo». Su propia empleadora opina que, «es interesante que de ese [ese tema] le den a ella [formación], porque el miedo que tiene hacia él...» (Empleadora de C13).

La reducción de su espacio vital al espacio de trabajo que además comparte con otra u otras personas limita encontrar un espacio propio donde desahogarse o reflexionar, constituyendo éstas unas circunstancias especiales en las que las emociones no se gestionan de la misma forma que si ocurrieran en circunstancias normales.

Cierto es que la formación para la gestión de las emociones por sí misma no va a cambiar esas circunstancias físicas de aislamiento, pero puede ayudar a la cuidadora a vivirlas de una forma diferente. Le puede favorecer algún tipo de ejercicio físico, tai chi, yoga, técnicas de meditación y de relajación. Ejercicios que, practicados regularmente, resultan beneficiosos para el equilibrio mental. Además de la consulta periódica a su enfermera exclusivamente para ella, no para el paciente al que se le dedicaría su propio espacio.

- Alzheimer

El siguiente tema por orden de preferencia solicitado por las cuidadoras es el relacionado con el manejo del paciente con Alzheimer, incluso por cuidadoras que no han cuidado a ningún paciente con esa patología, ya que «yo he cuidado personas que más o menos estaban bien, pero si me tocara una persona con Alzheimer, pues eso ya es diferente, no sabría...» (C17).

- Manejo del carácter

Otro de los temas solicitados es cómo aprender a tratar con la persona mayor donde también intervienen los aspectos culturales de ambos.

- Cuidados relacionados con la alimentación

Una de las grandes batallas que suele librar la cuidadora inmigrante en su trabajo de cuidados tiene lugar en la cocina. Laboratorio artesanal donde se mezclan perfectamente salud, gustos, costumbres, economía, psicología... y que tan mediado está por los aspectos culturales de cada persona o grupo de personas, para proporcionar placer, nutrición, bienestar, relaciones... La cuidadora intenta adaptarse a las costumbres de su receptor de cuidados, se dice que el amor entra por el estómago, ¿entrará también la aceptación de la cuidadora? Pero el reto es importante y necesitará apoyos. Para que pueda realizar una cocina adecuada necesitará conocer los aspectos básicos de la nutrición para la patología que padezca su paciente y, además, familiarizarse con los gustos, costumbres de la zona y de su paciente en particular. Esta cuidadora comenta:

no he hecho [cursos] me gustaría sí, sobre las dietas, sobre la alimentación sí... para mí que las dietas son lo más difícil, porque estos viejos cuando tú les das la comida: "¡ay, que sin sal! ¡ay que sin sal...!" pero no se le puede echar sal (...) entonces hay que conocer muchos trucos de echarle las hierbitas... y esas cosas... (C18).

- Fisiopatología

Los cursos sobre las diferentes patologías que los receptores de cuidados padecen también le pueden resultar esclarecedores y de ayuda, pues la formarán en el manejo de esas patologías, mejorando su trato con el paciente enfermo y su miedo a no saber manejar ciertas situaciones disminuirá.

Para realizar unos cuidados adecuados la cuidadora necesitará manejar, al menos a un nivel básico, los fundamentos fisiopatológicos de la enfermedad que padezca el receptor de cuidados.

Recibir formación sobre los factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión, la diabetes o las dislipemias, entre otros, proporcionará a la cuidadora una información valiosa a la hora de elaborar comidas saludables y realizar sencillos controles de tensión arterial y glucemia.

Los pacientes en situación terminal de su enfermedad son fuente de inseguridad y temores. Unas nociones sobre cuestiones como los cuidados al moribundo, manejo emocional, o sobre «el testamento vital, ese... sí porque mucha gente... y ni sabe tan siquiera y es que muchas veces, ni me atrevo a preguntarle al hijo dónde lo hizo» (C10) ayudarán a la cuidadora a normalizar el proceso y a vivirlo de modo más sano y enriquecedor.

- Primeros auxilios

Reconocen necesitar una formación básica en primeros auxilios, para poder responder con calma a los imprevistos.

En relación a la formación específica que las cuidadoras de este estudio presentan, se coincide con el resto de la bibliografía en que su falta genera conflictos y su necesidad es imperiosa. También en los aspectos beneficiosos de la misma, tanto para el receptor de cuidados como para la propia cuidadora. En cuanto a los contenidos de la misma, los autores reflejan varios de los solicitados por nuestras entrevistadas, como los relacionados con aspectos físicos y emocionales del cuidado, así como los relacionados los aspectos sociales (Berjano et al., 2005a; Gallart, 2007; Gutiérrez & Nieto, 2007; Martínez, R., 2012; Pereda et al., 2005; Ruiz, 2006).

Sin embargo, toda la formación anterior no sería muy eficaz si no fuera acompañada por formación en la cultura y las costumbres del lugar. Técnicas formativas donde se den a conocer los aspectos básicos de la cultura correspondiente para el trabajo de la cuidadora al tiempo que ella comparte las suyas propia al respecto, de manera que se entiendan las diferencias entre ambas y se le facilite la adaptación.

Cierto es que existen algunos aspectos del trabajo de cuidados que no se pueden enseñar en una formación reglada, como la vocación de ayudar al prójimo o el cariño por el otro, siendo necesarios para que lo aprendido en las diferentes experiencias formativas a las que acuda puedan ser puestas en práctica de manera provechosa. No obstante, aunque la cuidadora dé muestras de esa vocación, cariño, diligencia, etc., las experiencias formativas le seguirán siendo de mucha utilidad.

6. CUIDADOS GENÉRICOS Y CUIDADORA EXTRANJERA. LA VISIÓN ENFERMERA

Además de las entrevistas en profundidad realizadas a cuidadoras, y las entrevistas grupales hechas a cuidadoras y familiares, también se han llevado a cabo dos entrevistas grupales a enfermeras. Una de ellas ha sido un grupo focal. Como expusimos en el capítulo «Diseño de la Investigación», esta técnica fue analizada de manera independiente del resto, para luego ser incluida en el análisis general, igual que se hizo con la información generada en la entrevista grupal de enfermeras. De esta manera, hemos considerado interesante exponer aquí cuáles han sido los resultados producidos tras dicho análisis.

Hemos podido observar que los datos obtenidos giraron alrededor de dos grandes grupos de percepciones relacionadas, por un lado, con los aspectos de sus condiciones laborales y, por otro, con las experiencias directas en su trabajo diario con estas cuidadoras.

En los aspectos contextuales las percepciones enfermeras coinciden con las ofrecidas por el resto de los participantes en este estudio.

En relación a los aspectos relacionados con su contacto directo con cuidadoras, las enfermeras han puesto de manifiesto que:

La enfermera asume su responsabilidad del cuidado a la persona mayor dependiente y a su entorno. De esta manera, la enfermera también asume la responsabilidad de la cuidadora del anciano.

El objetivo final de enfermería es poder delegar parte de los cuidados del anciano dependiente en su cuidadora. Si las cuidadoras conocen su trabajo y «se dan cuenta de lo que tienen que hacer (...) la señora está bien limpiada, las úlceras bien y además (...) no fallaba en los cambios» (GFE1) entonces este enfermero relata que, con alguna de estas cuidadoras «no tuve que involucrarme en explicarle cada paso de cada cuidado» (GFE1).

En el caso de que la cuidadora sea inexperta o desconozca el trabajo de cuidados, se comienza, por la observación, como esta enfermera que, «cuando voy a un domicilio (...) tú ya lo ves, con una sola mirada...enseguida sabes... sí, porque cuando tú vas a un domicilio un poco lo valoras todo» (GFE6).

Trabajan conjuntamente con la cuidadora a fin de que el paciente se vea beneficiado, de manera que «siempre que ella no sabe, tienes que pegarte con ella un pedazo de trabajo» (GFE6) y «de formación (...) explicarles lo básico y luego, cuando ya haces el seguimiento, revisas y corriges...» (GFE2).

Por lo general, enfermería encuentra en las cuidadoras un aliado en su trabajo de atención al anciano dependiente, comprueba que «a veces ves tú que se preocupa más la cuidadora que la propia familia» (GFE6).

Aun así, es posible que la cuidadora no demuestre aprender de la enfermera y a veces, «te cansas de ir, de asesorar... y mira, cambios posturales, esto, aquello... y luego otra vez... y siempre lo mismo, ¿sabes? que hay veces...» (GFE6).

Además, enfermería realiza una labor de mediadora entre la cuidadora y la familia del RC, como esta enfermera al detectar un mal cuidado «se comentó con los hijos y los hijos también te comentan a ti, claro porque formas parte también del cuidado del abuelo» (GFE5).

Un signo de mal cuidado es el trato brusco hacia el paciente, así como el descuido de la atención, el abandono del lugar de trabajo sin previo aviso.

Cuando la enfermera sabe y ha comprobado la calidad y corrección de los cuidados que estas mujeres llevan a cabo, opina que «tener un cuidador de tiempo, para nosotros es una tranquilidad» (GFE4) y delega cuidados en la cuidadora.

Las enfermeras también coinciden con el resto de los participantes en considerar muy importante el tipo de relaciones establecidas entre las cuidadoras y los RC y entre éstas y los familiares para que la situación de cuidados se mantenga en el tiempo. En consecuencia, el periodo de adaptación también es considerado por estas profesionales como crucial para todos los participantes. Este periodo de adaptación no sólo dependerá de la personalidad y carácter de cada uno, sino que tiene también una dimensión cultural muy importante, «porque hay que acostumbrarse a las comidas, porque eso es importantísimo, porque el potaje, el gofio, lo que se hace típico de aquí pues la otra no sabe hacerlo» (GFE2).

La cuidadora acaba sustituyendo verdaderamente al familiar, la enfermera trata con la cuidadora aspectos relacionados con la responsabilidad de la salud del RC, este enfermero explica que

nosotros en urgencias (...) muchas veces a la hora de hacer la valoración sacamos al familiar porque no se entera y llamamos al cuidador. Y muchas veces el cuidador, es eso, una persona inmigrante que vive las veinticuatro horas, maneja la situación, se conoce todos los hábitos alimenticios... (EGE4)

incluso, «mejor que los familiares» (EGE2).

Por su parte, las cuidadoras han comentado que las experiencias que han tenido con enfermeras son, al igual que las que han tenido las enfermeras con cuidadoras, tanto positivas como negativas. Han hablado de enfermeras que visitan asiduamente, como esta cuidadora que

reconoce que de las enfermeras «no tengo queja, porque como ella ya está mayor, ellas vienen a visitarla y son un amor» (C7) y en el otro lado visitas enfermeras tan escasas que a esta cuidadora «me hubiera gustado que estuvieran más por allí, para... yo qué sé, el control de ellos mismos» (C19).

Las cuidadoras han expresado que el profesional de enfermería no acepta que realicen tareas enfermeras sin conocerlas. Al curar la herida a su RC el enfermero de turno le dijo a esta cuidadora que «pero usted no tenía por qué haber metido mano ahí» (C5). No obstante, cuando la enfermera ha comprobado que la cuidadora realiza cuidados correctos y tiene experiencia para hacerlos «tú estabas en confianza de que ese paciente iba a estar cuidado y que lo que tú le ibas a explicar qué tenían que hacerle tú sabías que lo iban a hacer con creces, lo iban a multiplicar por diez» (GFE4) de esta manera la cuidadora se ofrece sin problemas «y yo le digo, mira, si ve que no puede, usted déjeme todos los instrumentos allí, deme todo el material que yo necesito para curarlo y yo lo curo todos los días» (C5).

Conseguir llegar a esta situación lleva tiempo y esfuerzo, por ello, tanto las cuidadoras como las enfermeras de este estudio han otorgado una gran importancia a «que haya una buena comunicación» (EA6). Así, para las enfermeras «es muy importante, cuando tú ya conoces al cuidador, te da esa confianza de saber: cualquier cosa, me llama, te da tranquilidad» (GFE4), mientras que para las cuidadoras la comunicación está relacionada con el aprendizaje, como se observa en el discurso de esta cuidadora que «me hubiera gustado que me explicasen bien, pero bien, lo que se dice bien, cómo había que darle las medicinas» (C17).

Para las cuidadoras participantes, la enfermera es una profesional en la que apoyarse y de la que aprender, al considerar que puede «ayudarnos a capacitarnos más» (EA7), mientras que las enfermeras han reconocido que «sí, lo saben todo mejor que la propia familia y es que claro, las cuidadoras nosotros las usamos como un recurso fundamental» (EGE2).

A la cuidadora le gustaría que la enfermera «me cuidara muy bien y a la persona a la cual yo estuviese cuidando (EA8) ya que «los cuidadores también necesitan ser cuidados y sí podrían ofrecerles un poquito de ayuda... porque yo... llegué a tener un ataque de ansiedad tremendo, un ataque de pánico» (C8).

Los discursos generados por las enfermeras han puesto de manifiesto la estrecha relación que enfermería establece con la cuidadora de ancianos en su domicilio.

Las enfermeras participantes han mostrado conocimiento no solo de acerca de los cuidados desarrollados por estas mujeres, sino también sobre sus condiciones laborales y su realidad.

Al formar parte del entorno de cuidados de la persona mayor dependiente la enfermera asume la responsabilidad de la cuidadora.

El objetivo final de enfermería es conseguir que la cuidadora realice unos cuidados adecuados, eficaces y seguros tanto para ella como para su receptor de cuidados. Para ello es necesario establecer una relación de confianza donde la comunicación entre ambas sea fluida, clara y eficaz.

La enfermera dedicará tiempo al establecimiento de esa relación de confianza, así como a la instrucción y formación de la cuidadora en todo lo que ésta precise para que consiga cuidar adecuadamente de la persona que tiene a su cargo.

Enfermería ha mostrado su papel de liderazgo en este fenómeno de cuidados desde la realización de diversas funciones. Por un lado, ha actuado como eje vertebrador de todas las partes que intervienen en el entorno de cuidados del anciano, actuando como mediador entre ellas. Por otro lado, enfermería dirige y contribuye a la organización y realización de los cuidados que la persona mayor dependiente necesita. Finalmente, podemos apreciar cómo la enfermera puede y debe liderar la formación específica de estas personas.

No se ha encontrado ninguna experiencia parecida en la literatura consultada.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

1. CONCLUSIONES

Las cuidadoras de este estudio realizan cuidados orientados a preservar la vida, a atender a las personas durante la enfermedad y/o la muerte, y al entorno.

Las percepciones manifestadas por las participantes en el estudio están relacionadas con su manera de entender el cuidado, la salud y la enfermedad

La tensión entre las tareas que han de realizar y el modo en que las llevan a cabo viene determinada por la interacción entre las percepciones culturales como valores, creencias y significados acerca del cuidado y las apreciaciones sobre aspectos contextuales que las cuidadoras de este estudio han mostrado.

Mientras que la salud y la enfermedad son entendidas por estas cuidadoras en clave de funcionamiento y bienestar emocional, conciben el cuidado como un estar y hacer por el otro a través de sí mismas, de sus creencias, sus emociones, su sabiduría y su cuerpo. Consideran este trabajo duro y difícil para el cual es necesario sentir vocación.

En su forma de cuidar se descubre la presencia como característica fundamental de su trabajo de cuidados. Estar con el anciano no es solamente permanecer a su lado, sino compartir con él, de manera que a la presencia ellas incorporan, además, las habilidades que forman parte del arte de acompañar y de la comunicación como la escucha y la conversación.

Entre sus concepciones sobre el cuidado se ha encontrado la protección, la prevención y la vigilancia, como una forma de adelantarse a las necesidades y posibles complicaciones del receptor de los cuidados. También el amor, la paciencia, el respeto por la dignidad humana y la higiene.

Los factores que influyen en el modo en que las entrevistadas cuidan del anciano dependiente son tanto de tipo cultural como contextual.

En la manifestación de este modo de entender el cuidado, las cuidadoras han mostrado un sistema de creencias basado en diferentes valores. Entre ellos, se encuentra el valor de la solidaridad entre generaciones dentro de la familia, entendiendo que a los mayores se les respeta y se les cuida, valores que si bien coinciden con los de las generaciones de más edad de la sociedad de destino no lo hacen con los de las más jóvenes.

Otro valor influyente consiste en su concepción del cuidado ligado al género, considerando cualidades femeninas como la paciencia, el cariño, o la docilidad como las más idóneas para realizar esta labor. Siendo mujeres, perciben como «propias» las tareas domésticas y del cuidado de la persona mayor dependiente y entienden que es la mujer quien cuida, lo que les confiere naturalidad y facilidad para realizar su trabajo de cuidados. Este aspecto coincide con los valores de la sociedad de destino y está en la base de la creencia de que no es necesaria la formación para llevarlos a cabo.

Aunque a priori tanto la cuidadora como los empleadores coinciden en que la formación no es necesaria para este trabajo por ser considerado por todos ellos como algo natural e intuitivo, pronto estas percepciones cambian, descubriendo que la formación específica es necesaria para que los cuidados sean seguros, eficaces y adecuados.

Algunas de las cuidadoras de este estudio establecen una relación entre el hecho de haber sufrido malos tratos o separación de los padres, siendo niñas con el deseo de cuidar, de demostrar cariño y de sentirse necesarias de adultas. Así, consideran que la relación de ayuda les hace sentirse útiles y satisfechas.

En el ámbito de lo espiritual, la mayoría de las cuidadoras se han reconocido creyentes, aspecto considerado por muchas de gran importancia en sus vidas. Se encomiendan a Dios en las dificultades y piensan que es necesario llevar una vida recta y tener un corazón limpio para brindar cariño, amor y cuidados a otra persona. Han expresado que sus creencias religiosas les ayudan a afrontar las diferentes situaciones humanas que se encuentran en su trabajo de cuidados.

En referencia a los factores tecnológicos, las participantes no manifiestan que tales aspectos contribuyan de manera significativa en su trabajo de cuidados, mostrando algunas, incluso, un rechazo rotundo ante sistemas como los de movilización pasiva. Otras lo consideran positivo, pero sin mostrar gran interés.

Tampoco expresan que los factores económicos influyan en el modo en que realizan los cuidados. Si bien casi todas se sienten mal pagadas, refiriéndose a este aspecto como un posible determinante para continuar o no en ese trabajo, entienden que el mismo no debe condicionar el modo en que cuidan de la persona que tienen a su cargo.

Los factores políticos que las cuidadoras han considerado que influyen en su trabajo son los relacionados con los recursos sociosanitarios contemplados en la ley de dependencia. El Servicio de Ayuda a Domicilio es el recurso más valorado por las cuidadoras, ya que se encarga de realizar el mismo tipo de tareas que ellas, contribuyendo a descargarlas del mismo, algo que

también les ocurre en las pocas ocasiones que los receptores de cuidados acuden regularmente a centros de día.

Sin embargo, para entender cómo realizan los cuidados no solamente se tuvo en cuenta sus percepciones, creencias y valores, sino también las relacionadas con los factores contextuales. Las características de intimidad y privacidad, incluso soledad, en que se desarrolla su trabajo confieren invisibilidad a su labor y vulnerabilidad laboral a la cuidadora.

Estas cuidadoras han manifestado que la situación de dependencia en la que se encuentra el receptor de los cuidados, así como su personalidad y patología influyen de manera determinante en el modo de afrontar su trabajo.

En el desarrollo de su trabajo diario las cuidadoras de este estudio se han enfrentado a gran cantidad de dificultades, algo que les ha llevado a desarrollar diversas estrategias de adaptación.

Las diferencias culturales han sido para las participantes origen de choque cultural entre la trabajadora y el receptor de cuidados, o entre la trabajadora y empleadores y/o familiares.

De la interacción de estas dos grandes áreas, la contextual y la cultural, surgen los retos a los que la cuidadora ha de enfrentarse, señalando a los familiares de los receptores de cuidados como una de las principales fuentes de dificultades para ellas, pues consideran que estos no suelen estar de acuerdo con ellas y que el entendimiento entre ambas partes es difícil. Seguido de esto señalan en importancia, por la influencia en su sentir, las dificultades en el manejo del paciente por su carácter o por su patología.

En esta misma línea, entienden que las características de invisibilidad, privacidad e intimidad con las que realizan su trabajo pueden ser fuente de aspectos positivos como la cercanía de las relaciones, pero también de dificultades como la explotación, los abusos, el trato inadecuado, o las injusticias.

Las cuidadoras han expresado experimentar dificultades por las diferencias culturales en cuanto a la alimentación. Aspectos culinarios como ingredientes, modos de preparación o sabores, entre otros, de la cultura de llegada han supuesto uno de los grandes retos con los que han reconocido enfrentarse y que difícilmente han podido superar.

Se han encontrado percepciones de dificultades en su trabajo originadas por aspectos de comunicación debido a las diferencias en los códigos culturales más que a la diferencia idiomática.

La falta de formación específica para la realización de este tipo de cuidado se ha configurado, asimismo, como una gran fuente de dificultades para la cuidadora.

Entre los conflictos percibidos, los más frecuentes han sido los relacionados con abusos en las condiciones laborales; los provenientes de las relaciones como la desvalorización del trabajo de la cuidadora, engaños por parte de los empleadores, el prejuicio de que ser mujer equivale al deseo de «robar» al marido y, finalmente, las acusaciones infundadas de robos.

Los familiares han referido también conflictos originados por las propias cuidadoras como robos reales, abusos de confianza (gran gasto telefónico, fisgonear en lo privado), e intentos de involucrar al receptor del cuidado y/o familiar en asuntos propios con la intención de que colaboren económicamente.

Si la cuidadora desea mantener su trabajo de forma satisfactoria ha de superar los retos que el mismo le plantea mediante el desarrollo de diferentes estrategias que darán lugar a ciertos patrones de adaptación.

La primera estrategia que han reconocido desarrollar consiste en aprender el idioma y los códigos de comunicación de la sociedad receptora de manera que lo entiendan y se hagan entender por las personas que cuidan.

El siguiente paso ha sido intentar aprender a cocinar según las costumbres culinarias y gustos particulares de sus receptores de cuidados. Para ello, les preguntan a los mismos o a sus familiares de los cuales reciben información y adiestramiento; llegando estos a cocinar incluso cuando las cuidadoras no han conseguido aprender a hacerlo.

También han aceptado y respetado las ideas religiosas de su receptor de cuidados y de los familiares.

Han expresado que han debido hacerse a la idea, mentalizarse, prepararse psicológicamente, tener fortaleza y fuerza de voluntad ante las condiciones de trabajo y situaciones que tienen que afrontar, tales como el encerramiento, cuidados íntimos, etc. En esa misma línea, reconocen que han tenido que afrontar la responsabilidad, en algunas ocasiones excesiva, que se ha delegado en ellas y asumirla.

Las cuidadoras, asimismo, han desarrollado habilidades para manejar el carácter del receptor de cuidados, para saber llevarlo y saber tratarle.

Más allá de la mera adaptación para vivir en una sociedad mayor y con estilos nacionales dominantes, lo que en términos de la TDUCC se denomina socialización, podemos decir que las cuidadoras participantes han desarrollado un proceso de asimilación mediante el cual han asumido intencionalmente ciertas características de las costumbres de cuidado de la sociedad receptora, el cual ha derivado en un proceso de aculturación, caracterizado por la asunción de parte de los valores y modos de vida de la cultura de sus receptores de cuidados; hecho que no

impide que continúen practicando los propios ni interfiere en su comportamiento en la nueva cultura.

El papel de la enfermera en este fenómeno de cuidados se perfila como necesario y beneficioso para todos los implicados en el mismo.

La información ofrecida por las enfermeras acerca de sus percepciones sobre la cuidadora de ancianos dependientes y sus cuidados, su tratamiento y análisis permite apreciar que la enfermera asume la responsabilidad del cuidado a la persona mayor dependiente y también a su entorno de cuidados. De esta manera, si en dicho entorno se encuentra una cuidadora también ella será responsable de enfermería.

La enfermera pretende llegar a delegar en la cuidadora parte de los cuidados de la persona mayor dependiente y para ello la forma, instruye y trabaja con ella. El modo de llevarlo a cabo está relacionado con tareas como la comunicación, la valoración, observación, anamnesis, consejo, adiestramiento, supervisión o formación, entre otras.

Enfermería es testigo de la situación de estas cuidadoras y la imagen que tiene de ellas corresponde con la ofrecida por el resto de los participantes en este estudio.

La enfermera delega en la cuidadora una vez que está segura de su capacidad, si ésta le transmite tranquilidad y confianza a través de su comportamiento, actitud y saber hacer. La comunicación es considerada un eje principal en el entendimiento entre enfermera y cuidadora.

OTROS HALLAZGOS DE ESTA INVESTIGACIÓN

1. Las alianzas

Un hallazgo de esta investigación es el descubrimiento de las alianzas que las cuidadoras han mostrado desarrollar para mantenerse en su trabajo de cuidados. Para poder establecer estas alianzas se han de conjugar diferentes aspectos. Por un lado, la situación de necesidad de la cuidadora unida a algún aspecto de vulnerabilidad, tal como el desconocimiento o inexperiencia para el trabajo o necesidad económica o de regularización jurídica en el país de llegada. Ahora, la cuidadora está en disposición de precisar una alianza.

Por otro lado, es necesario que el actor con el que va a establecer dicha alianza también esté en una situación tal que le predisponga a ello. En el caso del receptor de cuidados puede ser la necesidad de asistencia, aunque adquiere un papel importante la soledad. En el caso de que la alianza se establezca con el familiar del receptor de cuidados, la predisposición de éste radicará en la necesidad de encontrar solución a la atención al anciano dependiente y a la

necesidad de sentir tranquilidad en este sentido.

Las alianzas se establecen cuando existe la posibilidad de que la cuidadora pierda el empleo y ésta no desee que esto suceda. Si la fuente de desacuerdo es el receptor de cuidados, la cuidadora establecerá su alianza con el familiar de éste, de manera que puedan establecer un frente común desde el cual intentar convencer al anciano para que la cuidadora permanezca en el empleo.

En el caso en que la fuente de desacuerdo esté en la familia, la cuidadora establecerá la alianza con el receptor de cuidados, de manera que ahora el frente común tiene por objeto mostrar a los familiares motivos por los cuales la cuidadora es adecuada y aceptada por el receptor de cuidados.

2. La adquisición de la competencia cultural

Se ha encontrado que las habilidades que las cuidadoras han expresado como desarrolladas por ellas, con la intención de realizar unos cuidados genéricos adecuados y coherentes, están en consonancia con los elementos conformadores de la competencia cultural. De esta manera, han mostrado tener conciencia cultural, pues han desarrollado la visión de la persona mayor y de la cultura de llegada. Afrontan sus propias visiones estereotipadas fruto de sus creencias culturales y hacen lo posible por salvar estas diferencias.

Otro componente de la competencia cultural es el conocimiento cultural. La cuidadora ha mostrado comprensión y conocimiento del universo cultural de los ancianos, de sus valores, concepciones o lenguaje, entre otros. Aspecto, por otro lado imprescindible para mantenerse trabajando y conviviendo con el anciano.

La habilidad cultural es demostrada en el desarrollo de nuevas formas de cocinar, de comunicarse, de aprender los usos y costumbres de su receptor de cuidados para que los cuidados sean lo más adecuados y coherentes con la cultura del receptor.

Los encuentros culturales los viven las cuidadoras en sus interacciones en el proceso de cuidados.

El deseo cultural lo han demostrado mediante su predisposición, su voluntad, gusto por trabajar y aprender, su vocación.

En resumen, las cuidadoras han mostrado tener conciencia de las diferencias culturales existentes entre ellas y sus receptores de cuidados y han intentado, y en muchos casos conseguido, desarrollar habilidades culturales como la alimentación y la comunicación; mantienen interrelaciones y encuentros culturales, así como predisposición y motivación para aprender del receptor de cuidados y de sus familiares sobre ellos mismos y sobre la cultura. Por

todo ello, se puede decir que estas cuidadoras han cumplido los criterios para alcanzar la competencia cultural.

3. Cuidados genéricos transculturales

Los discursos, no sólo de las cuidadoras, sino también de los familiares y de las enfermeras, confirman el hecho de que estas mujeres desarrollan cuidados, que estos son genéricos desde el punto de vista de la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales y que, además, cumplen los criterios de transculturalidad propuestos en la teoría de la Enfermería Transcultural.

2. LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS DEL ESTUDIO

Consideramos que al dar por finalizada esta tesis doctoral es necesario hacer públicos una serie de factores limitantes encontrados durante el desarrollo de la misma, tanto desde el punto de vista de las capacidades de la investigadora como desde el trabajo realizado, propiamente dicho. A continuación, describimos cada uno de ellos de forma condensada:

- Las características de privacidad e intimidad del entorno donde tiene lugar el fenómeno objeto de este estudio han dificultado el acceso tanto a los diferentes contextos como a los participantes.
- Las características de irregularidad jurídica en el país, así como la falta de regulación laboral de este trabajo, confieren al tema de estudio un gran desconocimiento por parte de la población. Ello ha dificultado el acceso a las participantes y a los datos reales acerca de estas mujeres.
- La escasa investigación sobre el tema de estudio dificultó una mejor contextualización de los análisis e interpretaciones realizadas de la información obtenida en nuestro trabajo.
- Al no existir experiencias previas en la utilización de la metodología propuesta por la Enfermería Transcultural fue preciso realizar adaptaciones del Modelo del Sol Naciente que no existían previamente, respetando los principios de la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales.
- En determinados momentos del análisis, la identificación de categorías excesivamente pequeñas ocasionó la existencia de categorías con muy pocas referencias de codificación, lo que dificultó el proceso de comparación de los casos y las codificaciones posteriores.

- Debilidades de la puesta en práctica del grupo focal

Una debilidad fue la difícil disponibilidad de los participantes en una época en que las condiciones económicas del país han repercutido negativamente en las condiciones laborales de enfermería. Se intentó desarrollarlo con enfermeras de Lanzarote, dado que las cuidadoras habían realizado su trabajo con personas mayores dependientes de esta isla. Sin embargo, por las razones de disponibilidad horaria y la dificultad para cuadrar las agendas de estas profesionales, se decidió desarrollar el mismo en Fuerteventura, lugar donde desarrollo mi labor docente, lo que me permitió el contacto personal con los profesionales participantes y poder realizar el grupo finalmente.

Ambas islas tienen características geográficas y humanas muy similares en relación a la inmigración y al envejecimiento poblacional, como se explicó en el capítulo 2 de esta tesis, por lo que se consideró la realización del mismo en la isla vecina de Fuerteventura.

Otra debilidad fue la dificultad para conseguir encontrar un ayudante formado a tiempo para la realización de este grupo. En ausencia de un observador que pudiera aportar información relevante para el análisis, se intentó superar esta debilidad mediante la grabación de la conversación con videocámara, de manera que el análisis del ayudante fue realizado mediante la observación y análisis de la información ofrecida por la grabación de la escena.

En cuanto a las perspectivas de futuro, pensamos que, dada la escasez de estudios de este tipo, esta tesis doctoral puede contribuir a abrir la puerta a investigaciones posteriores.

- Pensamos que puede ser un buen punto de partida para que la enfermería considere su papel relevante en todas aquellas situaciones de cuidados que son llevadas a cabo en la población general.
- También consideramos que, en el caso concreto de las cuidadoras inmigrantes, enfermería puede asumir, no solo la atención a la cuidadora como parte integrante del entorno de cuidados al anciano, sino también realizar un papel de liderazgo en la formación y entrenamiento de estas personas para mejorar su calidad de vida y la de las personas que reciban sus cuidados.
- Los cuidados culturales se deberían conformar como un área de estudio relevante para la enfermería del siglo XXI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, A., & Pujol, R. (2015). Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red*, (10). Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>
- Abellán, A., Vilches, J., & Pujol, R. (2013). Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red*, (6). Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>
- Abellán-García A, Esparza, C., & Díaz-Pérez, J. (2011). Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. *Cuadernos de Relaciones laborales*, 29(1), 43-67.
- Achotegui, J. (2012). La crisis como factor agravante del síndrome de Ulises (Síndrome del duelo migratorio extremo). *Temas de psicoanálisis*, (3). Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/la-crisis-como-factor-agravante-del-sindrome-de-ulises-sindrome-del-duelo-migratorio-extremo1/>
- Agrela, B., Martín, MT., & Langa, D. (2010). Modelos de provisión de cuidados: género, familias y migraciones. Nuevos retos y configuraciones para las políticas públicas. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (7), 9-17.
- Aguilar, M.J. (2010). Las «otras» cuidadoras: Mujeres inmigrantes en el servicio doméstico y trasvases generizados en el ámbito territorial del bienestar. *Alternativas Cuadernos de Trabajo Social*, (17), 201-220.
- Alaminos, A., Francés, F., & Santacreu, O. (Eds.). (2005). *Reflexiones teóricas y modelos empíricos sobre identidad, diversidad y participación social*. Alicante: Obets. Recuperado de <http://www.obets.ua.es/obets/libros/LibroReflexiones.pdf>
- Alegre, A. (2011). Cuidar en una cultura diferente: vivencias de cuidadoras de origen latinoamericano en el País Vasco. *Index de Enfermería [edición digital]*. 20(1-2). Recuperado de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v20n1-2/7305.php>
- Alligood, M.R., & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. (7ª Ed.). Madrid: Elsevier.
- Alvarado, A.M., & Salazar, A.M. (2014, Junio). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.

- Amezcuca, M. (2000). Antropología de los cuidados. Enfermedad y padecimiento: Significados del enfermar para la práctica de los cuidados. *Cultura y cuidados*, (7,8), 60-67. Recuperado de <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/83>
- Amezcuca, M. (2003). La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 13(2), 112-117.
- Amezcuca, M., & Carricondo, A. (2000). Investigación cualitativa en España. Análisis de la Producción Bibliográfica en Salud. *Index de enfermería*, 28(29), 26-34. Recuperado de <http://www.index-f.com/cuali/CUALIESP.php>
- Amezcuca, M., & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en la investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 423-436.
- Arcila, A., Echeverri, M.M., & Gallego, M. (2005) Proyecto de precualificación para mujeres migrantes en el área de la salud. Informe de investigación: España. *Revista Gloobal hoy*, 5. Recuperado de <http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/hoy/index.php?id=975&canal=Informes&secciontxt=0&ghoy=0005>
- Arias, M.M., & Giraldo, C.V. (2011). El rigor científico en la investigación cualitativa. *Invest. Educ. Enferm*, 29(3), 500-514.
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales. (2015). *Evolución 2011-2015 de los datos básicos de gestión de la atención a la dependencia y costes de financiación del sistema por comunidades autónomas*. Recuperado de <http://www.directoressociales.com/documentos/dictámenes-observatorio.html>
- Ballester, L. (2008, Junio). La participación de inmigrantes en el cuidado a los mayores. En *Salud Cardiovascular y Envejecimiento Activo*. 50º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y 29º Congreso de la Sociedad Andaluza de Geriátrica y Gerontología. Granada.
- Bazeley, P. (2009). Analysing Qualitative Data: More Than Identifying Themes. *Malaysian Journal of Qualitative Research*, 2(2), 6-22. Recuperado de http://www.researchsupport.com.au/Bazeley_MJQR_2009.pdf
- Bazo, M.T. (1998). Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. *Papers*, 56, 143-161.
- Bazo, M.T. (2012). Relaciones familiares y solidaridad intergeneracional en las nuevas sociedades envejecidas. *Panorama Social*, (15), 127-141.
- De Beauvoir, S. (2011). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.

- Benavente, J. (2007). *Inmigración y atención a la dependencia*. CEDE. En <http://www.alares.es/index.php/content/download/957/5763/file/28%2009%2007%20Inmigración%20Atención%20a%20la%20Dependencia%20-%20CEDE.pdf>.
- Benlloch, C., & Sarrión, J. (2010). El impacto de la ley de dependencia en los cuidados a la tercera edad en el ámbito rural: el caso de Enguera. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 103-120. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/14299>
- Berjano, E., Simó, C., & Ariño, A. (2005a). Condicionantes de la aparición del fenómeno social inmigrantes que cuidan a mayores. En Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Ed.) *Cuidado a la dependencia e inmigración* (pp. 21-121). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Berjano, E., Simó, C., & Ariño, A. (2005b). El cuidado de personas mayores dependientes realizado por ciudadanos inmigrantes en la comunidad valenciana. En Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Ed.) *Cuidado a la dependencia e inmigración* (pp. 128-231). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Berman, A.J., & Snyder, S. (Eds.). (2013). *Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica*. Kozier y Erb. (9ª ed.). Madrid: Pearson.
- Bertoldi, S., Fiorito, M.E., & Álvarez, M. (2006). Grupo focal y desarrollo local: aportes para una articulación teórico-metodológica. *Revista Ciencia, Docencia y Tecnología*, XVII(033), 111-131.
- Bishop, A., & Scudder, J. (2001). *Nursing ethics: holistic caring practice*. Nueva York: National league for Nursing Press.
- Bloom, D.E., & Canning, D. (2006, Septiembre). Subidas, caídas y ecos. La explosión demográfica más grande de la historia afecta al desarrollo mundial. *Finanzas y Desarrollo*, 8-13. Recuperado de <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2006/09/pdf/Bloom.pdf>
- Boletín Oficial del Estado. (1985). Real Decreto 1424/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del Servicio del Hogar Familiar. Jefatura Oficial del Estado, número 193, pp. 25617-18.
- Boletín Oficial del Estado. (2006) *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Jefatura General del Estado. Número 299, pp. 44142-56.

- Boletín Oficial del Estado. (2011). Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar. Ministerio de Trabajo en Inmigración. Número 277, pp. 119046-57.
- Boletín Oficial del Estado. (2012a). *Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad*. Madrid. Jefatura General del Estado. Número 168, pp. 50428-518
- Boletín Oficial del Estado. (2012b). *Real Decreto-ley 29/2012 de 28 de diciembre de mejora de gestión y protección social en el Sistema Especial para Empleados de Hogar y otras medidas de carácter económico y social*. Madrid. Jefatura Oficial del Estado. Número 314, pp. 89536-57
- Cachón, L. (1995). El marco institucional de la discriminación y tipos de inmigrantes en el mercado de trabajo en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 69, 105-124.
- Calero, M.D. (2009). Psicología de la vejez: el funcionamiento cognitivo. En: Fernández-Ballesteros, R. (Dra.). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Cardona, D., Segura, A., Berberí, D., & Agudelo, M. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1), 30-39. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12026437003.pdf>
- Casado-Mejía, R., Ruiz-Arias, E., & Solano-Parés, A. (2009, Jul.-Ago.). Características de la producción científica sobre cuidados familiares. *Gac Sanit*, 23(4), 355-341.
- Casado-Mejía, R., Ruiz-Arias, E., & Solano-Parés, A. (2012). El cuidado familiar prestado por mujeres inmigrantes y su repercusión en la calidad del cuidado y en la salud. *Gac Sanit.*, 26(6), 547-553. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000600009
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (1993, Noviembre). *Estudio nº 2.072 (Encuesta nacional a 2.500 españoles de ambos sexos con 65 y más años)*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (1994). *Apoyo Informal a las Personas Dependientes (2ª Fase)*. Recuperado de http://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/2100_2119/2117/e211700.html
- Cibanal, L., Siles, J., Arce M.C., Domínguez, J. M., Vizcaya, F., & Gabaldón, E. (2001). La relación de ayuda es vivificante, no quema. *Cultura de los cuidados*. V(10), 88-99. Recuperado de <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/issue/view/9>

- Colectivo Ioé. (1999). *Investigación cualitativa. Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. pp. 35-210.
- Colectivo Ioé. (2001). *Mujer, inmigración y trabajo*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Collière, M. F. (2009). *Promover la vida*. Madrid: Interamericana / McGraw-Hill.
- Consejo Económico y Social de Canarias. (2007). *Informe anual del Consejo Económico y Social sobre la situación económica, social y laboral en Canarias en el año 2006*. Las Palmas de Gran Canaria. Recuperado de <http://www.cescanarias.org/publicaciones/informes/2007/index.html>
- Consejo Económico y Social de Canarias. (2009). *Informe anual del Consejo sobre la situación económica, social y laboral de Canarias en el año 2008*. Recuperado de http://www.cescanarias.org/?q=informe_anual_07-08
- Consejo Económico y Social de Canarias. (2010). *Informe anual del CES 2010 sobre la situación económica, social y laboral de Canarias en el año 2009*. Recuperado de www.cescanarias.org/publicaciones/informesanuales/inf_2010_lib.pdf
- Consejo Económico y Social de Canarias. (2011). *Informe anual del CES 2011 sobre la situación económica, social y laboral de Canarias en el año 2010. Edición Final*. Recuperado de www.cescanarias.org/ces_ia_10-11/archivos/libro.pdf
- Consejo Económico y Social de Canarias. (2012). *Informe anual del CES 2012 sobre la situación económica, social y laboral de Canarias en el año 2011*. Recuperado de www.cescanarias.org/publicaciones/informesanuales/2012/archivos/libro.pdf
- Consejo Económico y Social de Canarias. (2013). *Informe Anual del CES 2011-2012*. Recuperado de http://www.cescanarias.org/publicaciones/informesanuales/2012/ia_11-12.html
- Consejo Económico y Social de Canarias. (2014). *Informe anual 2014 del CES sobre la situación económica, social y laboral de Canarias en el año 2013*. Recuperado de http://www.cescanarias.org/ces_ia_13-14/archivos/libro.pdf
- Consejo Económico y Social España. (2013). *Economía, Trabajo y Sociedad. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral. España 2012*. Madrid. Consejo Económico y Social España. Recuperado de www.ces.es/documents/10180/786745/MEMORIA_CES_2012.pdf
- Consejo Económico y Social España. (2014). *Economía, Trabajo y Sociedad. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral. España 2013*. Madrid. Recuperado de http://www.ces.es/documents/10180/1692373/Memoria_2013.pdf

- Consejo de Europa. (1998). *Recomendación Nº 98 (9) Del Comité de Ministros relativa a la dependencia. (Adoptada por el Comité de Ministros el 18 de septiembre de 1998, en la 641ª reunión de Delegados de Ministros)*. Recuperado de <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=532369&SecMode=1&DocId=486242&Usage=2>
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Cruz-Ortiz, M., Jenaro-Río, C., Pérez-Rodríguez, M.C., Hernández-Blanco, M.L., & Flores-Robaina, N. (2011). Cambios en el contexto del cuidado: desafíos para la enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(4), [09 pantallas].
- Cubero, J. (2015). *La diversidad lingüística en España*. Recuperado de <http://www.elcastellano.org/artic/lenguas.htm>
- De la Cuesta, C. (2006, Noviembre-Diciembre). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Investigación*, (25). Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZwaC4jf94gkJ:rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17054/3/FMetod_25.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es
- De la Cuesta, C. (2007). El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. *Invest Educ Enferm* (25)1, 106-112. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/16899>
- De la Cuesta-Benjumea, C., Donet-Montagut, T., & Galiana-Gómez de Cádiz, M.J. (2012). "Turning to One's Own World": Escape Mechanisms Employed by Immigrant Caregivers in Spain for Relieving the Burden of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(56), 56-64. doi:10.1177/1043659611423829
- Díaz, P. (2009, 2-3 de Abril). La ley de dependencia: el posible reforzamiento del papel de las mujeres como cuidadoras en el ámbito familiar, a través de la figura del cuidador no profesional. En Instituto Andaluz de la Mujer (Org.). *II Congreso de Economía Feminista*, Baeza.
- Díaz, R. (2007). Feminización de la dependencia. Reflexiones sobre el sistema para la autonomía y la atención a personas en situación de dependencia. *Portularia Revista de Trabajo Social*, 7(1-2), 139-156.
- Díez, J.A., & Moulines, C.U. (2008). *Fundamentos de Filosofía de la Ciencia*. Barcelona: Ariel.
- Driessnack, M., Sousa, V.D., & Costa, I.A. (2007). Revisión de diseños relevantes para enfermería: parte 2: diseños de investigación cualitativa. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(4). Recuperado de

- http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000300022&script=sci_arttext
- Durán, M.A. (2004). El trabajo no remunerado y las familias. En Cruz, L., (Ed.). *España 2015: Prospectiva Social e Investigación Científica y Tecnológica*. Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología. Recuperado de www.fecyt.es/es/system/files/publications/attachments/.../espana_2015.pdf
- Eckman, M. (Ed.). (2012). *Enfermería geriátrica*. México: Manual Moderno. (Versión electrónica) Recuperado de https://books.google.es/books?id=k7bLCQAAQBAJ&pg=PR4&lpg=PR4&dq=Enfermer%C3%ADa+geri%C3%A1trica.+M%C3%A9xico:+Manual+Moderno&source=bl&ots=51eLoPz57v&sig=CeHLbkG6MB3xyAV7W_KGR7AbobQ&hl=es&sa=X&ved=0CCKQ6AEwAmoVChMlyMjwvInOyAIVAcYaCh2lbwI2#v=onepage&q=Enfermer%C3%ADa%20geri%C3%A1trica.%20M%C3%A9xico%3A%20Manual%20Moderno&f=false
- Erickson, F. (1986). Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza. En Wittrotck, M.C. (Ed.). *La investigación de la enseñanza II. Métodos cualitativos y de observación* (pp. 195-301). Barcelona: Paidós-M.E.C.
- Escuredo, B. (2007). Las políticas sociales de dependencia en España. *Reis, Revista española de investigaciones sociológicas*, (119), 65-90. Recuperado de http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_001_06-41185869118399.pdf
- Escuredo, B., Torres P., Casanovas I., & Fernández, L. (2013). ¿Cómo perciben los mayores a sus cuidadoras inmigrantes? Sobre la ayuda que necesitan y reciben en el domicilio. *Rev ROL Enferm*, 36(11), 766-775.
- Eseverri, C. (1995). *Historia de la enfermería española e hispanoamericana*. Madrid: Editorial Universitas, S.A.
- Ezquerro, S. (2010). La crisis de los cuidados: orígenes, falsas soluciones y posibles oportunidades. *Viento Sur*, (108), 37-43.
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- De Febrer de los Ríos, A., & Soler Vila, A. (2004). *Cuerpo, dinamismo y vejez*. (3ª ed.). Barcelona: INDE publicaciones.
- Fericgla, J.M. (2009). *Envejecer: una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Herder.
- Fernández, I., Silvano, A., Berenguel, M.P., Parejo, M.C., Fernández, A., & Ruiz, M.D. (2012). La voz del cuidador inmigrante. *Revista de formación Continuada EFC*. 0. Recuperado de <http://www.faecap.com/revistas/show/revista-de-formacion-continuada-efc-n-0>

- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Fórner, A., & La Torre, A. (2006). *Diccionario terminológico de investigación educativa y psicopedagogía*. Barcelona: EUB.
- Fortes, M. (2008, Julio-Agosto) Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicilio. *Rev Bras Enferm*, 6 (4), 464-9.
- Franz, C. (2006). *Los nietos oscuros*. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. Recuperado de <http://www.cervantesvirtual.com/obra/los-nietos-oscuros--0/>
- Fuentes, V., Caballero, MC, Galindo, Z., & Agrela, B. (2011). Globalización, mujeres (in)migrantes y cuidados: una aproximación al estado de la cuestión en el marco de la «ley de dependencia». El caso de Jaén. En F. J. García Castaño y N. Kressova. (Coords.). *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía* (pp. 1951-1960). Granada: Instituto de Migraciones.
- Fundación SAR. (2007). *Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidad de servicios. Estudio de Consultoría y Asistencia*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Recuperado de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binari b/21009calidepen.pdf>
- Gaínza, A. (2006). La entrevista en profundidad individual. En Canales, M. (Coords.). *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios*. (pp. 219-264). Santiago de Chile: Editorial LOM.
- Galiana-Gómez de Cádiz, M.J., De la Cuesta-Benjumea, C., & Donet-Montagut, T. (2008). Cuidadoras inmigrantes: características del cuidado que prestan a la dependencia. *Enferm Clin*, (18), 269-72. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-resumen-cuidadoras-inmigrantes-caracteristicas-del-cuidado-13126760>
- Gallart, A. (2007). *Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal en Barcelona* (Tesis Doctoral). Recuperado de Tesis Doctorales en Red <http://www.tdx.cat/handle/10803/9333>
- García, C., & Martínez, M.L. (2001). *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del Cuidado Enfermero*. Madrid: Harcourt.
- García-Navarro, E.B., & Gualda, E. (2014). Cuidado transcultural y estrategias familiares ante la dependencia: el fenómeno de los cuidadores extranjeros. *Aquichan*, 14(4), 509-522. doi: 10.5294/aqui.2014.14.4.6

- Glaser, B. & Strauss, A. (1999). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Gobierno de Canarias. (2006). *II Plan Canario para la Inmigración 2006-2008*. Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, Foro Canario de Inmigración. Recuperado de https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CDoQFjAFahUKEwjy_STIc_IAhUEthoKHck4BHc&url=http%3A%2F%2Fwww.datosdelanzarote.com%2Fuploads%2Fdoc%2F20080214115748343Presentaci%25C3%25B3n-Plan.pdf&usg=AFQjCNHuzRhryfgsc5Tsq3zA3lIOnuAuFw&sig2=x5z3iitYdINqWYYegsyL8Q
- Goetz, J.P., & Lecompte, M.D. (1984). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- Gómez, F.J., & Rivera, J.M. (2008). Valoración Geriátrica. En: Pérez Melero, A. (Coord.). *Enfermería Geriátrica* (pp. 89-106). Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- González, F.L. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad. Los procesos de construcción de la información*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- González, J. (2010). Teorías del envejecimiento. *Tribuna del Investigador*, 11 (1-2), 42-46.
- González-Juárez, L., Noreña-Peña, A.L., & Cibanal-Juan, L. (2014). Immigration experience of Latin American working women in Alicante, Spain: an ethnographic study. *Revista latinoamericana de enfermagem*, 22(5), 857-865.
- Gregorio, C. (2009, Enero). Silvia, ¿quizá tenemos que dejar de hablar de género y migraciones? Transitando por el campo de los estudios migratorios. *Gazeta de Antropología*, 25(1), 12-17.
- Guba, E. (1989). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. En Gimeno, J., & Pérez, A. (Eds.). *La enseñanza: su teoría y su práctica*. (pp. 148-165), Madrid: Ediciones Akal.
- Gutiérrez, P., & Nieto, P. (2007). Nuevas cuidadoras para los mayores ¿cómo formarlas? *Rev ROL Enfer*, 30(4), 249-252.
- Hamersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de Investigación*. Barcelona: Paidós.
- HelpAge International. (2013). *Índice global de Envejecimiento 2013*. Recuperado de <http://www.helpage.es/sobre-envejecimiento/helpage-international-presenta-el-primer-indice-global-del-envejecimiento/>
- Herdman (2012). (Ed.). *NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014*. Barcelona: Elsevier.
- Husén, T. (1988). Paradigmas de la investigación en Educación: un informe del estado de la

- cuestión. En Dendaluze, I. (Coord.). *Aspectos metodológicos de la investigación educativa* (pp. 46-95). Madrid: Narcea.
- Instituto Canario de Estadística. (2013). *Crece el saldo migratorio en Canarias durante 2012*. Recuperado de http://www.gobiernodecanarias.org/istac/.content/noticias/ISTACnoticia_100222.htm
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2005a). *Atención a las personas en situación de dependencia. Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2005b). *Cuidado a la dependencia e inmigración*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2011). *Libro blanco de la atención sociosanitaria en España*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documdocu/binario/asociosanitaria2011.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2014). *Informe 2012. Las Personas Mayores en España*. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto Nacional de Empleo. (2012). Año europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional. *Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado*. Recuperado de <http://publicacionesoficiales.boe.es>
- Instituto Nacional de Empleo. (2013). *Notas de prensa. Proyección de la población a corto plazo 2013-2023*. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np813.pdf>
- Instituto Nacional de Empleo. (2015). *Notas de prensa. Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2015. Datos provisionales*. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np904.pdf>
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2009). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Kim, H.S. (2010). *Theoretical Thinking in Nursing*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Kryspin-Exner, I., Lamplmayr, E., & Felnhofer, A. (2011). Geropsychology: The Gender Gap in Human Aging—A Mini-Review. *Gerontology*, (57), 539–548. doi: 10.1159/000323154
- Kuhn, T.S. (2004). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica. México. Recuperado de http://www.conductitlan.net/libros_y_lecturas_basicas_gratuitos/t_s_kuhn_la_estruc

tura_de_las_revoluciones_cientificas.pdf

- Larrañaga, M., & Jubeto, Y. (2009, Abril). *Los trabajos de cuidados remunerados: una mirada desde la Comunidad de Euskadi*. En *La economía feminista en un contexto de crisis global*. III Congreso de Economía Feminista, Sevilla.
- Leininger, M. (1970). *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research y Practices*. USA: McGraw-Hill.
- Leininger, M. (Ed). (1998). *Care, the essence of nursing and health*. Detroit: Wayne State University Press.
- Leininger, M.M. (2002). *Transcultural Nursing and Globalization of Health Care: Importance, Focus and Historical Aspects*. En Leininger, M.M., & McFarland, M.R. (2002). *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practices*. (3rd.Ed.) New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- Leininger, M.M. (2004). *Leininger's Sunrise Enabler to Discover Culture Care*. Recuperado de <http://www.madeleine-leininger.com>
- Leininger, M.M. (2006). Culture Care Diversity and Universality Theory and Evolution of the Ethnonursing Method. En Leininger, M.M., & McFarland, M.R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing Theory*. (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Leininger, M.M., & Ahée, R. (Productoras). (2006). *Dr. Madeleine Leininger. Her Life Career*. Recuperado de <http://www.madeleine-leininger.com/cc/video1.htm>
- López, E., & De Paz, S. (2010, 24 de Septiembre). El envejecimiento de la población y la Ley de Dependencia. *Diario La Ley*, (7475), 1-18.
- López, M.J., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J., & Alonso, F.J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *REV CLÍN MED FAM*, 2(7), 332-334 Recuperado de <http://www.revclinmedfam.com/PDFs/32bb90e8976aab5298d5da10fe66f21d.pdf>
- De Lorenzo, D., Serrano J., Portero-Otín, M., & Pamplona, R. (2011). *Nutrigenómica y nutrigenética: hacia la nutrición personalizada*. Barcelona: Libbooks.
- Lorenzo, T., Maseda, A., & Millán, J.C. (2008). *La dependencia en las personas mayores: Necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat*. Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.

- Marcu, S. (2009). Inmigrantes rumanas en el servicio doméstico y de cuidados de la Comunidad de Madrid: Estudio cualitativo. *Estudios Geográficos*, LXX(267), 463-489. Recuperado de <http://estudiosgeograficos.revistas.csic.es/index.php/estudiosgeograficos/article/view/126>
- Marcu, S. (2011). La Inmigración rumana en la Comunidad de Madrid después de 20 años: circularidad y retorno. En Pujadas et al. (Eds.). *Población y Espacios urbanos*. Barcelona: Departament de Geografia Humana de la UB y Grupo de Población de la AGE. (pp. 737-751).
- Marina, J.A. (2004). Una filosofía de la ancianidad. *Revista Rol de Enfermería*, 27(4), 8-12.
- Marshall, C., & Rossman, G.B. (1989). *Designing qualitative research*. Newbury Park, California: Sage.
- Martín, A., & Cano, J.F. (2008). *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. (6ª Ed.). Madrid: Elsevier.
- Martín, M.T. (2009). El care, un debate abierto: de las políticas de tiempos al social care. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, (4), 325-355.
- Martínez, L. (2011). Gestión de los cuidados, desnacionalización y precariedad laboral: una perspectiva comparada. *Alternativas*, 17, 221-235.
- Martínez, M. (1999). *La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico – práctico*. México: Editorial Trillas.
- Martínez, R. (2006). El cuidado de ancianos: un nicho laboral para mujeres inmigrantes y un reto de gestión para las entidades del tercer sector. *Revista Española del Tercer Sector*, 4, 99-127.
- Martínez, R. (2007). Bienestar y Cuidados. El oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos (Tesis Doctoral). Recuperado de <http://migraciones.ugr.es/cddi/index.php/tesis-doctorales/article/395-martinez-bujan-raquel>
- Martínez, R. (2009a) Inmigración y envejecimiento desde una perspectiva asistencial. Género y Empleo. Madrid: Documentos de Trabajo de la *Fundación Carolina*, (32), 87-95. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/40224057_Inmigracin_y_envejecimiento_desde_una_perspectiva_asistencial
- Martínez, R. (2009b, Junio). ¿Y qué pasa con mi cuidadora? Inmigración, servicio doméstico y privatización de los cuidados a las personas dependientes. *Zerbitzuan*, 99-109.

- Recuperado de [file:///C:/Users/MariaJose/Downloads/Dialnet-YQuePasaConMiCuidadoraInmigracionServicioDomestico-3021595%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/MariaJose/Downloads/Dialnet-YQuePasaConMiCuidadoraInmigracionServicioDomestico-3021595%20(2).pdf)
- Martínez, R. (2010). Bienestar y cuidados: el oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos. *Colección Politeya. Estudios de política y sociedad*. CSIC. Madrid: Ministerio de Ciencias e Innovación.
- Martínez, R. (2011a, 24-26 de Noviembre). *Entre el familismo, la profesionalización y la privatización. Las variaciones regionales del Sistema de Cuidados de Larga Duración en España. Los actores de las políticas sociales en un contexto de transformación*. Navarra: REPS. Red Española de Política Social.
- Martínez, R. (2011b) La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1). Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/36187>
- Martínez, R. (2012, Septiembre). Los beneficios de la inmigración al Estado de Bienestar. Mujeres inmigrantes en el sector doméstico de cuidados. Ponencia presentada en el VI Congreso sobre las migraciones en España, A Coruña.
- Martínez, P., Tendero, P., Martínez, L., & Guijarro, T. (2011). Cuidados extranjerizados a personas mayores en sus hogares de España. *Parainfo Digital*. V(14). Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n14/098o.php>
- McFarland, M.R. (2011). Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales. En Raile, M. & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier. (pp. 454-479).
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Miquel, J. (2006). Integración de teorías del envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 41(1), 55-63.
- Moliner, M. (2000). *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos.
- Moragas, R. (1999). *Máster en Gerontología Social Aplicada*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Moragas, R. (2004). *Gerontología Social*. Barcelona: Herder.
- Morales, M.J. (2010). Experiencia de una auxiliar de enfermería como cuidadora informal de un mayor dependiente. *Arch Memoria, [en línea]* 7(4). Recuperado de <http://www.index->

f.com/memoria/7/3721.php

- Morse, J.M. (Edit). (2003). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia. Recuperado de https://books.google.es/books?id=Utlzs9jvwNIC&pg=PR4&lpg=PR4&dq=asuntos+cr%C3%ADticos+en+los+m%C3%A9todos+de+investigaci%C3%B3n+cualitativa+morse+janice&source=bl&ots=UCx2Wj5p48&sig=BS4v6hfk_Kl6UMrCABwEJKL1KYE&hl=es&sa=X&ved=0CDMQ6AEwAmoVChMI5bCsn5KjxwIVh2kUCh12pwJT#v=onepage&q&f=false
- Morse, J.M. (2005). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Alicante: Publicaciones Universidad de Alicante.
- Moya, P., Escribano, F., & Pardo, I. (2012, Enero-Marzo). La participación en el mercado laboral de los cuidadores informales de personas mayores en España. *Innovar: revista de ciencias administrativas y sociales*, 22(43), 55-66.
- Muchnik, E., & Seidmann, S. (1999). *Aislamiento y soledad*. Barcelona: Gedisa.
- Do Muíño, M., Fernández, M. V., Rodríguez, E., González, C., & Iglesias, R.M. (2010). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes inmovilizados en atención primaria. *Cad Aten Primaria*, 17, 10-14. Recuperado de http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/08/Vol17_1_03_Orixinais.pdf
- Nievas, M.G., García, M.V., & Chaves, J.B. (2005). Cuidados domiciliarios informales y cuasi-formales a personas con problemas de salud crónicos y percepción de su proveedor. *Gerokomos*, 16(3), 144-154.
- Nogueira, J., & Zalakain, J. (2015). La discriminación múltiple de las mujeres inmigrantes trabajadoras en servicios domésticos y de cuidado en la Comunidad Autónoma de Euskadi. *Emakunde*. Instituto Vasco de la Mujer.
- Notivol, P., Pollán M., & Gabari, M.I. (2004). Percepción de cuidadoras inmigrantes extranjeras. Sobre el cuidado genérico y profesional enfermero al anciano en domicilio. *Huarte de San Juan. Psicología*, 19, 153-71. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/ejemplar/150875>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria Salud*. Recuperado de whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1983). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Capacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales. Recuperado de

- <http://apps.who.int/iris/handle/10665/131983>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Datos sobre el envejecimiento de la población*. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Envejecimiento y ciclo de vida. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Pereda, C., De Prada, M.A., & Actis, W. (2005). El cuidado de personas mayores dependientes realizado por ciudadanos inmigrantes en la Comunidad de Madrid. En IMSERSO, (Ed.). *Cuidado a la dependencia e inmigración*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (pp. 233-370).
- Pérez, A. (2006, Marzo). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de economía crítica*, (5), 7-37.
- Peterson, C. (2014). *Looking Forward Through the Lifespan: Developmental Psychology*. Australia: Pearson.
- Quiñoz, M.D. (2010). Los cuidados prestados por población inmigrante: ¿pueden ser un intercambio de saberes culturales? *Index de Enfermería*, 19(2-3), 93-96.
- Quiñoz, M.D., & Albu, D. (2012). Experiencias del cuidado en las mujeres inmigrantes: Consecuencias para su salud. *Parainfo Digital*. Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n15/038o.php>
- Quiñoz, M.D., & Albu, D. (2013). Experiencias del cuidado en mujeres inmigrantes de distinto origen: consecuencias para su salud. *Enfermería Comunitaria*, 9(2). Recuperado de <http://www.index-f.com/comunitaria/v9n2/ec7969.php>
- Ramírez, E. (2007). *Etnicidad, identidad y migraciones. Teorías, conceptos y experiencias*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.
- Ramos, S., Rodríguez Rodríguez, V., & Lardiés Bosque, R. (2010). La gestión de las emociones en el mercado informal de los cuidados a mayores: el caso de los cuidadores inmigrantes como cuidadores semi-informales. *Trabajo Social Hoy*, (59), 99-117. Recuperado de <http://digital.csic.es/bitstream/10261/32705/1/LA%20GESTI%C3%93N%20DE%20LAS%20EMOCIONES.pdf>.
- Ray, M.A. (1998). *The Development of a Classification System of Institutional Caring*. En Leininger, M. (Ed). (1998). *Care, the essence of nursing and health*. Detroit: Wayne State University Press.
- Real Academia Española. (2012). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>

- Reig, A. (2009). Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación. En: Fernández-Ballesteros, R. (Dra.). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Reuter-Lorenz, P.A., & Park, D.C. (2010, Julio). Human Neuroscience and the Aging Mind: A New Look at Old Problems. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 65B(4), 405–415. doi: 10.1093/geronb/gbq035
- Robledo, J., Martín-Crespo Blanco, C., & Salamanca, A.B. (2008). Interacción entre mujeres latinoamericanas cuidadoras de ancianos en domicilio y los ancianos y sus familiares FIS P10790573. Comunicación presentada en el XII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería y 6º Coloquio BIANUAL Joanna Briggs, Córdoba-España.
- Rodríguez, G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Servicios de Publicaciones de la Universidad Complutense*, 29(1), 13-42.
- Rodríguez, E., González-Rábago, Y., Bacigalupe, A., Martín U., & Lanborena, N. (2014). Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco. *Gac Sanit.*, 28(4), 274-280. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112014000400003&script=sci_arttext
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Rodríguez, I., & Gil, P. (2009). Aspectos sociodemográficos y sociales del envejecimiento. En Pérez Melero, A. (Coord.). *Enfermería Geriátrica* (pp. 29-33). Madrid: Editorial Síntesis.
- Rodríguez, V., Martín, E., Marcu, S., Ramos, S., Rojo, F., Fernández-Mayoralas Fernández, G., . . . Rogero-García, J. (2010). *Inmigración y cuidados de mayores en los hogares de la Comunidad de Madrid*. *Portal Mayores*, (102). Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/rodriguez-inmigracion-01.pdf>
- Rogero, J. (2010). *El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: IMSERSO.
- Rogero, J., & Martín, E. (2009, 5-7 de Noviembre). El cuidado de las mujeres inmigrantes a las personas mayores: una aproximación desde su uso del tiempo. En REPS, *Treinta años de estado de bienestar en España. Logros y retos para el futuro*, Oviedo. Recuperado de <http://www.espanet.org>
- Rogero-García, J., & Ahmed-Mohamed, K. (2011). La satisfacción de las necesidades de las personas dependientes de 60 años y más según proveedor de cuidado. España, 2008. *Rev Esp Salud Pública*, (85), 541-553. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272011000600004&lng=pt&nrm=iso

- Rogero-García, J., & Martín-Coppola, E. (2010a). Un estudio exploratorio del cuidado provisto por inmigrantes a personas mayores de 64 años en los hogares. *Index de Enfermería*, 19(1), 29-33
- Rogero-García, J., & Martín-Coppola, E. (2010b). El tiempo de trabajo de las cuidadoras inmigrantes de personas mayores. *Alternativas Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 181-199.
- Rosa, E., Lussignoli G., Sabbatini, F., Chiappa, A., Di Cesare, S., Lamanna, L., Surrente, B., & Zanetti, O. (2008, Marzo). The immigrant paid caregivers' role in the care of patients with sever dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23, pp.331-333.
- Ruiz, J.I. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Editorial Universidad de Deusto.
- Ruiz, S. (2006). Situación actual sobre el cuidado a personas mayores por parte de inmigrantes. En Siurana, Pinazo, Suberviola, (Drs.). *Justicia y responsabilidad en la atención sanitaria a inmigrantes y personas mayores*. IX Premio Valencia se Solidariza. Valencia: Ayuntamiento de Valencia. (pp. 134-140).
- Ruiz, M., & Moreno, M. (2013). Cuidadoras inmigrantes. Trabajo emocional. *Cultura de los Cuidados*, (17)35, pp. 86-95. Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/28070/1/Cultura_Cuidados_35_08.pdf
- Salaberri, A., & Aragón, L.F. (2000). Cuidadoras inmigrantes de personas mayores. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23, 343-6. Recuperado de <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6937/9599>
- Sancho, T., & Rodríguez, P. (2001). Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro. *Intervención Psicosocial*, 10(3), 259-275.
- Sandín, M.P. (2003). *Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y Tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sarabia, C.M. (2012, Marzo). La imagen corporal en los ancianos. Estudio descriptivo. *GEROKOMOS*, 23(1), 15-18.
- Seeck-Hirschner, M., Baier, P.C., Weinhold, S.L., Dittmar, M., Heiermann, S., Aldenhoff, J.B., & Göder, R. (2012, Septiembre). Declarative memory performance is associated with the number of sleep spindles in elderly women. *Am J Geriatr Psychiatry*, 20(9),782-8. doi:

10.1097/JGP.0b013e31823033da.

- Serrano-Martínez, J.M., & García-Marín, R. (2013, Abril-Junio). Regresión demográfica en España: crisis económica y cambio de ciclo migratorio. *Papeles de población*, 19(76), Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11227645004>
- Servicio Canario de la Salud. (2002). *Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria*. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias. Recuperado de <https://www.google.es/#q=creaci%C3%B3n+del+programa+de+atenci%C3%B3n+a+la+persona+mayor+en+canarias>
- Setién, M.L., & Acosta, E. (2010). La gestión de la crisis de los cuidados y su relación con la feminización de las migraciones: análisis comparativo de los modelos de España y Chile. *Alternativas Cuadernos de Trabajo Social*, (17), 63-81.
- Spiegelberg, H. (1982). *El movimiento fenomenológico: Una introducción histórica*. La Haya: Nijhoff.
- Stake, R. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases para la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquía.
- Suárez, M. (2005). *El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación cualitativa*. Barcelona: Paidós.
- Tadeo, J. (2011). Fenomenología y Hermenéutica como epistemología de la investigación. Phenomenology and Hermeneutics as Epistemology research. *Revista Paradigma*, 32(2), 7-22. Recuperado de <http://revistas.upel.edu.ve/index.php/paradigma/article/view/1227>
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1995). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Tobío, C., Agulló, M. S., Gómez M.V., & Martín, M.T. (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Madrid: Fundación "La Caixa". Recuperado de <http://www2.rtv.es/noticias/reabre-la-residencia-sol-de-oto%C3%B1o-tras-archivar-se-la-causa-por-malos-tratos-91252.aspx#.VMoX-WiG-So>
- Tójar, J.C. (2006). *Investigación cualitativa. Comprender y actuar*. Madrid: La Muralla.
- Úbeda, I., & Roca, M. (2008). Los cuidados familiares y las políticas públicas. *Nursing*, 26(9), 56-59.
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica*

- profesional*. Madrid: Síntesis Sociología.
- Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida*. Barcelona: Idea Books.
- Vasilachis, I. (1992). *Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos*. Buenos Aires: Centro editor de América Latina.
- Vinuesa, J., & Moreno, A. (2009). Sociodemografía. En Fernández-Ballesteros, R. (Dr.), *Gerontología Social* (pp. 55-77). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Walter, P. (2008). *The Madeleine M. Leininger Collection*. Reuther Library, Archives of Labor and Urban Affairs. Wayne State University. Recuperado de <http://reuther.wayne.edu/files/WSP000725.pdf>
- World Health Organization. (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261_eng.pdf
- Zabalegui, A, Juandó, C., Izquierdo, M.D., Gual, P., González-Valentín, A., Gallart, A., . . . Jones, C. (2004). Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Gerokomos*, 15(4), 199-208.
- Zabalegui, A., Juandó C., Sáenz, A., Ramírez, A., Pulpón A.M., López, L., . . . Izquierdo, M.D. (2007). Los cuidadores informales en España: perfil y cuidados prestados. *Rev ROL Enferm*, 30(7-8), 33-38.

ANEXOS

ANEXO I

GUIÓN PARA LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD CON CUIDADORAS EXTRANJERAS

Basado en el Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger (2006)

PRIMERA PARTE: PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN

1. Presentación de la investigadora
2. Presentación de la investigación y sus objetivos
3. Breve exposición sobre la importancia de su participación en el estudio
4. Explicación del consentimiento informado y sus contenidos
5. Explicación de la salvaguarda de sus intereses por encima de los que pudieran surgir de la propia investigación

SEGUNDA PARTE: DESARROLLO DE LA TÉCNICA CONVERSACIONAL

1. Comienzo de la entrevista con unos primeros datos sociodemográficos de la cuidadora
2. Se realiza la valoración cultural
 - a. Visión del mundo
 - b. Etnohistoria
 - c. Parentesco y factores sociales
 - d. Valores culturales, creencias y modos de vida
 - e. Factores religiosos, espirituales y filosóficos
 - f. Factores tecnológicos
 - g. Factores económicos
 - h. Factores políticos y legales
 - i. Factores educacionales
 - j. Idioma y comunicación
 - k. Creencias sobre cuidado y prácticas profesionales y genéricas (laicas, populares)
 - l. Cuidado enfermero general y específico
3. Se le invita a añadir lo que desee o considere oportuno
4. Se le agradece su participación
5. Despedida

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su papel como participantes.

La presente investigación es conducida por MARÍA JOSÉ MORALES GÁZQUEZ, de la UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA. La meta de este estudio es:

Describir los cuidados llevados a cabo por los inmigrantes a las personas mayores dependientes de la isla de Lanzarote.

- Identificar los factores que influyen en los cuidados llevados a cabo por los inmigrantes a las personas mayores dependientes de la isla de Lanzarote.
- Determinar las necesidades de formación de estos cuidadores para la realización de su labor.
- Conocer el tipo de formación que necesitan para desarrollar ese trabajo.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 60-90 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por MARÍA JOSÉ MORALES GÁZQUEZ. He sido informado de que la meta de este estudio es:

- Describir los cuidados llevados a cabo por los inmigrantes a las personas mayores dependientes de la isla de Lanzarote.
- Identificar los factores que influyen en los cuidados llevados a cabo por los inmigrantes a las personas mayores dependientes de la isla de Lanzarote.
- Determinar las necesidades de formación de estos cuidadores para la realización de su labor.
- Conocer el tipo de formación que necesitan para desarrollar ese trabajo.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a María José Morales Gázquez al teléfono 665 463 505.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a María José Morales al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(En letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha:

ANEXO III
GUIÓN PARA LAS ENTREVISTAS AUTOCUMPLIMENTADAS CON CUIDADORAS
EXTRANJERAS

Basado en el Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger (2006)

1. PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN

1. Presentación de la investigadora
2. Presentación de la investigación y sus objetivos
3. Breve exposición sobre la importancia de su participación en el estudio
4. Explicación del consentimiento informado y sus contenidos
5. Explicación de la salvaguarda de sus intereses por encima de los que pudieran surgir de la propia investigación
6. Explicación de los contenidos y modo de realización de esta entrevista

2. EXPOSICIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y RELACIONADOS CON EL TRABAJO DE CUIDADOS QUE REALIZAN

(En la página siguiente se muestra la plantilla de vaciado de datos)

3. VALORACIÓN CULTURAL

(Cada aspecto se comenta con las participantes, se explica y resuelven las dudas que pudieran surgir)

1. Visión del mundo
2. Etnohistoria
3. Parentesco y factores sociales
4. Valores culturales, creencias y modos de vida
5. Factores religiosos, espirituales y filosóficos
6. Factores tecnológicos
7. Factores económicos
8. Factores políticos y legales
9. Factores educacionales
10. Idioma y comunicación
11. Creencias sobre cuidado y prácticas profesionales y genéricos (laicas, populares)
12. Cuidado enfermero general y específico

4. CIERRE DE LA ENTREVISTA

1. Se les invita a añadir lo que desee o considere oportuno
2. Se les agradece su participación
3. Despedida

Aproximación cualitativa a los factores determinantes del cuidado a personas mayores dependientes llevado a cabo por inmigrantes en la isla de Lanzarote

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS									
1	Sexo	Hombre		2	Edad	años			
3	País de origen								
4	Vive usted en el mismo hogar que la persona que cuida							Sí	No
5	¿Cómo cree que es su nivel de ingresos?						Bajo	Normal	Alto
6	¿Ha trabajado usted con anterioridad en el cuidado a personas mayores?							Sí	No
	Dónde								
	Cuánto tiempo								
7	Horas que dedica en un día normal			<1h	1-3h	4-8h	9-16h	>16h	
8	Horas en fin de semana y festivos			<1h	1-3h	4-8h	9-16h	>16h	
DATOS SOBRE EL TRABAJO QUE REALIZA									
FRECUENCIA CON LA QUE REALIZA LAS ACTIVIDADES									
9	Preparación y provisión de medicamentos				Siempre	A veces	Nunca		
10	Curas, vendajes, enemas, sondas...				Siempre	A veces	Nunca		
11	Cambiar pañales				Siempre	A veces	Nunca		
12	Ayudar a hacer ejercicios mentales y físicos				Siempre	A veces	Nunca		
13	Ayudar a comer y/o beber				Siempre	A veces	Nunca		
14	Ayudar a vestirse y desvestirse				Siempre	A veces	Nunca		
15	Ayudar a asearse / acicalarse				Siempre	A veces	Nunca		
16	Ayudar a andar por la casa o moverse				Siempre	A veces	Nunca		
17	Ayudar a acostarse o levantarse de la cama				Siempre	A veces	Nunca		
18	Ayudar a utilizar el inodoro				Siempre	A veces	Nunca		
19	Ayudar a ducharse o bañarse (todo el cuerpo)				Siempre	A veces	Nunca		
20	Hacer compras				Siempre	A veces	Nunca		
21	Preparar comidas				Siempre	A veces	Nunca		
22	Limpiar la casa				Siempre	A veces	Nunca		
23	Cuidados de los niños				Siempre	A veces	Nunca		
24	Arreglos / mascotas / jardín				Siempre	A veces	Nunca		
25	Administrar el dinero / gestiones				Siempre	A veces	Nunca		
26	Acompañarle, entretenerle en casa				Siempre	A veces	Nunca		
27	Dar un paseo con él/ella				Siempre	A veces	Nunca		
28	Utilizar el transporte público con él/ella				Siempre	A veces	Nunca		
29	Acompañar ocio fuera de casa				Siempre	A veces	Nunca		
30	Actividades en las que tiene dificultades				Motivos				
					Instrumental ⁷	Cognitivo ⁸	Habilidad ⁹		
30.1	Alimentación								
30.2	Saber qué hacer si empeora								
30.3	Entretenerle								
30.4	Vigilarle								
30.5	Conocer las costumbres del lugar								
30.6	Conocer la historia del lugar								
30.7	Darle la medicación								

⁷ Falta de medios, barreras arquitectónicas...

⁸ Falta de conocimientos.

⁹ Destreza, fuerza...

30.8	No tengo dificultad alguna					
DATOS RELACIONADOS CON LA FORMACIÓN						
31	Nivel de estudios					
31.1	Sin escolarizar					
31.2	Primarios sin terminar					
31.3	Primarios terminados					
31.4	Secundarios ¹⁰ no terminados					
31.5	Secundarios terminados					
31.6	Universitarios no terminados					
31.7	Universitarios terminados					
32	¿Ha realizado cursos relacionados con esta actividad?	Sí		Cuáles:		
		No				
33	¿Cree que su nivel formativo es adecuado a esta actividad?	Sí				
		No		¿Por qué?		
34	¿Considera que tiene alguna necesidad formativa?	Sí		¿Cuál?:		
		No				
35	Razones por las que trabaja en esto					
36	¿Se siente bien realizándolo?					
37	¿Qué es lo que menos le gusta de este trabajo?					
38	Edad de la persona a la que cuida					
39	Sexo	Hombre	Mujer			
40	Nivel de dependencia	Katz		Lawton-Brody		BARTHEL
41	La persona a la que cuida tiene familiares	Sí		No		
42	Colaboran en el cuidado	Sí		No		
43	Valoran su labor	Sí		No		
44	Se siente comprendida por ellos	Sí		No		
45	Refuerzan su labor	Sí		No		

ESCRIBA AQUÍ SUS REFLEXIONES

¹⁰ Bachillerato, formación profesional.

ANEXO IV

GUIÓN ENTREVISTA GRUPAL CUIDADORAS

1. Presentación e introducción: sólo para uso de la moderadora

Buenos días, antes de comenzar me gustaría que leyéramos el consentimiento informado, despejar las dudas y, si están de acuerdo, lo firmaran.

Antes que nada deseo agradecerles su asistencia. Les hemos convocado para hablar sobre el cuidado en domicilio de personas mayores dependientes llevado a cabo por personas extranjeras. Estamos llevando a cabo una investigación sobre esta temática. Nuestra primera preocupación es saber qué piensan y sienten ustedes en relación a *¿cómo son los cuidados que realizan y qué aspectos de su día a día creen que influyen en su modo de cuidar?* Les recuerdo que no se trata de ver quien tiene la verdad, todas las respuestas son igual de válidas, pues los puntos de vista de cada uno de ustedes nos van a acercar a conocer mejor la problemática mencionada. Así que todos deben hablar desde su experiencia, por eso es importante que todos hablen. Sólo les pido que no se solapen, sino que respeten el turno para que la grabación sea correcta, si así lo hacen mi papel será mínimo o nulo. Eso espero. Reitero mi agradecimiento por estar todos aquí y desde este momento ustedes tienen la palabra.

2. Guion entrevista

Pregunta general	
¿Cómo son los cuidados que realizan y qué aspectos de su día a día influyen en su modo de cuidar?	
Sub-preguntas	
1	¿Cuáles han sido sus experiencias en relación a este trabajo?
2	¿Qué dificultades tuvieron que enfrentar en su trabajo de cuidados?
3	¿Qué aspectos laborales quisieran comentar?
4	¿Qué les gusta y qué les disgusta de su trabajo?
5	¿Cómo se sienten realizándolo?
6	¿Qué nivel de estudios y formación específica tienen para el trabajo de cuidados?
7	¿Consideran que es necesaria la formación para realizar dicho trabajo?
8	¿Qué opinan sobre cómo debería ser un buen cuidado, una buena cuidadora?
Temas a abordar	
Lo contextual del trabajo de cuidados	
Valores y creencias relacionados con los cuidados a los mayores	
Formación que necesitan	

ANEXO V

GUIÓN ENTREVISTA GRUPAL FAMILIARES

1. Presentación e introducción: sólo para uso de la moderadora

Buenos días, antes de comenzar me gustaría que leyéramos el consentimiento informado, despejar las dudas y, si están de acuerdo, lo firmaran.

Antes que nada deseo agradecerles su asistencia. Les hemos convocado para hablar sobre el cuidado en domicilio de personas mayores dependientes llevado a cabo por personas extranjeras. Estamos llevando a cabo una investigación sobre esta temática. Nuestra primera preocupación es saber qué piensan y sienten ustedes en relación a *¿cómo son los cuidados que realizan las personas extranjeras a mayores dependientes y qué aspectos de su día a día creen que influyen en su modo de cuidar?* Les recuerdo que no se trata de ver quien tiene la verdad, todas las respuestas son igual de válidas, pues los puntos de vista de cada uno de ustedes nos van a acercar a conocer mejor la problemática mencionada. Así que todos deben hablar desde su experiencia, por eso es importante que todos hablen. Sólo les pido que no se solapen, sino que respeten el turno para que la grabación sea correcta, si así lo hacen mi papel será mínimo o nulo. Eso espero. Reitero mi agradecimiento por estar todos aquí y desde este momento ustedes tienen la palabra.

2. Guion entrevista

Pregunta general	
¿Cómo son los cuidados que realizan las personas extranjeras a mayores dependientes y qué aspectos de su día a día creen que influyen en su modo de cuidar?	
Sub-preguntas	
1	¿Cuáles fueron los motivos que les llevaron a decidir contratar a alguien extranjero para el cuidado de su familiar dependiente?
2	¿Cómo fueron los inicios y los procesos de adaptación de todos los implicados en esta situación?
3	¿Cómo han sido sus experiencias con estas cuidadoras?
4	¿Consideran que es necesaria la formación para realizar dicho trabajo?
5	¿Qué opinan sobre cómo debería ser un buen cuidado, una buena cuidadora?
Temas a abordar	
Visión del familiar contratante	
Valores y creencias	
Formación	

ANEXO VI

GUIÓN ENTREVISTA GRUPAL Y GRUPO FOCAL ENFERMERAS

1. Presentación e introducción: sólo para uso de la moderadora

Buenos días, antes de comenzar me gustaría que leyéramos el consentimiento informado, despejar las dudas y, si están de acuerdo, lo firmaran.

Antes que nada deseo agradecerles su asistencia. Les hemos convocado para hablar sobre el cuidado en domicilio de personas mayores dependientes llevado a cabo por personas extranjeras. Estamos llevando a cabo una investigación sobre esta temática. Nuestra primera preocupación es saber qué piensan y sienten ustedes en relación a *¿cómo son los cuidados que realizan las personas extranjeras a mayores dependientes y cuáles son sus experiencias y percepciones acerca de estas cuidadoras y el trabajo que realizan?* Les recuerdo que no se trata de ver quien tiene la verdad, todas las respuestas son igual de válidas, pues los puntos de vista de cada uno de ustedes nos van a acercar a conocer mejor la problemática mencionada. Así que todos deben hablar desde su experiencia, por eso es importante que todos hablen. Sólo les pido que no se solapen, sino que respeten el turno para que la grabación sea correcta, si así lo hacen mi papel será mínimo o nulo. Eso espero. Reitero mi agradecimiento por estar todos aquí y desde este momento ustedes tienen la palabra.

2. Guion entrevista

Pregunta general	
¿Cómo son los cuidados que realizan las personas extranjeras a mayores dependientes y cuáles son sus experiencias y percepciones acerca de estas cuidadoras y el trabajo que realizan?	
Sub-preguntas	
1	¿Qué experiencias que han tenido con las cuidadoras extranjeras de personas mayores dependientes?
2	¿Qué papel creen que tiene la enfermería en relación a estas personas y al trabajo de cuidados que realizan?
3	¿Consideran que es necesaria la formación para realizar dicho trabajo?
4	¿Qué opinan sobre cómo debería ser un buen cuidado, una buena cuidadora?
Temas a abordar	
Visión de la enfermera	
Valores y creencias	
Formación	