



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

ESTUDIO DE TEORÍA FUNDAMENTADA  
SOBRE EL ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO  
EN CUIDADORAS INMIGRANTES DE  
PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

M.<sup>a</sup> José Galiana Gómez de Cádiz



Tesis

**Doctorales**

[www.eltallerdigital.com](http://www.eltallerdigital.com)

UNIVERSIDAD de ALICANTE



UNIVERSIDAD DE ALICANTE

ESCUELA UNIVERSITARIA  
DE ENFERMERÍA

DEPARTAMENTO  
DE ENFERMERÍA

ESTUDIO DE TEORÍA FUNDAMENTADA  
SOBRE EL ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO  
EN CUIDADORAS INMIGRANTES DE  
PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

TESIS DOCTORAL

AUTORA:

M<sup>ª</sup> JOSÉ GALIANA GÓMEZ DE CÁDIZ

DIRECTORA:

CARMEN DE LA CUESTA BENJUMEA



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



**UNIVERSIDAD DE ALICANTE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

PROGRAMA DE DOCTORADO:  
ENFERMERÍA Y CULTURA DE LOS CUIDADOS

***ESTUDIO DE TEORÍA FUNDAMENTADA SOBRE EL ALIVIO  
DEL PESO DEL CUIDADO EN CUIDADORAS INMIGRANTES  
DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES***

Estudio financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del  
Ministerio de Sanidad y Consumo (FIS PI06/0005)

2006-2009

Tesis doctoral presentada por M<sup>a</sup> José Galiana Gómez de Cádiz.  
Dirigida por la Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea, para optar al  
grado de Doctor.

Alicante, Junio de 2010



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea, profesora visitante del  
Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante

INFORMA: que el trabajo de investigación *Estudio de Teoría fundamentada sobre el alivio del peso del cuidado en cuidadoras inmigrantes de personas mayores dependientes*, ha sido realizado por Dña. M<sup>a</sup> José Galiana Gómez de Cádiz bajo la dirección de la que suscribe. Y, una vez examinada la tesis doctoral, autoriza la presentación de este trabajo para aspirar al grado de Doctor y para que pueda leerse, defenderse y calificarse en su momento.

Y para que conste y a los efectos oportunos, firmo este informe.

Alicante 30 de Junio de 2010

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **AGRADECIMIENTOS**

*Quiero reflejar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han estado a mi lado durante el largo y cíclico proceso que constituye la realización de una tesis doctoral:*

*En primer lugar tengo que dar gracias a las mujeres inmigrantes cuidadoras participantes de este estudio por su imprescindible colaboración, ya que al hacerme participe de sus pensamientos y sentimientos me han enseñado cómo logran sobrellevar los momentos difíciles del cuidado. A ellas, y a todas las mujeres que emprenden el difícil viaje de la inmigración para dedicarse a una labor invisible y silenciosa como es el cuidado de personas dependientes, les debo mi mayor admiración. Sin su testimonio y la entrega generosa de su tiempo no hubiera podido aprender lo que aquí expongo. Espero que esta tesis pueda contribuir a mejorar su situación y que este trabajo sea digno de ellas.*

*Al Ministerio de Sanidad y Consumo y a su Fondo de Investigaciones Sanitarias, por creer en este proyecto, haciéndolo merecedor de una financiación que ha permitido dar mayor consistencia y calidad a todo el proceso investigador.*

*Al Departamento de Enfermería de esta Universidad por acogerme en su programa de doctorado de Enfermería y Cultura de los Cuidados y posibilitar mi desarrollo y aprendizaje como investigadora.*

*A mis maestros, empezando por mi abuelo, que me han acompañado en mi desarrollo personal, y que despertaron en mí el interés por la lectura y el estudio. A mis profesoras y profesores de*



*la Escuela de Enfermería de la Universidad de Murcia, y de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante, por haberme facilitado el camino con su experiencia, medios, y ayuda, permitiéndome descubrir nuevos horizontes y posibilidades académicas e investigadoras en enfermería.*

*A mis, más que colegas durante estos años, a mis compañeros de estudios, mis compañeros de trabajo (de los Centros de Salud en los que he trabajado y de la Escuela de Enfermería), y a mis compañeras del grupo de investigación (Emilia, Tere, Claudia...), tengo que agradecer su ayuda, entusiasmo y el apoyo que me han brindado en los momentos difíciles de este proceso, sus aportaciones han contribuido mucho al desarrollo de esta investigación.*

*Tengo dar las gracias a mi madre, mi padre, mis hermanos, mis tías (Trini-Gloria, M<sup>a</sup> Jesús...) y demás familia, por su apoyo incondicional, porque me han dado la fortaleza necesaria para seguir adelante y también la ayuda para que pudiera compaginar varias esferas de mi vida. A mis amigos y amigas, los de siempre y los nuevos, a las madres de los Viernes, tengo que dar las gracias por el ánimo, y la alegría de la que me han contagiado durante este trayecto.*

*A mi directora, la Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea, por guiarme en esta apasionante aventura del conocimiento, por iluminarme con su sabiduría, y por su extraordinaria paciencia. No sólo ha sido exigente, sino que además me ha motivado profundamente y me ha animado en los momentos más difíciles. Con ella he aprendido a ser mejor investigadora y profesional, y también a ser mejor persona.*

*Nada hubiera sido posible sin el soporte afectivo de Paco, por ser quien ha compartido todo el proceso a mi lado. A ti y a Sara gracias, porque en vuestra compañía las cosas malas se convierten en buenas, la tristeza se transforma en alegría y la soledad no existe.*

*A todos un fuerte abrazo. Gracias por cuidarme y por estar ahí siempre.*



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

# TESIS DOCTORAL

---

ESTUDIO DE TEORÍA FUNDAMENTADA  
SOBRE EL ALIVIO DEL PESO DEL  
CUIDADO EN CUIDADORAS  
INMIGRANTES DE PERSONAS  
MAYORES DEPENDIENTES

---



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

<b>INDICE.....</b>	<b>13</b>
<b>INDICE ABREVIADO.....</b>	<b>21</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>23</b>
<b>PARTE I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>31</b>
<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN TEÓRICA AL ESTUDIO.....</b>	<b>33</b>
<b>1.1. INMIGRACIÓN Y ENVEJECIMIENTO: DOS FENÓMENOS EN EXPANSIÓN QUE SE ENTRECRUZAN.....</b>	<b>36</b>
<b>1.2. EL AUMENTO DE LA DEPENDENCIA: LOS RECEPTORES DEL CUIDADO Y EL CUIDADO FAMILIAR.....</b>	<b>38</b>
<b>1.3. EL CUIDADO, ASPECTOS FAMILIARES Y PROFESIONALES. REFLEXIÓN A PARTIR DE SU EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO.....</b>	<b>41</b>
1.3.1. LA PROFESIONALIZACIÓN DEL CUIDADO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	46
1.3.2. LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUIDADO EN CONTRASTE CON SU PROFESIONALIZACIÓN.....	49
<b>1.4. EL CUIDADO FAMILIAR A LA DEPENDENCIA EN NUESTROS DÍAS.....</b>	<b>53</b>
1.4.1. EL CUIDADO EN EL HOGAR: UN DESEO DE LAS PERSONAS MAYORES EN CONTRASTE CON LA POSIBILIDADES DE ATENCIÓN DE LAS FAMILIAS.....	55
1.4.2. COMPLEJIDAD E INTENSIDAD DEL CUIDADO.....	59
1.4.3. UN CUIDADO EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD.....	60

**CAPÍTULO 2: MUJERES INMIGRANTES CUIDANDO A LA  
DEPENDENCIA. ASUNTOS TEÓRICOS.....63**

**2.1. INMIGRACIÓN, DEPENDENCIA Y NUEVAS FORMAS  
DE CUIDAR.....66**

**2.2. EL RELEVO EN LOS CUIDADOS, UN ASUNTO QUE PASA  
DE MUJERES A MUJERES.....69**

**2.3. LA CRISIS DEL SISTEMA INFORMAL DE CUIDADOS Y  
EL CUIDADO REALIZADO POR INMIGRANTES COMO  
SOLUCIÓN A ESA CRISIS.....72**

**2.4. MUJERES INMIGRANTES CUIDANDO EN LA  
DEPENDENCIA.....74**

**2.4.1. MUJERES INMIGRANTES Y CUIDADOS.....75**

**2.4.2. ASUNTOS CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL  
CUIDADO REALIZADO POR INMIGRANTES.....79**

**2.4.3. EMPLEADAS DE HOGAR Y EMPLEO INFORMAL.....81**

**2.4.4. LA RELACIÓN LABORAL Y DE CUIDADOS.....83**

**CAPÍTULO 3: CARGA Y ALIVIO DEL PESO DEL  
CUIDADO.....87**

**3.1. CARGA EN CUIDADORES AJENOS A LA FAMILIA...89**

**3.1.1. ASUNTOS CONECTADOS CON LA CARGA DE LOS  
CUIDADORES INMIGRANTES.....93**

**3.2. EL RESPIRO COMO ESTRATEGIA DE  
AFRONTAMIENTO.....95**

**3.3. RESPIRO EN CUIDADORES AJENOS A LA FAMILIA:  
UNA PARADOJA EN CUANTO AL APOYO SOCIAL Y EL  
ACCESO A LOS SISTEMAS DE RESPIRO.....99**

**PARTE II: EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.....107**

**CAPÍTULO 4: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....109**

**4.1. PROPÓSITO DEL ESTUDIO.....111**

4.1.1. OBJETIVOS.....113

**4.2. ORIENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN...113**

4.2.1. PARADIGMA.....115

4.2.2. PERSPECTIVA TEÓRICA: INTERACCIONISMO SIMBÓLICO.....120

4.2.3. MÉTODO DE ELECCIÓN: METODOLOGÍA CUALITATIVA. LA TEORÍA FUNDAMENTADA.....122

**CAPÍTULO 5: DISEÑO DEL ESTUDIO.....125**

**5.1. EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....127**

5.1.1. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO Y MUESTREO.....128

5.1.2. ACCESO.....130

5.1.3. RECOGIDA DE DATOS.....131

5.1.4. ANÁLISIS DE DATOS.....133

5.1.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....135

5.1.6. RIGOR Y VALIDEZ DEL ESTUDIO.....137

**PARTE III: HALLAZGOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....139**

**CAPÍTULO 6: “SABEMOS A LO QUE VENIMOS” EXPECTATIVAS FRUSTRADAS Y AJUSTADAS DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES.....141**

**6.1. VENIR CON EXPECTATIVAS DE MEJORAR.....145**



<b>6.2. LA VIDA COTIDIANA ES UNA VIDA SIN OPCIONES.....</b>	<b>149</b>
6.2.1. SIN OPCIONES VITALES.....	150
6.2.2. UN MAL TRABAJO.....	155
<b>6.3. LO INESPERADO: EL TERRENO DE LAS EXPECTATIVAS AJUSTADAS.....</b>	<b>158</b>
6.3.1. EXPECTATIVAS AJUSTADAS.....	159
6.3.2. DEPENDER DE LA SUERTE.....	162
<b>CAPÍTULO 7: CONDICIONES PARA EL ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES.....</b>	<b>165</b>
<b>7.1. SER DUEÑA DE UN TIEMPO Y ESPACIO PROPIO.....</b>	<b>169</b>
7.1.1. TIEMPO PROPIO.....	169
7.1.2. ESPACIO PROPIO.....	181
<b>7.2. TENER ÁNIMOS Y FUERZAS EN EL TRABAJO.....</b>	<b>194</b>
7.2.1. “SABER QUE LOS SUYOS ESTÁN BIEN”.....	194
7.2.2. “TENER A DIOS CONSIGO”.....	197
7.2.3. “ESTAR ACOSTUMBRADA”.....	200
7.2.4. “SER FUERTE”.....	203
<b>CAPÍTULO 8: ESTRATEGIAS PARA EL ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO POR CUIDADORAS INMIGRANTES.....</b>	<b>207</b>
<b>8.1. GESTIONAR EL TIEMPO DE TRABAJO.....</b>	<b>212</b>
8.1.1. SACAR TIEMPO PROPIO.....	214
8.1.2. OCUPAR EL TIEMPO LIBRE.....	219
8.1.3. EVADIRSE DEL TIEMPO DE TRABAJO.....	224

<b>8.2. COMPARTIR EL TIEMPO DE DESCANSO CON LA PERSONA CUIDADA.....</b>	<b>226</b>
8.2.1. “SALIR” CON LAS PERSONAS QUE CUIDAN.....	228
8.2.2. DORMIR CON LAS PERSONAS QUE CUIDAN.....	230
8.2.3. “ESTAR PENDIENTES” DE LAS PERSONAS QUE CUIDAN.....	232
<b>8.3. “SALIR A LO SUYO” .....</b>	<b>233</b>
8.3.1. SE ENCUENTRAN VIRTUALMENTE CON LO SUYO Y LO SUYOS.....	235
8.3.2. SALEN A UN LUGAR FISICO QUE RECONOCEN COMO SUYO.....	237
8.3.3. BUSCAN A LOS SUYOS FISICA O MENTALMENTE.....	238
8.3.4. BUSCAN LO SUYO CONSTRUYENDO NUEVAS FAMILIAR Y HOGARES.....	240
8.3.5. BUSCAN REENCONTRARSE REALMENTE CON AQUELLO QUE UN DÍA DEJARON.....	242
<b>CAPÍTULO 9: DISCUSIÓN.....</b>	<b>247</b>
<b>9.1. LA CASA COMO LUGAR DE TRABAJO.....</b>	<b>252</b>
9.1.1. TRABAJAR EN LO DOMÉSTICO. EL ESPACIO PRIVADO DE LAS MUJERES.....	253
9.1.1.1. <i>Los tiempos de trabajo y el espacio privado de las mujeres.....</i>	<i>255</i>
9.1.1.2. <i>La equiparación de doméstico y privado en el caso de los cuidados.....</i>	<i>258</i>
9.1.1.3. <i>La domesticación del trabajo.....</i>	<i>260</i>
9.1.1.4. <i>La invisibilidad del cuidado en contraste con su repercusión pública.....</i>	<i>261</i>

9.1.2. TRABAJAR EN LO DOMÉSTICO, LA RELEVANCIA SOCIAL DE LA CASA COMO LUGAR DE TRABAJO.....	263
9.1.2.1. <i>La regulación legal del trabajo doméstico</i> .....	266
9.1.2.2. <i>Aplicación de la legislación sobre el trabajo domestico en la práctica</i> .....	270
9.1.2.3. <i>La exclusión absoluta y expresa de la relación laboral especial de servicio del hogar familiar de la ley de prevención de riesgos laborales</i> .....	272
9.1.2.4. <i>La provisión de tiempos de descanso en la casa</i> .....	275
<b>9.2. LA CASA COMO LUGAR DE AFECTO.....</b>	<b>278</b>
9.2.1. LA CASA: MUCHO MÁS QUE UN TECHO.....	279
9.2.2. LA DIMENSIÓN AFECTIVA DEL CUIDADO.....	281
9.2.3. LOS REQUISITOS PARA QUE SE DE LA RELACIÓN AFECTIVA EN EL TRABAJO DE CUIDAR.....	284
9.2.3.1. <i>“Cualidades” personales para la relación afectiva del cuidado</i> .....	285
9.2.3.2. <i>Las fuerzas y costumbres para hacer frente al trabajo de cuidados</i> .....	287
9.2.3.3. <i>La negación de la relación emocional en los cuidados “pagados”</i> .....	289
<b>9.3. ASPECTOS TRANSCULTURALES Y DE CONTEXTO QUE RODEAN EL ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO EN LAS CUIDADORAS INMIGRANTES.....</b>	<b>293</b>
9.3.1. EL HECHO MIGRATORIO COMO GENERADOR DE ESTRÉS.....	295
9.3.1.1. <i>Resiliencia y la capacidad para aguantar en las cuidadoras inmigrantes</i> .....	300

9.3.2. LAS EXPECTATIVAS FRUSTRADAS EN EL MEDIO LABORAL GENERADORAS DE MORBILIDAD.....	301
--	-----

**CAPÍTULO 10: CONCLUSIONES.....307**

**ANEXOS.....313**

Anexo 1: Tabla contraste entre el cuidado realizado por la familia y el realizado por cuidadoras inmigrantes.....	315
Anexo 2: Cronograma del Proyecto de investigación.....	319
Anexo 3: Tabla perfil de las cuidadoras inmigrantes.....	323
Anexo 4: Carta autorización del estudio Gerencia de Atención Primaria.....	337
Anexo 5: Presentación del estudio a la ONG “Murcia Acoge”.....	341
Anexo 6: Presentación del estudio a la ONG “Cáritas”.....	345
Anexo 7: Autorización para la realización del estudio de investigación. Gerencia de Atención Primaria.....	349
Anexo 8: Formulario de consentimiento informado para las participantes en el estudio.....	353
Anexo 9: Guía de entrevista.....	357
Anexo 10: Guía de solicitud de relato escrito.....	361
Anexo 11: Hoja frontal de entrevista para recogida de datos demográficos.....	365

**INDICE DE CUADROS.....369**

**GLOSARIO DE TÉRMINOS.....373**

**BIBLIOGRAFÍA.....387**

**DEDICATORIA.....429**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **INDICE ABREVIADO**

<b>PARTE I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>31</b>
CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN TEÓRICA AL ESTUDIO.....	33
CAPITULO 2: MUJERES INMIGRANTES CUIDANDO A LA DEPENDENCIA. ASUNTOS TEÓRICOS.....	63
CAPITULO 3: CARGA Y ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO.....	87
<b>PARTE II: EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>107</b>
CAPITULO 4: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	109
CAPITULO 5: DISEÑO DEL ESTUDIO.....	125
<b>PARTE III: HALLAZGOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>139</b>
CAPITULO 6:“SABEMOS A LO QUE VENIMOS” EXPECTATIVAS FRUSTRADAS Y AJUSTADAS DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES.....	141
CAPITULO 7: CONDICIONES PARA EL ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES.....	165
CAPITULO 8: ESTRATEGIAS PARA EL ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO POR CUIDADORAS INMIGRANTES.....	207
CAPITULO 9: DISCUSIÓN.....	247
CAPITULO 10: CONCLUSIONES.....	307
ANEXOS.....	313
INDICE DE CUADROS.....	369
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	373
BIBLIOGRAFÍA.....	387



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

# INTRODUCCIÓN

---

ESTUDIO DE TEORÍA  
FUNDAMENTADA SOBRE EL  
ALIVIO DEL PESO DEL  
CUIDADO EN CUIDADORAS  
INMIGRANTES DE PERSONAS  
MAYORES DEPENDIENTES



---

TESIS DOCTORAL

---

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

El propósito de esta Tesis doctoral fue conocer cómo las cuidadoras inmigrantes logran aliviar el peso del cuidado cuando cuidan a personas mayores dependientes en sus hogares. En el presente texto se describe cómo el cuidado es hecho en condiciones de gran vulnerabilidad, donde el trabajo es exhaustivo y el descanso no es siempre posible. En esta situación de gran carga, física y emocional, las cuidadoras inmigrantes se enfrentan a enormes dificultades para el descanso y el cuidado, teniendo que poner en marcha estrategias para lograr aliviar el peso del mismo. Dichas dificultades, así como el contexto de las cuidadoras, las condiciones y las estrategias se desvelan en los capítulos siguientes. Resulta interesante y relevante para la disciplina enfermera conocer, en esas circunstancias de trabajo, cómo las mujeres inmigrantes cuidadoras alivian la carga, así como las condiciones y contexto que favorecen y permiten que el respiro sea posible, al tiempo que ayudan a entender cómo se origina el mismo.

El cuerpo del presente trabajo se estructura en tres partes: la primera plantea el estado de la cuestión, esto es, como se describe en la literatura el cuidado realizado por cuidadoras inmigrantes, ante qué circunstancias se origina y los asuntos teóricos acerca de la carga y del alivio del peso del cuidado por estas cuidadoras inmigrantes. La segunda presenta el proyecto de investigación en sí. Y la tercera detalla los hallazgos y la discusión en relación a la literatura existente y finaliza con las conclusiones del estudio.

En el capítulo 1 de la primera parte se dibuja el estado de la cuestión desde una revisión crítica de la literatura. En el se exponen las circunstancias que han producido el cambio en el cuidado familiar, muestra quienes son los receptores del cuidado

familiar, y finaliza con un contraste entre las dos formas principales de proporcionar cuidados. Así pues, se trata de ver cómo se han unido dependencia e inmigración, en el sentido que dos situaciones cada vez más frecuentes en nuestro país, confluyen para convertirse una en la solución de la otra, mostrando quienes están asumiendo actualmente esos cuidados y qué razones aporta la literatura para explicar este hecho.

En el primer apartado del capítulo 1 se describe cómo se entrecruzan los fenómenos de inmigración y envejecimiento, y cómo la combinación de ambos viene a mitigar la situación de la escasez de cuidadores familiares. En el segundo apartado se describe cómo el envejecimiento de la población ha aumentado la dependencia en las personas mayores y cómo se prevé que siga aumentando. En el tercer apartado se realiza una reflexión desde los aspectos familiares y profesionales del cuidado a través de la evolución del concepto del cuidar en el tiempo. Lo cual sirve para plantear el contraste entre los procesos de profesionalización y mercantilización del cuidado en relación a lo que está ocurriendo en nuestros días con el cuidado provisto por cuidadoras inmigrantes. El último apartado de este primer capítulo, describe la situación cambiante del cuidado familiar y cómo las personas tradicionalmente encargadas del cuidado a ancianos cada vez asumen menos los cuidados.

El capítulo 2 trata de los asuntos teóricos presentes en el cuidado realizado por mujeres inmigrantes. A través de la revisión de la literatura se plantea la situación de las mujeres inmigrantes que cuidan en la dependencia, esto es, el contexto de vida de las mujeres inmigrantes, sus condiciones de trabajo, y como las cuidadoras desarrollan el cuidado en unas circunstancias laborales y sociales precarias. En el primer apartado se describen las

nuevas formas de cuidar que surgen a raíz de la inmigración y de su cruce con la dependencia. En el segundo apartado se plantea el relevo producido en el cuidado familiar y se destaca la feminización del mismo. También se exponen las diferencias culturales a las que tienen que enfrentarse algunas de las cuidadoras que asumen el cuidado familiar. En el apartado tres se describe cómo la crisis del sistema informal de cuidado es uno de los condicionantes para que se produzca un abandono del cuidado por las familias y cómo las mujeres inmigrantes se presentan en la literatura como solución a esa crisis. Se muestra así mismo, el traspaso de las familias a estas cuidadoras inmigrantes, de toda la responsabilidad y la carga de cuidado. Por último, en el apartado cuarto, se destacan la gran vulnerabilidad y las situaciones límites en las que viven las cuidadoras inmigrantes.

En el capítulo 3 se describen los conceptos de carga, respiro y alivio del peso del cuidado, mostrándose que, si bien la carga del cuidado es similar a la de las familias cuidadoras, las cuidadoras inmigrantes presentan mayores dificultades para acceder a los servicios de respiro y a las redes de apoyo para aliviar esa carga, ya que las condiciones laborales las limitan a la hora de obtener un respiro. Se presenta el alivio del cuidado, tal como es descrito en la literatura, a modo de servicio, de estrategia de afrontamiento y de resultado. Se plantea la paradoja del respiro: por un lado se considera una respuesta que las familias ponen en marcha para sobrellevar el cuidado, y por otro, las dificultades de las cuidadoras inmigrantes para lograrlo, ya que precisamente son ellas quienes tienen que ejercer el papel de respiro de las familias. Finalmente se muestra el vacío existente en la literatura sobre las estrategias que ponen en marcha las cuidadoras inmigrantes para aliviar el peso del cuidado en las circunstancias marcadas por su proceso migratorio.

En la segunda parte, la estructura es la siguiente: En el primer apartado del capítulo 4, primero se presentan el propósito del estudio, la pregunta de investigación y los objetivos planteados. En el segundo apartado está destinado al planteamiento de la investigación, es decir, la orientación teórica la metodología utilizada y el paradigma bajo el cual se formuló la pregunta de investigación junto con los métodos de elección para contestarla. Se presentan los distintos paradigmas y una explicación minuciosa de por qué se eligió la metodología cualitativa y en particular la teoría fundamentada para el desarrollo del estudio. El capítulo 5, versa sobre el Diseño del estudio, describe cómo se llevó a cabo el proyecto de investigación, esto es, la selección de las participantes en el mismo, el muestreo utilizado, la negociación del acceso, la recogida de datos los datos, el análisis y qué consideraciones éticas se tuvieron. Es en este capítulo donde se presenta el “Estudio exploratorio”, detallándose su desarrollo, realizado en las primeras fases del trabajo de campo, así como las decisiones metodológicas que se tomaron a partir del mismo.

En la tercera parte se muestran los hallazgos del estudio. En el capítulo 6 se presentan las categorías y subcategorías que describen el contexto donde viven y trabajan las cuidadoras inmigrantes. En el capítulo 7 se desarrollan las categorías y subcategorías acerca de las condiciones que favorecen el alivio del peso del cuidado, y en el capítulo 8 se muestran las estrategias que las cuidadoras ponen en marcha para lograrlo. En capítulo 9 se plantea la discusión del Estudio en la relación con la literatura existente, concluyéndose el trabajo en el Capítulo 10.

Sigue la presentación de los Anexos, un índice de los cuadros del texto, un Glosario de términos empleados y la Bibliografía.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

# PARTE I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

TESIS DOCTORAL:  
ESTUDIO DE TEORÍA  
FUNDAMENTADA SOBRE EL  
ALIVIO DEL PESO DEL  
CUIDADO EN CUIDADORAS  
INMIGRANTES DE PERSONAS  
MAYORES DEPENDIENTES





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

# **CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN TEÓRICA AL ESTUDIO**

---

PARTE I: EL PROBLEMA DE  
INVESTIGACIÓN

---



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

La bibliografía documenta que el actual es en un periodo de grandes cambios sociales que han modificado el concepto tradicional del cuidado familiar. Somos testigos del modo en que el envejecimiento de la población ocasiona un aumento de la dependencia (Berjano, 2004). Se argumenta que la crisis del sistema informal de cuidados ha provocado una disminución de la disponibilidad de las cuidadoras tradicionales. Las mujeres, que hasta ahora habían sido las principales proveedoras de cuidados en el hogar, se incorporan al mercado laboral de manera cada vez más numerosa (Gallart, 2004; García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro, 2004). Además, y no menos importante, la literatura evidencia el deseo de las personas mayores de permanecer en casa (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2002b; Yanguas, Rezan, Letuario Arrazola y Letuario Arrazola, y col, 2001).

Ante esa situación, el cuidado a ancianos por cuidadoras inmigrantes se presenta en sociedad como un importante recurso de cuidado a la dependencia, destacándose el papel de estos nuevos actores dentro del entramado del sistema de atención a la salud en España. Cada vez son más las familias españolas que contratan los servicios de inmigrantes para que cuiden en la casa a un familiar enfermo (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005a; Berjano, 2004).

El presente capítulo describe el estado de la cuestión. Se exponen las circunstancias que han motivado los cambios en el cuidado familiar, tanto en los receptores del cuidado, como en aquellos que los proporcionan. Se aborda el apartado desde la evolución en el tiempo del concepto "cuidado" y sus vertientes, por un lado la familiar y por otro, el cuidado formal y la profesionalización del mismo. Si bien prevalece el cuidado que es

dispensado por las familias, se está delegando en manos de cuidadoras inmigrantes contratadas, de las que se supone que no disponen de formación sanitaria. Al traspasarse el cuidado, se produce una disparidad porque a pesar que la acepción de cuidar había estado siempre ligada a la relación íntima y familiar, de repente, el cuidado cambia de manos, se mercantiliza y empieza a considerarse también una actividad laboral y un trabajo.

### **1.1. INMIGRACIÓN Y ENVEJECIMIENTO: DOS FENÓMENOS EN EXPANSIÓN QUE SE ENTRECROZAN.**

El mundo entero está cambiando, cada vez las fronteras son más difusas y las personas se movilizan en todo el globo buscando nuevas oportunidades. La población de los denominados países desarrollados está sufriendo desde hace años una inversión en las pirámides demográficas con población cada vez más anciana. Inmigración y envejecimiento son los fenómenos demográficos más relevantes con los que ha comenzado el siglo XXI (Martínez-Buján, 2008a). En sentido general, una migración es:

“El desplazamiento de una persona o conjunto de personas desde su lugar habitual de residencia a otro, para permanecer en él más o menos tiempo, con la intención de satisfacer alguna necesidad o conseguir una determinada mejora” (Giménez Romero, 2003:20).

Sus repercusiones económicas, sociales, políticas y sanitarias llenan las noticias de los medios de comunicación y aglutinan el interés de la acción gubernamental. Recordemos que el año 2006 fue el de la Ley de Dependencia, al igual que el 2005 fue el del proceso de Normalización de trabajadores extranjeros en España debido a la nueva Ley de extranjería (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005). Sin embargo, el vínculo entre

inmigración y envejecimiento invade más aspectos que los puramente poblacionales y otros nexos entre ambos procesos comienzan a ser analizados (Martínez-Buján, 2008a).

En España, del total de residentes a 1 de Enero de 2010 (41.242.592), 5.708.940 son extranjeros, lo que representa el 12,2% del total de inscritos en el Censo poblacional (INE, 2010). Desde el 1 de Enero de 2009, el número de extranjeros se ha incrementado en un 1,1% lo que contrasta con el incremento en un 0,4% de ciudadanos españoles (INE, 2010). Lo que resulta relevante para el estudio es saber que la feminización de los flujos migratorios es un hecho en nuestro país. Las mujeres representan casi la mitad de la población inmigrante, el 45,9% (Gentil, 2009), y “en España, desde mediados de los ochenta, se asiste a una feminización de los flujos migratorios extracomunitarios” (Parella, 2000:4). La emigración femenina se analiza en el contexto de interrelación entre, por un lado, la existencia de un sobrante de mano de obra en los países de la periferia y, por el otro, la demanda desde los países desarrollados, de mano de obra migrante femenina (Parella, 2003). Los países desarrollados necesitan de población inmigrante como mano de obra barata, ofreciéndoles los puestos más bajos de la escala del mercado laboral (Martínez de Miguel, 2009).

El sector doméstico de cuidados es una de esas actividades en las que la población extranjera, principalmente femenina y sobre todo latinoamericana, pueden insertarse al cabo de pocos meses de su llegada a España. De ese modo, una de las principales características de la composición de los actuales flujos migratorios que llegan a nuestro país es su tendencia a la feminización y también a la latinoamericanización (Izquierdo, 2003).

Paralelamente al fenómeno de la inmigración, y desde hace unas décadas, sobre todo, en los países occidentales se habla del progresivo envejecimiento de la población, y de las importantes repercusiones sociales, económicas y de salud que ello puede conllevar (Libro blanco de la dependencia, 2004). La combinación de inmigración y envejecimiento supone un espacio de interacción entre personas mayores autóctonas y la población procedente de otras culturas, dando lugar a que se mitigue la situación de la escasez de cuidadores familiares, al tiempo que se favorecen nuevos modos de interacción entre los unos (las personas mayores) y los otros (los inmigrantes). En un principio, la relación entre las mujeres inmigrantes y las personas que cuidan está marcada por el carácter laboral. El encuentro es satisfactorio cuando los mayores encuentran una atención a su dependencia y las cuidadoras se sienten acompañadas en su proceso migratorio (Martínez de Miguel, 2009).

## **1.2. EL AUMENTO DE LA DEPENDENCIA: LOS RECEPTORES DEL CUIDADO Y EL CUIDADO FAMILIAR.**

En los últimos censos de población española, así como en las previsiones que se hacen para el futuro, se muestra como la franja de edad que experimenta el mayor crecimiento es la que abarcan los mayores de 65 años, resultando significativamente importante a partir de los 80 años (INE, 2001). Cabe esperar que en los próximos años, la población española envejezca y que nuestros mayores alcancen con relativa frecuencia edades que oscilarán entre los 75 y los 85 años (Puga y Abellán, 2001).

La dependencia asociada al envejecimiento (Otero, Zunzunegui, Rodríguez-Laso y Lázaro, 2004), es una de las

principales variables relacionadas a la percepción de un peor estado de salud. Cuando los mayores empiezan a sentirse enfermos, débiles, o simplemente no se sienten capaces, se convierten en demandantes de cuidados, independientemente del diagnóstico de salud o de sus limitaciones objetivas (Casado Marín, López Casanovas, 2001; Puga, 2001).

Basándose sólo en el envejecimiento de la población, no se puede hacer una previsión de cuál va a ser la población dependiente en el futuro; por sí solo, el envejecimiento, no supone necesariamente un aumento de los niveles de dependencia. Además, resulta difícil catalogar a una persona como dependiente debido a que la dependencia se puede mirar desde distintos ámbitos y definiciones. La dependencia es, por tanto, un fenómeno controvertido en cuya definición y medición no se ponen de acuerdo los distintos autores. La bibliografía distingue entre dependencia demográfica que definiría la relación existente entre grupos de edad jóvenes y mayores; dependencia económica como la relación entre población activa y la no productiva; dependencia psicológica y mental como la capacidad de poder cubrir las necesidades afectivas y emocionales; dependencia social y política la creada por la falta de extensión de los beneficios del estado protector y finalmente la dependencia sociosanitaria, como el estado en el que se encuentran las personas por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física psíquica o intelectual y que requieren ayuda para realizar las actividades de la vida diaria (Puga, 2001; El Consejo de Europa, 1998; Organización Mundial de la Salud, 1980; Defensor del Pueblo, 2000; Rodríguez Rodríguez, 1998; Baltes, 1996.). La definición de la reciente Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Protección de las personas en situación de Dependencia, la define como:



“Dependencia: 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 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” (Ley 39/2006 de 14 de diciembre:3).

A pesar de las múltiples y variadas definiciones, todos los autores coinciden en que no se trata de un problema estrictamente sanitario, sino que depende de factores, personales, sociales, económicos y ambientales. La dependencia, por tanto, abarca situaciones derivadas de la discapacidad, pero también del entorno y del medio en el que esta se da.

Conocer y prever cuál va a ser la población dependiente en el futuro resulta complicado e incierto, pero lo que sí se puede asegurar es que, independientemente de los supuestos y parámetros utilizados, la población mayor dependiente seguirá aumentando (Puga y Abellán; 2001). En España, hoy en día, las personas mayores necesitan cada vez mayores cuidados y además más complejos, lo que se percibe como un motivo de preocupación en todos los ámbitos. Es verdad que en todas las sociedades, han existido, y siguen existiendo, personas que precisan cuidados y ayudas de otras, y que ello no ha supuesto ningún problema, hasta ahora, pero la realidad está cambiando.

### **1.3. EL CUIDADO, ASPECTOS FAMILIARES Y PROFESIONALES. REFLEXIÓN A PARTIR DE SU EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO.**

El cuidado constituye un hecho histórico y es una constante que existe desde el principio de la Humanidad. Para situarnos en el estudio va a definirse el concepto de cuidado a partir de una reflexión sobre su evolución histórica mostrando su progreso hasta nuestros días. Por un lado se describirán las características del cuidado, se establecerá lo que se considera cuidado familiar, situándolo en el tiempo y contrastándolo a su vez con el origen de los Cuidados de Enfermería. De ese modo podremos descubrir el momento en que el cuidado formal aparece ligado a la profesión enfermera y qué aspectos son concluyentes para fundamentar que el estudio de todo cuidado resulta importante como aspecto propio de la disciplina enfermera, ya sea para contribuir a su cuerpo de conocimiento o para profundizar en su análisis. Establecer la diferencia entre cuidado familiar y profesional nos ayudará a entender qué tipo de cuidado es el que prestan las cuidadoras inmigrantes a las personas mayores dependientes.

El pensamiento enfermero puede resumirse en la palabra cuidado (Fajardo y Germán, 2004). Definir el concepto de cuidado implica conocer previamente lo que significa cuidar. Se trata de una palabra ampliamente utilizada y aplicada a campos muy diversos; así decimos que cuidamos cuando realizamos actividades tales como encargarnos de las plantas, ocuparnos de un bebé o aplicar técnicas que mejoran nuestra apariencia física (Galiana y Lidón, 2009). Pero el cuidado es también estudiar las intervenciones que tienen que ver con las respuestas que dan las personas a los procesos de salud y enfermedad, dependencia, e incapacidad. Resulta relevante para esta Tesis introducir el

cuidado desde la perspectiva histórica, porque el cuidado familiar está cambiando al tiempo que lo hacen los actores implicados en el mismo. Si bien el cuidado ofrecido por la familia no puede desaparecer, es verdad que estamos asistiendo a una reestructuración de su significado e implicaciones.

Las mujeres inmigrantes están asumiendo cada vez en mayor medida el cuidado de las personas mayores en sus hogares. Y al realizarse este cuidado dentro del hogar, y referirse al mantenimiento de la vida humana, contrasta con la connotación del mismo como cuidado remunerado, el que es entendido como trabajo y que según la literatura tiene unas características muy particulares (Martínez-Veiga, 2004).

El trabajo o la profesionalización del cuidado desde el punto de vista histórico, acontece paralelamente al desarrollo de la disciplina enfermera. Para las enfermeras los cuidados así entendidos, constituyen el centro de su actividad profesional (Galiana y Lidón, 2009). Realizar un recorrido por el concepto “cuidar” y “cuidado” supone reconocer como este hecho ha estado siempre presente en todas las culturas y grupos sociales (Bover, 2004). El cuidado es entendido como el conjunto de todas aquellas actividades humanas físicas, mentales y emocionales dirigidas a mantener la salud y el bienestar del individuo y/o comunidad (Collière, 1993). La misma autora define:

“Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación” (Collière, 1993:7).

También se utiliza el concepto “care”, que en castellano puede traducirse como “cuidar” y que representa al conjunto de actividades que tienen como finalidad paliar el deterioro físico y/o

psicológico de aquellos que no pueden valerse por sí mismos. "Care" es un concepto introducido en la literatura feminista británica, preocupada por analizar la relación entre el cuidador y el receptor de cuidados (Martínez-Buján, 2008a).

El cuidado está presente desde los principios de la vida humana, si bien, definirlo teóricamente no es tarea fácil por encontrarse muy unido a lo manual, a la actividad de cuidar, como bien describe Graham:

"El cuidado no es algo que puede definir fácilmente, ni siquiera con el diccionario. En términos generales, es un concepto que abarca gran variedad de experiencias humanas que tienen que ver con el sentimiento de preocupación, y hacerse cargo del bienestar de los demás. Esta definición alerta inmediatamente a la cuestión de los significados e implicaciones: "sentimiento de preocupación" y "hacerse cargo" tienen consecuencias tanto psicológicas y materiales. La experiencia de cuidar toca al mismo tiempo lo que eres y lo que haces" (Graham, 1983: 13).

Desde tiempos remotos, los hombres se preocuparon de asegurar la continuidad de la vida de grupo y perpetuar la especie, organizando las tareas para asegurar la cobertura de una serie de necesidades: alimentación, protección de intemperies, defensa del territorio, salvaguarda de los recursos y de las enfermedades (Collière, 1993). De ese modo, el cuidado aparece siempre ligado al ámbito privado y familiar. Precisamente ese, es el primer cuidado identificado por varios autores: el del mantenimiento de la vida, el cuidado íntimo relegado a lo doméstico y a la labor femenina, el cuidado manual y empírico basado en la observación (Collière, 1993; Hernández, 1995; Siles, 1999). En un momento histórico ese cuidado se desdobra, por expresarlo de alguna manera, por un lado, el cuidado familiar que sigue existiendo y manteniéndose cercano a las connotaciones íntimas del mismo, y

por otro aparece un cuidado en manos diferentes a la familia y que suele realizarse en un lugar fuera del hogar, lo cual suele relacionarse con la evolución y desarrollo de los cuidados de Enfermería (Collière, 1993; Hernández, 1995; Siles, 1999). De ese modo, aparecen unidas al concepto cuidado, por un lado la división sexual del trabajo y por otro la dicotomía entre la esfera pública y la privada, como bien se muestra en los estudios feministas y sociológicos (Murillo, 1996; Esteban, 2003; Martínez-Veiga, 2004; Martínez-Buján, 2008a), lo cual se puede extrapolar a lo que está sucediendo hoy en día con el cuidado pagado fuera de la familia. Aunque el cuidado resulte fundamental para la disciplina enfermera, no es una actividad exclusiva de los profesionales de Enfermería (de la Cuesta, 2004a). Así aunque “los cuidados enfermeros también constituyen una constante histórica, que, desde el principio de la humanidad, surgen con carácter propio e independiente” (Hernández-Conesa, y Esteban-Albert, 1999: 27), la evolución del cuidado, familiar y profesional, ha seguido distintos caminos a pesar de alimentarse de un germen común.

Los cuidados, ya sean el familiar o los cuidados de Enfermería, han existido siempre, pero su visibilidad social no ha ido paralela a la relevancia del mismo. El significado de cuidar surge unido a la supervivencia de las personas. Precisamente, resulta esclarecedor para el tema que nos ocupa lo que afirma Miró (2008):

“Las relaciones de género también han contribuido a que la profesión haya sido relegada y limitada al ámbito doméstico o privado, lo que colisiona frontalmente con lo que se considera la esfera de lo público que confiere un estatus social superior o de dominio sobre la esfera doméstica (Antonín, Flor y Tomás, 2003; García, Sainz y Botella, 2004). Y aunque la profesión y el cuidado posean importancia social y relevantes implicaciones económicas y políticas, se han desarrollado en una condición de

reclusión, de invisibilidad y de poco prestigio social (Copnell, 2006; Copnell y Bruni, 2006; Holmes y Gastaldo, 2004; Ramió, 2005)” (Miró Bonet, 2008: 44)”.

Además como comenta Siles:

“Las enfermeras por antonomasia, son las herederas del rol biológico constituido por el arte de cuidar enfermos, niños, ancianos y heridos. Por ese motivo su regulación como profesión se demoró tanto como el resto de las actividades fundamentadas en la división sexual del trabajo” (Siles, 2004:237).

Podemos por tanto, establecer un paralelismo con la visibilidad social del cuidado hecho por inmigrantes. Este es un cuidado que se demanda, se paga, y que se realiza bajo la autoridad de otros. El cuidado familiar y el cuidado “profesional” dispensado históricamente, han sido más una “labor” y “tarea” delegada a manos invisibles socialmente y sobre el que no se ha teorizado lo bastante. El concepto “cuidado” se halla inseparablemente unido a la actividad de cuidar y se ha considerado un “saber meramente práctico” (Hernández-Conesa y Esteban-Albert, 1999:2).

Resulta relevante conocer cómo ha ocurrido el proceso de la profesionalización del cuidado, ya que nos ayudará a entender porqué los límites entre ambos cuidados (familiar y profesional), son a veces poco claros y difusos. También en una reciente revisión bibliográfica sobre el cuidado familiar se destacó la importancia de profundizar en la comprensión del fenómeno del cuidado familiar y en las experiencias de los propios cuidadores, para mostrar la magnitud y características del cuidado brindado por familiares, al tiempo que se pretendía visibilizar la importante labor que las mujeres llevan a cabo en el interior de los hogares (de la Cuesta 2009a).

### 1.3.1. LA PROFESIONALIZACIÓN DEL CUIDADO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

El vocablo enfermería se define en la vigésimo segunda edición del Diccionario de la Lengua Española (2001), publicado por la Real Academia, como:

“Profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas”.

La etimología de la palabra enfermería tiene dos vertientes, por un lado el término anglosajón "nurse" con el que se designa a la enfermera, se deriva de dos palabras latinas, "nutrire" (alimentar) y "nutrix" (mujer que cría) (Donahue, 1985). Y por otro, el término "enfermería" que está relacionado con el de "enfermedad" (del latín "infirmas") y define de forma más concreta la actividad del cuidador, aquellos cuidados relacionados con la supervivencia, cuidados durante el parto, lactancia y crianza, así como los cuidados a los enfermos (Donahue, 1985).

En la literatura enfermera, el cuidado se define como la profesionalización de la actividad de cuidar:

“La historia le ha dado a la enfermería el incomparable encargo social del cuidado profesional. No entender estas raíces y la trascendencia de este encargo, significa no entender la misión social de la enfermería como profesión” (Malvárez, 2007:8).

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001), el término profesionalización significa “dar carácter de profesión a una actividad”. Una actividad es un conjunto de acciones o tareas que se realizan con un fin determinado. Si la función de una profesión es la responsabilidad que tiene en la sociedad, la razón de ser de una profesión, en el contexto social, corresponde al fin último para el que ha sido

creada. En definitiva, lo que hace y que ninguna otra profesión puede ofrecer. En el caso de la enfermería, la responsabilidad, la razón de ser, el fin último, lo que hace en la sociedad es cuidar. Esta función amplia y abstracta se hace operativa a través de las actividades que desarrollan las enfermeras, personas que conforman la profesión.

Los cuidados enfermeros se han asociado a la figura femenina, de tal modo que se ha naturalizado la actividad de cuidar por la mujer, entrando a formar parte de las invisibilidades propias de las tareas desarrolladas por la mujer. Esta feminización de la profesión es la responsable de que la enfermería haya sido una actividad no profesional hasta finales del siglo XIX y que haya estado dominada por la clase médica, una clase masculinizada que encarna al hombre (médico) controlando a la mujer (enfermera) en el cuidado del hijo (enfermo) (Granero, 2009).

Han tenido que pasar varios siglos, desde el origen del cuidado y de la profesión enfermera, para que se relacionaran los conceptos enfermería y cuidado de forma teórica en la literatura. Ha tardado, pero la disciplina enfermera en los últimos veinte años se ha acercado de manera intensa y sistemática al concepto de cuidado, haciendo énfasis en los conceptos relacionales del cuidado y no tanto en sus aspectos técnicos (de la Cuesta, 2004a). Contrasta a su vez que desde la perspectiva sociológica se plantee “si el “cuidado” puede ser equiparado a un empleo formal puesto que en su interior operan vínculos de cariño y afecto que difícilmente pueden traducirse en un salario” (Martínez-Buján, 2008) y que Graham (1983) afirme que, aunque reconoce la existencia de cuidado en el trabajo pagado de la salud de los trabajadores de los servicios sociales, afirma que la relación entre el cuidador y el cliente no forma parte de la esencia del “caring”



por ella concebido. La ausencia de lazos de afecto y de la obligación social de “cuidar” que sí existe en el interior del hogar para los miembros femeninos repercute en que el “trabajo de cuidado” remunerado sea totalmente diferente (Martínez-Buján, 2009:55).

Desde la literatura enfermera no se considera así. Cuidar, por tener una importante parte relacional que pone en contacto a dos personas, la que cuida y la que es cuidada, hace que las enfermeras tengan que reflexionar sobre las emociones y las actitudes que acompañan a los cuidados (Collière, 1993). En consecuencia, el objetivo último que se persigue con los cuidados profesionales no es ejercer el control desde una situación de poder. No se trata de llevar a la persona donde el profesional decide que debe ir, sino de acompañar al otro allí donde está dispuesto a ir en su proceso de salud, reforzando su potencial, proporcionándole sostén, facilitando su transformación, en contrapunto del cuidado profesional entendido como la mera ejecución de tareas o de técnicas (Galiana y Lidón, 2009). Como afirma Collière:

“Demostrando que cuidar no puede limitarse a tratar, esta corriente (la que se centra en el desarrollo de la salud) aclara un nuevo aspecto de los cuidados de enfermería y les da una dimensión social y económica extendida a la comunidad” (Collière 1993:176).

De esta forma, el cuidado tiene un poder, el de nutrir tanto a la persona cuidadora como a la persona cuidada (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, Major., 1996).

### 1.3.2. LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUIDADO EN CONTRASTE CON SU PROFESIONALIZACIÓN.

En los Países Mediterráneos se está viviendo la transición «from a “family” to a “migrant in the family” model of care», o lo que es lo mismo: De una “familia” a un Modelo de atención y cuidado “inmigrante en la familia” (Bettio, Simonazzi y Villa, 2006:272), donde las mujeres inmigrantes pasan a ser una pieza clave para garantizar la asistencia en el cuidado a domicilio de personas dependientes, o la asistencia en la realización de las tareas domésticas del hogar. Los hogares españoles han ido modificando las formas cotidianas de gestión y ejecución del trabajo doméstico y familiar. Una de las principales novedades de esta alteración es el incremento de hogares que deciden “mercantilizar” este trabajo.

Definir “mercantilización” es hacer una reflexión sobre lo que implica el concepto. Si nos ceñimos a la definición que ofrecen los diccionarios nos encontramos con que se trata de “Convertir en mercantil algo que no lo es de suyo” o “Dar aspecto de negocio o hacer preponderar el aspecto lucrativo en cosas que deben ser desinteresadas” (Real Academia Española de la Lengua, 2001; María Moliner, 2007). El proceso de mercantilización de la vida es por tanto, aquel por el cual se van introduciendo dentro del marco del mercado, actividades y recursos útiles para la vida, que previamente no estaban en ese marco. Por tanto, cuando se adquiere el cuidado fuera del hogar, donde tradicionalmente se había procurado, se está introduciendo el “cuidar” en el mercado. Se ha mercantilizado el cuidado. Pero contrariamente a lo que pudiera esperarse, que podría ser que el cuidado adquirido en el mercado fuera profesional, de mayor calidad y mejor, “los sustitutos comerciales de las actividades familiares suelen ser

mejores que las actividades originales” (Hochschild, 2008: 61). Al delegarse las funciones familiares a favor del movimiento mercantil, y al producirse la transposición del trabajo doméstico y del cuidado a la esfera del mercado, no se ha traducido en una profesionalización de esta ocupación. Los cuidados se siguen desarrollando bajo un régimen laboral muy frágil y en unas condiciones de trabajo que arrastran secuelas del servilismo (Castelló, 2008; Parella, 2003).

Una de las soluciones privadas predilectas para garantizar la asistencia a las personas dependientes es la mercantilización del trabajo doméstico y de cuidado, el cual se ha favorecido gracias a la amplia disponibilidad de mano de obra femenina inmigrante para realizar este tipo de trabajo. Así, se materializa un trasvase de la domesticidad y el cuidado al mercado, teñido por un proceso de *etnización* y *mundialización* de los servicios orientados a la atención de las personas dependientes y del hogar (Castelló, 2008).

El amor y el cuidado, cimientos de la vida social, hoy suscitan grandes interrogantes en el núcleo familiar. En la literatura se empieza a analizar cómo el "cuidado" (con especial atención al de los ancianos en el seno de la familia) es un trabajo, una labor (Hochschild, 2008), donde las inmigrantes son las grandes protagonistas del "drenaje del cuidado" de las familias a los extraños. La familia "artesanal", está dando paso a una familia posindustrial, en las que las tareas ya no son desempeñadas por madres o abuelos, sino por "especialistas externos" como niñeras, enfermeros, psicólogos, cuidadoras contratadas, e incluso, animadores de fiestas de cumpleaños (Hochschild, 2008: 13). Por tanto:

“Cada vez producimos menos cuidado familiar y cada vez lo consumimos más. En efecto, cada vez es más común que “cuidemos” mediante la adquisición del servicio o del objeto apropiados” (Hochschild, 2008:14).

La mercantilización del cuidado junto con el tratamiento naturalizador y emocional del cuidado, se traduce directamente en que dichas funciones, así como los conocimientos que comportan, no tienen igual reconocimiento social y simbólico que otros trabajos y saberes. Por ejemplo, en la mayoría de estudios y discursos al respecto no se les confiere a las mujeres cuidadoras el mismo estatus “profesional” que tienen otros colectivos relacionados con la atención a la salud, como el personal médico-sanitario o los trabajadores de servicios sociales, que son considerados los expertos (Esteban, 2003). Actualmente nos encontramos que coexisten varias formas de dispensar cuidado: uno es el tipo de cuidado “*doméstico o familiar*”, el de madre a hijo, mujer a marido, hija a madre... aquel que se basta de la buena voluntad, amor filial y el esfuerzo empírico. Otro es el “*cuidado profesional*”, es decir, aquel cuidado que requiere de determinadas competencias, entendiendo como tal el conjunto de aptitudes (procedimentales, técnicas, intelectuales, cognoscitivas, legales) y actitudes (asumiendo el “yo profesional”, e involucrarse desde la voluntad de brindar cuidado), lo cual exige no sólo la capacidad de cuidar, el poder cuidar, sino también la voluntad y predisposición para brindar cuidado, el querer cuidar. Este es el que realizan los profesionales de enfermería y los servicios sanitarios y sociales. Y también, y no menos importante, un “*cuidado mercantilizado, no profesional, no formal*”, que comparte características con el cuidado familiar. Algunos autores consideran el cuidado mercantilizado como un trabajo en el que se entremezclan fuertes lazos afectivos y emocionales:

“El cuidado de mayores se ha convertido en un oficio de dar cariño, de otorgar amor y bienestar, especialmente el que se desarrolla en el sector doméstico de cuidados por mujeres inmigrantes” (Martínez-Buján, 2009d:59).

Hoy en día se distinguen en la literatura distintas acepciones para establecer diferencias teóricas entre cuidado formal e informal o familiar. El cuidado formal es profesional y lo desarrollan fundamentalmente las enfermeras (De la Cuesta, 2004a). Si bien, “Cuidado informal”, es una forma de llamar a aquel que es prestado por un miembro de la familia, que es la que tradicionalmente asume esa función, estos cuidados también pueden provenir de otras personas, generalmente amigos, vecinos o incluso personas contratadas. Cabe destacar que en numerosas ocasiones, se establece una relación afectiva y familiar con la persona cuidada (García Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004). Como afirma de la Cuesta:

“Efectivamente, el análisis de la literatura sugiere que la naturaleza de esa relación es lo que marca la diferencia entre el cuidado formal e informal, incluso es común que se considere el cuidado familiar mejor que el profesional por la intimidad afectiva de la relación” (de la Cuesta, 2004a:4).

Lejos de revalorizarse el cuidado, como ocurre con aquello que se compra y se vende, asistimos como asegura Hochschild (2008: 13) a un descenso del mismo en cuanto a honores y recompensa monetaria. A pesar de que el cuidado sigue siendo objeto de preocupación y de estudio, en la práctica se ha convertido en un trabajo “del que es preciso salir”. En palabras de la autora:

“El “cuidado” se ha ido al cielo en el terreno ideológico, pero en la práctica se ha ido al infierno” (Hochschild, 2008:13).

#### **1.4. EL CUIDADO FAMILIAR A LA DEPENDENCIA EN NUESTROS DÍAS.**

A través de este análisis histórico se ha señalado que el cuidado entendido a modo de prestar un servicio, guardar, proteger, preocuparse... o hacer bien al otro, no pertenece en exclusiva, ni a la familia, ni a los profesionales de enfermería. De la Cuesta, en una revisión crítica sobre el cuidado familiar afirma, citando a varios autores, que:

“El término cuidador es un constructo socio-político (Simón, Kumar y Kendrick, 2002); ya que en ciertas lenguas no existe la equivalencia y en otras el vocablo es nuevo (Netto, 1998). Hace 20 años, en España, esta palabra no se empleaba aunque la actividad sin duda existía: en las familias tradicionales se designaba a una hija para que se ocupara de los mayores. La herencia y el sexo eran las pautas que establecían el papel de cuidador familiar (Rodríguez, 1994)” (de la Cuesta, 2009a:96).

El fenómeno del cuidado a las personas mayores, es un tema muy complejo donde se entremezclan cuestiones sociales, económicas y de género. Es a su vez de gran interés social y político. Muestra de ello son las iniciativas legales que se están promoviendo para la protección de las personas en situación de Dependencia, tales como la llamada popularmente “Ley de Dependencia”, así como el número de publicaciones que han abordado el tema en los últimos años (Libro Blanco de la Dependencia, 2002, y 2004).

En los años 90, se estimaba que en Europa, más de un tercio de los cuidados recaían en la familia (Nolan, Grant y Keady, 1999). Y esa tendencia lejos de disminuir ha ido al alza. Con un 16,5% de personas que sobrepasan los 65 años, España se ha convertido en un país envejecido. La asociación entre edad y

ausencia de autonomía repercute en una elevada presencia de población dependiente. La Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2008 indica que existen 3,8 millones de personas con alguna discapacidad, lo que supone el 8,5% de la población. Remitiéndonos al colectivo de más de 65 años, las cifras indican que el 30,5% de las personas mayores poseen algún tipo de discapacidad, estando asociada a una dependencia en un 21,6%. Es decir, al menos un cuarto de las personas de más de 65 años son dependientes y necesitan de la ayuda de una tercera persona para realizar las actividades de la vida diaria (Martínez-Buján, 2009a).

Poniendo estos datos en relación con la oferta pública de servicios sociales destinados a cubrir las situaciones de dependencia, se encuentra una auténtica escasez de cobertura en la protección social. Las principales fórmulas de asistencia personal desarrolladas desde la Administración (es decir, las residencias gerontológicas, el servicio de ayuda a domicilio, la teleasistencia y los centros de día) presentan un índice de cobertura de un 12,1% (Sancho, 2007). Es decir, tan solo doce de cada cien mayores son usuarios de un servicio público. Con estas cifras ya se intuye que la familia se convierte en la institución protagonista en la provisión de cuidado y asistencia de las personas de edad. En unos casos es la única proveedora de la atención y en aquellos en los que existe un apoyo de los poderes públicos, éstos tienen un papel complementario. El respaldo familiar es el colchón que amortigua las contingencias de nuestros mayores (Martínez-Buján, 2009b).

En España, la familia es la principal fuente de cuidados a personas mayores dependientes. El 20,7% de las personas adultas prestan asistencia a una persona mayor con la que

conviven (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005b). Esta asunción del cuidado suele hacerse por una relación afectiva, familiar o marcada por una obligación moral o social, aunque pueda que, en algunos casos, haya una compensación económica o material (Russ, 2005). En la realización de estos cuidados, cabe destacar su visibilidad. Se sabe de su existencia, pero en la mayoría de investigaciones suele relegarse a un segundo plano, tomándose como punto de partida un tipo de patología o persona dependiente, a partir de la cual se identifican a sus cuidadores, (García Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004).

El cuidado familiar se escribe en femenino, las cuidadoras españolas se encuentran en una media de edad de 52 años (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005b; Zabalegui y col, 2005). El perfil sociodemográfico del cuidador es un mero reflejo de la estructura de la familia tradicional, que ha inscrito en la mujer la responsabilidad de los cuidados dentro del hogar (Libro blanco de la Dependencia, 2004). Estas cuidadoras asumirán el cuidado de sus maridos o padres, realizando todo tipo de actividades de la vida diaria o cuidado personal que no sea capaz de realizar la persona dependiente por sí sola. Son de lo más diversas y van desde los cuidados personales e instrumentales, hasta la vigilancia y cuidados sanitarios (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005b).

#### 1.4.1. EL CUIDADO EN EL HOGAR: UN DESEO DE LAS PERSONAS MAYORES EN CONTRASTE CON LA POSIBILIDADES DE ATENCIÓN DE LAS FAMILIAS.

Permanecer en casa con una cierta dependencia, es todavía hoy el anhelo de la mayoría de las personas mayores que conforman la sociedad española. Nuestros mayores manifiestan



en su mayoría la preferencia de permanecer en su entorno, sin tener que cambiar de domicilio. Casi 7 de cada 10 desea permanecer en su casa, aún en el caso de necesitar ayuda (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005a). Además, otras situaciones como la dispersión geográfica de los hijos, la falta de descendientes, la escasez de espacio en las viviendas de los familiares, la muy arraigada idea de estorbo, y muchas otras propician que cada vez sean más los mayores que de una manera u otra se ven abocados a vivir solos en su domicilio (López Doblas, 2005).

Las personas mayores, en su mayoría, siguen confiando en la red familiar en el caso de necesitar ayuda. Y en general, los españoles siguen pensando que el cuidado de los padres ancianos es una obligación principalmente de los hijos; aunque la sociedad y el Estado deberían también implicarse (Pla Julián y col, 2004). Personas dependientes, que requieren cuidados en más o menos intensidad, se encuentran en todos los tramos de edad, aunque, es a partir de los 65 años, y de forma muy notable a partir de los 80, donde aumenta la probabilidad de la aparición de dificultades para poder seguir teniendo una vida autónoma. Igualmente, con los años la necesidad de cuidados de larga duración aumenta considerablemente (Casado Marín y López Casanovas, 2001). Según la literatura, la mayoría de estos cuidados se han prestado siempre por cuidadores familiares, llegando a 93'7% (Abellán 2002) y las necesidades de cuidados no habían constituido un problema mientras se desarrollaban tras los muros del hogar, dentro del ámbito de lo privado y asumido por las mujeres como responsabilidad natural. Pero, esta situación está cambiando (Pla Julián, 2004).

En estos momentos la realidad es una población cada vez más mayor, en una sociedad donde cada vez son menos los jóvenes que participan del cuidado de sus mayores (Durán y Roguero 2004). El interés de las personas de edad, en la sociedad actual, de seguir en su propio domicilio, manteniendo al máximo su vida independiente (Abellán. 2002), choca con la poca disponibilidad de los cuidadores familiares. La progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral, el cambio de valores y de visión que se tiene acerca de las personas mayores, el cambio de la estructura familiar que en muchas ocasiones supone además una gran dispersión geográfica de los distintos miembros de las familias son, entre otras, las causas que pueden generar dificultad por parte de los hijos para poder atender a sus personas mayores al vivir, con frecuencia, en domicilios alejados de los padres. (Pla Julián, 2004).

Los hijos, para no desentenderse de los cuidados y ante la inminente falta de recursos sociosanitarios de proximidad, (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005b) tienen que buscar algún otro tipo de ayuda. Como además, generalmente, las personas mayores no disponen de suficientes recursos económicos para poder pagar los cuidadores, son los hijos los que deben correr con el gasto que suponen los cuidados (Duran y García, 2005). Si a esto le añadimos que las necesidades de atención abarcan todas las actividades para la vida diaria de las personas dependientes, es mucho más difícil que estas necesidades puedan ser cubiertas en su totalidad sólo por los familiares, precisándose de alguien que pueda suplir o apoyar en la realización de estos cuidados. El objetivo principal de los cuidados, es que las personas puedan permanecer en su hogar (Domínguez Alcón, 1998 y 1999). La ayuda prestada se suele

realizar de una manera regular, estando el cuidador con la persona dependiente la mayor parte del tiempo del día.

Por otro lado, a medida que la enfermedad avanza, las relaciones familiares van cambiando y el cuidado en la casa requiere de destrezas y conocimientos cada vez más sofisticados (Wackerbart., 1999). Incluso es posible que aumenten las complicaciones en el manejo de la enfermedad. Se sabe que el envejecimiento de los pacientes produce una acumulación de limitaciones (Puga González y Abellán García, 2004), que hace del cuidado en la casa un asunto cada vez más complejo. Además, conforme envejece la población, la posibilidad de padecer una demencia aumenta y ello supone que el cuidado sea intenso y con una dedicación y vigilancia constantes (Conde Sala 1998; De la Cuesta 2004b). El cuidado es cambiante, se adapta a los tiempos y situaciones.

El fenómeno del cuidado de mayores por personas de origen extranjero tiene profundas implicaciones económicas, políticas y sociales (Rogerio y Martín Coppola, 2009). En el plano económico, esta actividad tiene grandes repercusiones en la economía sumergida nacional, en la situación económica de las familias autóctonas y en el volumen de las remesas que los inmigrantes envían periódicamente desde España hacia sus países de origen. La cuestión política emerge de la contradicción entre la función clave que cumple este colectivo y su estatuto de alteridad social, económica y jurídica no sólo como trabajadores, sino también como ciudadanos. Desde el punto de vista de los inmigrantes, el afrontamiento del cuidado a mayores constituye la asunción inmediata de un trabajo intenso en el contexto privado del hogar, que implica un acelerado proceso de inmersión cultural. Para las familias autóctonas significa la participación de una

persona ajena al hogar y con un bagaje sociocultural diferente en una tarea íntima, tradicionalmente realizada por las mujeres (Rogerero y Martín Coppola, 2009).

#### 1.4.2. COMPLEJIDAD E INTENSIDAD DEL CUIDADO

A medida que la persona envejece el requerimiento de cuidados tiende a aumentar tanto en calidad como en cantidad. Es en ese momento en que los requerimientos son más importantes, que la familia suele buscar ayuda para realizar los cuidados de su familiar dependiente y valora como importante la disponibilidad horaria del cuidador.

En un estudio exploratorio realizado en Madrid sobre las condiciones de trabajo de las trabajadoras inmigrantes que cuidan a personas mayores en su domicilio, se prestó especial atención a su dimensión temporal (tiempo de trabajo, calendario, horario y actividades realizadas), aplicando un instrumento metodológico de “encuesta piloto sobre uso del tiempo a cuidadoras de origen extranjero en la Comunidad de Madrid 2008”. Se desatacaron dos resultados fundamentales. Se distinguen dos tipos básicos de cuidadoras según las tareas que realizan: la “acompañante-ama de casa” que asume fundamentalmente actividades domésticas y de acompañamiento y no suele proveer cuidados sociosanitarios ni ayudas personales; y la “enfermera-ama de casa” que realiza un amplio abanico de actividades, cuyo núcleo diferenciador son los cuidados sociosanitarios y las ayudas personales en el hogar, aunque también suelen desempeñar actividades domésticas (Rogerero García y Martín Coppola, 2009).

El tiempo de cuidado refleja la valoración social del mismo y su distribución entre los distintos actores, dejando entrever el tipo

de articulación del cuidado inmigrante con la atención familiar. Esta toma dos formas básicas: el reparto, cuando los servicios de cuidado se proveen coordinadamente con la familia, o la delegación del cuidado, si el cuidado es desarrollado por inmigrantes, suplantando completamente o en gran medida la labor ejercida tradicionalmente por la familia (Roger García y Martín Coppola, 2009).

El cuidado hecho por inmigrantes resulta cada vez más complejo, aparecen en varios escenarios de cuidado como ancianos y terminales, por lo que deben manejar medicación, cuidados básicos, higiene, alimentación y al tiempo ser nexo de comunicación con los equipos de profesionales sanitarios con los que no están familiarizados (Cubedo, 2006). Incluso los casos que más llaman la atención por el alto grado de vulnerabilidad y de complejidad, son los de aquellas cuidadoras que, estando trabajando como internas, tienen que hacer frente a la asistencia de más de un anciano (Martínez-Buján, 2009b). Deben trabajar más duro cuanto mayor es la situación de dependencia, apareciendo con frecuencia sentimientos de estrés o carga, que están influenciados por el tipo de enfermedad o nivel de discapacidad de la persona mayor (Yanguas Lezuan, 2001).

#### 1.4.3. UN CUIDADO EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD.

Los cuidadores inmigrantes son vulnerables dentro del Sistema sanitario debido a las condiciones de precariedad y desarraigo que acompañan al hecho migratorio (Moreno, 2003). El cuidado a ancianos se realiza en la intimidad del hogar y en los márgenes de la legalidad pero es una de las pocas opciones que tienen las mujeres inmigrantes; precisamente por tratarse de un

trabajo oculto y no regulado no encuentran dificultades para acceder a él (El Hadri y Navarro, 2001). Al mismo tiempo se oculta la vulnerabilidad de estas trabajadoras bajo la frontera que marca la privacidad del hogar. En las cuidadoras inmigrantes, la falta o tenencia de “papeles” determinará las mejores o peores condiciones de empleo dentro del servicio doméstico. Una persona en situación administrativa irregular está a merced de la buena o mala fe del empleador, quedando la trabajadora en una situación de gran vulnerabilidad (Aguilar, 2009). En un estudio sobre la informalidad del empleo y la precariedad laboral, se afirma que:

“En particular, dada la vulnerabilidad que supone la condición de inmigrante, la regulación de su situación laboral se considera frecuentemente por las empleadoras un coste que debe asumir la trabajadora” (Plá-Julián, 2004: 139).

Que sean mujeres inmigrantes las que se contratan principalmente para realizar los cuidados, hace que la situación se haga más complicada. A la vulnerabilidad de ser cuidadora, se añade el hecho de ser inmigrante, haciéndolas si cabe más vulnerables (Cubedo, 2006). Otro de los términos que se utilizan para describir la especial situación de las cuidadoras inmigrantes en relación con su vulnerabilidad dentro del mercado de trabajo, es el de “triple discriminación”, que hace referencia a las dificultades que encuentra, sobre todo en la inserción laboral, por su condición de mujer, trabajadora e inmigrante, o lo que es lo mismo, en función de su –clase, género y etnia- (Parella, 2003).

Uno de los asuntos que más se destaca en la bibliografía y que contribuye a dibujar el marco teórico para la comprensión del fenómeno del alivio del peso del cuidado por cuidadoras inmigrantes, es el hecho de que precisamente por ser inmigrantes, las cuidadoras se encuentran en una situación desvalida. Las

cuidadoras viven estigmatizadas, según la acepción de Goffman (2003), con unas connotaciones atribuidas por su etnicidad y por lo precario de la situación. Se da por supuesto que sólo por el hecho de ser inmigrantes y de asumir trabajos que la familia no quiere hacer deben aguantarlo todo y además estar agradecidas.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

# **CAPÍTULO 2: MUJERES INMIGRANTES CUIDANDO EN LA DEPENDENCIA. ASUNTOS TEÓRICOS.**

---

PARTE I: EL PROBLEMA DE  
INVESTIGACIÓN

---

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

En las últimas décadas hemos sido testigos de un importante cambio en los procesos migratorios. España que venía siendo un país emisor de emigrantes, ha pasado a ser receptor de inmigración (IMERSO, 2005a), experimentando uno de los procesos migratorios más intensos de los países desarrollados. La inmigración en España ha existido desde siempre, pero es desde la década de 1990, un fenómeno de gran importancia demográfica y económica (Solé, Parella, Alarcón, Bergalli y Gubert, 2000). Desde los años 80 se ha producido una disminución progresiva de los flujos de salida, al tiempo que, ha aumentado la entrada de población procedente, sobre todo, de países con graves desajustes económicos. Estos hechos dan como resultado un constante aumento de la inmigración tanto legal como ilegal y sitúan a España, según los últimos datos, como el principal país receptor de inmigración de la Unión Europea (Fernández Cordón, 2004).

Diversos autores identificaban al final de la década de los 90 una tendencia a la feminización de las migraciones internacionales como una de las características clave en el cambio del paradigma migratorio y señalaban el considerable aumento de la feminización de las migraciones (Kofman y England, 1997). Fenómeno que sigue en auge hoy día (Solé y Cachón, 2006). La realidad es que las mujeres de países menos desarrollados abarcan la mayoría del trabajo en el servicio doméstico en todo el mundo. En España, el Estado y el mercado son coprotagonistas de la feminización de los flujos: el Estado a través de la política de inmigración articulada por las prácticas institucionales que fijan la entrada y la inserción de los flujos en función de la gestión de grupos migratorios. Y el mercado, a través de una estructura de la demanda en función de las necesidades de las mujeres empleadoras del servicio

doméstico, la mayoría pertenecientes a las clases medias urbanas (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005a).

A pesar de lo que en un principio pudiera parecer oportunidad de colocación para las mujeres que emigran, la trabajadora inmigrante es relegada a los estratos más bajos de la estructura ocupacional, a aquellas actividades remuneradas “típicamente” femeninas, rechazadas por las mujeres autóctonas que han visto aumentar su nivel educativo y que pueden acceder a un abanico más amplio de oportunidades laborales (Parella, 2003). Por lo tanto, la creciente demanda de mujeres inmigrantes procedentes de países pobres para llevar a cabo el trabajo reproductivo en los países ricos supone, sin lugar a dudas, un trasvase de desigualdades de clase y etnia desde las mujeres autóctonas con cualificación que se incorporan al mercado de trabajo, hacia las mujeres inmigrantes, que precisan ingresos económicos y deben dejar a sus familias en sus países de origen (Parella, 2003). Las mujeres adquieren un gran protagonismo en los flujos migratorios. Cada vez más mujeres procedentes de Asia, África y América Latina se introducen en los países europeos con el firme propósito de trabajar como empleadas de hogar (Parella, 2003).

## **2.1. INMIGRACIÓN, DEPENDENCIA Y NUEVAS FORMAS DE CUIDAR.**

En España, al igual que en otros países, los inmigrantes (no comunitarios) tienden a ocupar puestos de trabajo poco cualificados, muchas veces temporales, estacionales o precarios, caracterizados por condiciones de trabajo muy deficientes y frecuentemente no bien remunerados, en mercados de trabajo secundarios (Arango, 2004). Si bien el acceso de trabajadores no

comunitarios al mercado laboral formal está restringido, el trabajo sigue resultando un importante mecanismo de ingreso, de estancia regular y de regularización.

Según la literatura consultada, a los puestos de trabajo que suelen ocupar en mayoría los inmigrantes se les ha venido a denominar nuevos yacimientos de empleo (NYE), los cuales surgen principalmente con una doble función: por un lado, paliar el desempleo crónico en nuestra sociedad, y por otro lado, cubrir nuevas necesidades sociales, desatendidas o parcialmente atendidas (Vilallonga, 2002). El concepto de NYE nació en una coyuntura política, económica, cultural y demográfica determinada, la Unión Europea, en un momento histórico caracterizado por la simultaneidad del crecimiento económico y la permanencia de importantes tasas de paro, y en una época de importantes transformaciones sociodemográficas, de profundos cambios en los valores y los hábitos de consumo de la población. En un contexto, con la experiencia del "fracaso" de las políticas activas y pasivas de fomento del empleo y lucha contra el paro, la Comisión Europea, liderada entonces por Jacques Delors, puso en marcha un conjunto de acciones con el objetivo de hallar soluciones al problema (Colomán-Navarro, 2002). Con estas premisas la Comisión Europea realizó una encuesta en 1994, cuyo resultado fue la primera, y hasta el presente, única propuesta de NYE (Comisión Europea, 1995). De esta forma se hizo público el fenómeno de la génesis de las nuevas ocupaciones (Colomán-Navarro, 2002).

Uno de estos NYE es el cuidado de ancianos. Así, el Servicio Doméstico se convierte, en numerosas ocasiones, en la única oportunidad de inserción laboral de las mujeres inmigrantes que vienen a este país (UGT, 2001; Pérez-Grande, 2008). Pero si

bien el cuidado de ancianos se plantea en principio como una ocasión de ocupación o un yacimiento de empleo, son varios los autores (Martínez-Veiga, 2004; Martínez-Buján, 2006), que coinciden en que lejos de la oportunidad laboral que plantean los NYE, el cuidado se convierte en un “nicho laboral” para las cuidadoras inmigrantes. Definiéndose “nicho laboral” por Lieberson (1980:379) como:

“Las concentraciones que los grupos étnicos inmigrantes suelen desarrollar en ciertos trabajos, ya sea por las características culturales del mismo o por sus particulares habilidades o por las oportunidades laborales abiertas en un primer momento” (Martínez-Veiga, 2004:150).

Se denomina “Nicho laboral” porque aparecen una importante cantidad de puestos de trabajo ocupados por miembros del mismo grupo, pensándose que las personas que pertenecen a ese grupo son las más adecuadas para desempeñar las funciones que el trabajo supone (Martínez-Veiga, 2004). Por tanto, el cuidado a ancianos, se considera un mercado de trabajo cerrado, en cuanto a que las mayores posibilidades de obtener empleo están sólo abiertas a inmigrantes (Martínez-Veiga, 2004).

El fenómeno además también ocurre en otros países de la UE; así un estudio realizado en Alemania sobre el Servicio doméstico, describe como se establece un "nuevo" fenómeno que se manifiesta en toda Europa: el regreso de los trabajadores domésticos y cuidadores de los niños y los ancianos en muchos hogares (Lutz, 2002). Al igual que el realizado en Italia (Rosa, 2004). La situación actual está marcada con que los trabajadores domésticos de hoy, son las mujeres migrantes procedentes de Europa oriental, de Asia o América del Sur.

## **2.2. EL RELEVO EN LOS CUIDADOS, UN ASUNTO QUE PASA DE MUJERES A MUJERES.**

La literatura muestra como la discapacidad comienza a aumentar de forma progresiva entre las mujeres a partir de los 50 años (Puga González y Abellán García, 2004). Resulta esto de gran relevancia porque el 83% de los cuidadores son mujeres (Cabalgue y col., 2005). Si se tienen en cuenta estas características, los cuidadores pueden encontrarse en una situación de fragilidad. Hay estudios que revelan que un 78,5% padecen una enfermedad crónica (López Mederos, Lorenzo y Santiago, 1999) y que en muchos casos el cuidador está discapacitado (Puga González y Abellán García, 2004). Además al tratarse de mujeres, su vulnerabilidad es mayor, debido a que como esposas e hijas suelen proveer la mayor parte del cuidado de larga duración (Yanguas Rezan, Letuario Arrazola y Letuario Arrazola, 2001). Experimentan mayor desgaste por el cuidado (Raschick y Ingersoll-Dayton, 2004) y están expuestas a padecer discapacidades.

Ante esta situación, en la que se entrecruza el envejecimiento de las personas dependientes y el de sus cuidadoras, la inserción de las mujeres inmigrantes en el seno de una división internacional del trabajo reproductivo debe considerarse un fenómeno global; En Europa atañe especialmente a España y a los países situados en el sur del continente como son Grecia, Italia y Portugal (Martínez-Bujan, 2009c). Aunque en nuestro país todavía sea un tema incipiente, fuera de nuestras fronteras se está desarrollando una relevante literatura que analiza los flujos migratorios femeninos como un recurso de los países desarrollados para ocupar aquellos huecos que la inserción laboral de las mujeres autóctonas ha propiciado dentro de los hogares, y

no solamente para encargarse de las tareas básicas de limpieza del hogar, sino también aquellas actividades vinculadas al cuidado de niños, enfermos, mayores y discapacitados. Martínez-Buján (2009d) refiere que:

“Es así como han aparecido recientemente los términos de “criadas de la globalización” (“servants of globalisation”) acuñado por Rhacel Parreñas (2001), “cadenas globales de cuidado” (“global chains of affection”) utilizado por Hochschild (2000), y el de “mujeres globales” para referirse a las inmigrantes ocupadas como niñeras, cuidadoras y criadas (Ehrenreich y Hochschild, 2004)” (Martínez-Buján, Los beneficios de la inmigración al Estado de Bienestar. Mujeres inmigrantes en el sector doméstico de cuidados, 2009d:263).

Autoras como Bettio, Simonazzi, y Villa (2006) utilizan el término “fuga de cuidados” (*care drain*) -en irónico paralelismo con la expresión “fuga de cerebros” (*brain drain*)- con el fin de describir un nuevo modelo de cuidado basado en la fuerza de trabajo barata y flexible de las mujeres de origen inmigrante, como progresiva alternativa al cuidado familiar que habían estado proporcionando hasta el momento principalmente las mujeres de forma no remunerada, y como alternativa también a la negociación del reparto de tareas domésticas y familiares dentro de la pareja. El trabajo de cuidado simplemente se externaliza y se traspasa a “otras” mujeres. Se trata de un modelo de cuidado que “importa” el cuidado de los países pobres, a través de la migración de mujeres con responsabilidades familiares, que dejan de proporcionar cuidados a sus familias desde la presencia cotidiana y lo delegan en otras mujeres (Solé, Parella, Ortega, Pávez y Sabadé, 2009:12).

Al igual que se traspasa el cuidado, se está produciendo un traspaso de la carga que supone este, dándose la paradoja, de que no sólo se traspasa el cuidado, sino también sus

consecuencias y la relación que se establece entre el cuidador y la persona cuidada. Se produce un traspaso de la relación afectiva del cuidado con dos vertientes, una la de facilitar el respiro de las familias (Piercy y Dunkley, 2004) y otra como moduladora de la carga del cuidado en los cuidadores inmigrantes (Neary y Feeny Mahoney, 2005).

Los cuidados se transfieren de unas personas a otras y lo que cambia no es el desgaste que produce el hecho de cuidar, sino el nombre de la persona que lo sufre. Se traspasan cuidados y sus repercusiones (Gallart, 2004). Además cuanto mayor y más elevada es la carga del cuidado, mayor es el alivio para las familias que contratan a una cuidadora inmigrante (Martínez-Buján, 2008a). Y se da el caso de que la cuidadora cumple una función de “alivio”, de “respiro” o de “sustitución” (en el caso de las internas) de la mujer sobre la que tendría que recaer la asistencia (Martínez-Buján, 2008a). No se produce, sin embargo, un traspaso de las consecuencias del cuidado en el estatus laboral del cuidador. En la familia, es frecuente la aparición de un abandono temporal o definitivo del trabajo remunerado (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro, 2004). La carga del cuidado obliga a las cuidadoras familiares a dejar su actividad laboral en la mayoría de las ocasiones, sin que ello repercuta en su puesto de trabajo, porque tienen posibilidad de acogerse a la Ley de conciliación laboral y familiar, solicitando una excedencia para cuidar al familiar enfermo manteniendo su puesto de trabajo (UGT, 2001. Ley de Conciliación familiar y laboral, 1999).

Uno de los aspectos del contraste entre el cuidado familiar y el realizado por inmigrantes (Véase anexo 1), radica en que para las cuidadoras inmigrantes, el cuidado es su fuente principal de ingresos y el modo de sustentar a sus familias (Galiana, de la



Cuesta, Donet, 2008). La finalidad de su proceso migratorio suele ser la de obtener ingresos para mejorar las condiciones de su familia en sus países de origen (Asociación Nexos, 2003). Y al carecer de derechos laborales, no pueden dejar el cuidado a pesar de la carga.

### **2.3. LA CRISIS DEL SISTEMA INFORMAL DE CUIDADOS Y EL CUIDADO REALIZADO POR INMIGRANTES COMO SOLUCIÓN A ESA CRISIS.**

Las personas cuidadoras se sienten apoyadas y reconocidas por sus familiares, y lo más frecuente, es que compartan con los más próximos las preocupaciones y problemas que el cuidado de esa persona mayor le genera en el transcurso normal de su vida cotidiana. El 74% de las personas del estudio del IMSERSO (2005b) declaraba que sus familiares reconocen la atención prestada en un alto grado (mucho y bastante), mientras que sólo un 7% manifestaban que sus familiares no les dan ningún tipo de agradecimiento (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005b). Sin embargo todas manifestaban sentirse desamparadas a nivel institucional porque existe un grave déficit a la hora de que se cubran ayudas de servicio de atención domiciliaria o compensaciones económicas, son generalmente estas ayudas las más sentidas por los cuidadores (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005b). Además del total de cuidadoras mujeres, el 61,5% declaran no recibir ayuda (Yanguas Lezaun y col., 2001) para realizar este trabajo de cuidar, que no es simple.

Los cambios producidos en la estructura social y la edad, favorecen la soledad y aislamiento social (Pérez Ortiz, 2002). Cada vez se dan más situaciones de soledad en los tramos de más edad (López Doblas, 2004). Las familias también

experimentan un gran cambio. Se desestructura el modelo de familia tradicional y se reducen el tamaño de los hogares y el número de sus componentes (Puyol ,1997). Estos, a su vez, se ven sometidos a una gran dispersión geográfica (Libro blanco de la dependencia, 2004; Bazo, 1990). Si a este fenómeno le añadimos la progresiva incorporación al mercado laboral de las mujeres y el cambio de valores y actitudes hacia la población anciana, tenemos elementos suficientes para concluir que el hecho de que los ancianos dependientes sean cuidados por sus familias, resultará cada vez más difícil (Libro Blanco de la dependencia, 2004) y cada vez serán menos los jóvenes que participaran en el cuidado de otros miembros de la familia (Durán y Roguero, 2004).

Estamos inmersos en un escenario de profundos cambios, tanto en el volumen creciente de situaciones de fragilidad y dependencia, como en las posibilidades de respuesta. Paralelamente al aumento de personas mayores en situación de dependencia, se disminuye el número de cuidadores que puedan asumir esos cuidados de larga duración (Yanguas, y col. 2001, García Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004, IMSERSO 2005b). El sistema informal de cuidados entra en crisis y puede hacerse insostenible a medio o a largo plazo (Puga, 2001).

Estar en casa con ciertos niveles de discapacidad es hoy posible por la persistencia de un modelo de cuidados basado en la aportación de la familia y especialmente de las mujeres. Así, el estudio realizado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) a lo largo del año 2004, calcula que son un 5,1% los hogares españoles donde se presta algún tipo de ayuda a

personas mayores. Esta ayuda la proporcionan un 4,5% las propias familias y un 0,6 % los empleados de hogar.

Sólo el cuidado de personas mayores supone el 27% del total del mercado laboral de los inmigrantes como empleados de hogar (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2004b). Este cuidado que se presta es intenso, tanto por el tiempo dedicado, el 90,2% lo hacen todos los días y más de tres veces por semana, como por el tiempo medio de horas empleadas diariamente, 10,6 horas. (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2004b).

El aumento de la dependencia, los cuidados de cada vez más larga duración, la falta de cuidadoras, la crisis del sistema informal de cuidados y el cansancio de los cuidadores, son por tanto las circunstancias que llevan a la búsqueda de cuidadores en el mercado informal, donde el costo y la disponibilidad horaria del cuidador se adaptarán a los criterios y necesidades de la persona que contrata. Los datos de Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2004b) confirman que, si bien el 83,5% de las familias cuidan sin ninguna ayuda adicional ni pública ni privada de sus mayores, lo cierto es que cuando deciden subcontratar este trabajo familiar, la principal vía es emplear a una trabajadora domestica, que en la mayoría de los casos es una mujer inmigrante.

#### **2.4. MUJERES INMIGRANTES CUIDANDO EN LA DEPENDENCIA.**

En la nueva sociedad que se está construyendo, se ve como una serie de necesidades sociales que tradicionalmente cubría la familia, concretamente las mujeres, están quedando al descubierto. Cada vez se dan más situaciones de fragilidad y

dependencia, a la vez que son menores paralelamente las posibilidades de respuesta. Lo que hoy debe preocuparnos, es cómo la sociedad actual va a poder procurar esos cuidados de larga duración en un número creciente de personas dependientes (Yanguas, y col., 2001, García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro 2004), que en muchas ocasiones viven solas y/o alejadas de quienes podrían cuidarles.

#### 2.4.1. MUJERES INMIGRANTES Y CUIDADOS

Aunque a nivel social se sigue considerando el cuidado familiar como una obligación legal y moral, correspondiendo a la familia el apoyo personal a los cuidados (Plá Julián, 2004), se aprecia como cada vez son más las familias que demandan ayuda externa para la ejecución de tales tareas (Martín Carrasco, 2002), transfiriendo y pagando de esta forma, la responsabilidad y realización de las mismas. Las mujeres inmigrantes que asumen los cuidados familiares son una población relativamente más joven y con mejor percepción de su nivel de salud. Las cuidadoras inmigrantes presentan una media de edad de 40 años, frente a los 52 años de media en la que encontramos a las cuidadoras familiares (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005a).

Los familiares, para no desentenderse de los cuidados, y ante la inminente falta de recursos sociosanitarios de apoyo (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005b), deben buscar algún otro tipo de ayuda. Además, cuando las necesidades de atención abarcan todas las actividades para la vida diaria, es mucho más difícil que estas necesidades puedan ser cubiertas en su totalidad sólo por los familiares, precisándose de alguien que pueda suplir o apoyar en la realización de estos cuidados. Se paga, por tanto, aquellos servicios que la familia o allegados no

pueden suministrar y que, hoy por hoy, no son cubiertos por el Estado. Esta ayuda se busca en el mercado laboral. Así, personas inmigrantes sin cargas familiares y con gran disponibilidad por su necesidad de trabajar serán las candidatas perfectas para ocupar estos puestos (Plá Julián I.2004) que en muchos casos se realizarán bajo la condición de trabajadora interna pasando a convivir con la persona dependiente las 24 horas del día.

Las empleadas de hogar como cuidadoras ofrecen ciertas ventajas en comparación con las empresas que se dedican a las tareas de cuidados personales. Contratar a una cuidadora inmigrante para que asuma el cuidado es más barato, más flexible y con una disponibilidad horaria mayor, sobre todo si está en régimen de "interna". La provisión de cuidados por empresas privadas tiene un coste económico muy elevado que pocas familias pueden soportar. Además, los servicios que ofrecen no cubren todas las necesidades de la población dependiente (Martínez- Buján, 2005).

Es frecuente que las familias que tienen una persona dependiente a su cargo, intenten conseguir que el costo de los cuidados sea lo menos gravoso posible para sus economías. Contratar a una persona para el cuidado, puede suponer que se asuma el costo entre todos los hijos, lo que supone una menor merma de la economía individual (Plá Julián, 2004). Son estas las circunstancias que llevan a la búsqueda de cuidadores en el mercado informal, donde el costo y la disponibilidad horaria del cuidador se adaptarán a los criterios y necesidades de la persona que contrata. Además, atender a las personas dependientes requiere una determinada actitud y ética de sacrificio, que sólo determinadas personas, con dificultad para encontrar trabajo en el mercado formal y muchas veces con la imposibilidad de poder

encontrar o pagar una vivienda donde residir, pueden asumir. Normalmente, sólo es posible encontrar estos cuidadores en un mercado informal de trabajo ocupado mayoritariamente por la población inmigrante (Gallart, 2004).

El cuidado a ancianos por inmigrantes se presenta como un importante recurso de cuidado a la Dependencia (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005a). Ante estos hechos, algunos autores (Berjano, 2004; Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005a; Martínez-Buján, 2005; 2006; 2008a y 2009) han empezado a describir cómo los inmigrantes, cada vez más presentes en la sociedad española, van asumiendo progresivamente el hueco dejado por las familias en el hogar como cuidadores de ancianos dependientes, produciéndose un cambio importante tanto a nivel social como en el mercado laboral (Bover, 2006; Arango, 2004).

La abundancia de la oferta, por otro lado, debida principalmente a la creciente presencia de inmigrantes en España, también sirve de estímulo al aumento de la demanda de este tipo de trabajo (Arango, 2004). La disponibilidad y la facilidad de contratación asociada a esa abundancia de oferta pueden explicar, en parte, el incremento del número de empleadas domésticas (Consejo económico y social, 2006).

Según los datos de afiliación a la Seguridad Social ofrecidos por el Ministerio de Trabajo (a diciembre 2008), el 56,6% de las personas incluidas en el Régimen Especial de Servicio Doméstico son extranjeras. Esta extranjerización del servicio doméstico ha estado vinculada al envejecimiento de la población y a la incorporación de la mujer nativa al mercado laboral formal. El cuidado de personas dependientes, principalmente ancianos, por parte de empleadas de hogar inmigrantes se ha convertido en el

primer trabajo que han encontrado a su llegada a España (Martínez- Buján, 2009b).

Lo que en un primer momento pudo significar ahorro máximo y refugio, a la larga, se acaba convirtiendo en una prisión: jornadas interminables, trabajo agotador, falta de tiempo y de vida propia, obligaciones poco delimitadas y demasiadas implicaciones emotivas. Acaban sintiendo que no tienen vida propia fuera del trabajo y que necesitan sentirse personas, con un presente y un pasado que va más allá de esa actividad (Plá Julián, 2004). El deseo de salir de internas, se fortalece además con la reagrupación familiar y con frecuencia sólo se sienten capaces de aguantar la situación aquellas que han marcado un final en su proceso migratorio. Las mujeres empiezan a buscar otro tipo de trabajo. Las más experimentadas en el cuidado de personas mayores, por ejemplo, centran sus expectativas de futuro en la posibilidad de trabajar en residencias o en los Servicios de Ayuda Domiciliaria (Plá Julián, 2004).

Las cuidadoras inmigrantes van a asumir, por tanto, numerosas funciones dentro del hogar. Se van a encargar fundamentalmente de las tareas domésticas, incluyendo en primer lugar las compras, en menor proporción le sigue la demanda de realizar tareas de gestión y de ayuda en el desplazamiento fuera del hogar, quedando en último lugar las actividades de cuidados y ayuda personal a la persona dependiente (Colectivo Ióe, 2001). Y además hay que tener en cuenta que cuando el encuentro (la relación de cuidado) se produce fuera de la cultura de referencia puede estar afectado (Lipson, 2002), y el soporte de cuidado inadecuado, desde un punto de vista cultural inapropiado es percibido por los cuidadores como una barrera a acceder a la ayuda que ellos o sus miembros de la familia requieren. En un

estudio reciente se afirma que “La cultura está constituida por los valores, las creencias, las maneras de vivir y las tradiciones que se transmiten de generación en generación” (Quiñoz, 2009:1). Además, la cultura y los cuidados, resultan inseparables para los cuidados culturales enfermeros (Leininger, 1995). Partiendo de que la cultura caracteriza a cada grupo cultural y que para respetar y reconocer una cultura es necesario estudiar y comprender como se expresa el cuidado:

“Resulta imprescindible investigar sobre cómo son las cuidadoras inmigrantes de nuestros mayores y si las diferencias culturales existentes entre éstas y la persona cuidada pueden llegar a ser un problema para la realización del trabajo, desde el punto de vista del cuidador” (Quiñoz, 2009:1).

Los cuidadores procedentes de culturas donde no se ha medicalizado el cuidar en casa y culturas donde existe una gran obligación moral hacia las personas mayores, aumentan la sensibilidad hacia el mismo (Cubedo 2006). Al mismo tiempo se observa que, los cuidadores no reciben el entrenamiento suficiente relacionado con las diferencias culturales (Healthy Balance Research Program, 2004).

#### 2.4.2. ASUNTOS CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL CUIDADO REALIZADO POR INMIGRANTES.

Numerosos estudios han tratado la cultura como una variable para medir cómo afecta al cuidado y afirman que las creencias, valores y actitudes socioculturalmente transmitidas influyen en el afrontamiento del cuidado (Losada, Knight y Márquez, 2003). Esa afirmación se hace desde el punto de vista de cultura como “variable externa”, no teniendo en cuenta el contexto cultural, así afirman que la diferente cultura de procedencia del cuidador condiciona la adaptación a las normas



del país que le acoge, lo que llaman aculturación (Losada, y col., 2003).

Existen estereotipos bastante generalizados en los países de acogida sobre los colectivos de mujeres inmigrantes en cuanto a que se les atribuyen unas características según su cultura de referencia, que las hacen deseables para realizar determinadas actividades. La existencia de determinados estereotipos raciales hacia diversas nacionalidades no es un fenómeno novedoso. Incluso en el ámbito referente al servicio doméstico y de cuidados, diversas investigaciones (AAVV, 2004) demuestran cómo a pesar de la asociación de ciertas cualidades según el origen de la trabajadora, estas percepciones se van olvidando cuando se observan los beneficios de contratar a extranjeras. Así, las exigencias de las empleadoras hacia determinados rasgos étnicos ya sea la procedencia, el color de la piel o el idioma se van diluyendo a medida que escasean las personas con las características que ellas demandan.

La preferencia de mujeres latinoamericanas frente a las originarias de Europa del Este a causa del idioma puede pasarse por alto cuando no se encuentran personas que cubran estas expectativas y se observan las mismas ventajas económicas y laborales en mujeres de otros países en teoría “culturalmente más diferentes” (Martínez- Buján 2003). Hay una serie de cualificaciones y actitudes “femeninas” (dulzura, cariño, trato agradable con personas mayores), que se consideran innatas en determinados colectivos (Ehrenreich y Rusell 2002; Rollins 1985) y por lo tanto no son valoradas en términos de mercado, ni tampoco se reconocen como una cualificación añadida por parte de las empleadoras, pero que hace que aumenten las preferencias de unas cuidadoras respecto a otras.

El afecto, como característica de la relación de cuidado que los cuidadores latinos establecen con la persona cuidada, resulta determinante para ser los más apreciados por las personas mayores (Instituto de Mayores y Servicios Sociales 2002). Se sabe que el amor es un incentivador y un facilitador para el cuidado y que el amor familiar relacionado con el cuidado está muy arraigado a la cultura latinoamericana. (Neary, S; Feeny Mahoney D, 2005).

En definitiva, “si en un inicio las españolas son más valoradas por miedo al “otro cultural”, este prejuicio se deja de lado cuando se perciben los beneficios del empleo doméstico extranjero: la sumisión, el abaratamiento de los costes y el mantenimiento de las relaciones y prácticas de dominación étnicas y de clase. Además, la discriminación y explotación se agudiza para las inmigrantes recién llegadas y en situación de irregularidad jurídica” (Catarino y Oso, 2000:199).

#### 2.4.3. EMPLEADAS DE HOGAR Y EMPLEO INFORMAL

Existe una tendencia a incluir el cuidado de personas dependientes a domicilio como una actividad añadida al servicio doméstico. Esta asociación parte de la vinculación jurídica entre el trabajo de limpieza y el trabajo reproductivo que recoge el Real Decreto 1424/198 de 1 de Agosto, regulador de las relaciones laborales del Régimen de Empleadas de Hogar (Martínez-Buján, 2008a). Desde el punto de vista jurídico, las empleadas del hogar tienen un régimen especial, regulándose mediante Real Decreto, la relación laboral de carácter especial del servicio de hogar familiar.

Pero esta regularización deja a las trabajadoras de este sector encuadradas en el mercado de trabajo secundario. Desde una concepción económica, esta actividad está caracterizada por bajos ingresos, malas condiciones, escaso grado de organización colectiva, trabajo precario, altos índices de economía irregular y nulas posibilidades de promoción laboral. El sector del servicio doméstico reúne todas las características de un mercado secundario, definido como aquel que tiene una naturaleza de embalse, y que difícilmente permite dar el salto a un mercado primario de mejores salarios, condiciones de trabajo, mayor estabilidad del empleo, con posibilidades de ascenso, garantías laborales reglamentadas con media o alta cualificación y sindicalización factible.

Es en el ámbito doméstico donde se perciben las llamadas capacidades femeninas, donde se desarrolla el trabajo informal de las mismas, que consiste fundamentalmente en empleadas de hogar y el cuidado a dependientes. Precisamente esa es una de las características del cuidado, su carácter íntimo dentro del hogar (Plà Julián, 2004). Así que, la inmigración, los cuidados, el servicio doméstico y la informalidad laboral son asuntos estrechamente ligados.

También a nivel social existe una desvalorización ideológica de este trabajo. Es una profesión no reconocida, desprotegida y mal remunerada. En numerosas ocasiones, se convierte en la única salida de las mujeres que vienen a nuestro país en busca de mejores condiciones, donde su situación de legalidad y subsistencia depende de la conservación de un empleo. Un empleo en el servicio doméstico, incluso en estas condiciones, posibilita a la mujer inmigrante al acceso a una residencia y a una regularidad social y legal. El trabajo doméstico se convierte en la

única posibilidad de estancia “legal” para las mujeres. Las diferentes administraciones españolas, dentro de las “facilidades” para la regularización, dan una de las mayores cuotas al servicio doméstico, agricultura y construcción (Colectivo loé, 2005).

El trabajo de cuidado a ancianos por inmigrantes aparece en muchos casos en unas condiciones de “trabajo sumergido”, lo cual dificulta mucho su contabilización así como su regulación. En este estudio definimos “economía sumergida” en los mismos términos que la Organización internacional del trabajo (OIT) a saber, como “una actividad profesional ejercida con fin lucrativo y de modo no ocasional, única o secundaria, que se lleva a cabo en el límite o margen de las obligaciones jurídicas, reglamentarias o derivadas de un convenio”.

#### 2.4.4. LA RELACIÓN LABORAL Y DE CUIDADOS.

Las mujeres inmigrantes que se dedican a cuidar a personas mayores establecen una relación laboral con las familias de estas, ya sea con la firma de un contrato escrito, lo que sucede en raras ocasiones o por un contrato verbal (IMSERO 2005a). Esta relación conlleva todas las obligaciones derivadas de un contrato de trabajo, esto es, percibir un salario, cumplir un horario, rendir en unas tareas estipuladas, tener libranzas establecidas y en definitiva, rendir cuentas ante el contratador, lo cual se ha contrastado con el tipo de relación que se establece en el cuidado prestado por familiares (Galiana, de la Cuesta y Donet, 2008) y que aparece reflejado en el Anexo 1.

Como las cuidadoras inmigrantes reciben un sueldo por el trabajo realizado, deben someterse a los horarios y exigencias de su patrón. En la mayoría de los casos cuando cuidan a personas

dependientes, son los familiares de estas quienes las contratan y establecen las normas a las que deben atenerse, (Plá Julián, 2004).

Pero existe una particularidad: aunque la transacción primero se establece con los hijos, es con la persona cuidada con la que llegan a relacionarse todo el tiempo; la relación, que empieza siendo laboral, acaba siendo afectiva, casi familiar, con la persona cuidada y en algunas ocasiones también con los familiares más cercanos (Plá Julián, 2004; Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005a). Si bien algunos autores relacionan la afectividad con el desempeño de tareas que conllevan compartir una cierta intimidad con el mayor, refiriéndose a que el afecto al principio es “ficticio”, formado bajo los principios del mercado, y también que se crea en base a una relación salarial (Martínez-Buján 2008a) reconociendo que:

“Sin embargo, con el paso del tiempo, el trabajo de cuidados supone la realización de ciertas actividades consideradas como “íntimas” acarreado una fuerte interrelación entre la cuidadora y el mayor que puede llegar a mantenerse una vez concluida el vínculo laboral ya que el trabajo de cuidados de larga duración si prosigue en el tiempo se consolida con fuertes lazos de afectividad” (Martínez-Buján, 2008a:262).

En estudios recientes se afirma que las trabajadoras del trabajo doméstico, cuando llevan trabajando largo tiempo en una misma casa describen la relación con sus patronas y el sistema de trato como algo parecido a lo que los antropólogos han descrito como “parentesco ficticio”, haciéndose referencia a que el trabajo de cuidado es a la vez trabajo emocional (Martínez-Veiga, 2004). El problema radica en que el trabajo emocional no se especifica como una forma de “labor especializada”, sino que se atribuye a componentes de la personalidad de la cuidadora, lo cual dificulta su reconocimiento (Martínez-Buján, 2008a). Pero la exigencia de

ese cariño o “trabajo emocional” sí está presente como atestigua el trabajo de Martínez-Buján (2008a). El “trabajo emocional” está relacionado con la necesidad de afecto que precisan las personas mayores dependientes y con la imposibilidad de los hijos de otorgar ese cariño, principalmente por la ausencia de tiempo material.

Los inmigrantes, en investigaciones sobre la situación actual en España y sobre historias de vida, refieren importantes dificultades de adaptación a nuestro entorno. Todo parece indicar que las mismas tienen también su continuidad en el marco de la asistencia sanitaria. Es indudable que los elementos de la cultura, como los mitos, la religión, los tabúes, los usos y costumbres, etc., inciden en el proceso salud/enfermedad/atención (Moreno Preciado, 2005) Ante este hecho, el contexto cultural de cuidado debe ser tenido en cuenta. Cuidar es un proceso interpersonal que se basa en la relación encuentro entre dos o más personas y la procedencia cultural del cuidador inmigrante influye en cómo es ese cuidado. Además, se ha visto, que la forma de entender el cuidado está íntimamente ligada a la cultura de pertenencia (Jones, Zhang y Meleis, 2003). El cuidado es una actividad compleja, en continua reestructuración, que genera nuevas oportunidades laborales para muchas mujeres inmigrantes que aportan su saber para el cuidado. Resulta importante conocer cómo estas formas, expresiones y modelos del cuidado varían en cada cultura (Quiñoz, 2009).

Por tanto, se sabe que el proceso de adaptación al país anfitrión conlleva la pérdida de elementos muy significativos en la vida de todo inmigrante, como son la familia, amigos, la situación social, identidad nacional (idioma, cultura, tierra, etc.) lo que hace que se vean sometidas a una serie de procesos de estrés

psicológico importantes (Plaza del Pino, 2005) que puede repercutir en su trabajo de cuidadoras.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



---

# **CAPÍTULO 3: CARGA Y ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO**

---

PARTE I: EL PROBLEMA DE  
INVESTIGACIÓN

---



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

En los capítulos anteriores se han expuesto las circunstancias que han propiciado los cambios en el cuidado, al tiempo que se han mostrado las características del cuidado familiar y del que es prestado por cuidadoras inmigrantes. Pero además, como parte importante de este trabajo, es necesario conceptualizar y profundizar en otros aspectos importantes del cuidado, como son conceptos de carga, respiro y alivio del peso del cuidado, los cuales, se analizan en los apartados siguientes.

### **3.1. CARGA EN CUIDADORES AJENOS A LA FAMILIA**

Las consecuencias negativas que el cuidado de una persona en situación de dependencia puede tener en las familias cuidadoras, es objeto de atención desde hace varias décadas. El término anglosajón “burden”, traducido al español como “carga”, fue acuñado para definir el conjunto de síntomas físicos y psicoafectivos (fatiga, estrés, depresión...) que la prestación de cuidados prolongada podía producir en los cuidadores principales (Martínez-Rodríguez, 2009).

La literatura documenta que los cuidadores constituyen un recurso valioso y a la vez vulnerable (Montorio, Izal, López y Sánchez y col. 1998). Ser cuidador expone a la persona a sufrir dificultades económicas y les hace vulnerables al aislamiento y la exclusión social (Blackburn, Read y Hughes, 2005), produce un desgaste físico y emocional ampliamente documentado en la literatura bajo el término “el síndrome el cuidador” (de la Cuesta, 2004b; Alonso, .2004; Escudero, Díaz y Pascual, 2001; Frías y Pulido, 2001).

Tradicionalmente, desde el punto de vista teórico, la carga ha sido explicada desde las perspectivas psicológicas del estrés y

del afrontamiento (Pérez-Peñaranda, 2008). En particular, la mayoría de los modelos teóricos que se han desarrollado para explicar la carga y el estrés del cuidador se han basado en la Teoría Transaccional del Estrés de Lazarus y Folkman. Este modelo es, según los autores, el que más se adapta a la situación de cuidado (Pérez-Peñaranda, 2008). Supone que cuidar a una persona con dependencia es un importante estresor para los cuidadores y la familia, afectando al cuidador a nivel físico, mental y social (Vitaliano, Russo, Young, Teri y Maiuro, 1991), aunque dicho efecto es mediado por los recursos de afrontamiento y el apoyo social.

Otro de los modelos que más ha influido en la comprensión teórica del proceso de la carga del cuidador informal, ha sido el Modelo del Proceso del Estrés de Pearlin (Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, 1990). En diversos trabajos se realiza un acercamiento multidimensional para describir cómo el cuidado se convierte en una carga para algunos individuos y puede llevar a reacciones físicas y psicológicas en el cuidador (Carretero Gómez, Garcés Ferrer, Rodenas Rigla y Sanjosé López, 2006).

En un exhaustivo estudio realizado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (1999) sobre la situación del cuidado informal en nuestro país, los cuidadores manifiestan que la limitación del tiempo libre y la reducción de las actividades sociales, el deterioro de su salud, la pérdida de intimidad, los sentimientos de malestar, la carga económica y los problemas laborales son repercusiones especialmente importantes que se derivan de su rol de cuidadores. En otros términos, existe un consenso generalizado entre los investigadores respecto a que la situación de cuidar a una persona mayor constituye una situación estresante.

Se reconoce que en los miembros de la familia, en su mayoría mujeres, que asumen las responsabilidades de cuidado de su familiar enfermo en casa, el cuidado es emocionalmente y físicamente exigente, afirmándose que los cuidadores de la familia necesitan tiempo para descansar y refrescarse lejos de responsabilidades de cuidado (Jeon, 2005). En una revisión crítica de la literatura, se señala como han predominando los estudios sobre la carga del cuidado (generalmente de corte cuantitativo, donde lo que interesaba era medir los niveles de carga y reconocer las variables asociadas a la misma, que la modulaban), existiendo un consenso generalizado sobre que cuidar en casa a un familiar constituye una situación estresante (de la Cuesta, 2009a). Otro de los términos para describir la carga del cuidado en la literatura, aparte del diagnóstico enfermero “Cansancio en el rol de cuidador” (NANDA, 2010), es el de “peso del cuidado” (de la Cuesta, 2008; 2009a), este último más relacionado con el significado que tiene el cuidar para el cuidador, haciendo más hincapié en el sentimiento subjetivo de lo que supone cuidar que las actividades en sí mismas (de la Cuesta, 2009a).

Como ya se ha comentado, en la literatura sobre carga del cuidado suelen predominar los estudios en los que se utilizan escalas para medir el nivel de carga, es decir, aquellos estudios cuantitativos que estudian la carga del cuidado como el resultado de la suma de variables que se pueden predecir y controlar, relacionándose con el apoyo social (Molina, Iañez y Iañez, 2005), con el género (Larrañaga, Martín, Bacigalupe, Begiristáin, Valderrama y Arregi, 2008). Las escalas más utilizadas son la escala de Zarit o el índice de Katz. Precisamente la de Katz es la escala que se utilizó para establecer que las cuidadoras inmigrantes poseen unos niveles de carga parecidos a las cuidadoras familiares en el estudio de Gallart (2004).

Si bien los apartados anteriores muestran en su mayoría aspectos negativos del cuidado, hay que plantear que no todo es percibido de ese modo en la literatura. Si bien es cierto que un importante porcentaje de cuidadores, experimentan fuertes tensiones y alteraciones emocionales, la literatura documenta que estos cuidadores muchas veces presentan una gran resistencia e incluso experimentan efectos positivos en el cuidado (López-Martínez, 2002). Las situaciones de los cuidadores son variadas y no en todas las ocasiones se ve comprometido el bienestar emocional. Si el cuidador tiene recursos adecuados y buenos mecanismos de adaptación, la situación de cuidar al familiar no tiene por qué ser necesariamente una experiencia frustrante y hasta pueden llegar a encontrarse ciertos aspectos gratificantes.

Los aspectos positivos y negativos del cuidado de un enfermo no son dos elementos contrapuestos ni incompatibles, no son dos puntos opuestos de un continuo, sino estos dos aspectos pueden coexistir en los cuidadores. En una revisión crítica sobre el cuidado familiar se enuncia que ni el cuidado familiar ni la vivencia de cuidar son homogéneas como han documentado los estudios cualitativos desde hace más de una década (de la Cuesta, 2009a).

Es preciso concluir que no hay un patrón único de sobrellevar las situaciones de cuidados por parte de los cuidadores. Existe una gran variación individual en el modo de percibir y soportar las situaciones de cuidados, del mismo modo que pueden producirse cambios en una misma persona cuidadora dependiendo de la fase o situación del proceso de cuidados (Martínez-Rodríguez, 2009).

### 3.1.1. ASUNTOS CONECTADOS CON LA CARGA DE LOS CUIDADORES INMIGRANTES

La bibliografía muestra que los cuidadores inmigrantes desarrollan diferentes dificultades como el cansancio, el estrés y la depresión durante el cuidado de personas mayores (Gallart, 2004). Se sabe además, que los cuidadores inmigrantes presentan una carga de cuidado similar a la de los cuidadores familiares (Gallart, 2004 y 2007) agravada por el hecho de que los inmigrantes se enfrentan a un sistema sanitario poco adaptado a sus demandas (Martínez Riera, 2003).

Por otra parte, las condiciones de trabajo de los inmigrantes suelen estar sujetas a horarios intempestivos y jornadas de trabajo continuas (Paz de la Torre, 2002), lo que dificulta o impide, más si cabe, su descanso. El hecho de cuidar está muy relacionado con el lugar de residencia de la persona cuidada. Los cuidadores que cuidan a una persona con la que no conviven en el mismo domicilio, expresan una experiencia más positiva y un nivel más alto de bienestar y satisfacción respecto al hecho de cuidar que aquellos cuidadores que viven en el mismo domicilio que el receptor del cuidado, como es el caso de las cuidadoras inmigrantes internas (Paoletti, 1999).

El trabajo de cuidar requiere una relación de apego entre la persona mayor y la cuidadora, y por tanto, un gran esfuerzo emocional por parte de esta última (Martínez-Buján, 2008a). También se sabe que el esfuerzo físico y la implicación que suponen la custodia continua de la persona mayor repercuten en el estado anímico de la cuidadora, sobre todo si trabaja de interna, hecho que se ha recalcado en algunos estudios donde se muestra el cansancio psicológico como un referente continuo en las

mujeres que trabajan como internas en el servicio doméstico (Oso, 1998). Pero este agotamiento psicológico se agrava aún más cuando se añade el cuidado de una persona mayor, debido precisamente al mayor esfuerzo y dedicación que tienen que prestar (Martínez-Buján, 2008a).

En una reciente investigación se plantea como las personas mayores, para salvaguardar la compañía de su cuidadora inmigrante, intentan controlar su tiempo libre y su espacio de evasión. El dominio del tiempo de ocio es una de las principales líneas de invasión de la intimidad de las cuidadoras, lo que les crea una sensación de encierro y de gran carga, y que además viene dada también, por la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran. El estudio prosigue afirmando que se invade el tiempo de ocio porque son mujeres solas (sin hijos, familia o marido) y por eso los patronos se toman estas libertades: “es la apropiación completa de la mujer, en donde ya no se vende sólo su fuerza de trabajo sino su tiempo, que pasa a estar en disposición de la empleadora” (Stefoni, 2002: 138 citado por Martínez-Buján, 2008a:274). Esa apropiación del tiempo es vista por distintos autores como fuente de gran carga de cuidado en las cuidadoras inmigrantes (Gallart, 2004; Martínez-Buján, 2008a). Las propias cuidadoras internas consideran la falta de tiempo libre como uno de sus principales problemas, que relacionan con falta de independencia y autonomía. Son conscientes de que sus largas jornadas limitan las posibilidades de realización de otras actividades y, por tanto, de establecer y mantener relaciones sociales estrechas fuera del ámbito de su empleo. Perciben que buena parte de su tiempo no les pertenece porque les ha sido arrebatado (Rogerio y Martín-Coppola, 2009). El análisis de su discurso pone de manifiesto que quienes tienen largas jornadas se encuentran insatisfechas con su uso del tiempo, lo que coincide



con investigaciones precedentes que indican que la falta de tiempo libre de los cuidadores incrementa su estrés (Gallart 2007).

Si el hecho de ser inmigrante conlleva por un lado, el desarraigo, la depresión, y el desamparo social (Lipson, 2002) y por otro la carga de ser cuidador sin disponer de apoyo familiar ni social (Gallart, 2004), se puede afirmar que la vulnerabilidad y falta de apoyo social, están íntimamente relacionadas con la carga del cuidado (Gallart, 2004). Es necesario introducir estudios de corte cualitativo, en los que importe el punto de vista del cuidador, esto es, cómo se vive el cuidar a una persona dependiente que no sea de su familia (caso de las cuidadoras inmigrantes), y poder explorar de ese modo, qué es lo que hace que las personas puedan reponerse de la situación estresante que supone cuidar. Por lo que resulta novedoso conocer cómo es su descanso.

Para entender el cuidado familiar, conocer cómo es la carga o el peso del cuidado, y saber por qué se resalta la importancia del alivio de la carga del cuidado, es necesario introducir otro concepto, el de Respiro.

### **3.2. EL RESPIRO COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO.**

Se está profundizando, cada vez más, en la investigación que distingue entre las experiencias de descanso que proporcionan un descanso mental, y los servicios de respiro, que no siempre pueden proporcionar una experiencia de descanso. En la mayoría de la literatura consultada, se entiende el cuidado como fuente de estrés. La carga es una valoración o interpretación que hace el cuidador ante unos estresores derivados del cuidado (Montorio, Izal y López Sánchez, 1998). El estrés del cuidador, se entiende en la literatura, como consecuencia de un proceso que

comprende un número de condiciones interrelacionadas, incluyendo características socioeconómicas, recursos de los cuidadores y estresores primarios y secundarios a los que están expuestos por el hecho de cuidar (Deví y Ruíz, 2002).

Desde las perspectivas psicológicas del estrés y del afrontamiento, se proponen distintos modelos para explicar la carga del cuidador y para encontrar soluciones que alivien su sobrecarga. Desde estos modelos, las herramientas que se han propuesto para disminuir la carga del cuidador informal han sido fundamentalmente las estrategias de afrontamiento y el apoyo social. No obstante, el apoyo social formal bajo la modalidad de los servicios de respiro ha sido la estrategia más utilizada y estudiada en su relación como mediador del estrés de los cuidadores, debido a que frente a otro tipo de intervención, permiten dar un descanso al cuidador en sus tareas de cuidado (Carretero Gómez, Garcés Ferrer, Ródenas Rigla y Sanjosé López , 2006) Aunque generen una gran controversia, no están claros, ni su impacto en el cuidador, ni el alcance de su utilización (de la Cuesta, 2008).

Ante situaciones que requieren la respuesta del individuo como sucede en la problemática de la convivencia diaria con un enfermo o persona dependiente, los cuidadores principales necesitan poner en marcha sus recursos personales, que pueden ser tanto cognitivos como conductuales, con el fin de resolver la situación (Devi y Ruíz, 2002). El estudio del afrontamiento en cuidadores está limitado en la literatura a la realización de estudios cuantitativos que miden la correlación entre varias variables, ya sea la carga, el apoyo social, las estrategias de afrontamiento, la intensidad del cuidado, el nivel de dependencia, la enfermedad del paciente, el parentesco, la edad...y otros tantos indicadores

psicológicos considerados como indicadores potencialmente estresantes. El uso de escalas tanto para medir el nivel de carga, como escalas para medir el tipo de afrontamiento, es generalizado en los estudios sobre cuidadores (Sánchez Carreras, 1991), para concluir, en su mayoría, que la carga no es percibida igual por los cuidadores y que una misma circunstancia puede ser vivida de distinto modo por diferentes personas, señalando la importancia del componente subjetivo para entender la situación estresante (Muela, Torres, Peláez, 2002).

En la literatura anglosajona hay autores que plantean el Respiro como estrategia de afrontamiento (Strang, Haughey, Gerdner y Teel, 1999), y afirman que la experiencia de descanso es la forma de moderar las consecuencias negativas del cuidado. En un estudio se exploró cómo 10 familias cuidadoras de personas con demencia utilizaban la experiencia del respiro para descansar del cuidado, identificándose, desde una perspectiva teórica de afrontamiento, la experiencia de descanso como un proceso de "salir" del mundo del cuidado, vinculando ese hecho con las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, concretamente de evitación de la emoción. Del estudio se concluye que los cuidadores reconocen la necesidad de salir del mundo del cuidado para conseguir el apoyo social y los recursos necesarios para llevarlo a cabo (Strang, y col. 1999). El afrontamiento centrado en la emoción, se utiliza para controlar esta y reducir las emociones negativas consecuentes del estrés. En este tipo de afrontamiento se incluyen estrategias tales como evitación, minimización y distanciamiento (Lazarus y Folkman, 1986); para algunos autores, las centradas en la emoción no son estrategias que solucionen el problema, sino que lo apartan y lo posponen, aunque también afirman que a veces esto puede ser necesario para que la persona tome distancia de la situación y

pueda posteriormente elegir otras estrategias centradas en la solución del problema (Sánchez Cánovas, 1991).

Montorio, Yanguas y Díaz Veiga (1999), a su vez, definen el afrontamiento centrado en el problema como referido a los intentos del cuidador por controlar las situaciones problemáticas que se le plantean a través de alguna acción directa, solucionando problemas mediante la toma de decisiones, búsqueda de información, etc. Todas estas acciones tienen en común el objetivo de intentar solucionar eficazmente la situación planteada.

Si el cuidado se estudia como fuente de estrés, también cabe destacarse que el respiro en los cuidadores se ha visto como estrategia de afrontamiento, o lo que es lo mismo, como una forma de escapar o salir de la situación de carga que supone el cuidado (Strang, y col., 1999). Es necesario reconocer que, para dar respuesta a la actividad de cuidar, las cuidadoras pueden atravesar situaciones angustiosas ante las que suelen percibir pérdida de control, produciéndoles un alto grado de estrés. Y que ante esta situación las cuidadoras pueden poner en marcha estrategias cognitivas y conductuales como la búsqueda de apoyo, la búsqueda de información, la distracción, la resolución de problemas y la reevaluación. Todas estas estrategias de afrontamiento son las que les conduce a una mayor competencia para cuidar del mayor, un mayor control de la situación, una mejor asimilación del proceso y a un mejor ajuste social, en definitiva, a un afrontamiento positivo de esta situación complicada, difícil y estresante (Luís de Alegría, Lorenzo y Basurto, 2006).

Para alejarse de la fuente de estrés, las personas pueden incluir actividades tales como vacaciones, pasatiempos, y

actividades físicas (Folkman y Lazarus, 1991). Estas estrategias son exitosas porque, temporalmente, la atención de la persona, se encuentra lejos de la situación estresante (Strang y col., 1999). En un estudio de Tesis doctoral (Pérez-Peñaranda, 2008), se muestra como las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores son la religión y la aceptación del problema de dependencia del paciente, indicándose que los efectos del cuidado pueden amortiguarse por las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores en el proceso de cuidado. Al evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores en la investigación, la más frecuente fue el acudir a la religión, y la menos utilizada, el humor. Las razones de los cuidadores para acudir a la religión se sustentan en la necesidad de “alivio para sobrellevar mejor la situación de cuidado” (Pérez-Peñaranda, 2008:168). Para este autor, dichas estrategias están más centradas en la emoción que en el problema, lo cual está en consonancia con la situación de irreversibilidad de la situación de cuidados de dependencia, a las cual tienen que hacer frente (Pérez-Peñaranda, 2008:170).

### **3.3. RESPIRO EN CUIDADORES AJENOS A LA FAMILIA: UNA PARADOJA EN CUANTO AL APOYO SOCIAL Y EL ACCESO A LOS SISTEMAS DE RESPIRO.**

Se empieza a reconocer, en las investigaciones sobre carga del cuidado, una visión centrada en el cuidador, que destaca la necesidad de los cuidadores de descansar del cuidado. El objetivo planteado en la literatura es que aliviar al cuidador principal de sus responsabilidades de atención puede incluso mejorar, hasta cierto punto, el estrés asociado con el hecho de ser cuidador (Lee y Cameron, 2008). El planteamiento de que el cuidador necesita dejar de cuidar para aliviar el peso del cuidado, en esencia, se

refiere a las maneras formales e informales de tener un descanso (Hanson E.J., Tetley J. y Clarke A. 1999).

El alivio del peso del cuidado como resultado de relevar al cuidador de sus obligaciones, contrasta con lo expuesto en una reciente revisión crítica, la cual asegura que si bien muchos recomiendan el sistema de relevo y éste tiene una base racional, se ha puesto en duda su eficacia, porque cuando se ofrece el sistema de relevo, tan solo "poco más de la mitad de los cuidadores" se benefician con este servicio (Lee y Cameron, 2008). En la misma revisión sistemática, se afirma que las pruebas actuales no demuestran beneficios o efectos adversos del uso del sistema de relevo para las personas con demencia o sus cuidadores (Lee y Cameron, 2008). Lo que parece ser la solución, que se recomienda en mayor medida en la bibliografía consultada, para que los cuidadores puedan darse un descanso (poder contar con sistemas de apoyo formal y haciendo uso de ellos), contrasta con lo que las recientes investigaciones plantean sobre el tema (Chapell, Colin Reid y Dow, 2001). Por un lado, los servicios de respiro no son ampliamente utilizados y por otro, no se conoce mucho sobre el verdadero impacto que tienen en el cuidador, habiéndose encontrado en una revisión crítica de la literatura múltiples referencias a cómo las ayudas formales pueden hasta ser perjudiciales para los cuidadores, por la sensación de culpa o de abandono de sus responsabilidades que el uso de los servicios de respiro les ocasiona (de la Cuesta, 2008).

Entonces, si bien el término "respiro" se está utilizando de manera generalizada en la literatura sobre el cuidado y su carga, se plantea que puede tener diferentes significados. Por un lado que se encuentran definidos como "respiro" los servicios que están diseñados para proporcionar a los cuidadores un descanso

(respiro como servicio) (de la Cuesta, 2008), pero por otro, también se conoce como “respiro” al alivio del peso del cuidado o la renovación experimentada como resultado de la ruptura con el cuidado (respiro como resultado del relevo) (Victorian Order of Nursing, 2001: 8).

Una de las definiciones de Respiro, “Respite” en inglés, (y a veces traducido también como “tregua”), propuesta por la Victorian Order of Nursing (VON) de Canadá es la siguiente:

“Un intervalo de descanso o alivio, un respiro, dar un alivio temporal a partir de el dolor o la atención, a un paciente o cuidador” (VON Canada definition, 2001:7).

Otra forma de llamar al respiro es la de “Momentos robados” o “Stolen Moments” (Chappell y Hilman, 2000). Y también se ha encontrado en la revisión bibliográfica la definición de Respiro como resultado u “outcome” (Chapell, 2001)

Se plantea la necesidad de que los cuidadores utilicen los servicios de respiro o de relevo, creados para tal fin, pero se genera una nueva controversia. Los términos "sistema de relevo o respiro" describen una variedad de servicios proporcionados en diversos contextos, p.ej. los centros de atención durante el día, ayuda en el hogar, los hogares de ancianos, incluso programas de fines de semana lejos de la casa. La duración de estos servicios es también sumamente variable, desde unas horas a unas semanas. Se suele plantear una situación ideal, en la cual el paciente y el cuidador deberían poder elegir el tipo de servicio de sistema de relevo que mejor les conviene, pero en la realidad a menudo sólo se dispone de un tipo en cualquier área en particular (Lee y Cameron, 2008).

En esta investigación, se plantea que los cuidadores inmigrantes no suelen acceder a los servicios de respiro comunitarios, por estar estos solamente orientados a cuidadores con relación familiar con la persona dependiente. Incluso, a las cuidadoras inmigrantes, no se le está reconocido sus estatus de cuidadoras, sino predomina el de empleadas, mujeres del servicio doméstico, chica de compañía... Y además, según se plantea en la literatura consultada, si los servicios de respiro se ofertaran también a cuidadoras inmigrantes, al provenir estas de minorías étnicas, los servicios de respiro deberían adaptarse a su cultura, teniendo en cuenta su idioma y particularidades. Si el choque cultural con el sistema sanitario dificulta el cuidado y los pone en situación de gran riesgo para su salud, igualmente, la forma de entender el cuidado está íntimamente ligada a la cultura de pertenencia (Jones, Zhang, Meleis, 2003). Y cuando se cuida en un ambiente distinto al familiar, los inmigrantes deben mover una gran variedad de recursos, lo que dificulta su labor (Jones, Zhang, Salcedo-Siegl, 2002).

Según la literatura, las minorías étnicas que cuidan en domicilio a un familiar enfermo, acceden en alguna ocasión a estos servicios, pero lo hacen en menor medida que los familiares autóctonos, a pesar de necesitarlos más por ser menor su red de apoyo. Pero no se sabe nada del uso de servicios de respiro cuando cuidan a alguien que no es de su familia. A pesar de que incluso, existen resultados que sugieren que muchos de estos cuidadores estarían abiertos a la utilización de los servicios de respiro, que les permitiera un descanso de cuidado, si estuviesen adaptados a sus necesidades culturales (Netto, 1998).

Lo que resulta paradójico además, es que los propios inmigrantes son considerados como el respiro para los cuidadores



familiares. Hay autores que aseguran que las familias que disponen del apoyo de estas cuidadoras inmigrantes, sufren menores niveles de carga del cuidado (Rosa, Ambrogio, Binetti, y Zanetti, 2004), lo cual es una contradicción porque al considerar a las cuidadoras inmigrantes “sistemas de respiro” para las familias con enfermos dependientes se obvia que a su vez puedan padecer carga del cuidado y sólo se da relevancia a cómo disminuyen el peso de cuidar en las familias que las contratan.

El respiro del cuidador inmigrante, como el de cualquier cuidador de personas de gran dependencia, resulta fundamental para el buen desarrollo del cuidado (Netto, 1998). Todos los cuidadores necesitan sistemas de apoyo y respiro, pero resulta fundamental para los cuidadores provenientes de minorías étnicas (caso de las inmigrantes), por la falta de redes sociales de apoyo de las que disponen (Plà Julián, 2004), lo que aumenta su aislamiento y el desconocimiento de la existencia de estos servicios, y también dificulta su acceso a los mismos. (Netto, 1998).

Se puede asegurar que existe un vacío en la literatura a la hora de abordar el respiro de las cuidadoras inmigrantes, cuando cuidan a personas ajenas de su familia. Aunque se sabe de la importancia de las redes sociales para facilitar el cuidado (Gallart, 2004), esta afirmación choca con la realidad de los inmigrantes, que pueden tener más dificultades para el acceso a las mismas. En el caso de los cuidadores miembros de la familia, la red de apoyo social que se teje alrededor del enfermo facilita el descanso, porque el cuidado no es asumido por un solo miembro sino que se reparte en mayor o menor medida entre los miembros de la familia (de la Cuesta, 2004b). Los cuidadores inmigrantes en general, y debido a las características del proceso migratorio, no

disponen de esta red familiar de apoyo para cuidar. En muchos casos no existen amistades ni familiares porque la migración se ha emprendido en solitario, o porque la existencia de horarios exhaustivos de trabajo dificultan el contacto social. Las cuidadoras inmigrantes suelen ser contratadas para que la familia descanse del cuidado. Incluso, en ocasiones, la buena relación que se llega a establecer entre los cuidadores pagados y la persona cuidada, hace que estos sean percibidos como parte de su apoyo social (Rosa, y col. 2004).

Un asunto relevante sobre el tipo de apoyo que tienen las cuidadoras inmigrantes al llegar a España, surge en la revisión de la literatura, con uno de los conceptos que más se están estudiando en inmigración: el de “red migratoria”. Si bien la disposición del apoyo social (entendido como familiar) en las cuidadoras internas es dificultoso, la literatura muestra la existencia de conexiones entre inmigrantes que modulan sobre todo la búsqueda y consecución de empleo. De ese modo se define la red de relaciones como un “flujo que se establece entre los individuos” (Martínez-Veiga, 2004), pero estas redes no son constantes ni fijas, dependen en gran medida de las personas y sus contextos migratorios y además las redes no se crean en el proceso migratorio (sino en los países de origen). También se da la característica que las mujeres inmigrantes, cuando llegan y empiezan a trabajar como trabajadoras domesticas internas, suelen estar muy aisladas, con una red restringida de unos pocos parientes. En ocasiones se habla de redes migratorias para hacer referencia a la idea más lineal de cadena migratoria, entendida como el conjunto de eslabones que, con un orden definido, han ido efectuando el desplazamiento migratorio y generalmente allanando el terreno en el que se acomodan los que les suceden (Martínez-Veiga, 2004).

Pero en el apartado que nos ocupa, conocer el concepto de red, ayuda a entender las posibilidades de apoyo de que disponen las cuidadoras inmigrantes. Si a priori se puede establecer que las inmigrantes están solas y aisladas de su red familiar, esto no puede ni debe ser una afirmación categórica. La existencia de las redes migratorias las pone en contacto si no ya con sus familias, al menos sí con otras inmigrantes como ellas, y puede hacer que su percepción del apoyo varíe. En un estudio reciente sobre la calidad de vida de las cuidadoras formales inmigrantes de la Zona Básica de Salud de Marbella, se concluye afirmando que las cuidadoras disponen de apoyo e interacción social, a pesar de que en su mayoría tienen a su familiares en su país de procedencia (53%) o repartidos entre España y sus países de origen (40%) (Villalobos, Morales, Cárdenas, Pacheco, Gámez, Nava, 2008). Esto contrasta con otro estudio en el que se asegura que el porcentaje de síntomas depresivos es mayor en población emigrante que en autóctona, lo cual se relaciona con menor apoyo social (Martínez, García, Maya, 2001).

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

# PARTE II: EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

TESIS DOCTORAL:  
ESTUDIO DE TEORÍA  
FUNDAMENTADA SOBRE EL  
ALIVIO DEL PESO DEL  
CUIDADO EN CUIDADORAS  
INMIGRANTES DE  
PERSONAS MAYORES  
DEPENDIENTES



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

# **CAPÍTULO 4: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

---

PARTE II: EL ESTUDIO DE  
INVESTIGACIÓN

---



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

En este capítulo se presentan el propósito del estudio, la pregunta de investigación y los objetivos planteados. Se realiza una descripción de la orientación teórica que guió la investigación, y se detalla el paradigma en el cual se posicionó la investigadora, junto con la perspectiva teórica y el método de elección empleado para llevar a cabo el estudio.

#### **4.1. PROPÓSITO DEL ESTUDIO**

El presente estudio de Tesis Doctoral se enmarcó dentro de un Proyecto de Investigación financiado por el ISCIII con una beca del FIS (de la Cuesta, Galiana, Donet, Luzan, 2006). Se ha seguido la línea de trabajo de Teitelman y Watts (2004), los cuales mostraban que los cuidadores tenían la capacidad de darse a sí mismos un descanso empleando técnicas de simulación creativas, al tiempo que creaban condiciones que lo favorecían como eran las creencias religiosas, el sentido del juego o el humor. En el estudio de Teitelman y Watts (2004), se reflejaba la situación de los cuidadores familiares, y en esta tesis se planteó conocer de qué manera creaban los momentos de descanso las cuidadoras inmigrantes y cómo favorecen el descanso, descubrir si lo lograban, en qué condiciones se aliviaba el peso del cuidado, y cuáles fueron las dificultades que encontraron para descansar. Todo esto desde el punto de vista interior de la experiencia, ya que se considera a las personas actores de la vida cotidiana (Goffman, 2006), siendo ellas las que actúan en el mundo social y no al revés (de la Cuesta, 2004b).

El planteamiento del estudio surgió ante la confluencia de varios factores; por un lado de la revisión de la bibliografía, que mostró la invisibilidad del cuidado familiar prestado por mujeres inmigrantes, así como su peso cada vez mayor en la provisión de cuidados en



la dependencia; y por otro que desde el punto de vista de la Enfermería transcultural resultaba interesante conocer los significados que las mujeres inmigrantes que cuidan personas dependientes otorgan a la carga y respiro en el cuidado, sabemos que la carga es similar a la de los cuidadores familiares (Gallart, 2007), medida en intensidad y variables cuantitativas, pero faltaba conocer el punto de vista interno de la situación, que es cómo las inmigrantes experimentan esa carga y qué estrategias ponen en marcha para aliviarla. Finalmente, nos encontramos en la Región de Murcia, la segunda comunidad de España después de Andalucía (IMSERSO, 2004) con más altas tasas de dependientes y gran receptora de inmigración, la mayor de España según el padrón de 2005 y la cuarta según el padrón municipal a 1 de Enero de 2009 (INE).

Así pues, el que las mujeres inmigrantes se dediquen al cuidado de personas dependientes era sólo una parte del fenómeno que se dibujaba complejo en la Región de Murcia donde confluyen la inmigración y la dependencia y por otro lado el trabajo doméstico frente al cuidado familiar, estando ambas situaciones teñidas por una connotación de vulnerabilidad extrema (Marín y Fontes, 2007).

Se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo descansan las cuidadoras inmigrantes de pacientes dependientes y en qué condiciones logran ese descanso? La pregunta dirigió el proyecto de investigación y ayudó a la investigadora a mantenerse centrada. Se tuvo la consideración de que la pregunta inicial en los estudios cualitativos suele ser amplia y abierta, y tiende a volverse más refinada y específica a medida que progresa la investigación (Strauss y Corbin, 2002).

#### 4.1.1. OBJETIVOS:

##### Principal:

- Comprender cómo descansan las cuidadoras inmigrantes e identificar el contexto en el que se produce este descanso.

##### Específicos:

- Describir y analizar los mecanismos que emplean las cuidadoras inmigrantes para lograr un alivio en el peso del cuidado.

- Identificar las condiciones que favorecen el alivio de la carga del cuidado en las cuidadoras inmigrantes.

#### **4.2. ORIENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN:**

Para la realización del estudio se eligió la investigación cualitativa. La investigación cualitativa trata de comprender los fenómenos y no de predecirlos. Intentando responder a las preguntas de por qué y cómo de un fenómeno de interés (Delgado, 2007).

La investigación cualitativa es un abordaje sistemático y subjetivo para describir experiencias de la vida y darles un significado (Leininger, 1985), donde la orientación filosófica específica de cada abordaje dirige el método de investigación. La terminología y los métodos de razonamiento son diferentes a los de la investigación cuantitativa. Se decidió utilizar investigación cualitativa, porque según los rasgos propios de la investigación cualitativa que se enuncian a continuación (Taylor y Bogdan, 1992), era la forma en que se podía contestar de mejor manera la pregunta de investigación, ya que la Investigación Cualitativa:

- Es inductiva, o mejor cuasi-inductiva; su ruta metodológica se relaciona más con el descubrimiento y el hallazgo que con la comprobación o la verificación.

- Es holística. El investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva de totalidad. Las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo integral, que obedece a una lógica propia de organización, de funcionamiento y de significación.

- Es interactiva y reflexiva. Los investigadores son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio.

- Es naturalista y se centra en la lógica interna de la realidad que analiza. Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.

- No impone visiones previas. El investigador cualitativo suspende o se aparta temporalmente de sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.

- Es abierta. No excluye la recolección y el análisis de datos y puntos de vista distintos. Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas. En consecuencia, todos los escenarios y personas son dignos de estudio.

- Es humanista. El investigador cualitativo busca acceder por distintos medios a lo privado o lo personal como experiencias particulares; captado desde las percepciones, concepciones y actuaciones de quien los protagoniza.

- Es rigurosa aunque de un modo distinto al de la investigación denominada cuantitativa. Los investigadores aunque cualitativos buscan resolver los problemas de validez y de confiabilidad por las vías de la exhaustividad (análisis detallado y profundo) y del consenso intersubjetivo. (Interpretación y sentidos compartidos).

La investigación cualitativa es de utilidad en salud ya que su metodología no mide resultados, sino que describe e interpreta un fenómeno para que se conozca de manera más compleja y profunda. Esto es algo que se ha venido pasando por alto, puesto que las investigaciones en salud suelen ser en su mayoría experimentales y centradas en resultados medibles (de la Cuesta, 2005). Es también de utilidad porque trata de examinar fenómenos de los que se sabe poco, analizando sus características para conocer sus variaciones e importancia, así como sus dimensiones, como base para poder desarrollar una teoría (Delgado, 2007). En el Prólogo de Wolcott (2003) como afirma Ceballos:

“La metodología de la investigación cualitativa es la herramienta por excelencia para la construcción de la enfermería como disciplina y profesión social, con el cuidado como objeto de estudio y de trabajo y con el ser humano, en sus dimensiones individual y colectiva, como sujeto de este cuidado” (Ceballos, 2003:xiii).

Cuando se trata de cuidado, independientemente de quién realice el mismo, la metodología cualitativa es la herramienta y el posicionamiento paradigmático más útil y lógico para el desarrollo de la investigación. A continuación se presenta el paradigma bajo el cual se desarrolló el estudio de investigación, seguido de la perspectiva teórica y del método escogido para llevarlo a cabo.

#### 4.2.1. PARADIGMA

La investigación cualitativa se enmarca dentro de un paradigma distinto a la cuantitativa, que forma parte del paradigma constructivista y que muestra otra forma de entender el mundo, que es distinta a la forma que propugna el positivismo, que ha sido el paradigma dominante en ciencias de la salud. En el

constructivista, las realidades van construyéndose de forma local y específica (Lincoln y Guba, 1994).

En el cuadro 1 se contrastan los paradigmas que sustentan los métodos Cuantitativos (Pos positivista) y cualitativos (Constructivista) para resaltar sus diferencias (Delgado, 2007:11):

CUADRO 1: CONTRASTE ENTRE PARADIGMAS (Modificado de Delgado, 2007:11)

<b>CUANTITATIVO</b>	<b>CUALITATIVO</b>
Solo existe una realidad	Existen múltiples realidades
Está orientada hacia la obtención de resultados.	Orientada hacia la comprensión de una situación o fenómeno.
El fin es la generalización de resultados.	Solo tiene sentido dentro de una situación o contexto.
Centrado en las personas como objetos de estudio.	Centrado en la persona como sujetos.
Los sujetos deben ser representativos de la población.	Se trabaja con grupos pequeños.
Objetividad	Subjetividad

El paradigma da a las disciplinas la posibilidad de identificar, estructurar, interpretar y solucionar los problemas disciplinarios definidos y particulares (Levy, 1994).

En las ciencias sociales actualmente se reconocen cuatro paradigmas que fundamentan distintas metodologías o estrategias para responder a preguntas de investigación: 1) el positivismo, 2) el pos positivismo, 3) el socio crítico (la teoría crítica) y 4) el constructivismo (Lincoln y Guba, 1994). Estos paradigmas son construcciones humanas, es decir, son creaciones de la mente

humana, y por tanto sujetas a error. El conjunto de creencias que representa el paradigma no se puede probar como verdadero en un sentido convencional. Así pues, quienes propongan un determinado paradigma han de apoyarse en la persuasión y en su utilidad (Guba y Lincoln ,1994).

El conocimiento de los paradigmas y la posición del investigador en uno u otro resulta fundamental para dar rigor al estudio de investigación. Ya que según intente el investigador conocer u explicar el mundo deberá elegir los métodos que respondan a su pregunta de investigación y sean coherentes con la misma. Metafóricamente, dependiendo de las gafas con las que uno mire el mundo, elegirá un método u otro para explicarlo y tratar de comprenderlo. Es más que elegir una técnica para el tratamiento de los datos, responde a una coherencia entre el paradigma científico, los métodos cualitativos y las técnicas de obtención de la información así como del análisis de los datos.

Los paradigmas presentan unas dimensiones: ontológica, epistemológica, metodológica, axiológica, retórica y teleológica (Guba y Lincoln, 2000). Estas dimensiones son distintas en cada uno, y su utilidad es la de situar al investigador en coherencia con su visión del mundo y la forma en que lo quiere explicar. Los paradigmas de investigación definen para los investigadores qué es lo que están haciendo y qué cae dentro y fuera de los límites de una investigación para que esta sea legítima (Guba y Lincoln, 2000).

Respecto a cómo es el paradigma, se puede resumir en tres preguntas: ¿qué hay ahí que se puede conocer o cuál es la forma y naturaleza de la realidad?, ¿cuál es la relación entre el conocedor y lo por conocer o conocible?, ¿cómo el indagador hace para hallar lo que está por conocer? Los filósofos llaman a

éstas respectivamente la pregunta ontológica, la epistemológica y la metodológica (Guba y Lincoln, 1994). A continuación se presenta el contraste entre la respuesta a las preguntas desde el paradigma positivista y el constructivista para resaltar sus diferencias (Lincoln, 1997).

En el positivismo tradicional, se dice que la respuesta a la pregunta ontológica es que hay una realidad real, dirigida por leyes y/o mecanismos inmutables. El conocimiento de la manera en que las cosas son y cómo funcionan, se resume convencionalmente en generalizaciones que no consideran el tiempo y el contexto, algunas de las cuales son leyes de causa-efecto. En teoría, la investigación puede converger en esas leyes y podremos conocerlo todo, más aún, podremos predecir y por tanto controlar el fenómeno (Guba y Lincoln, 1994).

Respecto a la pregunta ontológica para el constructivista no es realista sino relativista. Dice que la realidad, de hecho, son realidades que existen en la forma de construcciones mentales múltiples cuya base es de experiencia y social, de naturaleza local y específica, dependen de su forma y contenido de los individuos que las mantienen y de los grupos a los que esos individuos pertenecen. En otras palabras: las realidades son entidades construidas (Lincoln, 1997).

Cuando los positivistas contestan a la pregunta epistemológica, esto es lo que se dicen a sí mismos: el investigador y el objeto de la investigación (generalmente un ser humano) son entidades independientes. Como resultado el positivista es, filosóficamente hablando, un dualista y es objetivista, en el sentido de que trata de estudiar el objeto sin influirle o ser influido por él. Por tanto, piensa que los valores y el

sesgo dejan automáticamente de influir en los resultados del proceso de investigación y asevera que los hallazgos son verdad (Lincoln, 1997).

El fenomenólogo o constructivista toma una posición muy diferente en la pregunta epistemológica. El constructivista no es dualista es más bien monoísta, y más aún, mantiene una epistemología subjetivista. El indagador y lo indagado se mezclan en una sola e interactiva entidad y los hallazgos que resultan de la indagación son literalmente contruidos por la interacción entre el investigador y lo investigado. La distinción tradicional ontológica/epistemológica no sólo se cuestiona, efectivamente se evapora (Lincoln, 1997).

La respuesta positivista a la pregunta metodológica es plantear una estrategia que es experimental y de manipulación. Es experimental en el sentido que las preguntas y/o hipótesis se formulan de antemano de forma proposicional y están sujetas a pruebas empíricas para verificarlas o invalidarlas. La metodología manipula en el sentido que las condiciones se controlan cuidadosamente para evitar que en el experimento influyan factores sesgados (Lincoln, 1997).

Los fenomenólogos responden la pregunta metodológica de manera bastante diferente. Los constructivistas son hermenéuticos, por lo menos en el sentido de que las construcciones individuales son extraídas y refinadas a través de interacciones entre y dentro del investigador y los participantes. También son dialécticos, en el sentido que diferentes construcciones se comparan y contrastan en un esfuerzo por llegar a un consenso más informado y sofisticado que las construcciones que previamente se mantenían (Lincoln, 1997).



#### 4.2.2. PERSPECTIVA TEORICA: INTERACCIONISMO SIMBOLICO.

Por lo tanto al posicionarse en este paradigma, se entiende que la realidad es construida en base a la experiencia social, de forma local y específica, y que los hallazgos son construidos por la interacción entre el investigador y lo investigado.

En el estudio se adopta la perspectiva teórica del *Interaccionismo Simbólico* que entiende que las personas dan forma al mundo social por medio de los significados que atribuyen a su experiencia; este significado emana de la interacción con los otros. El interaccionismo entiende que las personas se encuentran en un proceso continuo de dar forma a su entorno y de resolver los problemas que este les plantea (Ritzer, 2002).

Desde el interaccionismo simbólico se destaca la naturaleza simbólica de la vida social. La finalidad principal de las investigaciones que se realizan desde esta perspectiva es estudiar la interpretación, por parte de los actores, de los símbolos nacidos de su interacción. En este sentido, Herbert Blumer (1968) establece las tres premisas básicas de este enfoque:

1. Los humanos actúan respecto de las cosas sobre la base del significado que estas cosas tienen para ellos, o lo que es lo mismo, la gente actúa sobre la base del significado que atribuye a los objetos y situaciones que le rodean.

2. La significación de estas cosas deriva, o surge, de la interacción social que un individuo tiene con los demás actores.

3. Estas significaciones se utilizan como un proceso de interpretación efectuado por la persona en su relación con las cosas que encuentra, y se modifican a través de dicho proceso.

De estas premisas se extrae que el análisis de la interacción entre el actor y el mundo parte de una concepción de ambos elementos como procesos dinámicos, y no como estructuras estáticas. Así entonces, se asigna una importancia enorme a la capacidad del actor para interpretar el mundo social.

Los interaccionistas simbólicos conciben el lenguaje como un sistema de símbolos, donde las palabras son símbolos porque se utilizan para “significar” cosas y hacen posible todos los demás signos. En el interaccionismo simbólico, al ser la realidad el producto de las interacciones y construirse sobre la base de la interacción, se asegura que la vida de un grupo está basada en el compartir de significados y de símbolos. Los humanos comparten comunes circunstancias (enfermedad, entorno), significados, comportamientos, problemas sociales, siendo las personas creadoras activas de su mundo.

Por ello, el objeto de estudio en esta perspectiva teórica, son los procesos de interacción. Tal como afirma Joas (1998) citado por de la Cuesta (2006b: 137):

“El concepto de interacción aquí, subraya el carácter simbólico de la acción, esto es, que está mediada por el lenguaje y los símbolos”.

Para lograr los objetivos propuestos, la elección del interaccionismo simbólico resultó adecuada.

#### 4.2.3. MÉTODO DE ELECCIÓN: METODOLOGÍA CUALITATIVA. LA TEORÍA FUNDAMENTADA.

Los métodos cualitativos son generalmente aquellos no cuantitativos que intentan capturar el fenómeno de manera holística, entenderlo y comprenderlo dentro de su contexto o enfatizar la inmersión y comprensión del significado humano adscrito a un grupo de circunstancias o fenómeno (Lincoln, 1997).

La investigación cualitativa produce un conocimiento cuya relevancia es general y que no sería accesible por otros medios (de la Cuesta, 2005). La estrategia de una investigación cualitativa va orientada a descubrir, captar y comprender una teoría (Ruíz-Olanbuénaga, 1996), pero con una explicación comprensiva y no causal como ocurría en el paradigma positivista (Ruiz-Olanbuénaga, 1999). Su objetivo es la captación y reconstrucción de significado, donde se impone un contexto de descubrimiento y exploración (Ruiz-Olanbuénaga, 1999).

Los estudios cualitativos no están dirigidos por una teoría elaborada, ni por hipótesis para ser comprobadas. Por ello, la elección de la metodología tiene en cuenta que el estudio se inicia de una manera abierta, preguntándose de forma integral por el fenómeno, permitiendo al investigador actuar como testigo del fenómeno e instrumento de indagación. No se basa en lo que las personas dicen que hacen o piensan, en sus relatos, sino en la evidencia directa que obtiene el investigador como testigo (a veces participante) de la situación, ya que se contemplan diversas situaciones de la vida social, procurando no manipularlas ni modificarlas (Di Virgilio, Fraga, Najmias, Navarro, Perea y Plotno, 2007:94). La definición del problema, aún siendo provisional, marcará la dirección concreta y ayudará a seleccionar un evento,

una situación, un hecho, un comportamiento delimitando el tiempo, el espacio, las personas y el contexto en el que se basará la investigación (Ruiz-Olabuénaga, 1999).

Dentro de los métodos de investigación cualitativa se eligió la *Teoría Fundamentada* como metodología para ese estudio, ya que debido a sus características se considera la opción más indicada. La teoría fundamentada tiene sus antecedentes en los siguientes autores: Glaser y Strauss (1967) y Strauss y Corbin (1987, 1990, 1994, 1998).

Glaser y Strauss desarrollaron la teoría fundamentada en 1967 como un método de investigación proveniente del interaccionismo simbólico, con el objetivo de generar construcciones teóricas o conceptualizaciones que expliquen un fenómeno dentro de un contexto específico (Amezcuca, Gálvez de Toro, 2002).

La mayoría de las sugerencias metodológicas realizadas en el contexto de la salud, apuntan a la teoría fundamentada como el método de elección para explicar las relaciones de la conducta humana con los problemas de salud (Amezcuca, M. Gálvez de Toro, A. 2002). Es de señalar que, la elección de la teoría fundamentada como metodología, marcó el empleo de técnicas propias tanto para la recolección de datos como para el análisis, ya que requiere que se empleen unas estrategias características, aunque ya no exclusivas de ella. Primero, la recolección de datos y el análisis transcurren de manera concurrente; segundo los datos determinan los procesos y productos de la investigación y no marcos teóricos preconcebidos; tercero, los procesos analíticos suscitan el descubrimiento y desarrollo teórico y no la verificación de teorías ya conocidas; y cuarto, el muestreo se realiza con base

en lo que emerge de los datos; es el denominado muestreo teórico que sirve para refinar, elaborar y completar las categorías, y por último, el uso sistemático de los procedimientos analíticos lleva a niveles más abstractos de análisis (Charmaz, 1990). Por tanto, en la teoría fundamentada la recolección de datos y el análisis trascurren de manera concurrente, los datos determinarán los procesos y productos de la investigación (de la Cuesta, 2006a). La bibliografía, a lo largo del análisis, se consulta para desarrollar y reconocer los temas teóricos relevantes en los datos (Strauss y Corbin, 2002).

La recolección de datos en los estudios cualitativos en general se hace en el medio natural, cara a cara con las personas y en los lugares donde ocurren los incidentes o eventos de interés (Ruiz-Olabúenaga 1999). La entrevista es uno de los métodos de recolección más usados. En la teoría fundamentada, los datos se recolectan de manera naturalística, al igual que en la etnografía, a través de entrevistas y observación participante. La fuente de datos es la interacción humana y el análisis se focaliza en desvelar los procesos que subyacen en esta interacción que se denomina *proceso básico social-psicológico* (de la Cuesta, 2006a). Las entrevistas pueden ser en profundidad o semiestructuradas, esto es, una entrevista que tiene un guión de temas a tratar de manera abierta donde el investigador busca una información detallada, específica, de primera mano sobre el fenómeno de estudio, y que fue la que se utilizó en el presente estudio. En la metodología cualitativa se deja de recolectar datos cuando se produce la redundancia de la información, es decir, cuando se saturan las categorías (Strauss y Corbin, 2002).

---

# **CAPÍTULO 5: DISEÑO DEL ESTUDIO**

---

PARTE II: EL ESTUDIO DE  
INVESTIGACIÓN

---



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

En el presente capítulo se detalla cómo se desarrolló el proyecto de investigación, se describe el tipo de muestreo empleado, cómo se realizó el acceso y la forma utilizada para contactar con las participantes en el estudio. Siguen la presentación de los métodos de recolección de datos y de análisis.

## **5.1. EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

El proyecto de investigación se desarrolló en 42 meses, siguiendo un cronograma previamente establecido (Véase anexo 2), el cual fue modificándose en base a las necesidades de la investigadora y del proyecto. Se comenzó con una revisión crítica de la literatura, la cual sirvió para encuadrar la investigación en un marco teórico y también se realizó un estudio exploratorio, el cual tuvo lugar en la primera fase de preparación al trabajo de campo.

El estudio exploratorio, desarrollado en un primer momento de la investigación, tal como se indica en el cronograma (anexo 2), sirvió para poner a prueba el instrumento de recolección de datos. El estudio exploratorio se inició en Noviembre de 2006, con la realización de dos entrevistas a mujeres cuidadoras inmigrantes. La primera recogida de datos sirvió a la investigadora para afinar la guía de entrevista y validar la hoja frontal de recolección de datos. Una vez realizado se incluyeron 2 nuevas preguntas: ¿Qué te da vida? y ¿Qué haces en el día? También la hoja frontal se modificó introduciéndose la recogida del tiempo que llevaban viviendo en España, por considerar que podía ser importante a la hora de conocer la trayectoria de la cuidadora (Véase anexo 9 Guía de entrevista y anexo 11 Hoja frontal de datos).

La teoría fundamentada se utilizó como herramienta de análisis, para generar categorías a partir de los datos obtenidos



sobre las experiencias de respiro de las cuidadoras inmigrantes, lo cual proporcionó una manera sistemática de analizar estos datos recolectados de manera natural, y que resultó de utilidad para responder a la pregunta de investigación con un rigor metodológico (Delgado, 2007), ya que la pregunta se planteaba conocer el:

- ¿Cómo?, del fenómeno del alivio de la carga/respiro en las mujeres inmigrantes.

### 5.1.1. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO Y MUESTREO

Las participantes en el estudio fueron 30 mujeres inmigrantes que trabajaban de cuidadoras de personas mayores dependientes en los hogares de estos. El régimen de contrato más frecuente, era el de interna, las cuales tenían un horario de trabajo de 24 horas al día, y los días semanales dedicados a cuidar oscilaban entre 6 y 7 días.

La edad de las cuidadoras estaba comprendida entre los 24 años y los 57 años. El nivel de estudios predominante era el de estudios primarios. En su mayoría, las participantes referían no tener ningún problema de salud, ni agudo ni crónico, percibiendo su situación de salud como “buena”. Existió una gran variabilidad de nacionalidades en las cuidadoras entrevistadas, en su mayoría eran provenientes de Latinoamérica. De las cuidadoras de países no hispano-parlantes, se entrevistó a cuidadoras de origen Marroquí, de Ucrania, Rumanía y Letonia.

El tiempo que las cuidadoras llevan viviendo en España era de al menos 4 meses, con un máximo de 9 años. Y cuidando a la misma persona llevaban entre 3 meses y 5 años.

No se utilizó ninguna escala para medir la dependencia de las personas mayores a las que cuidaban, se anotó el criterio subjetivo de las cuidadoras, las cuales realizaron una valoración de la dependencia de las personas que cuidaban, para responder a la pregunta ¿Cuál es su dependencia? Se establecieron los niveles de dependencia de manera subjetiva, en base a lo que las cuidadoras relataban según el paciente las necesitara para las diferentes actividades diarias. La respuesta más frecuente al preguntar por el nivel de dependencia fué “total”.

Se presenta en el anexo 3, la tabla con el perfil de las participantes, elaborada con los datos socio demográficos recogidos en las hojas frontales, en las cuales, se detallan las diversas situaciones de las cuidadoras inmigrantes.

Al principio el muestreo fue intencional, basado en los objetivos del estudio, se buscó a las cuidadoras inmigrantes con mayor y más rica experiencia de cuidado familiar, teniéndose en cuenta las características dispuestas por Morse (1989) respecto a que las informantes: a) tuvieran conocimiento vivencial del tema, b) tuvieran el deseo y la posibilidad de hablar de ello y c) que tuvieran actitud paciente y tolerante.

Se seleccionaron, en un principio, 30 mujeres inmigrantes entre 20 y 60 años, cuidadoras de de pacientes muy dependientes, que se dedicaban a los cuidados más de 5 horas al día. Por razones de conveniencia, en su mayoría provenían de Murcia, provincia con una de las tasas más altas de dependencia en el Estado Español. Posteriormente por necesidades de la investigación se utilizaron datos recolectados en Elche, por una investigadora del proyecto FISS, a través de 8 cuidadoras inmigrantes.

### 5.1.2. ACCESO

Se plantearon tres estrategias para el acceso a los participantes y se contactó con:

1. ONGs.
2. Instituciones sanitarias.
3. Profesionales de la salud que tenían relación con cuidadoras inmigrantes.

Estas estrategias sirvieron para obtener un primer contacto con las potenciales participantes. Para el acceso a los informantes, resultó clave que la investigadora trabajara en el área de la salud, por ser conocedora del mundo de los cuidadores y estar relacionado con asociaciones de atención a inmigrantes, así como con diversos profesionales que la ayudaron a acceder a las participantes del estudio.

El acceso a los informantes se consiguió principalmente por las tres vías expuestas, a través de las ONGs “Murcia Acoge” y “Cáritas”, a través de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia y de profesionales pertenecientes al Servicio Murciano de Salud.

1) Por un lado, la ONG “Murcia Acoge” colaboró en el estudio por medio de sus trabajadores sociales de las Delegaciones de Murcia, Torre Pacheco y La Unión que nos pusieron en contacto con cuidadoras inmigrantes.

También facilitó el acceso la trabajadora social de la ONG “Cáritas” en su delegación de Murcia.

2) y 3) Previa autorización de la Gerencia de Atención Primaria, se conectó con cuidadoras inmigrantes que cuidaban a pacientes dependientes en el domicilio, a través de los profesionales de la salud de Centros de Salud de Murcia, que las conocían ya por ser pacientes (caso de médicos de familia), o por ser cuidadoras de enfermos encamados en domicilios donde acudían las enfermeras de los Centros de Salud.

### 5.1.3. RECOGIDA DE DATOS.

Se realizó una primera parte en Murcia, recogiendo los datos mediante dos técnicas:

1) Mediante entrevistas semi-estructuradas en las que se solicitó a las cuidadoras que hablaran de su experiencia en los cuidados familiares, de cómo logran el descanso, las cosas que hacen y bajo qué condiciones.

Se desarrollaron en lugares elegidos por los informantes, y se recogieron 22 entrevistas a cuidadoras inmigrantes.

Las entrevistas tuvieron una duración media de unos 90 minutos cada una, se grabaron y transcribieron en su totalidad, siendo revisadas posteriormente por la investigadora. Esto garantizó la confiabilidad de los datos (Véase anexo 9 Guía de entrevista).

2) Mediante relatos escritos, que se solicitaron a las cuidadoras sobre un día particularmente agotador y lo que hicieron para sobreponerse a él. Se recogieron 10 relatos. Se dieron a las cuidadoras unas instrucciones básicas para realizar el relato, enfatizando

que este se hiciera de manera libre y natural, y solicitando el mayor detalle descriptivo posible. Se les proporcionó a las cuidadoras el material de oficina (libreta y bolígrafo) que necesitaban para hacer el relato (Véase anexo 10, Guía de solicitud de relato escrito).

También se obtuvieron datos en la sombra (Morse, 2001), estos son datos que no provienen de las fuentes primarias pero que aportan información relevante para el tema de estudio (de la Cuesta, 2003:11). En este caso se tuvo una entrevista con dos personas responsables de la bolsa de trabajo de las ONGs. Estos datos ayudaron a contrastar la información y conocer algunos datos importantes para el estudio, como las características de los contratos de trabajo, los requisitos que exigen las familias, y las hojas que se les da a las inmigrantes cuando piden colocación como cuidadoras, y en las que se les recomiendan formas de actuación personal, asuntos culturales, de higiene, de cocina y se las orienta en cuanto derechos de salarios, vacaciones y libranzas. También los datos en la sombra sirvieron para obtener una parte de la visión externa sobre el fenómeno.

La recogida de datos se realizó en un primer momento en un despacho de las ONGs y del Centro de Salud pero finalmente se decidió que se realizarían en el domicilio donde trabajaban las cuidadoras. De ese modo se recolectaron los datos: en total 2 entrevistas se recogieron en el despacho de la ONG, 2 en el Centro de Salud, 16 entrevistas que se hicieron en el lugar de trabajo de las cuidadoras y en las que se aprovechó el momento de descanso de la persona a la que cuidaban y otras 2 entrevistas que se recogieron en los domicilios de las cuidadoras. Se grabaron las entrevistas en su totalidad. En total se recogieron 10 relatos en Murcia.

Adicionalmente para el análisis se utilizaron 6 entrevistas y 2 relatos recogidos en Elche por un miembro del equipo de investigación del Proyecto FIS. Estos nuevos datos se recogieron con la finalidad de realizar relaciones entre categorías y completar aquellas categorías que requerían mayor refinamiento y desarrollo.

#### 5.1.4. ANÁLISIS DE DATOS.

El análisis de datos se hizo con base en los procedimientos de la teoría fundamentada. Se realizó la codificación abierta del texto para identificar y desarrollar categorías, codificación axial para relacionarlas y finalmente se realizó codificación selectiva para validarlas y saturarlas (Strauss y Corbin, 2002). Se realizaron de manera adjunta dos procedimientos propios de la teoría fundamentada: 1) los memos analíticos que hacían avanzar el análisis y 2) los diagramas que sirvieron para visualizar las relaciones entre las categorías.

Se generó un archivo de datos con copias de seguridad. Por un lado los datos completos, esto es las entrevistas y los relatos transcritos en formato papel e informático y por otro los datos que se trabajaron.

El análisis de datos fue inductivo haciéndose de manera concurrente con la recolección de datos, tal como lo indican los cánones de la investigación cualitativa. El análisis fue focalizado, pasando de un análisis abierto para generar temas a uno más centrado donde se desarrollaron los temas, a por último un análisis cerrado donde se consolidó y validó lo encontrado.

El análisis se realizó de forma manual sin ningún soporte informático para no distanciarse de los datos. Se realizaba la codificación en la hoja transcrita de la entrevista para recortarse posteriormente y pegarse en una ficha, en la cual se anotaba el código por delante y por detrás el número de página y la entrevista del cuál provenía. Se generó una ficha por código. Posteriormente los códigos se agruparon y archivaron en un fichero con separadores para cada categoría y subcategoría. Se elaboraron 3 ficheros de datos. Uno para las categorías sobre el contexto, otro para las categorías sobre condiciones y un tercero para las estrategias.

Se elaboraron 30 memos durante el análisis y unos 20 esquemas y diagramas para relacionar las categorías, de ese modo se exploraban las relaciones entre categorías y subcategorías que ayudaban a seguir los procedimientos de la teoría fundamentada. La realización de memos también permitió tomar distancia de los datos y mantener la sensibilización con los mismos, al tiempo que servía para plantear los términos y asuntos susceptibles de revisar con la bibliografía.

Después de la primera oleada de recolección de datos (12 entrevistas), se analizaron de manera abierta 5 entrevistas, produciéndose 640 códigos. En ese primer análisis emergió el tema sobre expectativas de las cuidadoras inmigrantes que luego se fue refinando y nombrando como “Sabemos a lo que venimos: Expectativas frustradas y ajustadas de las cuidadoras inmigrantes” y que hacían referencia al Contexto.

En una segunda fase se codifican los 10 relatos escritos y se generan 120 códigos. En esta fase emergen asuntos sobre las condiciones que favorecían el alivio del cuidado y sobre las

estrategias que las cuidadoras empleaban para el mismo. Las categorías conforme se iban generando se exploraban en las siguientes entrevistas incluyendo los temas emergentes en las preguntas que se hacía a las informantes, de ese modo se profundizó en el análisis.

En la última oleada de recolección de datos, que se realiza conjuntamente al análisis, se recogieron 10 entrevistas, que generaron 564 códigos. Las últimas 3 entrevistas y las 6 recolectadas por otra investigadora junto con los 2 relatos escritos, ayudaron a realizar codificación selectiva y para validar las categorías, con lo que se completaron las ya construidas, hasta producirse redundancia de la información.

#### 5.1.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto desarrollado se presentó para su aprobación al comité de ética de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Para la obtención del consentimiento ético del estudio se dirigió una carta al Consejo de Dirección y Unidad de docencia de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia y otra a las ONGs, que colaboraron en el estudio (Véanse anexos 4, 5 y 6 con las cartas de solicitud respectivas). Se obtuvo el consentimiento por escrito de la Dirección de Enfermería de la Gerencia de A.P. de Murcia (Véase anexo 7, con la autorización de la Gerencia), y de las ONGs de forma oral.

Todas las participantes lo hicieron de forma voluntaria e informada. Se les presentó por escrito y verbalmente el estudio en un lenguaje accesible para ellas. Se les informó de los objetivos del estudio, de lo que se requería de ellas, y de cómo se diseminarán los resultados. Las mujeres que desearon participar,



firmaron el documento de consentimiento, quedando claro que se podían retirar del estudio en cualquier momento que lo desearan. Las hojas se firmaban por la informante y por la investigadora. (Véase anexo 8 con el formulario de consentimiento).

Se tuvo en cuenta de que si durante el estudio se detectaba un problema de salud o se generan expectativas entre las participantes de resolución de problemas, estas se identificarían y acercarían los recursos o se orientaría sobre ellos para su solución. Esto sucedió en dos ocasiones en las cuales las cuidadoras mostraban preocupación por su situación laboral, por lo que se las remitió a las oficinas de contratación gestionadas por las ONG con las que se contactó para el acceso.

Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de las participantes. Se diseñó un sistema de códigos para la identificación de las participantes: Por un lado se emplearon siglas seguidas de "EI" o "EIN", que significaban Entrevista inmigrante, seguidas de un número para su orden. También se usaron las siglas "RE" que quería decir Relato escrito, para facilitar su localización e identificación. Se guardaron los datos en un lugar seguro, y se realizaron 2 copias en papel y 2 en CD. Los CD con las grabaciones y relatos originales serán destruidos al finalizar el estudio. El transcriptor de los datos estuvo en todo momento sujeto a las mismas reglas de sigilo. En los informes que se elaboraron se utilizó en todo momento códigos y se cambiaron los datos que pudieran identificar a las participantes.

#### 5.1.6. RIGOR Y VALIDEZ DEL ESTUDIO.

Los investigadores cualitativos afirman que los cánones o estándares con que se juzgan los estudios cuantitativos son totalmente inapropiados para evaluar el rigor metodológico de los estudios cualitativos (Guba y Lincoln, 1994). El fundamento para esta apreciación es que los abordajes cualitativos y cuantitativos tienen diferentes raíces ontológicas y epistemológicas, que deben comprenderse, respetarse y mantenerse durante todo el proceso investigativo. La mayoría de los investigadores cualitativos concuerdan en ese principio rector y por tanto, en que estos criterios o estándares de evaluación deben ser coherentes con los propósitos, fines y bases filosóficas del paradigma cualitativo (Castillo y Vásquez, 2003).

La validez de los estudios cualitativos se construye en el propio proceso, ya sea a la hora de recolectar los datos, manejarlos o analizarlos, es el investigador el que considera en sus procedimientos el rigor científico del proceso (de la Cuesta, 2004b).

Para captar lo que era «cierto», «conocido» o la «verdad» para las informantes en los contextos o en la situación social que vivían, se escuchó de manera activa, reflexionando y teniendo una relación de empatía con la informante. Para garantizar la validez cualitativa del estudio se tuvo precaución en todos los aspectos y procedimientos que se llevaron a cabo durante la investigación; de ese modo, en las entrevistas se procuró que las cuidadoras se expresaran de manera abierta sin forzar ningún dato, se tuvo especial cuidado en revisar las transcripciones para que no hubiese errores y utilizó el relato escrito como la otra técnica de recogida de datos. De acuerdo con esto, se puede decir que el objetivo de

la investigadora fue meterse en el mundo de las informantes, lo cual le exigió paciencia, reflexión y evaluación permanente sobre sí mismo y sobre el fenómeno.

Durante todo el proceso de investigación se intentaron seguir los criterios de confiabilidad y validez de los estudios cualitativos propuestos por Morse, Barrett, Mayan, Olson, y Spiers (2002), es decir, llevar un rigor metodológico coherente en todo momento con la perspectiva teórica adoptada, realizar un muestreo apropiado, realizar una recogida y análisis de la información concurrente y saturar la información.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

# PARTE III: HALLAZGOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

TESIS DOCTORAL:

ESTUDIO DE TEORÍA

FUNDAMENTADA SOBRE EL

ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO

EN CUIDADORAS INMIGRANTES

DE PERSONAS MAYORES

DEPENDIENTES



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

# **CAPÍTULO 6: “SABEMOS A LO QUE VENIMOS” EXPECTATIVAS FRUSTRADAS Y AJUSTADAS DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES**

---

PARTE III: HALLAZGOS, DISCUSIÓN Y  
CONCLUSIONES

---

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

Como se ha mostrado en el marco teórico, son numerosas las inmigrantes que están asumiendo los cuidados familiares, son mujeres que dejan sus países de origen y a sus familias para venir a España a ocuparse de nuestros mayores. Se presenta a continuación la categoría “SABEMOS A LO QUE VENIMOS”: Expectativas frustradas y ajustadas de las cuidadoras inmigrantes, que emergió durante el estudio, y da cuenta del contexto en el que estas cuidadoras viven, trabajan y cuidan. En la categoría se describen cuáles son sus expectativas cuando llegan a nuestro país y cómo estas expectativas se transforman, y en muchos casos acaban frustrándose por la dureza de la situación en la que se encuentran.

Esta categoría está formada por las siguientes subcategorías:

1. *VENIR CON EXPECTATIVAS DE MEJORAR.*
2. *LA VIDA COTIDIANA ES UNA VIDA SIN OPCIONES.*
3. *LO INESPERADO: EL TERRENO DE LAS EXPECTATIVAS AJUSTADAS.*

A continuación, en la siguiente página, se describen cada una de ellas, pero antes se muestra un cuadro resumen con el esquema de relaciones entre categorías y subcategorías.



CUADRO 2: “SABEMOS A LO QUE VENIMOS” EXPECTATIVAS FRUSTRADAS Y AJUSTADAS DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES ESQUEMA DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS.

<b>VENIR CON EXPECTATIVAS DE MEJORAR</b>	Mejorar su situación económica	
	Un buen trabajo o buenas condiciones laborales	
<b>LA VIDA COTIDIANA ES UNA VIDA SIN OPCIONES</b>	Sin opciones vitales	Ser inmigrante
		Atrapamiento físico y emocional
		Tener que aguantar
	Un mal trabajo	Trabajo sumergido
		Condiciones laborales extremas
<b>LO INESPERADO: EL TERRENO DE LAS EXPECTATIVAS AJUSTADAS</b>	Expectativas ajustadas	Expectativas afectivas
		Expectativas laborales
	Depender de la suerte	Buena
		Mala

## 6.1. VENIR CON EXPECTATIVAS DE MEJORAR.

Las cuidadoras inmigrantes vienen con unos fines o metas contruidos desde su país de origen, y estos se frustran cuando se enfrentan a la realidad que encuentran en España. Las expectativas pueden variar de unas cuidadoras a otras, pero todas coinciden en que buscan una vida mejor, para ella y los suyos. Antes de venir, se forman una idea de lo que esperan conseguir y estos fines y metas a lograr dirigen su proceso migratorio guiándolas ante las dificultades que encuentran. El tener en su cabeza ese propósito hace que su emigración tome sentido, en cuanto a que lo hacen “por algo” y ese “algo”, esa meta, sueño o ilusión tiene que cumplirse como sea. Este hecho se describe en la subcategoría: VENIR CON EXPECTATIVAS DE MEJORAR.

Las expectativas marcan todo el proceso migratorio, las empuja a permanecer y les recuerda por qué emprendieron el viaje:

“Eh bueno yo...han, han, ha habido momentos en que si que he tenido muchas ganas de regresar a mi país...sí, pero luego digo, bueno, si he venido con un propósito me quedo y cumplo lo que dije, quedarme ya en los tres años que me quedo” (FATIEN8)

Los datos indican que las expectativas de las cuidadoras inmigrantes son de dos tipos:

- Desean mejorar su situación económica y la de los suyos.
- Quieren conseguir un buen trabajo o buenas condiciones laborales.

1) Por un lado vienen esperando “*mejorar su situación y la de los suyos*” (la familia que dejan) a nivel económico, ya que su principal propósito es ganar dinero y prosperar para hacerse una casa en su país, lo cual es un deseo recurrente, sobre todo en las cuidadoras de origen latinoamericano.

“Tengo cuatro hijas y para eso venimos, dejamos a la familia para venir y trabajar acá y conseguirmos para una casita que es lo único que le puede dejar uno a sus hijos” (MARLY relato)

Porque tener un hogar propio, algo suyo en el país de origen, es el sueño de muchas cuidadoras. Ellas piensan en ese día, como asegura una de las participantes en el estudio:

P: ¿en qué cosas buenas piensas?, por ejemplo.

R: En que algún día, como se dicen, regresaré con mis hijos, y si, como se dicen, el tiempo lo permite, tendremos algún día un hogar propio” (MATEN10)

O como otra de las cuidadoras entrevistadas, que se marca un tiempo para lograr tener una casa en su país.

P: ¿Pero tú te has marcado un tiempo para estar aquí en España o un dinero que quieres conseguir o algo?

R: Si, me he marcado, un tiempo ¡conseguir el dinero por lo menos pa’ tener una casa!

P: Pa’ tener una casa allá

R: Si, ese es lo primero” (PATEN 22)

Además la expectativa les marca los plazos de estancia y el límite del dinero que quieren reunir, renunciando incluso a veces a sus vacaciones para poder cumplir sus expectativas:

“R: Y no pude salir de vacaciones porque, pues, hice una comprar un piso en Ecuador y pues estoy pagando sola, necesitaba el dinero y no puede salir

de vacaciones (uhu) aún fue peor” (ANDREIN9)

Por tanto, las cuidadoras vienen a mejorar no solo sus condiciones sino las de la familia, por eso, la responsabilidad que acarrear condiciona el ver cumplidas o no sus expectativas. Ya que de ellas depende el solucionar los problemas del país de origen como son pagar deudas y poder dar el futuro, que ellas dicen que no han tenido, a sus hijos para que no repitan su suerte.

Se trabaja para los hijos y por ellos desean prosperar:

“Exclusivamente por ellos, si...si no tuviera hijos yo (no estarías aquí) no estaría tan lejos, pos...gracias a Dios encontramos aquí trabajo y son para ellos (...)  
Es que aquí uno viene con una meta y pensar en esa meta y...salir, salir adelante, porque todo se ha aguantado por, por los hijos, porque uno sabe que es un trabajo, que, que gracias a ese trabajo le está dando de comer a, a muchas personas, a su hijo, a su hermano, a su madre” (LIPA)

Por los hijos incluso se pospone la vuelta:

“P: ¿Y aún te queda mucho tiempo para pagar tu deuda?

R: O sea, bueno, yo ya he casi ya he pagado la deuda, lo que tengo que hacer es, me he propuesto, como mi hijo está estudiando para abogado, (Uhu), entonces yo quiero que termine la carrera y ya.

P: Y ya

R: Irme.

P: Claro, entonces, estas tu aquí manteniendo a tu familia y...

R: ¡Yo, una vez que él termine su carrera ya no me lo pienso, ni me lo pienso!, ¡ni me lo pienso! (Ríe)”  
(IREN21)

2) Otro tipo de expectativas, y el medio con el que pretenden cumplir su sueño, es “*conseguir un buen trabajo*” donde estén reconocidas, bien pagadas, donde puedan conseguir la regularización y a fin de cuentas estar tranquilas y poder transmitir esa tranquilidad a los suyos. Comentan que saben a lo que vienen pero hasta que no lo viven realmente no lo pueden explicar, es por tanto una contradicción, ya que “a lo que vienen” y luego lo que encuentran no es tan bonito como creían, como dice una participante:

“Yo sabía a lo que venía, me lo dijeron mis hermanas también, trataron de disuadirme pero, es que uno, hasta que no experimenta no, no puede entender” (MAREN4)

Y cuando en la entrevista a una cuidadora se le pregunta sobre lo que esperaba encontrar y lo que ha encontrado, nos dice.

“¡No!, ¡yo creí, yo, yo, yo creí que era, o sea, nosotros cuando venimos de otro sitio tenemos muchas perspectivas que, que no es lo que vemos en realidad! Por ejemplo yo, cuando vine, allá, a veces nosotros cuando estamos fuera, en, en otros países, o sea, en nuestros países, pensamos que la situación aquí es distinta, uno puede venir a trabajar y y, puede ganar el dinero y lo tiene y que le pueden pagar bien a uno, al menos como las perspectivas (...); cuando uno oye hablar pues piensa que las cosas son, ¡ que van muy bien!, (Si), perooo dado el momento que cuando una llega pues uno tiene que ver, [...] Yo cuando he llegado, yo pensé irme en, en un par de años a mi casa porque dije “no, eso es suficiente y yo consigo”, porque uno viene con planes trazados y metas, (Claro), ¡pero no va a creer que yo a este día no he podido cumplir los planes que... o las metas que me he trazado”(HILDEN14).

También le ocurrió a una participante, que dejó un trabajo de maestra para venir a nuestro país, pues le prometían un buen trabajo y dinero rápido:

“P: No sabe, ¿no sabe lo que hace cuando viene?

R: Claro, es que no sabe a lo que se va, no, bueno alguien le dice “mira, aquí vas a ganar”, dice “bueno, otro tipo de trabajo pero se gana mejor”.

P: Te dan otras ideas

R: Claro y uno total que llega y dice “¡madre mía!, ¿Y esto?, que no me lo imaginaba” (CLEMEN 12)

## **6.2. LA VIDA COTIDIANA ES UNA VIDA SIN OPCIONES.**

La vida cotidiana de las cuidadoras inmigrantes, es la vivencia diaria, lo que viven en el trabajo, en sus pausas, y que representa su día a día en el país al que han emigrado. En la vida cotidiana desarrollan su historia personal y recorren su camino. Es el lugar donde buscan cumplir las expectativas que traían de sus países de origen y es con lo que se tropiezan cuando llegan. La vida cotidiana es el espacio donde pasa el tiempo y donde tienen que vivir. Las ciencias sociales definen la vida cotidiana como el discurrir de un día cualquiera en la vida de una persona y los significados que a esta vivencia son atribuidos por la misma (Canales Cerón, 1995; Velarde, 2006; Goffman, . 2006).

La vida cotidiana es el lugar donde se desarrolla la frustración, ya que es precisamente con lo que se encuentran al emigrar. Esta subcategoría se describe como: LA VIDA COTIDIANA ES UNA VIDA SIN OPCIONES, y se refieren a las opciones vitales y a un mal trabajo.

### 6.2.1. SIN OPCIONES VITALES.

Cuando acaban de llegar a España, a un país extraño, las cuidadoras inmigrantes se dan cuenta de las pérdidas que han tenido que asumir al venir y de la situación sin opciones vitales que encuentran. Se encuentran sin opciones vitales en varios ámbitos y lugares de su vida cotidiana: sin opciones en el trabajo, sin opciones a una vivienda digna, sin opciones a prosperar, sin opciones de elegir, sin opciones a regularizar su situación. Y esas situaciones que marcan su día a día ayudan a comprender cómo es el contexto de lo cotidiano para las cuidadoras. No tienen opciones vitales porque:

- a) *Son inmigrantes*
- b) *Están en un atrapamiento físico y emocional*
- c) *Tienen que aguantar la situación*

a) Las cuidadoras, al llegar, se encuentran con que ahora “*son inmigrantes*”, con todas las connotaciones que la palabra les otorga en el país de acogida. Las cuidadoras están convencidas de que “ser inmigrante” es un hecho que limita todas las esferas de su vida. Su trabajo al llegar se ve restringido por su condición, la soledad que experimentan, la ilegalidad de su situación y el sufrimiento es el primer choque con la realidad. Darse cuenta de su identidad o de la pérdida de ella cuando asumen esa nueva condición de “ser de fuera”, es el primer paso a que sus expectativas se frustren, ya que lo que primero encuentran es un rechazo hacia su condición de inmigrantes que las enclaustra:

“Pienso, pues lo que estoy, sola, sin mis hijas, sin mi madre y sin mi padre, sin mis hermana. (Uhu), tan solita aquí, todo el mundo bien lejos” (ZENI3)

“Lo primero que pienso especialmente lo que estoy fuera de mi casa ¿no?, fuera de mi familia, y de mi país” (FATIEN8)

“Uno no conoce a nadie y uno llega, pero a un país, a tan lejos de su país de uno” (MATEN10)

Como le pasa a una participante, que además cuenta como condiciona su vida la ilegalidad.

“Si, es muy difícil. Muy solita, además no se puede ir por ahí, por ahí, porque uno no tiene papeles, (claro), uno se siente bien amargada, triste, (Uhu), así” (ZENI3).

Se sienten solas, incomprendidas, como le pasa a esta cuidadora:

“Pensaba ahí, a veces me ponía a llorar, porque...es una cosa muy, muy agobiante, es muy... muy difícil sin que nadie te comprenda, sin que nadie...es muy duro vivir así” (LIPA4).

Esa pérdida de identidad se traduce en ocasiones en asumir la identidad que les dan sus contratadores, y esto en situaciones extremas puede ser especialmente duro:

“P: ¿Y cómo te sentiste ese día?”

R: Uhpp, me sentí lo peor, me sentí como una hormiga a la que todo el mundo quiere pisarle” (ANDREIN9)

“P: ¿Cómo te sientes?”

R: ¡Una, cosa, una persona que no vale para nada!”

P: No te sientes muy a gusto.

R: Nnno, más siempre que me ando, con la, inmigrante una persona “podría”, (Si), siempre he pensado atrás, ni hablar.

P: Ellos te hacen sentirte a ti mal.

R: Y para toda inmigrante que han pasado, antes de mi” (MALIEN6)



La pérdida de identidad las limita a la hora de escoger las opciones que esperaban tener al llegar, de hecho es una paradoja porque huyen de sus países porque allí no tienen opciones, y se encuentran al llegar, que aquí no tienen la capacidad de elección que presuponían.

b) El “*atrapamiento físico y emocional*” está marcado por no tener opciones, esto es, la imposibilidad de hacer o lograr aquello para lo que han emigrado. Tienen la sensación de estar encerradas, de vivir en una cárcel, con una pérdida de libertad, de capacidad de elección y decisión, pero donde no les queda más remedio que permanecer. Como les pasa a estas tres cuidadoras:

“Porque ahí también el señor, pues, me tenía encerrada y tampoco yo casi poco salía”. (GLAEM5)

“Yo supe lo que era estar encerrada, ¡encerrada así!” (ICHI)

“Me sentía muy agobiada, por estar muy encerrada” (FATIEN8)

Y además de estar encerradas físicamente también existe un atrapamiento emocional, como el que vive una participante:

“Si pero, cuantas veces que no quería, digo, quería cortar, pero la hija me decía que no me vaya.

P: Y ¿qué paso ese día que, que querías cortar?

R: .... No es que la hija me decía, que le ayude, que no me vaya, (si), que siempre nos dicen, no te vas tú, y ya luego se murió y ¡ya! corte y, dije “¡ay Dios mío por fin!””(EIN1)

La sensación de imposibilidad y la falta de opciones en su vida diaria, surge cuando en el trabajo sienten que llegan a un límite y que no pueden soportar más la tensión. Al sentir que no pueden desconectar del trabajo, ni descansar, porque al estar contratadas tienen una obligación laboral, las cuidadoras inmigrante saben que, aunque el trabajo sea duro, no lo pueden

dejar, por un lado porque es su responsabilidad y por otro porque lo necesitan. Así lo explican dos cuidadoras:

“R: No hay posibilidad de parar. Y si es mi obligación, es mi obligación, en mi trabajo, entonces ¡tengo que hacerlo! Sí.

P: es tu trabajo, veinticuatro horas al día.

R: ¡Y qué vamos a hacer, todo es una lucha! (Risa) Sí, sí, sin parar hasta que vuelva a mi país ¿verdad?”(EPA).

“P: Claro, y en esos momentos que, que una, pues eso que no puedes, ¿qué se te pasa por la cabeza?

R: Eso mismo de dejarlo, yo eso pensaba, dejarlo y, y irme, o desaparecer a veces, cuando no podía hacer las cosas, por ejemplo en esos momentos era matador, ¡me ponía nerviosa porque, esa es la impotencia de no poder hacer nada!, (Uhu), pero, pero es así, ¡pa’ que vea!”(HILDEIN 14)

Por tanto se quedan “sin opciones en el trabajo”, con miedo a salirse a pesar de todo, por si no encuentran otra cosa:

“Uffff, si en otro trabajo estuve, porque, ya te digo, me portaron tan mal y yo como lloraba eso, yo digo, no puede ser y a veces no me salía porque yo decía, “¡no puedo encontrar otro trabajo!” (GLAEM5).

“No me queda de otra salida que trabajar y trabajar y aguantar aquí venga lo que venga” (ZENI3)

Tienen que cumplir su compromiso hasta que puedan volver a su país o hasta que sus expectativas se cumplan:

“¡Qué no tengo otra opción!, otro trabajo, entonces, tengo que estar allí hasta cumplir, por lo menos para poder volver a mi país. [...] Porque no tengo otra opción, porque no tengo otra opción” (EPA).

### c) “*Tener que aguantar*”:

Las cuidadoras inmigrantes, aunque se dan cuenta de que la situación no es como esperaban o deseaban, tienen que “aguantar”, como lo expresa esta participante:

“Tenía que aguantarlo porque no tenía a nadie aquí

en España y necesitaba trabajar, era necesidad”  
(REFATI)

También el aguantar se refiere a que no tienen más remedio que trabajar en lo que encuentran, en este caso cuidar, porque necesitan el sueldo y tienen que superar la sensación impotencia que sienten cuando no logran lo que esperaban. Así lo cuenta una cuidadora, que dice que “tienen que poder”:

“¡Es que nosotros siempre tenemos que poder porque tenemos que trabajar!” (EINII)

Y en esa vida cotidiana cuando ya han hecho el viaje y el esfuerzo para cumplir sus sueños, ver esa realidad puede ser tarde para volver, así lo expresan dos participantes en el estudio:

“Dejé todo lo que tenía, mi trabajo, mi casa, mi familia, todo, pero, las cosas ya, cuando uno se da cuenta de lo que ha hecho, ya es demasiado tarde para, ¡para hacer algo! Así que toca aguantarse”. (MAREN 4)

“P: Pero es porque tú te vienes con una deuda de tu país.

R: Claro, y uno dice, “si dejo el trabajo y hasta que consiga otro”, y otra cosa también que me da así, que digo, “si, si es una casa es así, en otra es peor”, algo hay, entonces hay que aguantar lo que se tiene”  
(IREN21)

Las cuidadoras se encuentran sin opciones, en una encrucijada, planteándose que una vez que han llegado a ese punto no pueden abandonar y tienen que aguantar, una frase de una de ellas resume y clarifica toda esa idea:

“Pero yo decía, decía – ¡madre mía, tan lejos que estoy y cómo decir me voy!-“. (IREN21)

Por lo tanto, la sensación de impotencia es junto con “aguantar” su experiencia cotidiana, es cómo viven el día a día las cuidadoras inmigrantes. En esta vida cotidiana se encuentran encerradas y sin opciones, limitadas en su movimiento tanto para

poder salir a la calle en algunos casos, como para lograr sus sueños, y es donde deciden que para que sus expectativas se cumplan, deben aguantar la situación, ya que es la única manera de conseguir una parte de sus propósitos.

Esta categoría dibuja una situación compleja ya que para las cuidadoras todo está relacionado, en cuanto que es mediante el trabajo como esperan cumplir sus expectativas y a su vez, son sus condiciones laborales, las que las limitan para vivir sus sueños y cumplir sus metas.

### 6.2.2. UN MAL TRABAJO.

Es en esta subcategoriza donde se agudiza la frustración, ya que se contrasta el trabajo que esperaban con lo que han encontrado. Esperaban un trabajo digno y encuentran un trabajo sumergido. Esperaban un sueldo que les permitiera cumplir sus sueños y se encuentran mal pagadas y explotadas en algunos casos. Esperaban mejorar su situación y no lo logran, sólo pueden mejorar la de sus familiares.

Las características de ese mal trabajo son:

- *Es un trabajo sumergido*
- *Y en ocasiones, en condiciones laborales de explotación*

a) El trabajo de las cuidadoras inmigrantes es un *trabajo sumergido* y poco valorado. De ello se aprovechan en muchos casos los empleadores, como cuenta una cuidadora en su relato:

“Me necesitaba para todo, pero no lo hizo a propósito, él no podía, lo que realmente me duele es la actitud de la familia, que por pagarme se creen en el derecho de tener que hacer yo de todo. La familia no ve su

actitud cariñosa, amable etc., sólo que te pagan y lo tienes que hacer” (FATI).

Y es además un trabajo de riesgo ya que:

“No todas las personas pueden ser buenas, pues no lo sé, eso es también un riesgo al que nos enfrentamos los que venimos de fuera” (EMAREN 4).

Es un momento de sentirse defraudadas con lo que encuentran en relación con lo que esperaba conseguir. Este es el caso de una participante que esperaba ganar un buen sueldo, y se encontró con que este no era tanto como esperaba, y por tanto tenía más difícil cumplir sus expectativas económicas.

“P: Uhu, claro, ¿y tu sabías cuando venías que esto iba a ser tan duro?”

R: Ummm si, lo sabía porque me dijeron la gente, así, que aquí es duro el trabajo, (Uhu), y que pagan bien, que pagan mil y todo eso, yo me vengo con esa emoción, pero, aquí llegue no, no se gana así es tanto que uno dice”(ZENI3)

También pueden sentirse defraudadas consigo mismas. Como le ocurre a una participante, que se creía más fuerte para llevar la situación:

“Creía que lo iba a asimilar muy bien, estaba segura de que podía pasarlo, ¡pero a la hora de la verdad no era cierto! ¡Así que lo pasé muy mal!”(MAREN4).

b) Y el trabajo que encuentran en muchas ocasiones se produce en *condiciones laborales de explotación*:

La explotación ocurre cuando los contratadores no les pagan lo estipulado o no les dan los días que les corresponden o cuando las sobrecargan de trabajo, como le ocurre a una cuidadora:

“P: Y no, no te lo tienen en cuenta.

R: No, uhuh, ninguno, ha habido veces que hasta los domingos he trabajado porque estaba, primeramente

una hija enferma que estaba operada, entonces no había quien le cuide, dijo, “X, no hay quien le cuide a mi madre, tiene que quedarse usted”, “¡tiene que quedarse!”.

P: ¡Tiene que quedarse!, o sea, obligado.

R: Me he quedado algunos domingos, hace, hace quince días también me quede, no me han pagado, ni me han dicho ni gracias, ¡nada! Estoy esperando que pasa otra vez, o se acaba el trabajo o les digo todas para que me pagan de una vez los sábados que no me han pagado todos los sábados que, que hemos tratado de que me den vacaciones, (Claro), y los días domingos que me he quedado” (ANDREIN9)

O les exigen que trabajen en condiciones penosas sin respetar sus derechos laborales:

“R: Si todo, por ejemplo, ese hombre, para una cosa normal, para limpiar el cuarto de baño, pedí un guante y me dice que para que quiero guante, (Si), si yo vengo de una tierra podrida, si, una viene aquí..., como vine aquí, hace una , ¿sabe?”(MALIEN6)

En algunos casos los empleadores no las dejan salir a la calle, o no les pagan los festivos ni las vacaciones, como le ocurre a una participante, que además sustituyó a otra cuidadora que se dejó el trabajo porque no aguantaba las condiciones laborales:

“R: Si, y había una colombiana y se iba por dos meses de vacaciones a su país, pero ya ella me dijo que era por, por motivo, que no aguantaba, “ ella me lo dijo que, ni siquiera dan una hora o dos horas pa’ salir”, dice “ni tampoco te pagan”, me dice, “el día festivo”, por ese motivo ella se iba

P: Ella se iba, y tú sigues con las mismas condiciones

R: Yo con las mismas condiciones.

P: Entonces, no te pagan festivos, ni te dejan salir

R: No, no, no., yo salgo los domingos.

P: Y, entre semana ¿no puedes salir?

R: No” (PATEN22)

Una de las cuidadoras entrevistadas, relata como les ocurre, a veces, que se encuentran con que las personas que las contratan intentan convencerlas de que les hacen un favor al

tenerlas internas, y darles cama y comida. Como si no fuera un derecho de la trabajadora, sino más bien un amparo que les hacen los contratadores:

“R: (...) ¡aquí tampoco pues, porque yo esclava no soy!

P: Claro

R: ¿No le parece?, he venido a trabajar, un trabajo decente, como todos, ya, ¡pero eso a que vengan a aprovecharse de mí, no! De eso si no, yo así una vez entre, me entrevista una señora, me dice, “mira, te vamos a pagar ochenta mil pesetas, pero, te vamos a dar de comer, te vamos a dar agüita para que te bañes, te vamos a dar habitación, la camita para que duermas, que no se cuanto”, y le digo, “señora, si usted no me eso, ¿en donde duermo?”, digo, “ ¿qué?, vivo en el aire?, mire, que yo no soy pájaro!”, le digo, “ pero es que usted me está poniendo que la habitación, digo, si voy a trabajar interna, se entiende que tiene que darme una habitación”, (Claro), digo, “y además, no estoy llegando recién, mire”, dije, “ si usted cree que yo no sé las cosas, dando gracias a Dios, en mi país yo soy profesional”, no, “ y yo si conozco lo que es cocina, lavadora, todo lo conozco”, (Conoces), si. Le digo, “no crea que porque estoy aquí buscando trabajo, usted crea que yo no sé nada, si lo conozco todo”, (Claro), y ya, además le dije “usted quédese con eso, gracias, no ha pasado nada yo me voy”, “¿es que como se va a quedar?, es que mire, si en la entrevista pasa esto, entonces yo no me voy a quedar.

P: Que barbaridad, ¿no?

R: Claro, es que es así” (CLEMEN)

### **6.3. LO INESPERADO: EL TERRENO DE LAS EXPECTATIVAS AJUSTADAS.**

Lo inesperado es todo lo que sorprende a las cuidadoras inmigrantes cuando llegan al país al que han emigrado. Ellas se han preparado para lo esperado, para cumplir sus metas, se han preparado para lo que ellas creían que iban a encontrar. Posiblemente, antes de emigrar, las cuidadoras hayan analizado

cada posible situación para tomar una decisión de la que después no tengan que arrepentirse. Pero al llegar descubren que no tuvieron en cuenta todo, y surge lo imprevisto, la sensación de sentirse atrapadas y sin opciones. Se dan cuenta, de que esperar cumplir sus metas es sólo el principio, que no es tan fácil como creían. Precisamente lo que no esperan, lo imprevisto, es lo que cambia sus vidas. Y es entonces cuando las cuidadoras inmigrantes han de crear otras y diferentes expectativas, que les permitan ajustarse a la nueva situación y que les ayuden a superar, en lo posible, su frustración.

Las cuidadoras inmigrantes esperan cumplir sus sueños, pero cuando esto no sucede como preveían, ajustan sus expectativas esperando entonces encontrar algo más. Y este ajuste se produce cuando consiguen otro tipo de ganancia, como son las ganancias de tipo moral y afectivo. Además, que no se frustren una vez más estas expectativas va a depender de la suerte, de si han tenido buena o mala suerte al dar con sus empleadores. Seguidamente se presentan las dos subcategorías: la que describe las Expectativas ajustadas y la que habla de Depender de la suerte.

### 6.3.1. EXPECTATIVAS AJUSTADAS.

Las mujeres inmigrantes participantes en el estudio, esperan encontrar algo más que dinero, sentirse apreciadas como personas. Por tanto no es sólo que quieran encontrar un buen trabajo sino que en ese trabajo se las acepte con afecto y cariño, que se las trate bien y poder estar a gusto, para cumplir sus sueños. Estas son unas nuevas expectativas ajustadas producto del encuentro con lo inesperado. No es lo que esperaban en un primer momento, es lo que esperan una vez han visto y vivido cómo es la vida aquí, son nuevas expectativas que se adaptan al



día a día esperando pequeños logros y que la suma de esas nuevas expectativas las ayude a conseguir sus metas iniciales.

Así pues las expectativas que se ajustan son de dos tipos:

- *Expectativas afectivas*
- *Expectativas laborales*

a) *Expectativas afectivas:*

Estas expectativas se refieren a la esperanza de las cuidadoras de lograr cariño, de tener una buena relación con los empleadores y con las personas a las que cuidan:

“Hay buena relación con ella y su hijo, lo que hace que esté bien, de momento voy a seguir con ella hasta que me vaya a Bolivia”. (REFLO)

Incluso quieren suplir el cariño que les falta, al tiempo que hacen algo favorable para las personas mayores. O como relata una participante, buscan crear lazos de amistad:

“A mí me gusta tener una amistad, y con esa persona tratar de, de siempre, porque ahí uno tiene amistad y después la amistad la olvidan, siempre la amistad es para uno tenerla, siempre” (GLAEM5).

La importancia del afecto les resulta fundamental. Una cuidadora cuenta como el afecto para ella es una necesidad y como suple sus carencias:

“R: Sí, sí, y como también, yo estoy sola, no tengo mis padres aquí, entonces, es como que uno tiene esa necesidad, esa necesidad de dar cariño a alguien, (Sí), como no están sus seres queridos aquí, pues y está ella como, uno se vuelca con ella y, (Uhu), ¿o será que me pasa a mí, no sé!, (Ríe)” (AGUIEN15).

b) *Expectativas laborales ajustadas.*

Se refieren a las esperanzas de las mujeres inmigrantes de encontrar un buen trabajo cuando llegan a España, y que sus sueños no se frustren con el trabajo que encuentren. Cuando no se cumple su expectativa económica, esperan algo que las compense en el trabajo, como es el afecto, pero no siempre lo encuentran. Y si se sienten queridas, sus expectativas laborales se han ajustado porque para ellas una cosa (el afecto) llega a compensar la otra (el trabajo). Para una participante es muy importante sentirse querida y así lo expresa:

“Pues yo no me imaginaba, no me imaginaba porque uno viene con la mentalidad de trabajar pero nunca de forjarse y de qué y de que alguien se te meta en el corazón.... Viene uno tal vez, sólo por dinero, dinero, dinero, pero cuando llega la hora de las cosas, pues te das cuenta que el dinero no lo es todo.... Y cuando tienes dinero, pues a veces de que te sirve si lo que más quieres está tan lejos”. (MAREN4)

Por tanto, las expectativas económicas no se suelen cumplir porque el trabajo que encuentran es un trabajo mal remunerado, las laborales tampoco ya que cuidar es un trabajo sumergido, y son tan sólo las afectivas las expectativas pueden cumplirse. Si esas expectativas afectivas se cumplen, las demás se ajustan, porque las cuidadoras inmigrantes prefieren estar a gusto en el trabajo y sentirse queridas que ganar más dinero. En la vida cotidiana es donde se solventan estas cuestiones, representa lo que viven las cuidadoras en su día a día y como la frustración por no tener el trabajo que esperaban ni recibir el salario que creían, tienen que ir resolviéndose en el presente de la situación.

### 6.3.2. DEPENDER DE LA SUERTE.

Es en este momento, cuando las cuidadoras ven el panorama laboral de España, tras quizás varios intentos de encontrar trabajo, de conocer cuáles son sus opciones de empleo. Las mujeres inmigrantes tienen, tras ver la realidad, que elegir dentro de las pocas opciones de trabajo que encuentran. Eligen dentro de lo malo optando por el “mal menor”, que es cuidar a pesar de lo que supone estar en situación de ilegalidad, de tener horarios exhaustivos, de no tener vacaciones, y de que el trabajo sea una carga tanto por la complejidad, como por el tipo de patologías que tienen las personas mayores que cuidan.

Las cuidadoras, al llegar, se encuentran que cuidar es su única opción, es el “mal menor” entre las opciones laborales que encuentran, pero depende de la casa en la que tengan que estar, ya que si tienen buena suerte, significa que al menos una de sus expectativas se ha cumplido. Así pues, las cuidadoras pueden tener buena o mala suerte.

#### a) “Buena suerte”:

Tener buena suerte es ganar un dinero, encontrar buenas personas, que te traten con afecto, crear lazos familiares en el trabajo y cumplir sus sueños.

Como les pasó a dos cuidadoras:

“¡Yo te voy a decir, de qué manera influyó que yo llegara a ese lugar! Eh. Influyó aprender un poco otro dialecto ¡Otro idioma! Influyó que me dieran la bienvenida, que me sintiera como una más, eh, porque así me han tratado todas ¡Cómo una más aquí! Una más de Valverde” (ICHI)

“Bueno, que me siento aquí, que me ayuda a una cosa, que... no sé, que se que esta familia me trata como si fuera su hija y que yo les trato como si fueran

mis abuelos y que nos entendemos mejor y muy bien, que no es una cosa como si fuera una familia que ha contratado una cuidadora y ellos mis jefes, nosotros estamos como si fuéramos una familia y yo vengo como si fuera mi casa”. (MIRU2)

Y ya lo dice una participante, en cuanto a que las cuidadoras cuando llevan muchos trabajos, saben lo que es depender de la suerte y reconocer si ha sido buena o mala:

“P: ¿Cómo te sentías tu cuidando?”

R: Bien, porque depende también de la casa donde uno esté” (EIN II).

b) “Mala suerte”:

Además debido a las condiciones en las que las mujeres inmigrantes deben cuidar a los mayores, se da el caso de que no todas tienen esa suerte, y las hay quien la han tenido muy mala. Tener mala suerte es que te paguen mal, que te traten mal, que no te reconozcan y que no se cumplan las expectativas.

“Lo peor es que me llamaba perra” escribe MARLY en la primera línea de su relato. O una cuidadora que relata lo mal que lo ha pasado porque la hacían sentirse inferior y mal como persona:

“P: Y tú te sientes, ¿en esa familia te tratan bien?”

R: Poco.

P: Poco, no te sientes muy a gusto.

R: Nnno, más siempre que me ando, con la, inmigrante una persona “podría” (MALIEN6).

El terreno de las expectativas ajustadas es un lugar de frustración. Esa sensación se crea para las cuidadoras inmigrantes, cuando lo que esperaban es peor que lo que encuentran. Incluso a veces, lo que encuentran es algo que no habían imaginado. Las expectativas de las cuidadoras inmigrantes, así como sus ideas sobre inmigrar, son de sueños e

ilusiones, de tener suerte, de encontrar un buen trabajo, de sentirse a gusto. Precisamente es esa situación que no esperan (las condiciones extremas de trabajo, las pocas opciones y la dificultad de elegir), donde las mujeres inmigrantes tienen que vivir su día a día, y donde tienen que hacer lo que sea para poder cumplir sus propósitos. Los propósitos de las cuidadoras inmigrantes, no sólo las implican a ellas, sino también a toda su familia. Ante esto, lo que no esperan, ante la vida cotidiana que deben vivir, las participantes del estudio ajustan sus expectativas, las adaptan y modifican para que puedan cumplirse.

El Contexto de vida de las cuidadoras inmigrantes es un contexto de expectativas frustradas y ajustadas, un contexto de medir lo que esperan con lo que encuentran y decidir si tienen que aguantar y a qué precio, porque a fin de cuentas, las cuidadoras inmigrantes perciben que conseguir sus metas es cuestión de tener suerte

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

# **CAPÍTULO 7: CONDICIONES PARA EL ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO EN LAS CUIDADORAS INMIGRANTES**

---

PARTE III: HALLAZGOS,  
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

---

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

Se presentan a continuación las categorías y subcategorías que describen las condiciones que favorecen el alivio del peso del cuidado prestado por las cuidadoras inmigrantes.

En un primer lugar se describirá la Categoría, “Ser dueña de un tiempo y espacio propio” que hace referencia a cómo las cuidadoras inmigrantes necesitan tener y disponer de periodos de descanso que les pertenezcan por completo, y de como el descanso se consigue en un lugar que las cuidadoras consideran como propio.

En segundo lugar se describirá la Categoría, “Tener ánimos y fuerzas” que describe dónde consiguen las fuerzas las cuidadoras y cómo esas fortalezas que las cuidadoras inmigrantes necesitan, son requisito indispensable para lograr el alivio del peso del cuidado.

El cuadro 3 que se presenta a continuación ilustra las relaciones entre las categorías de este capítulo.

Universitat d'Alicant  
Universidad de Alicante



CUADRO 3: CONDICIONES PARA EL ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO EN CUIDADORAS INMIGRANTES. RELACIÓN ENTRE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS:

<b>SER DUEÑA DE UN TIEMPO Y ESPACIO PROPIO</b>	TIEMPO PROPIO	CONDICIONES LABORALES PARA EL TIEMPO PROPIO	Tiempo pactado
			La flexibilidad horaria
			Compartir la jornada laboral con otra cuidadora
	TENER CONTROL DEL TIEMPO		
	NO TENER HIPOTECADO EL TIEMPO PROPIO		
	ESPACIO PROPIO	ESTAR COMO EN CASA	“Sentirse acogida y cuidada”
			“Trabajar a gusto”
		SER DE LA FAMILIA:	El vínculo afectivo
			Ser una más de la familia
	<b>TENER ÁNIMOS Y FUERZAS</b>	SABER QUE LOS SUYOS ESTÁN BIEN	
TENER A DIOS CONSIGO			
ESTAR ACOSTUMBRADA			
SER FUERTE			

## 7.1. SER DUEÑA DE UN TIEMPO Y ESPACIO PROPIO.

Para las cuidadoras inmigrantes, el cuidado comporta en la mayoría de los casos, una dedicación completa e intensiva. La alta entrega a los cuidados conlleva una restricción de la vida social de las cuidadoras, ya que disminuyen sus posibilidades de salir con amigos, de relacionarse con familiares, y de recibir o realizar visitas. Esto les dificulta a su vez poder descansar, recargar energía y poder olvidar por unos momentos o unos días que son cuidadoras. Además de que el tiempo es escaso, e inexistente a veces, para las cuidadoras inmigrantes resulta complicado poder disponer libremente de él, ya que se encuentran trabajando, cuidando y viviendo en un mismo lugar, esto es, en el hogar de las personas que cuidan. La categoría “*Ser dueña de un tiempo y un espacio propio*” surge de uno de los propósitos del estudio, que era conocer en qué condiciones pueden las cuidadoras aliviar el peso del cuidado y recargar fuerzas para el mismo. Esta categoría está formada por dos subcategorías: 1) el “*tiempo propio*” y 2) el “*espacio propio*”, ambos indispensables para entender el fenómeno del alivio del peso del cuidado desde el punto de vista interior.

### 7.1.1. TIEMPO PROPIO.

El tiempo propio hace referencia al tiempo que necesitan las cuidadoras inmigrantes para sí mismas, para poder descansar y aliviar el peso del cuidado. El tiempo propio es un tiempo que les corresponde por completo. Tener tiempo propio implica poder contar con periodos para ellas, sin estar sometidas al tiempo de otros, que no les pertenece. El tiempo propio es un tiempo para sentirse libres en circunstancias que parecen impedirlo, como son los horarios restrictivos del cuidado.

Para entender esta subcategoría es necesario hacer la siguiente distinción: en los cuidados desempeñados en el hogar, además de las tareas de cuidado, las inmigrantes cuidadoras suelen hacerse cargo de todas las tareas domésticas, unas veces por horas y otras todo el día. Por tanto, es necesario diferenciar dos tipos de cuidadoras en función de los tiempos de presencia y espacio que ocupan: cuidadora interna y cuidadora externa

La cuidadora interna dedica las 24 del día a estar con el paciente y cuidar de él, tiene la obligación de estar de forma permanente con la persona que cuida, vive en el lugar de trabajo, su tiempo de presencia es de 24 horas y suele disponer, según los arreglos que haga con la familia, de uno a dos días libres en el fin de semana.

La cuidadora externa no tiene la obligación de dormir en el hogar de la persona a la que cuida, su horario suele ser de entre 8 a 12 horas diarias tiene libres las noches y según los acuerdos que haga con la familia, puede librar generalmente los domingos todo el día.

Ante la presentación de estos tipos de cuidadoras y de sus horarios tan restrictivos, la búsqueda del “tiempo para sí”, el del crecimiento personal, emocional y social, nos encontramos que ya no sólo se trata de tener más tiempo, sino de ser más libre para poder gestionarlo autónomamente. Por tanto *“tener tiempo propio”* y ser dueña de él es requisito indispensable para el descanso de las cuidadoras inmigrantes.

Poder contar con tiempo propio es posible para las cuidadoras gracias a: 1) *las condiciones laborales, (que a su vez*

se refieren al: tiempo pactado, la flexibilidad horaria y compartir la jornada laboral con otra cuidadora), a 2) tener el control del tiempo y 3) a no tener hipotecado el tiempo propio (CUADRO 3)

A continuación se presenta el cuadro 3.1, que es un fragmento del cuadro 3, en el que se muestra la subcategoría “tiempo propio” y sus dimensiones en forma de apartados.

CUADRO 3.1. SUBCATEGORIA TIEMPO PROPIO

<b>TIEMPO PROPIO</b>	<b>CONDICIONES LABORALES PARA EL TIEMPO PROPIO</b>	Tiempo pactado
		La flexibilidad horaria
		Compartir la jornada laboral con otra cuidadora
	<b>TENER CONTROL DEL TIEMPO</b>	
<b>NO TENER HIPOTECADO EL TIEMPO PROPIO</b>		

- 1) *LAS CONDICIONES LABORALES* que permiten un tiempo propio para el descanso a las cuidadoras inmigrantes son:

- a) *El tiempo pactado:*

Es aquel que corresponde a la jornada laboral de las cuidadoras inmigrantes y al tiempo reconocido fuera de esta. Las condiciones laborales son estipuladas por contrato e indican los tiempos de dedicación y los periodos de descanso de los que las cuidadoras disponen en su jornada laboral. El tener horarios

pactados de descanso dentro de la jornada laboral, permite que las cuidadoras alivien el peso del cuidado, ya que es un descanso para ellas poseer un tiempo propio el cual pueden aprovechar para lo que quieran y que las descansen. Al estar así, concretado por las características laborales, las cuidadoras saben en qué momentos tienen tiempo propio, y de esa forma lo pueden gestionar. Como explica una participante:

“R: Mi trabajo aquí es de nueve y media de la mañana a ocho de la tarde

P: De lunes a sábado

R: A sábado, pero el sábado salgo a las dos de la tarde

P: Entonces tu descanso es por las noches.

R: Sí” (BLENI19)

El tiempo pactado es diferente en función de dos aspectos: por un lado de lo pactado en la jornada y por otro del tipo de contratación (externa o interna). Así las cuidadoras pueden tener un tiempo propio a lo largo del día por el cual se le reconocen horas libres o tener días libres completos en la semana:

“R: El descanso solamente eran los sábados en la tarde y los domingos... Solamente ese día no más, nada más, donde los domingos no más. No, después no había descanso. Ese día no más” (EIN1)

Por tanto, tener pactado el fin de semana libre es una ventaja para las cuidadoras, porque lo pueden emplear en recuperar fuerzas para toda la semana como hace una cuidadora:

“Pero la ventaja que tengo es que trabajo de lunes a viernes y así el lunes llego descansada para recuperar fuerza y paciencia para toda la semana que me queda” (REDOLO)

Y a su vez, el tiempo pactado les permite a las participantes disponer de tiempo propio porque lo tienen reconocido en la jornada laboral:

“P: Este es el segundo trabajo en España, has dado con buena gente.

R: Por lo menos, sí, ahora estoy bien, bastante bien, porque tengo la hora libre.

P: Al medio día

R: Sí, al medio día

P: Que eso también hace que las jornadas sean más....

R: O sea que la siento muy corta, o sea la semana la siento corta

P: Sí

R: Porque voy todos los días a mi casa una hora libre, y estoy con mi hermana, comemos juntos, charlamos un rato también” (FATIEN).

El tiempo de descanso es por tanto un tiempo propio de las cuidadoras, un tiempo que les pertenece por completo y que se utiliza para recobrar fuerzas y energías. Cuando las condiciones laborales lo permiten y favorecen, esto es, ser externa y tener horas reconocidas para el descanso fuera y dentro de la jornada laboral, resulta más fácil tener y disponer de un tiempo propio para descansar. Este tiempo propio para el descanso debe estar pactado y contemplado en la jornada laboral de las cuidadoras inmigrantes.

Al pactarse el tiempo de trabajo y de descanso, este queda claro para las cuidadoras y para los empleadores, así se establece en qué momentos pueden disponer de tiempo propio, que es el tiempo en donde se les reconoce el tiempo libre. Pero también puede darse el caso de una participante en el estudio, que relata cómo el tiempo pactado le resultaba insuficiente para disponer de tiempo propio. Esta cuidadora trabaja 24 horas al día toda la semana y libra 2 horas al día, 2 días a la semana, por eso, el que sólo le dejaran media hora de descanso “extra” por las tardes, de manera extraordinaria, porque su descanso pactado era otro, le resultaba insuficiente (ya que de por sí, el tiempo pactado era muy

escaso y media hora más no le parecía suficiente para tener tiempo propio).

“R: Toda la semana, si, mire, viene a la tarde, ocho y media, dicen “Bueno CLEMEN puede salir una media horita”, es que no se trata mire ¡es que es fatal!”  
(CLEMEN13)

Las cuidadoras externas tienen mayor descanso y tiempo propio porque su jornada laboral es menos restrictiva y más reducida y el tiempo que no corresponde a esa jornada les pertenece por completo. Al contrario que a las internas en las que el tiempo propio suele ser menor porque los tiempos pactados también lo son. Una cuidadora que ha trabajado de interna y de externa lo ilustra describiendo la comparación en cuanto al tiempo propio del que pueden disponer según sus horarios de trabajo. La entrevistada relata cómo su tiempo propio está muy limitado cuando trabaja de interna y como se amplía cuando trabaja de externa:

P: Y de externa, cuando estás trabajando de externa, ¿puedes descansar?

R: Claro descanso, de, a partir de las cuatro de la tarde ya estoy descansando, de nueve a cuatro trabajo  
(EIN1)

*b) La flexibilidad horaria en el trabajo:*

El tener tiempo para el descanso depende también de la flexibilidad horaria en cuanto a que las cuidadoras, a pesar de su horario, puedan disponer de momentos de descanso. La flexibilidad horaria posibilita que, las cuidadoras puedan establecer sus horarios de trabajo y tareas en función de sus necesidades o prioridades, ya que el cuidado no implica una etapa en una cadena productiva, hay cosas que tienen que hacerse pero no importa demasiado el momento. A dotar de flexibilidad el horario dentro de la jornada, aún cuando los requerimientos del

cuidado sean intensos, se puede descansar. Así lo escribe una de las participantes en su relato:

“Trabajo el día y la noche, pero tengo tiempo para descansar” (REMARI).

La flexibilidad horaria en el trabajo permite a las cuidadoras trabajar sin exigencias facilitándoles el descanso como relata una cuidadora:

P: Claro, ¿eso también hace que la situación sea más llevadera, no? Porque te dicen, no tienes que...

R: Claro, si, no, no son de, de exigirme así, en el trabajo, no no.

P: Eso te da a ti facilidad

R: claro, es que lo hago todo a un solo tiempo, no, porque como les digo a ellas tampoco me exigen, No?, ellas me dicen que poco a poco yo vaya haciendo las cosas, un día para hacer una cosa hasta donde me dé, me dé el tiempo, otro día para hacer otra cosa, así, no del todo, como se dice, no son exigentes como se dice, de que yo lo tenga que hacer ya, ya, todo, no (uhu). Ellas me dan mi tiempo, como se dice, que yo, lo vea cuando lo. Lo pueda hacer” (MATEN 10)

c) *Compartir la jornada laboral con otra cuidadora:*

Otra de las condiciones labores para tener tiempo propio es la de poder compartir la jornada laboral con otra cuidadora. De esta forma el cuidado se realiza en colaboración y es más llevadero.

Así, por ejemplo, el poder disponer de un tiempo propio en la jornada laboral, ayuda a una de las participantes del estudio a soportar el peso del cuidado. Esto es posible gracias a que existen dos cuidadoras con las que comparte la jornada y así puede disponer de las horas libres por la noche y también de los fines de semana:



"R: Otra chica entra aquí a las nueve de la noche y, duerme aquí con ellas, les atiende lo que necesiten.

P: Desde la noche hasta que tu llegas por la mañana... Y los fines de semana los domingos también.

R: Ehhh, no, otra chica vine los fines de semana a partir de las dos hasta, hasta las, las nueve de la noche que llegue el domingo otro, o sea llega la chica...Claro, o sea, como no vivo todo el día, o sea, también estoy yo compartida, a lo mejor puede ser diferente, gente que está sola, que, y vive, duerme, come, en la casa que, que trabaja.

P: Claro, tú puedes romper...

R: Claro, pero, no lo sé, a mi eso, un poco, o sea, claro que hago parte mía esto, ¿no?, pero, pero no tanto como decir, el cien por cien, porque (Claro), estoy, tengo que compartir. Si, entonces, recupero yo las fuerzas y llego cada mañana con ánimos (Distintos), distintos, o sea, nuevamente con fuerzas, con ánimo, con, con, con mucha disposición para seguir" (BLENI 19).

Poder contar con sustitutos para compartir la jornada laboral permite a las cuidadoras inmigrantes hacer uso de ese tiempo propio. Suele suceder que, durante los fines de semana, es la familia la que se hace cargo de la persona mayor o bien, contratan a otras cuidadoras. Pero durante la semana, en el horario laboral, también las cuidadoras necesitan disponer de tiempo propio y en esos casos, pueden ser los hijos quienes las suplan por algunos instantes, o las personas del servicio de ayuda a domicilio de los ayuntamientos, o incluso otras cuidadoras.

Hay casos en los que la persona que las suplente es una empleada del ayuntamiento:

"P: ¿Viene una chica?

R: Del ayuntamiento

P: Del ayuntamiento ¿Qué vendrá, una hora al día o...?

R: Sí, viene al medio día, a la hora que tengo yo de descanso de lunes a viernes, tengo una hora y media,

que voy a mi casa, vengo a comer, a descansar un rato ¿no?”(FATIEN8)

El que haya cuidadores de reemplazo permite tener tiempo propio a la cuidadora inmigrante para salir, despejarse o poner en marcha cualquier otra estrategia para aliviar el peso del cuidado.

A esta cuidadora, es su hermana quien la sustituye los fines de semana como cuidadora.

“P: ¿Y el fin de semana se queda tu hermana otra vez?

R: Sí, si mi hermana se queda” (FATIEN8)

Poder compartir con los miembros de la familia el trabajo de cuidar, les permite desconectarse del trabajo, así pues, en el caso de una cuidadora entrevistada, eran las hijas las que se quedaban cuidando y ella podía disponer de tiempo propio:

“R: Que eran muy buenas, muy buenas, las hijas, iban y se quedaban un rato pa’ que yo salga, eso sí.

P: Eso te, te hacía a ti llevar la situación mejor

R: Sí, cinco horas me daban para salir

P: Para salir todos los días

R: Entonces me desconectaba, entonces ya iba le daba la cena y a dormir” (IREN 21)

## 2) *TENER EL CONTROL DEL TIEMPO DE TRABAJO.*

El control del tiempo de trabajo implica tener el dominio de todos los aspectos del cuidado, ya sean horarios o prioridades; se trata de distribuir las actividades a lo largo del día, no sólo administrar el tiempo de cuidado sino el cuidado en sí. De ese modo, las cuidadoras identifican sus valores, sueños y metas a corto y largo plazo y los utilizan para asignar prioridades a todas sus acciones y actividades diarias: así saben que en cuanto su tiempo de trabajo esté controlado y sus actividades realizadas, dispondrán de un tiempo para sí mismas.

Son las cuidadoras las que para poder descansar tienen que tener control sobre el tiempo de trabajo. Como explica una de las participantes, que relata cómo se organizaba con las dos personas que cuidaba para poder tener media hora para ella:

R:“Estaba más cansada sí, pero como te decía anteriormente lograba yo ... e, qué se yo, controlaba de tal manera de que por ejemplo comieran a una hora determinada, antes yo era la que les daba la comida porque me gustaba darles yo a los dos la comida, tal, entonces era más estresante y entonces dije no, porque si viene una persona, le doy la merienda, una hora y media antes la comida, que se la de la otra persona, y ya es una media hora que yo ya tengo para estar un poco más relajada y, y después yo cambiarlo a él, llevarle al baño o llevarlo a acostar a ella, en fin así por lo menos a las 3 de la tarde yo prácticamente estaba lista ya, comido ellos, mudados los dos y yo ya me tendía un rato hasta las cinco, porque yo descansaba de la misma forma” (NORCHI)

Por tanto, el control del tiempo de trabajo ayuda a que las cuidadoras no se sientan sobrecargadas:

“Me hago todo, todas mis cosas todo el día tengo tiempo pa'tó, y no me siento muy agobiada ni nada” (MIRU)

Una de las participantes relata que al ser ella quien gestiona su tiempo y no los empleadores, es decir, al ser ella quien tiene el control de su tiempo, puede descansar:

“No tengo a alguien que me está controlando mi tiempo, ni nada de eso, entonces estoy relajada, estoy la verdad que me siento como que estoy en casa, en mi propio hogar, y dispongo de...de las compras, de de todo, de qué darle a la señora anciana de comer, y bueno, dándole siempre el mayor afecto posible” (NORCHI)

Cuando las cuidadoras tienen el control y la libertad en el trabajo, son ellas las que marcan su tiempo de trabajo y descanso. La libertad de las cuidadoras está determinada por las condiciones en las que desarrollan su labor y es algo difícilmente separable. Cuando las cuidadoras asumen el control les resulta más fácil organizar su descanso, de ese modo, son las amas de la casa y de su tiempo de trabajo y descanso.

### 3) *NO TENER HIPOTECADO EL TIEMPO PROPIO.*

El tiempo de descanso está restringido a veces, por las mismas cuidadoras. En ocasiones se produce una autoexplotación, esto es, a que las cuidadoras amplían sus jornadas laborales. Esta ampliación de la jornada laboral de las cuidadoras inmigrantes sucede porque, movidas por la necesidad, buscan trabajar en otros lugares o en sus tardes libres, o incluso, asumen que no pueden disponer del descanso reglado, ya sea porque no tienen a dónde ir o porque necesitan el dinero para mandar a sus familias. No siempre el tiempo propio se usa para descansar, sino que está hipotecado por las propias cuidadoras.

Así pues una cuidadora hipoteca su tiempo propio cuando se busca otros trabajos en sus horas libres:

“R: Bueno, que tampoco, no descanso mucho no, porque eh, con el sueldo que tengo de aquí tampoco, no me, no me da para pagar mi habitación y mis gastos, Entonces yo salgo de aquí y voy y trabajo unas horas por otra parte también, entonces el tiempo que tengo para descansar es de siete de la tarde y, después tengo que regresar aquí también, ¿no?, a las, nueve y media, nueve y a las diez, diez y media ya estoy recogíendome para digamos para descansar, no? A esa hora” (MATEN 10)

O como explica otra cuidadora, que no utilizan el tiempo de descanso:

“R: Me deja los domingos ¿no? Pero yo como me pagan emmm, como quien dice ¡lo justo!, tengo que sacar dinero para, para mandar a mi país, a mi madre y a lo que haga falta, entonces, por eso me quedo también los fines de semana” (EMAREN 4)

No tener hipotecado el tiempo propio, equivale a no tener todo el tiempo ocupado en el cuidado. De ese modo, cuando a las cuidadoras les queda tiempo propio durante la jornada, pueden aprovechar mejor el mismo, en cualquier actividad de su elección. E incluso, no tener hipotecado el tiempo propio, puede darse cuando las cuidadoras no tienen tareas de cuidado que realizar y les queda tiempo, en el que deciden no hacer nada, bien porque no tengan nada que hacer o porque el trabajo sea más llevadero en algunas horas del día. Una cuidadora explica en los momentos en los que no tiene su tiempo hipotecado y se puede sentar:

“P: Y así, durante toda la jornada, durante todo el día que estás aquí las 24 horas, ¿hay algún momento que te puedas sentar y?”

R: Sí, en la tarde más que todo me, ya estoy sentada ya, ya no hago nada ya” (EZENI3)

Y otra relata que ella descansaba porque por las tardes no tenía “prácticamente” nada que hacer

“No, no, ¡no le digo que sí descansaba! Porque en, en la tarde prácticamente no se hacía nada” (EIN2)

A algunas participantes les cuesta explicar cuáles son los tiempos que emplean para descansar. Por un lado porque el trabajo de cuidados es muy restrictivo en función del tiempo y de las tareas de cuidado y por otro porque a las cuidadoras se las contrata para trabajar, resultándoles muy difícil relatar cómo hacen para disponer de tiempo propio, e incluso rechazando la idea de que disponen de él, ya que la imagen que transmiten o quieren

transmitir, es que como son inmigrantes no tienen tiempo ya que ellas vienen a trabajar y a cumplir. Como ilustra una cuidadora en el siguiente párrafo:

“P: ¿Y cuando descansas?

R: Nada, nada, nada, Si es que cuando somos inmigrantes nosotros, no tenemos, que porque estamos trabajando” (EIN I)

El descanso de las cuidadoras debe estar reconocido en su contrato, ya sea con un horario de trabajo cuando son empleadas externas, o con días libres las que se emplean como internas. El problema aparece cuando las cuidadoras deben aliviar el peso del cuidado durante su jornada laboral en un contexto muy restrictivo. El descanso entonces depende de la flexibilidad horaria, y de que los empleadores les hayan dado libertad en el trabajo para poder organizarse y controlar su tiempo, ya sea porque tienen sustitutos que hagan su trabajo mientras ellas descansan, o que simplemente puedan no ser necesarias por algunos momentos.

#### 7.1.2. ESPACIO PROPIO.

El espacio propio es un lugar físico en el que las cuidadoras pueden estar a solas. Contar con un espacio propio permite a las cuidadoras disfrutar de tranquilidad y privacidad. Todas las cuidadoras precisan de ese reducto donde reposar y descansar. Este puede ser un refugio físico que les aporte seguridad y un refugio emocional donde puedan encontrar un descanso buscado y necesario. El trabajo de las cuidadoras inmigrantes por el contexto en el cual se desarrolla, requiere de un tránsito continuado de su espacio privado a su espacio público, ya que viven todo el día o la mayor parte de él, en el mismo lugar donde trabajan. Los dos reductos o espacios donde viven y trabajan las cuidadoras inmigrantes se complementan, se

enriquecen y se necesitan y conforman el espacio propio de las mismas.

Hablar de un espacio privado de las cuidadoras inmigrantes resulta paradójico ya que su vida se desarrolla en espacios que no les son propios, en las casas donde trabajan y cuidan, casas en las que pasan la mayor parte de su tiempo. Por eso, para poder descansar por unos momentos, necesitan recurrir a espacios propios, a lugares que sientan que les pertenecen y donde están a gusto. A ellos recurren en los momentos en los que puedan reposar o encontrar una pausa del cuidado, de su trabajo. Las cuidadoras logran el descanso cuando tienen un espacio propio para el mismo:

“Entonces fue lo bastante estresante, pero sí, y yo me trataba de, de, de buscar un espacio ya sea después de las 10 de la noche para ducharme, para comer algo tranquila o leer algo, o también en la hora de la siesta podía también descansar una horita, a veces estaba pendiente de ellos, pero por lo menos me..., si no me sacaba mentalmente, el cuerpo me descansaba” (NORCHI)

Igual que se hizo en el apartado anterior para facilitar el seguimiento del mismo, a continuación se muestra el cuadro 3.2. con las subcategorías que componen *tener un espacio propio*:

CUADRO 3.2. SUBCATEGORIAS TENER UN ESPACIO PROPIO.

<b>ESPACIO PROPIO</b>	ESTAR COMO EN CASA	“Sentirse acogida y cuidada”
		“Trabajar a gusto”
	SER DE LA FAMILIA:	El vínculo afectivo
		Ser una más de la familia

Las cuidadoras inmigrantes, por lo tanto pueden tener dos espacios propios, el que hace referencia al lugar físico como es la casa y aquel que trata de los aspectos afectivos y emocionales necesarios para sentir su pertenencia en el espacio simbólico de los afectos familiares. Así se describen a continuación:

- El espacio propio: *“Estar como en casa”*
- Y el afectivo y/o simbólico en el que se integra: *“Ser de la familia”*.

1) “ESTAR COMO EN CASA”.

El poder estar como en casa, implica que las cuidadoras se sientan bien en su entorno de trabajo y que lo perciban como propio. Al sentirse integradas en la casa, el trabajo se hace menos pesado, es decir, se alivia el peso que supone cuidar y se facilita tanto el trabajo como el descanso. Para la cuidadora inmigrante “estar como en casa” es tener un espacio propio, un lugar a donde



poder retirarse a desconectar, donde poder reposar, donde sacar ánimos para el cuidado.

En el cuidado familiar, la casa es el centro neurálgico, las familias cuidan en el hogar, el cuidado es hecho en la casa, la persona mayor quiere permanecer en casa; todo ello implica compartir el hogar, pero con la particularidad de que nadie es extraño al mismo, el cuidado y la vida se desarrollan como siempre bajo un mismo techo. En el caso de las cuidadoras inmigrantes, la circunstancia cambia, ellas son introducidas en casas ajenas para suplir a la familia, se introducen en un espacio ajeno, extraño, en el que se sienten “inmigrantes”, como se explica en el capítulo 6 referente al contexto. Las cuidadoras además si son internas no pueden tener una doble vida, no pueden separar trabajo y vida porque viven donde trabajan. Y además esa casa donde tienen que trabajar y vivir no es la suya, está lejos de los suyos.

Hay cuidadoras que hacen distinción entre casa y lugar de trabajo, reconociendo que es difícil separar ambos. Para las cuidadoras se está trabajando, es el lugar de trabajo, pero por otro lado es el lugar donde se vive. Algunas cuidadoras puntúan que aunque se sientan en casa, el descanso no es exactamente igual que el que puedan sentir en su propio hogar. Por eso dicen estar “como” en casa y no estar en casa.

“Es como si fuera tu casa, pero eso de que es tu casa y tú te vas a un sillón y te sientas y no atiendes a nadie, cierras la puerta, y te acuestas y duermes y haces lo que quieres. ¡Eso es lo que puedes hacer tú en tu casa! Pero uno va a hacer este tipo de trabajo, y está, yo estaba sola con Pepita, yo ¡Toda la casa estaba a mi disposición! ¡Yo era dueña de la casa! Sabes tú que yo, yo, ahí consta que yo ahí, era mi reinado, era mi casa, ¡Pero no era mi casa porque yo estaba trabajando! (...) hay que trabajarlo, hay que

estar haciendo esa experiencia para poder, eh (para saberlo), ¡Para saberlo! Porque yo no sabía, toda la vida viví dueña de casa ¡en mi casa! Eh, fui a ser dueña de casa de otra persona pero que no era mi casa y atendiendo a otra persona, entonces, eh, eh, ¿que si se descansa? ¡Sí!, no te puedo decir que no, pero se descansa de una manera diferente a como nuestro descanso en nuestro hogar. Sin trabajar, o trabajando, pero llegar a descansar ¡Es diferente el descanso!” (ICHI).

Estar como en casa en casa ajena, resulta a veces, en las descripciones de las cuidadoras, como un baile de palabras para resaltar la diferencia entre sentirse en la casa propia, y sentirse como en casa en la de las personas que cuidan. Las palabras de las cuidadoras muestran que estar como en casa es entrar y salir de espacios propios donde sentirse bien, como relata una participante:

“Yo descansaba bastante, descansaba muy bien, me sentía muy bien con esta señora que te cuento, y me sentí muy bien con ella porque, te digo, hasta hoy día le recuerdo y hay días que la extraño muchísimo también porque me encariñe muchísimo con ella, hay días que le busco, porque era como si fuese mi segunda casa, porque yo de día estaba en mi casa y de noche estaba en su casa, entonces yo me sentía de mi casa a su casa, como mi casa, entonces yo me sentía muy bien, muy bien” (EPA)

Las participantes se sienten como en casa cuando se sienten acogidas y cuidadas y cuando trabajan a gusto:

a. *“Sentirse acogida y cuidada”*

Por un lado, estar como en casa, es para las cuidadoras poder sentirse acogidas por las personas que las emplean y por las que cuidan, ello les brinda la tranquilidad que necesitan. Sentirse acogida es sentir que es aceptada por la persona a la que cuidan y por su familia, y sentirse cuidada es notar que las

personas para las que se trabaja, se ocupan y se preocupan de ellas. Las cuidadoras se sienten acogidas y cuidadas, cuando están tranquilas. Se encuentran seguras, porque están resguardadas por un techo, y un hogar, que aún no siendo suyo, lo perciben como tal, y suple al que dejaron en sus tierras.

“R: Bueno, estar aquí, porque aquí me tratan bien, (uhu), son buenas personas y no son de esas personas que mandan de aquí para allá, entonces yo estoy tranquila como si estuviera en mi casa”.  
(MONIEN11)

Para las cuidadoras contratadas inmigrantes, sentirse acogida y cuidada significa que las cuiden a ellas como ellas cuidan. De esta manera ellas pueden sentirse como en casa, lo que les ayuda a soportar la carga del cuidado

“R: En todos, en todos, en Sevilla ¡esa gente era maravillosa! Muy, eso fue, que yo al venir a España y al encontrarme esa gente tan buena, ellos me daban mucho cariño, o sea, como sabían que era de lejos, iba, de mañana la hija, y me saludaba, mucho cariño, muchos besitos, como se...” ¡ay, mi chiquitita, ay mi chiquitita!”, ella me trataba muy bien”(IREN21)

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

b. *“Trabajar a gusto”.*

Para las cuidadoras inmigrantes, el lugar de trabajo, resulta ser en la mayoría de los casos el lugar donde se vive o donde se pasa la mayor parte del tiempo. Trabajar a gusto ayuda a las cuidadoras a sentirse como en casa, precisamente por esa ambivalencia que representa el hogar de las personas que cuidan, por un lado trabajo, por otro casa. Las participantes, si se sienten a gusto en el trabajo, pueden seguir cuidando y notar menor carga:

“P: ¿Te sientes a gusto?

R: Sí, ¡me siento a gusto!

P: Claro, eso también te ayuda a que...

R: Eso me ayuda también, como se dice, y eso me da fuerza y, y valor, para seguir adelante ¿no?, trabajando, para seguir trabajando, (Claro, uhu). No ellos, no, no tratan en ningún momento de, como se dice, de, de, de acobardarme, como se dice, en el trabajo, ¿no? (si), no.”(MATEN)

Es importante para “estar como en casa”, el encontrar un trabajo en el que se sientan a gusto, eso les ayuda a trabajar mejor, ya que como relata una cuidadora:

“Si damos todo de nosotros, también necesitamos de ellos (llora)” (ANDREIN9)

Y la cuidadora se ponía a llorar durante la entrevista cuando reconocía la importancia que tiene para ella el afecto, que la quieran y aprecien para estar bien, para trabajar a gusto y sentir menos la carga.

“R: (llorando) Ayyyyy, unas veces que, que ya tiro la toalla y me voy mejor. Pienso yo, quizás encuentre otro trabajo mejor, a donde, pues la gente me acepte pues de otra manera, ¿no?, y que lo que se converse la gente cumpla

P: Pero no trabajas a gusto en la casa.

R: No, no estoy a gusto aquí. (Suspira).

P: Porque para ti sobrellevar la carga del cuidado ¿sería mejor si te encontraras a gusto?

R: ¡Pues claro! Claro, si tuviera, te digan “si, si quiere salir vaya”, “si, si tiene necesidad vaya”, ¡que es diferente! “Si quiere darse una vueltita, vaya”. Eso fue una temporadita, pero tampoco podía salir porque estábamos en Alcantarilla, pues la señora se quedaba sola” (ANDREIN9)

Estar a gusto en el trabajo ayuda, a las cuidadoras, a sentir el espacio como propio y así poder soportar el peso del cuidado. Para las cuidadoras inmigrantes, estar en una casa donde se encuentran bien es fundamental para hacer más llevadera la carga. Resulta importante para las participantes trabajar a gusto, y eso sucede cuando el trabajo es agradable, ya sea porque han

dado con personas buenas, como narra una participante, o porque cuando les gusta lo que hacen se sienten bien, como explican dos cuidadoras:

“P: Pero es importante dar con una familia buena y que te traten bien, ¿no?”

R: Sí, yo creo que sí porque uno cuando encuentra eso se siente bien en su trabajo, y yo creo que lo hace, lo puede hacer bien el trabajo, pero en cambio si uno está a disgusto y no se siente cómodo en el trabajo. Pues el trabajo no resulta bien, y yo creo que no duraría una persona tanto tiempo” (MONIEN14)

“Pues sí, para soportar pues tiene que ser que a uno le guste y... que más va a hacer uno, si uno viene aquí a trabajar pues tiene que, uno trabajar en lo que sea” (ECHEIN13).

“De algo estoy segura, me gusta lo que hago y me siento muy bien gracias a Dios, estoy conforme con lo que hago y me siento muy bien gracias a Dios” escribe RELUA en su relato.

## 2) “SER DE LA FAMILIA”.

Pero el espacio propio, como se ha explicado, ya no hace referencia solamente a un lugar físico como puede ser la casa, tener un espacio propio también es ser de la familia, ser considerada un miembro más, poder introducirse en la dinámica familiar, y sentirse unida por algo más que la relación laboral, tanto con los empleadores como con la persona cuidada. Ser de la familia es pertenecer a esa estructura social básica, donde se desarrollan los vínculos consanguíneo y de parentesco. Ser de la familia se basa en la creación de fuertes lazos afectivos, además implica una permanente entrega entre todas las personas que la conforman sin perder la propia identidad, ya que lo que afecta a un miembro afecta directa o indirectamente a toda la familia. Por ello, para las cuidadoras inmigrantes, pertenecer a una familia

significa mucho, es tener un espacio propio, aunque este espacio sea simbólico, por un lado porque se las tiene en cuenta y por otro porque les ayuda a soportar la carga del cuidado, ya que al sentirse cerca de las personas que cuidan y sentir el afecto de estas, logran suplir de alguna manera el cariño que echan de menos de los suyos.

Ser de la familia disminuye la presión del cuidado como trabajo, las hace sentir bien. Porque en alguien que es “de la familia” se tiene confianza, no se le exige, y se le presupone el cuidado porque este es familiar. Así, una vez que tienen esa consideración, las cuidadoras cambian su condición, dejando de ser sólo empleadas para tomar parte activa en la dinámica familiar.

Cuando los empleadores que suelen ser los hijos acogen a las cuidadoras estas se sienten de la familia. Así lo relata una cuidadora:

“Claro, y como ella, yo solamente estaba con ella, el hijo vivía arriba, la hija no llegaba hasta ahora porque ahorita yo voy para allá donde ella, entonces nosotros nos llevamos bien, ella casi como hermanas y ella también decía que yo era la hija y todo eso, entonces todo eso lo hace sentir a uno bien P: Estás bien porque te sentías como R: Claro, claro ¡como la familia!” (EINII)

a) *La presencia del vínculo afectivo.*

No se les supone a las cuidadoras inmigrantes la existencia de este vínculo, porque son empleadas, contratadas para hacer un trabajo, pero el vínculo afectivo surge de los datos como un elemento importante, ya que es indispensable para que las cuidadoras inmigrantes puedan soportar el peso del cuidado y para aliviar su carga. La cuidadora inmigrante precisa de ese

vínculo para cuidar en mejores condiciones y sentir que tiene un espacio propio en la familia, que no es sólo una empleada.

La relación laboral no implica en sí misma la existencia de un vínculo que no sea el estipulado por contrato, por eso al introducirse en el fenómeno del alivio del peso del cuidado en las cuidadoras inmigrantes no deja si no de sorprender cómo el afecto, el sentirse parte la familia les facilita el cuidado. Las cuidadoras cuentan que el afecto que ellas sienten por las personas que cuidan, e incluso, por la familia que las contrata, hace más fácil y llevadera su situación. Por ejemplo, a una participante la cuidan tanto que están pendientes de ella en todo momento, no sólo las personas a las que cuida actualmente, sino que mantiene esa relación familiar con la familia de la mujer que cuidó anteriormente hasta que falleció

“Ellas uff, están pendientes de mi cumpleaños, de mi santo, pa’ las navidades ese regalo no me faltan, (ríe) ¡están muy pendientes de mí!” (ECHEIN).

El hecho de que las cuidadoras conserven los lazos con las familias que las contratan, a pesar de haber finalizado su trabajo, como le ocurría a esta participante, muestra que “ser de la familia” es una situación que puede perdurar en el tiempo, incluso después de dejar el trabajo o de que este termine.

Ser de la familia va sucediendo poco a poco, sin que las cuidadoras apenas se den cuenta. Sucede en el día a día, en la relación del cuidado, como le ocurrió a una cuidadora, que una vez había pasado el tiempo comenta que parecía parte de la familia. Y como les ocurrió a otras participantes que en el día a día fueron tomando mucho cariño a las personas que cuidaron, sin esperarse que se pudiera querer tanto a alguien con el que no se comparten vínculos consanguíneos:

“R: Y en esa familia, como le digo, nunca me han exigido a mí que las cosas ¡una vez que he aprendido parecía parte de la familia! (uhu), y como siempre vivíamos, ¡parecíamos vivir los tres solos en casa!

P: Sí, era como si fuera tu casa

R. Sí, sí, y las cosas eran así, nunca, ¡nunca me han tratado mal!” (HINLDEIN)

“Sí, sí, yo al final le, ¡murió en mis brazos!, que estaba yo cuando ella murió, y si que, uff, se les toma mucho cariño a la, a la larga el tiempo de estar con ella, después de estar los buenos y los malos momentos con esa persona momentos pues, uno les toma mucho cariño, igual, lo último y eso digo, cuando ella estuvo malita, yo ya la tomé cariño y ya no, ¡estuve ahí, aguanté! (ríe)” (AGUIEN15)

“Para mí, es un alivio y paz dar amor y cuidado a una persona enferma porque lo necesita mucho” (REMAREN)

Los vínculos familiares creados en el cuidado, pueden extenderse hasta otros miembros de la familia de la cuidadora:

“P: Claro, pero sería, ¿tu ahora como la verías como una jefa, como una parte de tu familia...?”

R: ¡Yo, como una parte de mi familia!, y que ya hemos creado vínculos hasta con mi familia, (Si), porquee, podrían venir a verme al trabajo mi madre y mis hermanas, (Uhu), y ellas siempre las ha tratado muy bien, así queee, conocen toda mi familia, ella también, de la misma manera conoce a toda mi familia, y yo creo que son vínculos que se hacen en ese tiempo queee, será el afecto, el cariño que se hace así y siempre, ¿no?”(HILDEN).

Además como relata esta participante, el afecto es tal que le ayuda a que el trabajo sea más ligero, incluso ella piensa que no podría seguir cuidando si faltara una de las personas a las que cuida.

“R: ¡En afecto, yo no creo que pueda vivir aquí si falta uno de ellos!



P: Si falta uno, porque te haces como de la casa, ¿no?  
R: ¡Sí, y así mismo me tratan ellos!  
P: Te cuidan como si eres de la casa, eso también hace que le trabajo sea menos...  
R: Menos fuerte” (HEMIN 20)

b) *“Ser una más de la familia”*

El ser una más de la familia, implica para las cuidadoras inmigrantes que el afecto sea recíproco, esto es, que por un lado, las cuidadoras necesitan sentirse queridas y también consideradas parte de la familia y por otro, son ellas las que ven y quieren a las personas que cuidan como algo suyo y de las que son responsables, igual que en las familias unos miembros se responsabilizan de otros. De hecho, el cuidado familiar se impregna en muchos casos, de la relevancia que tiene la responsabilidad moral de cuidar en los otros miembros, y resulta curioso y paradójico que las cuidadoras inmigrantes también sientan esa responsabilidad como si fueran una más. Han perdido la connotación “de fuera” para entrar ya no en un país y en una casa extraños sino en un espacio, un mundo familiar que se hace propio. La cita siguiente ilustra muy bien la reciprocidad que implica ser una más de la familia:

“¡Ella es como algo mío, una responsabilidad mía!, y entonces, y a mí no, ¡no puedo dejarla, porque sé que si la dejo ella, uhhh, sí! (AGUIEN15)

Sentirse reconocida como una hija más también las alivia y las hace estar tranquilas en cuanto a sus condiciones laborales, tener más libertad en el trabajo y perder el miedo a que le recriminen algo mal hecho:

“R: Bueno, como ella siempre me dice “como ya soy de la familia”, “soy como de la familia”, ella siempre

me dice “soy como de la familia y vos poder conversar y si te pasa algo o esto, avisarnos y nosotros no te vamos a decir nada, ni esto”. Me dice

P: Claro y eso te

R: Me hace más, uno está más tranquila, (claro), no estar con ese miedo de que a uno lo están, tratando o que le digan algo” (MONIEN11)

Ser de la familia es traspasar la relación laboral: las cuidadoras ven a las personas que cuidan como a un padre o una madre, como escribe en un relato una participante:

“Y pensar en la señora Mercedes que la cuido como si fuera mi madre” (REMARI).

Y como relata otra participante durante la entrevista:

“R: Sí como si fueran un padre y una madre y cuando yo entro a trabajar, ahora mismo estoy con, acompañando a una señora, que se llama Remedios y ella dice, -usted parece ser mi hija- (uhu), -porque ni mi hija me cuida tanto como tú me cuidas-“(EIN1)

Al ser las cuidadoras de la familia, también lo son por extensión sus familiares. De hecho, una de las cuidadoras participantes en el estudio, comenta que ella y su hija son de la familia y que es una de las cosas por las que merece la pena luchar y seguir adelante:

“R: Por ella, yyy, por mi hija que también la quiere muchísimo, (Uhu), sí, en vacaciones cuando nos vamos ella está, “¿mamá, ya vamos a ver a la abuela?, ¿nos vamos hay a ver a la abuela?”, entonces, es que, se, se mete todas las noches en su cama, a dormir, o sea, está un rato con ella a veces se queda dormida ahí, luego vengo, la llevo, (Uhu), que está muy, muy pegada a, es como si fuera su abuela

P: Claro, como no tiene familia, más familia acá.

R: No tiene a nadie y entonces, pues ella, su abuelita es ella, no tiene a nadie más y, y yo digo, no, son muchas cosas que, que vale la pena luchar y, y, y salir, seguir, saliendo adelante” (AGUIEN15)

## 7.2. TENER ANIMOS Y FUERZAS EN EL TRABAJO.

Además de contar con un tiempo y espacio propio, poder encontrar alivio del peso de cuidar, está condicionado por el ánimo y las fuerzas de las cuidadoras para sobrellevar la situación. En esta categoría se describen las fuerzas, como todas aquellas circunstancias que permiten a las cuidadoras soportar la realidad del cuidado y que les dan ánimos para seguir cuidando.

Se presentan las subcategorías que describen las fortalezas de las cuidadoras inmigrantes que son:

- *Saber que los suyos están bien*
- *Tener a Dios consigo*
- *Estar acostumbrada*
- *Ser fuerte*

### 7.2.1. “SABER QUE LOS SUYOS ESTÁN BIEN”.

Saber que los suyos están bien, consiste en saber que parte de sus expectativas se están cumpliendo, siendo de gran importancia, porque las cuidadoras se han marcado unos objetivos que tienen que lograr, y en el día a día, ir cumpliéndolos las ayuda a seguir con su situación, pero también a aliviar el peso del cuidado cuando no pueden más. Es pues en esos momentos, cuando ellas relatan cómo se paran a pensar en porqué están aquí, porqué están cuidando, pensando en sus hijos y en la familia que han dejado.

A las participantes del estudio, pensar en sus hijos, saber que están bien gracias al sacrificio que ellas hacen, las fortalece, las renueva y las tranquiliza. Como se ha venido haciendo en el estudio, para entender la situación en la que se encuentran las

cuidadoras, resulta imprescindible escuchar la voz de las cuidadoras, los datos en vivo, los discursos de como las participantes expresan y viven. Por ello, introducirnos en el mundo de las cuidadoras inmigrantes, a través de sus palabras, nos permite entender todo el proceso que las ha traído a nuestro país. Así, varias cuidadoras explican que saber que sus hijos están bien les da fuerzas, ya sea cuando los llaman por teléfono, o cuando piensan en ellos, siendo en los momentos en los que se encuentran sus ánimos más bajos, lo único que las empuja a seguir adelante.

“P: ¿Y cómo te dan fuerzas tus hijos?

R:.....Bueno, cuando yo los llamo me dicen que ellos están bien. Que no me preocupe por ellos que ellos están estudiando, que ellos están bien, que según ellos se portan bien ¿no? (Si) Yyyyy, y eso es lo que a mí me da fuerzas para seguir trabajando”(MATEN10)

“P: Y pensar en tus hijos también te da fuerzas para...

R: ¡Eso si es lo que, cada, cada día lo que a uno le mantiene con, con ganas de seguir adelante porque si no, hay momentos en que uno se derrumba!, y yo, al venir aquí, ¡aunque usted no lo crea, se rompen lazos, uno destroza, prácticamente se destruye la familia!, (Si), he dejado mi casa, he dejado a mi esposo, he dejado a mis hijos y mire, son tres años que yo ya estoy aquí, (Claro), y que no los puedo ver a ellos, (Uhu), y eso es lo que a veces mee, me siento también impotente porque a veces quiero ir a mi país , a veces también quisiera que ellos vengan, pero a veces la situación que veo aquí que, que teniendo niños pequeños pues tampoco se puede trabajar, (Claro), eso es lo que, ¡y lo único que uno le motiva pa' seguir adelante son los hijos!”(HILDENI14)

A las participantes las fortalece saber que sus hijos están bien, siendo esa seguridad lo más importante para ellas, ya que las mujeres entrevistadas llevan el sentimiento maternal, el ser madres en la distancia, hasta puntos insospechados, sin tener

aquí a sus hijos y sabiendo que todo lo hacen por ellos, para darles un futuro y para que no tengan que repetir sus experiencias. Las cuidadoras explican que piensan en sus hijos, y por ellos pueden dejarlos allí y emprender ese viaje tan duro ellas solas. Las participantes se sienten motivadas y con ánimos en el trabajo cuando saben que los suyos están bien y que se están cumpliendo sus metas para con ellos:

“Entonces uno tiene que pensar también que, gracias a esa persona mayor también se está trabajando y que está dando de comer a sus hijos también, entonces, uno piensa así y...cada día va...te...te da más vida, te da ánimo, te da ganas de seguir adelante (tus hijos) tus hijos, porque lo que estás haciendo son...para, por ellos” (LIPA)

Las cuidadoras no sólo trabajan para ellas, todo el sacrificio, los momentos duros y difíciles que pueden vivir, tienen como meta sobrellevar la necesidad económica de sus familias y las hace trabajar por los suyos como explica una participante:

“P: Y de donde, qué es lo que tú piensas que te fuerzas, que te ayuda a...

R: Bueno, lo que me da fuerzas es mi necesidad. ¿No? Pienso en mis hijos...que por ellos me he venido acá.... ¡y qué tengo que trabajar por ellos!”(MATEN10)

Las participantes saben que sus hijos las necesitan, que necesitan su presencia, pero ellas están lejos. Las cuidadoras encuentran sentido a su viaje y fuerzas para continuar aguantando, cuando saben que sus hijos están bien y que podrán darles lo que ellas no tuvieron. Así, cumpliendo sus propósitos, las cuidadoras se aseguran de que los suyos están bien. Relatan que tienen que cuidar a pesar de las cargas familiares que dejan, aunque ello suponga estar lejos de los hijos, y sabiendo que es muy duro, pero recalcando que lo hacen para darles el futuro y la educación que ellas, en su mayoría, no tuvieron.

Pero no sólo por los hijos, los suyos también son sus madres, padres, hermanos, toda la familia que depende de ellas y a la que mantienen desde aquí. Los suyos dependen de las fuerzas que ellas tengan para trabajar, para mantenerlos económicamente, por eso, pensar en ellos, en que están bien les facilita aguantar, les da fuerzas y las ayuda a trabajar y a no decaer:

“Me da fuerzas y me mantiene, que sé que a mi familia no le falta de nada, como antes les faltaba cosas...que como se dice no llegaban fin de mes, pero que ahora ya sí” (MIRU)

“Saber que están bien me reconforta mucho y me, me renueva las fuerzas, claro, eso sí” (EMAREN4)

#### 7.2.2. “TENER A DIOS CONSIGO”.

Dios se presenta en los relatos de muchas de las cuidadoras inmigrantes como dador de fuerzas, como un guía para la situación que están experimentando, porque esa situación la viven tal y como Dios lo manda. Para muchas de las participantes, la Biblia es su guía, y en la palabra y postulados de Dios encuentran cómo sobrellevar la situación. Son numerosas las cuidadoras, sobre todo latinoamericanas, las que se definen a sí mismas como muy creyentes, ya sean de religión católica o evangélica:

“Tengo que agradecerle al Señor, soy muy, muy creyente y me... eso me ha fortalecido mucho, sí en los momentos difíciles que he tenido como para, para no ahogarme seguir adelante porque la vida es una lucha y... y hay que pelearla” (NORCHI)

Dios aparece en los discurso de estas participantes como dador de fuerza:

“P: ¿Y dónde renuevas esas fuerzas?”

R: Ah, pues, (Ríe), ¡Que el Señor me las da!, (Ríe), y que soy creyente y creo mucho en Dios y le pido solo a él, “Dios mío, dame fuerzas”, porque es verdad que uno se...

P: Claro y hay veces que, que....

R: ¡Se agota! Yyy, y nada, (Ríe), pero yo digo “Señor dame fuerzas” y ya está, nada más y llevarlo con resignación y... (Claro), porque eso digo, más que, que para mí más que un trabajo, más que, que ganar dinero, eso no es dinero, porque la verdad que no gano mucho dinero aquí, tampoco yo me veo, no, no quiero decir que me suban el sueldo porque yo sé que si estuviera aquí sola, pudiera ganar mucho más, pero estoy con mi familia entonces yo no digo nada y tampoco es mucho el sueldo que yo gano” (AGUIEN15)

Para las participantes, Dios las ayuda a vivir el cuidar no sólo como un trabajo, en donde el sueldo es lo más importante, sino entregándose de corazón y mentalizándose para una tarea que va más allá del mero desempeño de funciones. Por ello al ser creyentes y tener a Dios consigo, las cuidadoras afirman que se hace fácil su vida y refuerzan sus sentimientos religiosos:

“Hacer una cosa por trabajo no más, no, no va, no va, o sea tiene que haber un poquito de entrega para hacerte, hacerte fácil la vida, si no que mejor que no pero por (para no cansarse tanto) claro, porque lo tomas con otro estilo de vida, otro... con otra filosofía de vida lo tomas, por decirlo de alguna manera...Con la ayuda del Señor he logrado mentalizarme y entregarme de corazón a la...a lo que estoy haciendo y, es que no voy a cambiar de trabajo, a lo mejor se me va esta señora pero el trabajo que haga va a ser siempre el mismo” (NORCHI)

Las cuidadoras muy creyentes acuden a Dios cuando no pueden más, y según ellas, las ayuda a seguir cuidando. Las cuidadoras exponen que saber que cuidan, en parte por la visión del cuidado que se muestra en su religión, las reconforta en su labor:

“¡Siempre me ha ayudado mucho Dios! (claro). Mucho, mucho, mucho (Que te da fuerzas Dios), me da muchas fuerzas” (EMAREN4)

Además a Dios se le piden fuerzas y paciencia para sobrellevar el cuidado. También le rezan para no abandonar y tener valor:

“P: ¿Y dónde renuevas esas fuerzas?

R: Ah, pues, (ríe) ¡que el Señor me las da!, (ríe), y que soy creyente y creo mucho en Dios y le pido sólo a Él, “Dios mío dame fuerzas”” (AGUIEN15)

“P: ¿Y qué hacías para no abandonar?

R: Para no abandonar, hija mía, pedirle fuerzas a nuestro señor, que le dé fuerzas, decía “Dios mío dame fuerzas para luchar, he venido tan lejos pero señor no me agobies, dame fuerzas, dame valor para salir adelante” (ESPEIN7)

Las cuidadoras se sienten agradecidas a su sentimiento cristiano y a “*tener a dios consigo*” porque les ayuda en la lucha diaria; una cuidadora explica que le ayudaba pensar en Dios mientras cuidaba, porque le recordaba lo que había leído de la Biblia sobre la vida de Jesucristo:

“Sí, porque yo si estoy, digamos, cuando yo, ese día estaba desayunando y la señora devolvía una cosa verde, verde, verde y dije yo “Señor mío, Señor, este olor, este peso que tengo que soportar, pero si tú has estado en medio de ellos ¿Por qué no voy a estar yo?”(Claro). Y entonces de esa manera tengo que soportar” (EIN 1)

Tener a Dios consigo les da fuerzas a las cuidadoras y las recompensa en el día a día, en el cuidado, y según ellas deben dar gracias a Dios por ello. Otra cuidadora muestra claramente como para ella Dios da fuerzas, compensa un trabajo duro, las ayuda a aguantar y las premia:

“¡No está pagado!, entonces todo eso lo hacemos porque, porque Dios dice que tenemos que ser, hacer



la caridad, o sea, ser caritativos con las personas, (Uhu), yyy, ¡sobre todo yo pienso que eso, nosotros somos creyentes y sabemos que tenemos que hacerlo bien con ella y ya está!

P: ¿Y esa, ese es tu pago?

R: Ese es mi pago sí, sí, para mí eso, se que lo estoy haciendo bien y que el señor me va a recompensar un día en el cielo, aquí en la tierra (Ríe), y sobre todo me recompensa con un marido bueno, una hija que está sana, creciendo (Uhu), y sobre todo que hay comprensión en nosotros que, que no somos un matrimonio de estos que están por ahí peleándose todo el día, ¡ que estamos unidos!, y entonces, pues al estar unidos nosotros, pues , cualquier situación se puede sacar adelante”(AGUIEN15)

### 7.2.3. “ESTAR ACOSTUMBRADA”.

Para las cuidadoras inmigrantes, los principios del trabajo de cuidar son duros, ya que se llega a un país extraño, con otras costumbres, horarios, a hacer un trabajo en la mayoría de los casos nuevo para ellas, con enfermedades que en sus países no conocen, con personas desconocidas con las que tienen que convivir. Y además, es un encuentro con lo inesperado y lo desconocido. Las cuidadoras, para acostumbrarse, deben conocer al paciente, conocer lo que tienen que hacer, y enseñarse en el trabajo de cuidar así con el conocimiento ellas ganan seguridad y fuerzas:

“Al principio cuando uno llega no, no se acostumbra uno casi a las cosas que, que se hacen acá, (Uhu), porque yo nunca he cuidado de personas mayores” (MONIEN14)

“El primer año sólo, el primer año. Era, es que para una persona, conocer a una persona nueva, siempre tiene que ser muy duro como me resultó a mí también, (uhu, claro), pues siempre tiene que ser muy duro, ya conociéndose y todo, el afecto llega” (EMAREN4)

El estar acostumbrada da fuerzas a las cuidadoras inmigrantes en cuanto a que el trabajo de cuidar se convierte en algo cotidiano, consabido y rutinario. Las cuidadoras inmigrantes se fortalecen en el hábito y el día a día de cuidar y de trabajar. Acostumbrarse al trabajo de cuidado las fortalece, porque dominan la situación, como se ha señalado en el capítulo 6 referente al contexto de las cuidadoras inmigrantes. En él se explicaba cómo, en el encuentro con lo inesperado, se gesta la frustración y que al acostumbrarse lo inesperado se convierte en su cotidianidad.

Una vez que saben manejarse en el trabajo se alivia el peso del cuidado porque están acostumbradas, esto es, porque conocen el trabajo, a las personas, y cuando están acostumbradas ya nada las sorprende:

“No por ejemplo ahora mismo, mi amiga me dice, “no me nace esa fuerza” me dice, “si tu eres menor, ¿por qué no puedes?”, le digo. Yo puedo así, así, mis condiciones le he dado, dicho de todo, “Yo no sé cómo estás tú”, me decía, “pero yo no puedo”, yo estoy acostumbrada a estar sola, y ya, ya estoy acostumbrada a todo” (EIN1)

“No me cansa porque, ya estoy acostumbrada y si tengo que salir y si, por decir, en la tarde como descansa a veces, ya encerrada aquí, comenzamos a andar un rato”(MONIEN11)

Acostumbradas al trabajo, las cuidadoras tienen fuerzas para soportar la carga del cuidado. Así para una participante, acostumbrarse facilita el descanso cuando los horarios son restrictivos y el trabajo incomodo:

“No sé porque siempre el trabajo en casas es un poquito de que tu tratas de descansar un poco y siempre el trabajo, por ejemplo, que tienes que trabajar y estar de pie y esas cosas, pues, yo que sé, a hasta que te trates de acostumbrar” (GLAEM5)

La experiencia de cuidar fortalece. Las cuidadoras se fortalecen porque su forma de ser ha cambiado, como escribe una cuidadora en su relato.

“Todo lo que he pasado me ha fortalecido y me ha hecho madurar” (REMAREN)

Para las cuidadoras las ventajas de estar acostumbrada, son variadas, ya que una vez están acostumbradas el cuidado se convierte en la vida cotidiana, ya están familiarizadas y viven en ese día a día. Además, al estar acostumbradas al trabajo de cuidar, las participantes aprenden a sobrellevar la carga, a las personas y el cuidado, ya no les es extraño, están enseñadas y familiarizadas con la situación, y en ese punto todo es más fácil, su vida y su trabajo, se sienten con más fuerzas para trabajar. Una participante escribe en su relato, cuando se le pide que comente como hacía para soportar la carga del cuidado, lo siguiente:

“No le puedo decir más, estoy acostumbrada a trabajar y todas las personas a las que he cuidado y su familiares han sido muy cariñosas conmigo” (REMARI)

Y es que estar acostumbrada es saber, es tener conocimiento, seguridad en lo que se hace y como se hace; una vez que se ha conseguido esa seguridad, la carga se hace menos pesada porque la cuidadora puede anticiparse a las demandas, sabe reconocer las necesidades de cuidado y puede sobrellevarlo mejor. Estar acostumbrada les alivia la carga porque las cuidadoras saben manejarse mejor con la adversidad, con las enfermedades, las citas médicas, la medicación, y con las personas:

“Que cuando estás con una persona tanto tiempo, cada día, te das cuenta de ella, como se encuentra... que le falta...como le gusta que lo tape...como le gusta que le den de comer...o como le gusta que...que le de de beber agua, cosas pequeñitas, que tal vez no tengan ninguna importancia, pero para una

persona enferma como ella vale mucho y al principio cuando se ponía así de mala, yo no sabía qué hacerle, que quería hacerle una cosa pero... me ponía pa' tras porque me pensaba que, si lo hago mal, y no le gusta y no se encuentra bien, pero como pasé tanto tiempo con ella y la conozco, ahora sé exactamente qué tengo que hacerle cuando se pone mala y eso... y ya está”(MIRU)

“P: O sea, cuando la enfermedad es más grave es peor.

R: ¡Uff, no, no!, y si ciertas personas a veces han ido y las has visto como están y si tú has estado un tiempo, por ejemplo un año que hayas estado con esa persona, tú ya sabes cuál es el manejo de ella”(GLAEM5)

#### 7.2.4. “SER FUERTE”.

Se han descrito las condiciones en las que las cuidadoras inmigrantes se fortalecen y pueden sobrellevar la carga del cuidado y lo que les da fuerza para seguir adelante. Pero además, el ser fuertes ayuda a las cuidadoras a sobrellevar la carga. Ser una cuidadora fuerte es tener buenos vínculos y ser capaz de responder adecuadamente a las circunstancias de su vida, siendo capaz de desarrollar los recursos necesarios para sobrellevar la adversidad del cuidado.

Los datos indican que las cuidadoras inmigrantes son fuertes porque sobreviven en situaciones críticas, muestran fortaleza cuando no se rinden, y no pierden nunca las esperanzas. El ser fuerte es una condición para el alivio del peso del cuidado en cuanto a que las cuidadoras que se definen como fuertes tienen mayor capacidad para sobrellevar la carga del cuidado y crecerse ante las dificultades.

Ser fuerte, como forma de ser, implica tener un carácter especial, tener fuerza de voluntad, saber decir las cosas cuando es necesario, ser positiva y valorar lo bueno de la vida, porque cuando uno hace las cosas bien, con voluntad, no hay carga ni cansancio como lo explica una cuidadora:

“R: Pensaba ahí, a veces me ponía a llorar, porque...es una cosa muy, muy agobiante, es muy... muy difícil sin que nadie te comprenda, sin que nadie (.....), es muy duro, vivir así (.....) cuidar a una persona, estar así de interna es muy duro el trabajo (.....) uno para, para, para sobrellevar eso, tiene que ser una persona dura. Uno tiene que tener mucha fuerza de voluntad para hacer este trabajo” (LIPA)

Ser una cuidadora fuerte ayuda a las mujeres inmigrantes a no ver solamente los obstáculos como una fuente de problemas, sino descubrir en ellos la oportunidad de superarse y enfréntarlos con valentía. Ser fuerte es para las cuidadoras un atributo personal que las ayudan a sobrellevar la carga.

“Aunque sea un trabajo duro, soy una persona paciente y tolerante, por lo que hago que el trabajo no sea duro” (RELEO)

“En la mayoría de los casos hay que tener mucha paciencia porque como se dice ningún trabajo es fácil” (REDOLO)

“P: ¿Qué cosas haces para aguantar? R: Hay que tener mucha paciencia, mucha paciencia porque si no tiene paciencia no puede, no puede” (IREN21)

“Y yo tenía, he tenido toda mi vida mucha paciencia, (ríe), entonces, que siempre mi familia me ha dicho, ¡qué paciencia tienes!” y su familia ahora me dice” ¡Es que tú tienes mucha paciencia para tratarla! (Uhu) yo pienso que eso, la tranquilidad sobre todo, pues, ha hecho que las dos, ¿no?, desde el principio, o sea, no, no ha sido muy difícil” (AGUIEN15)

Ser fuerte implica a su vez la voluntad que las cuidadoras pongan para el alivio de su carga:

“Porque cuando uno quiere, no hay dolor, ni carga, ni mucho menos cansancio” (REMAREN)

Los datos muestran como las cuidadoras participantes en el estudio son fuertes cuando mantienen la calma en momentos de desesperación, son fuertes cuando sonríen, cuando en realidad lo que desean es llorar, son fuertes porque son capaces de cuidar y de hacer felices a las personas que cuidan aún cuando tienen el corazón hecho pedazos por estar lejos de los suyos. Esa fortaleza, es lo que les da ánimos para soportar la carga del cuidado.

Así pues las cuidadoras inmigrantes para aliviar la carga del cuidado, necesitan contar con unas condiciones que favorezcan el alivio. Esto es, disponer de un tiempo propio que las sostenga, tener un espacio propio que las una al hogar, a estar como en casa, recibiendo muestras de afecto y cariño. Las cuidadoras necesitan para que la carga sea más llevadera, poder contar con el apoyo de las familias que cuidan sintiéndose una más. Lo que facilita el sobrellevar la carga, es que las cuidadoras tengan ánimos y fuerzas en el trabajo y en su vida. Las cuidadoras inmigrantes necesitan disponer de ánimos y fuerzas para sobrellevar la situación de cuidar. Y esas fuerzas pueden venir gracias a los suyos, a Dios, a la costumbre y/o a ser fuerte, haciendo que la situación de cuidado, manifestada por un tiempo que pasa y agobia, y por una rutina de cuidado que las absorbe, se haga más liviana y el descanso pueda producirse.




Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

# **CAPÍTULO 8: ESTRATEGIAS PARA EL ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO POR CUIDADORAS INMIGRANTES**

---



PARTE III: HALLAZGOS,  
DISCUSIÓN Y  
CONCLUSIONES

---

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

Se presentan a continuación las categorías y subcategorías que describen las estrategias que las cuidadoras inmigrantes emplean para aliviar del peso del cuidado.

Según el diccionario de la Real Academia Española (2001), una estrategia se define como “el arte o traza de dirigir un asunto. En la definición del Diccionario María Moliner (2007), se añade que la estrategia tiene “la finalidad de lograr el objeto deseado”, y un poco más amplia es la definición que se propone algunos diccionarios online, y que definen la estrategia como “un conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un determinado fin, o también como el proceso seleccionado mediante el cual se espera lograr alcanzar un estado futuro”, es por lo tanto, un punto que involucra la racionalidad orientada a un objetivo. Las cuidadoras inmigrantes emplean estrategias para poder enfrentar los momentos difíciles del cuidado y sobreponerse al desfallecimiento que les genera el cuidar.

Cuando se hace referencia al concepto teórico de estrategia en la Teoría Fundamentada, se explica que la gente “maneja problemas y asuntos” (Strauss y Corbin, 2002), ya que para los autores, las acciones estratégicas son actos deliberados para resolver un problema que moldean el fenómeno de alguna manera. Este capítulo explica de qué forma, las estrategias empleadas por las cuidadoras inmigrantes también moldean el fenómeno del peso del cuidado.

En este capítulo se describe lo que hacen las cuidadoras para darse a sí mismas el descanso, ya sea mediante pausas en el cuidado o con el uso del tiempo, consiguiendo así el alivio del peso, aún cuando por sus horarios, dedicación y contexto del cuidado pueda parecer imposible. En las cuidadoras inmigrantes,

no se puede olvidar como se señaló en el Marco teórico, que son trabajadoras contratadas por las familias para que estas puedan aliviar el peso del cuidado y conciliar su vida familiar y laboral. El alivio del peso del cuidado es un aspecto imprescindible para que las cuidadoras inmigrantes se encuentren bien en el trabajo diario y por esa razón, las estrategias que ponen en marcha van encaminadas a conciliar los tiempos propios y ajenos, y de esa forma poder descansar.

Se describen a continuación las estrategias (CUADRO 4) que han emergido de los datos y que muestran lo que las cuidadoras inmigrantes hacen y emplean para aliviar el peso del cuidado y lograr el descanso.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

CUADRO 4. ESTRATEGIAS PARA EL ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO EN CUIDADORAS INMIGRANTES. RELACIÓN ENTRE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS.

<b>GESTIONAR EL TIEMPO DE TRABAJO</b>	SACAR TIEMPO PROPIO	Organizar la jornada laboral
		Crear rutinas y priorizando
		Controlando la demanda de la persona cuidada
		Aprovechando momentos para el descanso
	OCUPAR EL TIEMPO LIBRE	Entreteniéndose
		Variar de actividad
EVADIRSE DEL TIEMPO DE TRABAJO		
<b>COMPARTIR EL TIEMPO DE DESCANSO CON LA PERSONA CUIDADA</b>	SALIR CON LAS PERSONAS QUE CUIDAN	
	DORMIR CON LAS PERSONAS QUE CUIDAN	Favorecer el descanso de las personas que cuidan
		Acostarse a su lado
	ESTAR PENDIENTES	
<b>SALIR A LO SUYO</b>	Encontrarse virtualmente con lo suyo	
	Salir a un lugar suyo	
	Buscar a los suyos	Física
		Mentalmente
	Construir nuevas familias y hogares	

De ese modo las estrategias que emplean las cuidadoras inmigrantes son:

- *Gestionar el tiempo de trabajo*
- *Compartir el tiempo de descanso con la persona cuidada*
- *Salir a lo suyo*

### 8.1. GESTIONAR EL TIEMPO DE TRABAJO.

Para facilitar el seguimiento del texto se procede al desglose del CUADRO 4, de ese modo se van a ir presentando las categorías con el cuadro de relaciones, antes de describir cada una de ellas.

CUADRO 4.1. CATEGORÍA GESTIONAR EL TIEMPO DE TRABAJO.

<b>GESTIONAR EL TIEMPO DE TRABAJO</b>	SACAR EL TIEMPO PROPIO	Organizar la jornada laboral
		Crear rutinas y priorizando
		Controlando la demanda de la persona cuidada
		Aprovechando momentos para el descanso
	OCUPAR EL TIEMPO LIBRE	Entreteniéndose
		Variar de actividad
EVADIRSE DEL TIEMPO DE TRABAJO		

Se presenta la categoría *Gestionar el Tiempo de trabajo* como una de las estrategias que las cuidadoras inmigrantes llevan a cabo para aliviar el peso del cuidado. Gestionar el tiempo de trabajo significa para las cuidadoras encargarse de todo lo referente al cuidado, de tal manera que puedan optimizar el rendimiento del tiempo del que disponen, gestionando el tiempo, tanto para el trabajo como para tener tiempo para descansar.

El tiempo de trabajo es aquel que las cuidadoras emplean para el cuidado, siendo el tiempo por el que están contratadas, y que comprende toda su jornada laboral, ya se hable de cuidadoras internas como externas. Este tiempo, es gestionado por las cuidadoras, y de cómo lo administren, dependerá, no solo que la labor de cuidado esté bien hecha, sino de que puedan encontrar su bienestar personal y su descanso.

Las cuidadoras tienen que gestionar su tiempo de trabajo, porque el tiempo de descanso es más bien escaso, debido a las características de su situación laboral. Si el tiempo de descanso, entendido como el tiempo fuera de la jornada laboral, es insuficiente, las cuidadoras buscan otro tiempo del que disponer para poder aliviar el peso y recuperarse del desgaste físico y emocional que produce el cuidado.

Las cuidadoras gestionan el tiempo de trabajo de tres maneras:

- *Sacando tiempo propio*
- *Ocupando el tiempo libre*
- *Evadiéndose del tiempo de trabajo*

A continuación se presentan las estrategias que las cuidadoras emplean para gestionar el tiempo, como se aprecia en los datos siguientes.

#### 8.1.1. SACAR TIEMPO PROPIO.

Las cuidadoras gestionan el tiempo de trabajo para poder sacar tiempo propio. Tener tiempo propio era una de las condiciones que emergieron de los datos, imprescindibles para el alivio del peso del cuidado. Aquí se muestra cómo las cuidadoras sacan ese tiempo propio y cómo lo logran. Las cuidadoras inmigrantes sacan tiempo ya que son ellas las que controlan el tiempo de trabajo y descanso, son ellas quienes marcan su ritmo y las que gestionan los cuidados para dejarse momentos libres en los que pueden reponer fuerzas.

Para sacar tiempo propio, lo que las cuidadoras deben hacer, es cumplir los objetivos y requerimientos de su trabajo. Así cuando gestionan su tiempo de trabajo, lo hacen de tal manera que sus obligaciones estén cumplidas independientemente de la duración de la jornada, de esa forma son como trabajadoras “free lance”, ya que son capaces de gestionar el tiempo de trabajo sin descuidarlo y a la vez sacar tiempo para proveerse el descanso.

Se saca tiempo para el descanso por medio de cuatro tácticas:

- *Organizar la jornada laboral.*
- *Crear rutinas y priorizar el trabajo.*
- *Controlando la demanda de la persona cuidada.*
- *Aprovechando momentos para el descanso.*

a) *Organizar la jornada laboral*

La jornada laboral de las cuidadoras varía en horario según sean cuidadoras internas o externas, en la jornada las cuidadoras tienen establecidas unas tareas que deben realizar a lo largo del día, ya sean actividades de cuidado o de mantenimiento del hogar. Organizar la jornada laboral requiere tener el control del horario y saber qué actividad se ha de realizar en cada momento. Al tener organizados los horarios, las cuidadoras refieren que les queda tiempo para descansar y que gracias a esa organización sacan tiempo propio para el descanso. De hecho al preguntarle a una cuidadora, ella comenta como organiza su tiempo para poder así descansar:

“Prácticamente yo aquí el trabajo, por las mañanas hago una comida y limpio y lavo y todo y yo ya a partir de las 3 de la tarde no hago nada, ya tengo hasta la cena hecha” (ECHEIN 13)

El poder organizar su jornada laboral les permite estar tranquilas y descansar:

“Sí claro...yo me organizo mis cosas, muy tranquila” (MIRU)

Ya que la misma cuidadora continua diciendo que saber organizarse el tiempo de trabajo es la manera de poder sacar tiempo propio para descansar:

“Si sabes organizarte el tiempo y las cosas te queda bastante trabajo, bastante tiempo a descansar” (MIRU)



*b) Crear rutinas y priorizar el trabajo*

Las participantes en el estudio gestionan su tiempo de trabajo sacando tiempo propio para el descanso cuando crean rutinas y se marcan un ritmo de trabajo. De este modo, las cuidadoras establecen en su día a día qué actividad sucede a otra, crean un plan jerárquico de actividades que tienen que realizar, y en base a cómo las hagan, la rapidez o la prioridad, les quede tiempo propio para desconectar.

Por ejemplo para una de las participantes en el estudio, lo principal es el cuidado y las tareas que realiza a la persona que cuida, y a partir de ahí crea las rutinas del día:

“Ahora no, no, no, no, no me canso (no te cansas) no, no, no, no, es que como que no tengo (risas) (y que es lo que crees que) o sea yo, escúchame, cuando yo me (...) siento que...que me siento muy, muy así esto, entonces no, para nada tienes que hacérmelo más lento, nadie te está presionando porque a veces va en uno también decir este...que, que lo quieres como abarcar en el momento y eso....humanamente a veces no... no es posible o sea, tenemos que... o sea si estoy pensando en una cosa pero estoy mirando pa'ya y voy entonces es un poco organización uno mentalmente de que. Cuáles son las prioridades para poder ir haciendo a través del día y que nadie te está diciendo, eso va así o así lo tienes que, lo principal es la atención a la abuela” (NORCHI)

Al crear rutinas para sacar tiempo, cada día es igual, se van marcando los horarios para todo y sabiendo qué es lo que toca hacer en cada momento:

“P: ¿y con Manolo en la casa podías descansar?  
R: ¡Sí!, puedo, porque Manolo siempre, por la mañana ducharse, desayuna y al sofá a mirar la televisión, ¡Manolo sofá y yo otro sofá y descanso!, después limpio y ya preparar comida y más descanso, eso no es difícil” (UKREN18)

El crear rutinas y dividir la jornada por tareas les permite planificar horas en las que pueden sacar tiempo, como hace otra cuidadora:

“R: Y después de ahí, otra vez, lo pongo el culete limpio, ya me descanso, ya duermo hasta las cinco y hasta las cinco le doy otra vez su leche con natillas (Uhu), y a las, yo me descanso desde las tres, hasta las cinco, seis

P: Te pones a descansar

R: Hasta las nueve, a las nueve, hay que ponerle otra vez el culete limpio, (uhu), ya le doy otra vez su leche con galletas, y otras tabletas, (sí), después le doy la cena, ya nos acostamos, ya” (EZENI 3)

Por tanto, ya no es un descanso que dependa exclusivamente de finalizar la jornada laboral, sino que se trata de sacar tiempo para el descanso independientemente de que se hayan finalizado o no las tareas cotidianas:

“Luego me pongo a lavar ropa, sino, a planchar un poco, una hora así, ya después de ahí me pongo otra vez a descansar” (EZENI3)

c) *Controlando la demanda de la persona cuidada*

Para sacar tiempo propio entre las tareas cotidianas de cuidado, las cuidadoras controlan las demandas de las personas a las que cuidan. De ese modo las cuidadoras se anticipan a las necesidades del cuidado y prevén qué precisaran las personas en cada momento. Cuando las cuidadoras saben en qué instante las van a requerir, pueden disponer de un tiempo suyo. Un tiempo que les pertenece cuando el trabajo lo tienen todo hecho y las personas no las necesitan.

Una participante organiza el volumen de su trabajo teniendo las demandas de la persona cuidada dispuestas y previstas:

“Ella no molesta, yo la acuesto y y ¡ella no molesta pa’nada! (uhu), hay que estar pendiente que esté seca, cambiarle su pañal, darle agua, su comida a la hora que le toca, y así toda la tarde” (ECHEIN13)

Otra participante dispone sus tareas al adecuarse según el cuidado que precisa la persona que cuida.

“Bueno en la mañana empieza ya ella a hacerle las cosas del aseo, hacerle el desayuno y todo eso. Luego voy a, a, a la casa. Luego en la tarde descanso, de cuatro a seis de la tarde estoy descansando” (MONIEN11)

O como hace otra cuidadora:

“Yo por ejemplo por la mañana, pues me levantaba, le daba el desayuno y sus pastillas y de ahí cogía y la acostaba, de ahí, ya me ponía ya, a arreglar la casa, me ponía a arreglar unas plantitas que tenía por ahí, a sacarles las hojas secas, a tratarlas de que estén bonitas, (Sí, uhu), y pues de ahí, ya me sentaba un rato” (GLAEM5)

*d) Aprovechando momentos para el descanso*

Otra táctica para sacar tiempo propio al gestionar el tiempo de trabajo, es cuando las cuidadoras aprovechan momentos para el descanso. Aquí, las cuidadoras “rebañan” el descanso en la acción cotidiana, sacan el tiempo, disponiendo y aprovechando pequeños momentos de respiro, de tiempo propio.

“Pues le pongo a la señora la comida y me voy a recostarme un rato y yo, aunque yo coma a las seis, siete de la tarde eso no importa, pero por lo menos he descansado un ratito” (ANDREIN 9)

Para las participantes en el estudio, el aprovechar momentos para el descanso también significa poder sacar tiempo, ya que a veces, cuando no tienen programado su descanso, no les queda más que aprovechar el tiempo con pequeños momentos, a cualquier hora del día.

“Busco mi descanso cualquier hora del día, no tengo horario programado” (ROCHI)

### 8.1.2. OCUPAR EL TIEMPO LIBRE.

El tiempo de trabajo de las cuidadoras inmigrantes es aquel que debe emplearse para el cuidado, es un tiempo que pertenece a los empleadores, es un tiempo pactado y que se paga como tiempo de presencia. El tiempo de presencia es aquel estipulado por contrato en el que deben permanecer en el hogar de la persona que cuidan aún cuando no estén realizando actividades de cuidado.

Las cuidadoras deben cumplir con esos tiempos de trabajo, pero eso no quita para que los tiempos sean excesivos y la carga del cuidado muy elevada. Las cuidadoras se encuentran ante la problemática de que para aliviar la carga necesitan disponer de tiempo propio para el descanso, y que el tiempo propio, como aquel que les pertenece a ellas por completo, sólo está reconocido fuera del tiempo de trabajo. Pero sí existe un tiempo que pueden utilizar para el descanso y es precisamente el tiempo libre. Libre porque no está ocupado con trabajo, está libre de quehaceres y de fatiga, es un tiempo que pueden gastar en satisfacer sus necesidades de ocio y de descanso.

La categoría ocupar el tiempo libre hace referencia a todos esas ocupaciones, a las obras de ingenio, a los aspectos tangibles del descanso, siendo precisamente el descanso algo que las cuidadoras tocan y manejan. Son las actividades de ocio que las cuidadoras hacen para lograr el descanso, ya sea físico o mental. Así pues, al ocupar el tiempo libre, las cuidadoras descansan de

sus tareas principales, de su trabajo y se implican y comprometen para lograr el descanso ya que tienen este como su propósito.

En su tiempo libre, las cuidadoras inmigrantes eligen la forma en que ocupan ese tiempo y el modo de desconectar y descansar. El tiempo lo ocupan por medio de dos tácticas:

- *Entreteniéndose y al*
- *Variar de actividad.*

a) *Entreteniéndose.*

Las cuidadoras ocupan el tiempo libre buscando cosas que hacer para descansar. El tiempo se ocupa con actividades y tareas que las entretienen, son actividades reales, tangibles que les permiten un cambio de lugar, de ritmo, ya sea realizando actividades de destreza manual o parando el ritmo cotidiano acostándose.

“Sí claro, uno tiene que buscarse la forma, si, (claro) si, yaa, tengo algo para arreglar, pues lo arreglo, ahí está la máquina, me pongo y lo arreglo. Por las tardes así, si no estoy viendo la televisión pues estoy leyendo, así. O si no compro un pantalón, me pongo a cogerle el bajo y así.

P: Entonces te buscas tus

R: Sí

P: Entretenimientos” (ECHEIN13).

Duermen o simplemente se acuestan reposando en la cama para descansar el cuerpo y no pensar en el trabajo:

“P: Y en esos momentos ¿qué haces?

R: Bueno, tardo ahí mirando la tele o, o me acuesto a dormir, (Si) eso

P: ¿Y te notas descansada después de eso?

R: Sí” (MONIEN11).

Y otra participante asegura:

“Cuando no me podía dormir, no tenía sueño, pero me quedé en la cama a descansar, mi cuerpo, la mente y eso... y me quedaba a descansar” (MIRU)

Y también, las cuidadoras ocupan el tiempo libre, con actividades que las entretienen y descansan. Pueden ser actividades a base de la identificación y proyección de sus vidas e imaginación, como ocurre con la televisión, leer o ver una novela, escuchar la radio y la música:

“Eh, como no tenía el hábito de la siesta, eh, yo, yo que veía la TV, ¡no soy buena para ver TV! Me puse muy buena para leer, ¡me puse muy buena para leer! Eh? Y de esa manera yo lograba un poquito de descanso” (ICHI)

“R: Leo mucho, me gusta leer, (uhu), me gusta leer, a veces tengo un libro por ahí, la revista y todo eso, me gusta leer mucho (ECHEIN13).

*b) Variar de actividad:*

Otra de las formas con las que las cuidadoras ocupan su tiempo libre es variando de actividad, ya sea dentro de la jornada o fuera de ella, y ya sea trabajando en la casa haciendo otras tareas o realizando otra actividad en un lugar fuera del trabajo principal de cuidar. A las cuidadoras inmigrantes participantes en el estudio, incluso las ayuda tener otros trabajos fuera de la casa donde cuidan.

Variar de actividad les permite ocupar el tiempo libre. Al ocupar el tiempo variando de actividad y eligiendo actividades distintas al cuidado se sienten descansadas. Como le ocurre a una participante, que ocupa el tiempo libre en el trabajo, variando la actividad ya que de trabajar, pasa a no hacer nada:

“Simplemente a sentarte en una silla y a mirar la tele, o a sentarte en una silla en cualquier sitio sin hacer nada” (MIRU)

También algunas participantes del estudio varían su actividad para descansar ocupando el tiempo libre con otros trabajos, hipotecan su tiempo propio de modo que pueden desconectar del trabajo principal, y a la vez conseguir un beneficio económico. Las cuidadoras inmigrantes, varían la actividad, ya sea en la casa o fuera de ella, ocupan su tiempo en tener algo que hacer. Son cuidadoras que para descansar no pueden dejar de hacer cosas, y que precisamente hacer cosas las relaja.

Es en ese cambio de actividad, donde se produce el fenómeno de la auto-explotación, ya que la característica principal que tiene que ver con la gestión del tiempo de trabajo, es que son ellas las que eligen el hacer cosas, el hacer otros trabajos. Ocupan su tiempo libre para que este pase deprisa y también para ganar un dinero extra fuera del sueldo de cuidadoras.

“R: Estoy más, estoy más a gusto así, porque si no... así no me encuentro tan, tan cansada, si hago cosas no me encuentro tan cansada, y si, si no hago sí que me encuentro muy agobiada.

P: O sea, no hacer nada te cansa más que hacer cosas

R: Claro, eso cansa más que no hacer nada” (LIPA)

“R: Triste, triste, triste. Ahorita, ahora mismo, a esta hora, siempre yo acostumbro a bajar la basura, a aprovechar cuando duerme, (uhu), y si tengo que planchar, también lo hago o si había ropa que tender también la he tendido. (Sí), entonces, ¡Siempre tengo que estar haciendo algo!” (EMAREN4)

Por tanto las participantes cambiando de actividad ocupan su tiempo libre, y al hacerlo, ese cambio hace que se sientan descansadas y lejos de sus preocupaciones. Cuidadoras que usan

el hacer otras cosas para no pensar en lo que están viviendo, es lo que las descansa:

“R: Eso, y , y hago así, me, o vengo aquí, me , me desconecto de ellos, me vengo, me pongo a la plancha, pongo la radio, (Uhu), y así me desconecto un poco y así me pasa, ya cuando me pasa ya estoy más tranquila, doy vueltas (Si), a la cocina y así se me va, pero yo no puedo estar tanto tiempo sentada, (Claro), porque están con el mismo tema, el mismo tema y eso a uno lo cansa.

P: Claro, eso cansa la cabeza y eso para desconectar tienes que cortar ahí

R: Si, si, entonces uno coge, sale, se pone a hacer, así no tenga que hacer en ese momento pero se pone o me encierro a llenar pastillas o ya le digo, a la plancha o ya a la cocina, así no se...

P: Si, a hacer otras cosas para no pensar

R: Y así me, me desconecto un ratito así, entonces ya

P: Uhu, puedes desconectarte

R: Y ya, ya, ya me pasa esa...” (IREN)

Para las participantes, el variar de actividad trabajando en otros lugares y en otras actividades, las ayuda a obtener doble beneficio, por un lado descansan y por otro obtienen un sobresueldo. Una de las informantes hace otros trabajos de limpieza fuera de la casa donde está contratada para cuidar:

“P: Y eso a ti, hacia que el cuidado fuera más llevadero.

R: Claro y ella me decía, o y de tarde yo hacía una limpieza (si), o sea que yo en la casa hay veces pasando así me iba ya, me dice, porque me pagaba, no me pagaba lo que yo quería así, entonces yo le digo –yo tengo una limpieza, la voy a hacer- (si) entonces yo ahí me despejaba yo” (EIN II)

Incluso algunas cuidadoras llegan a tener dos o tres trabajos a la vez, lo cual puede parecer a simple vista que las canse más, pero que en realidad es precisamente lo contrario, ya que ese cambio es el que las ayuda a despejarse, a desconectarse y a descansar del cuidado.



Una de las participantes tiene dos trabajos y el ir de uno al otro la ayuda a desconectarse y alivia su peso

“R: Sí. Lógicamente, aquí me han dado para que salga a hacer horitas, salgo tres horas los miércoles, así, por aquí alrededor mismo, hago horitas, así, entonces para ayudarme, para, para mis hijos (Si). Lo más importante.

P: Y en esas tres horas que sales fuera también.

R: ¡Ahí es!, ahí me relajo muchísimo, muchísimo, muchísimo, me ayuda, porque, mira, al salir y uno cambiar de aspecto, es como si uno volviera a nacer. (Claro). Porque uno se relaja muchísimo, mira, si sale de aquí, encerrado que se está las veinticuatro horas y, ¡que descanso, que ilusión, que ganas de vivir!

P: Aunque sea trabajando en otra cosa.

R: Claro, aunque sea trabajando, pero mira, ¡cambio de ambiente! (Si). Yo los miércoles me voy a Ronda sur ¡pero cambio de ambiente!, para mi es, ¡una ilusión! Y no más recién, salirte de la casa” (ESPEREN 7)

### 8.1.3. EVADIRSE DEL TIEMPO DE TRABAJO:

Por último, otra de las estrategias que las cuidadoras emplean para gestionar el tiempo de trabajo es el poder evadirse de ese tiempo de trabajo. Evadirse es una estrategia que las cuidadoras emplean para olvidarse de las preocupaciones, es una acción mental que las cuidadoras emplean para lograr el descanso. Las cuidadoras gestionan el tiempo de trabajo para descansar el cuerpo y para descansar la mente, la acción de evadirse es necesaria durante el trabajo porque las ayuda a aguantar.

Evadirse es olvidarse del trabajo, del tiempo que las absorbe, pudiendo así alejarse, aunque sea mentalmente, de las

situaciones que están viviendo. Al evadirse gestionan, alternando los tiempos de trabajo y descanso, utilizando el descanso mental para abstraerse del cuidado, cuando lo necesitan. Por eso, la acción de evadirse implica no pensar en el trabajo durante algunos momentos, significa dejar volar su imaginación y despejar la mente.

“P: Y cuando te sientes muy cansada, muy cansada ¿qué haces?

R: Yo estoy ahí pensando...” (EZENI3)

Evadirse es no estar en el trabajo de forma mental, intentando alejarse de la rutina, hay cuidadoras que esa evasión la intentan conseguir incluso durante su trabajo para soportarlo como cuenta una cuidadora:

“En mi caso para soportar el cansancio y el estrés, pongo música y hago como si no estuviera ahí, cuando ella me dice algo, porque me repite como unas 10 veces lo mismo.” (REDOLO)

Hablar con amigas también las ayuda a evadirse y poder centrarse en el momento que están pasando, intentando olvidar por un momento lo que han dejado en sus países y les causa dolor:

“R: Claro, se despeja la mente porque nos olvidamos del lo que está pasando más allá y vivimos el momento en que estamos

P: Claro

R: Charlando con las amigas” (FATIEN8)

Una manera de evadirse muy frecuente en las participantes, es asomarse a la ventana, salir momentáneamente de su encierro con la mente y dejarla libre, en el aire:

“R: Si, y así, y a veces, por ejemplo, ¡hay días, que si, uno amanece que no tiene ganas de nada!

P: Claro

R: Ni que le hablen ninguno, pero yo no sé, ya te digo, no, tengo que tener paciencia, y, y, y ¡me asomo a la ventana y respiro! (Ríe), ¡comienzo a mirar gente

y, y como que se me queda la mente en el aire!”  
(IREN21)

## **8.2. COMPARTIR EL TIEMPO DE DESCANSO CON LA PERSONA CUIDADA:**

La segunda categoría que describe una de las estrategias que las cuidadoras emplean para lograr el alivio del peso del cuidado es el compartir el tiempo de descanso con la persona cuidada. El tiempo de descanso es un tiempo que utilizan las cuidadoras para recobrar fuerzas y energía, y así poder enfrentarse a la tarea cotidiana de cuidar. Tener tiempo de descanso es necesario, porque ayuda a las cuidadoras a sentirse bien en el trabajo.

Las cuidadoras inmigrantes comparten su tiempo de descanso con la persona cuidada, ya que al hacer coincidir el descanso, ambos puedan disfrutar de él. Las cuidadoras pueden lograr el descanso cuando hacen participar de ese descanso a las personas que cuidan y ponen en común su tiempo libre y propio, pueden disfrutar de ese tiempo de descanso con ellos.

El tiempo de descanso se comparte realizando las actividades que las alivian junto con las personas que cuidan. Ya que el respiro, el poder distraerse, implica para algunas cuidadoras que lo hagan conjuntamente:

“Que no me aburro de ésta señora, pues ella no habla ni nada pero, yo me ocupo de ella, yo le hablo, yo le busco juego y ella se ríe y la pasa bien, aquí nos, ¡nos entretenemos las dos! (ríe)” (ECHEIN13)

A continuación, como se hizo el apartado anterior se recuerda el fragmento del cuadro que hace referencia a la categoría que nos ocupa.

CUADRO 4.2. CATEGORIA COMPARTIR EL TIEMPO DE DESCANSO CON LA PERSONA CUIDADA.

<b>COMPARTIR EL TIEMPO DE DESCANSO CON LA PERSONA CUIDADA</b>	SALIR CON LAS PERSONAS QUE CUIDAN	
	DORMIR CON LAS PERSONAS QUE CUIDAN	Favorecer el descanso de las personas que cuidan
		Acostarse a su lado
ESTAR PENDIENTES		

Las cuidadoras inmigrantes comparten el tiempo de descanso de tres formas:

- *Salir con la persona cuidada*
- *Dormir con la persona que cuidan*
- *Estar pendientes de la persona cuidada*

### 8.2.1. “SALIR” CON LAS PERSONAS QUE CUIDAN.

Salir con la persona mayor que cuidan implica para la cuidadora inmigrante conseguir el descanso gracias a las salidas y utilizar las salidas que hacen con las personas mayores para descansar. El compartir el tiempo de descanso con la persona cuidada, implica llevarse el trabajo a otro espacio como la calle. Y en ese momento en que salen con sus pacientes siguen trabajando, porque cuidar es su responsabilidad aún fuera del escenario del hogar, ya que estas salidas suelen ser dentro de la jornada laboral. Pero saliendo con la persona cuidada hace que las cuidadoras inmigrantes puedan convertir el tiempo de trabajo en tiempo de descanso ya que ir de paseo las descansa. Salir con las personas que cuidan les reporta un provecho a ambos, ya que al hacerlo, pueden desconectarse ellas, y como las personas mayores también se distraen, el beneficio resulta ser un beneficio mutuo.

El descanso compartiendo el tiempo con la persona cuidada e incluyéndola en las actividades recreativas se visibiliza en los relatos de las cuidadoras en muchos aspectos, ya no es sólo salir a la calle con la persona mayor, es salir de su espacio propio y compartirlo con la persona que cuidan, al ver la tele con ella, al hablar con ella y al distraerse mutuamente. Salir con ellos y compartir el descanso forma parte de la relación social y también parte importante de la relación afectiva y familiar que han creado con ellos. Las cuidadoras inmigrantes Salen con la persona que cuidan:

“El descanso también lo obtengo cuando me voy en el coche con mi viejita a pasear. Se levanta llorando sin un motivo y sin razón, es el momento de salir, y así descansamos las dos” (ROCHI).

Al compartir el tiempo de descanso para salir, les sirve a las cuidadoras para despejarse a las dos:

“Es que, y llevarme la silla que llevo, desconectarme mis, no, pero, por lo menos un poco de aire nuevo, en la calle (Uhu). Y le muestro una cosa, otra cosa (Pensar en otra cosa). Igual se despeja ella también” (ANDREIN 9)

Salir con la paciente es una forma de compartir el tiempo de descanso ya que supone para las cuidadoras poder despejarse y poder romper el encierro, pero para ello, tienen que hacerlo con sus pacientes, y es muy frecuente verlas en los parques, en los jardines, en cafeterías, o paseando por la calle: empujan sus sillas de ruedas o las cogen del brazo, pasean con ellos, y se distraen los dos:

“P: Y luego ¿con ella sales?

R: Sí, salimos aquí a la plaza, un rato en la tarde, por decir, salimos a las seis y media hasta las ocho y otra vez...

P: ¿Y te gusta salir con ella?

R: Sí, salgo, vamos a misa, no todos los días pero una vez a la semana, vamos nada más los sábados en la noche o los domingos en la mañana (si) con la otra muchacha, (uhu). Pero luego a la peluquería, a la carnicería, al mercado y todo eso.”(MONIEN11)

También el compartir el tiempo de descanso representa para las cuidadoras disfrutar mejor del mismo y poder desconectarse. El llevar el trabajo con ellas, las hace estar más tranquilas, porque saben que mientras ellas estén cuidándolos no va a ocurrir nada malo. Una participante lo expresa así:

“P: ¿Y tenías que inventarte a veces, que tenías que bajar?

R: ¡Eso, claro! O, y el señor, “que no, que mi mujer no se puede quedar sola”, entonces, ¿sabe que a veces hacia?, me la vestía, me la metía en el carro y me la llevaba.

P: Te la llevabas pa' tu.

R: Eso, por ir a mirar a veces alguna ropa, un pantalón, pero me iba con ella, pero sabe que yo la cargaba ahí.

P: Tú la cargabas a ella, pero así te servía a ti para salir.

R: Eso, (Uhu), entonces, si la dejaba en casa, yo, andaba yo con eso, ¡uy, que se me vaya a caer!, o ¡que vaya a levantarse, que vaya a tomarse algo ya!

P: Cuando la llevabas a ella, descansabas más que si te ibas sola.

R: ¡Claro!" (GLAEM 5)

### 8.2.2. DORMIR CON LAS PERSONAS QUE CUIDAN.

Las cuidadoras inmigrantes para poder descansar deben poder compartir su tiempo de descanso con su tiempo de trabajo. Su descanso a veces es muy difícil por las condiciones laborales en las que se encuentran. Por eso, dormir con las personas que cuidan es una de las estrategias que las cuidadoras inmigrantes utilizan para poder compartir el tiempo de descanso.

Para algunas cuidadoras el poder dormir bien les compensaba el resto de la jornada:

“A veces dormía, otras veces leía, pero me relajaba, yo me relajaba, me relajaba y dormía bien, eso sí, que como ellos dormían bien en la noche, lo todo estresante que pudo haber sido el día, lo compensaba la noche, porque ellos la verdad que el tiempo que están muy pocas veces me tuve que levantar, a mirar porque ella se había orinado” (NORCHI)

Por tanto el que las personas descansen por la noche las ayuda a descansar ellas también. Las cuidadoras coinciden en que el dormir por las noches es muy importante para ellas, que es un derecho el poder desconectarse por las noches y hacer un

sueño reparador, pero comentan que esto sólo lo pueden lograr si las personas también descansan, por lo tanto idean mañías para lograr ese reposo de manera conjunta. Que son:

- *Favorecer el descanso de las personas que cuidan*
- *Acostarse a su lado*

a) *Favorecer el descanso de las personas que cuidan*

Las cuidadoras preparan la noche para que las personas descansen en buenas condiciones, de ese modo, duermen con ellas, al mismo tiempo y se comparte el tiempo de descanso.

“R: Mire ,al principio la, la abuela lloraba porque, el abuelo, dormía en esta habitación y la abuela en otra y la abuela “Perico”, decía, lo llamaba, y entonces, y mira, se levantaba a la una, dos de la mañana a velo, a ver si estaba durmiendo, entonces, agarre y pase la cama de él ahí a la habitación de ella, digo “ pasémosla, la, la cama a la habitación de la abuela” , le digo, “ para que ella lo esté viendo y ahí está ella más tranquila”. Entonces dormía en encanto, se levantaba abría los ojos y ya lo veía al él al frente.

P: Lo veía a él, y ella también descansaba.

R: Sí, y así descansaba, y entonces sí.

P: Y tu por la noches también podías descansar.

R: ¡Claro!, yo dormía mejor y, y ya ella también ya, no se levantaba o se levantaba, si a las seis de la mañana o cinco ya se levantaba” (ESPEIN7)

b) *“Acostarse a su lado”:*

Al acostarse al lado y dormir con ellas comparten el tiempo de descanso, para así descansar ellas. De ese modo, las cuidadoras hacen el descanso nocturno junto a las personas



mayores que cuidan, es la manera que tienen para aprovechar esas horas de la noche y poder renovar energía.

Para dormir por las noches implicando a las personas en su descanso, suelen acurrucarse a su lado para dormir, como hacía una cuidadora:

“A veces también, me acostaba al lado de ella, así que tenía mucha enfermedad, todo dije Señor, todas ha estado en medio de enfermos y yo... ¿porqué no voy a estar?, así que me acostaba con ella, ¿por qué no?, y si me acostaba yo con ella dormía muy bien” (EIN I)

Al acostarse a su lado las cuidadoras, no descuidan su trabajo y a la vez pueden reposar.

### 8.2.3. “ESTAR PENDIENTES” DE LAS PERSONAS QUE CUIDAN.

Otra forma de compartir el tiempo de descanso con las personas que cuidan es cuando las cuidadoras inmigrantes están pendientes. Estar pendiente es significa estar al cuidado de una persona, vigilarla, preocuparse por ella o dedicarle una atención especial, estar pendiente es poner mucha atención e interés en la persona que cuidan. Precisamente el cuidado en sí, es estar pendiente de la persona para que se encuentre en buenas condiciones, proveyendo los cuidados necesarios para tal fin. Estar pendientes la ayuda a descansar porque el tiempo de descanso es compartido, al estar pendientes y asegurarse de que las personas están bien, ellas también lo pueden estar. Las cuidadoras emplean la estrategia de estar pendiente para poder descansar, lo hacen de varias formas.

Por un lado pueden dejar la puerta abierta cuando se van a descansar ellas para estar tranquilas y poder escucharlos, si se levantan o si las llaman

“Entonces yo dejaba la puerta un poco, así, un poco abierta para escucharla si ella se levantaba o llamaba” (EIN 2)

“Cuando ella quería algo así, dejaba la puerta abierta, la de ella y la mía. Tú tienes que estar pendiente, por ejemplo, de eso, siempre estás tú durmiendo y escuchas un ruido, tú te levantas porque sabes que ella se puede levantar” (GLAEM5)

También las cuidadoras descansan estando pendientes, levantándose cada rato para observar cómo está el paciente:

“¡Ufff, madre mía!, si cuando estaba así, la verdad que, ¡la cabeza y mi corazón!, porque yo estaba durmiendo y lo, la, la palpitación en el corazón era de lo, de la, que yo ya no podía dormir tranquila sino que le oía a ella y ya me despertaba yo sobresaltada, entonces ya no podía estar acostada sino levantada de acá, para allá, observándole, mirándole, observándole” (AGUIEN15)

### 8.3. “SALIR A LO SUYO”

Por último se presenta la categoría “Salir a lo suyo” que describe la tercera estrategia que usan las participantes del estudio para buscar el alivio del peso de cuidar. Esta categoría se refiere a la necesidad de volver y de reencontrar lo suyo y a los suyos para lograr el descanso y la fuerza que les ayude a seguir cuidando. La categoría muestra que al hecho de ser cuidadora, se une el ser inmigrante, lo que va a conferirles unas características propias a la hora de buscar el descanso, que no están presentes en otras cuidadoras.

CUADRO 4.3. CATEGORÍA SALIR A LO SUYO.

<b>SALIR A LO SUYO</b>	ENCONTRARSE VIRTUALMENTE CON LO SUYO	
	SALIR A UN LUGAR SUYO	
	BUSCAR A LOS SUYOS	FISICA
		MENTALMENTE
	CONSTRUIR NUEVAS FAMILIAS Y HOGARES	
	REENCONTRARSE REALMENTE CON AQUELLO QUE UN DÍA DEJARON	

Las cuidadoras inmigrantes buscan el descanso reencontrando lo suyo y los suyos, para ello:

- *Se encuentran virtualmente con lo suyo y los suyos.*
- *Salen a un lugar físico que reconocen como suyo.*
- *Buscan a los suyos física o mentalmente.*
- *Buscan lo suyo construyendo nuevas familiar y hogares.*
- *Buscan reencontrarse realmente con aquello que un día dejaron*

A continuación se describen las subcategorías que explican como las cuidadoras inmigrantes “Salen a lo suyo”:

### 8.3.1. SE ENCUENTRAN VIRTUALMENTE CON LO SUYO Y LO SUYOS:

Gracias a las nuevas tecnologías, que acercan las fronteras, las cuidadoras escapan a su país. Se encuentran con lo suyo y los suyos virtualmente. La cuidadora transita desde un espacio local a un espacio imaginario de origen con el cual se comunica y momentáneamente, deja de ser inmigrante recupera su familia y vuelve a ser madre. Y es que escapar a los suyos, a sus familias, significa poder por un momento olvidar todas las renunciadas que supone el alejarse de ellos, es lo que ellas necesitan para respirar y lo hacen para mantenerse vivas, es lo que les ayuda a seguir adelante. Y descansan para cuidarles, como describe una de las participantes:

“.....Hago una escapada y me voy a hablarles por teléfono, que, cómo están, que si rindió,.....estoy pendiente también de que tal rindió, si pasó los exámenes...” (EPA 8)

Así, están sin estar, están en dos lugares al mismo tiempo, descansan de su ausencia y por un momento los sienten y los hacen presentes, y sienten su afecto. Salir a lo suyo virtualmente ayuda a las cuidadoras inmigrantes a aliviar el peso del cuidado, porque escuchar las voces de los suyos o verles por el ordenador hace que se sientan cerca, pero a la vez tan lejos.

“P: pero hablar con ellos por teléfono (sí), ¿en esos momentos te sientes cerca?

R: Sí, pero más que todo me da mucha angustia, a veces oírles hablar a mis hijos, cosas que me cuentan, pensar que me he perdido muchas cosas, estar con ellos, porque los he dejado pequeños, y a veces, siempre, aunque haya abuelos, aunque haya padres siempre la necesidad de estar con la madre no es lo mismo”(HILDENI14)

Las nuevas tecnologías las mantienen cerca de los suyos:

“El ordenador he aprendido ahora a manejarlo, Mari me enseñó, y mi cuñada me manda este, mensajes, así y entonces se pone una a leerlos y se, hay unos chistosos, que se reiría, “ahí te mando uno pa’ que te rías”, o ya también, me pongo a llamar casi todos los días al teléfono una hora, hora y media y así ya...” (IREN21)

Estas salidas pueden no ser comprendidas por los empleadores, cuando suponen para ellas lo más importante y una forma de poder trabajar bien, así lo relata una participante:

“Pues a veces no puedo ni salir a hablar por teléfono, porque ella, pues claro. Y un día pedí permiso, le digo –señora mientras usted-,le digo, -vea la televisión que a mí no me gusta-, le digo, -me voy un ratito fuera, me voy a llamar por teléfono-, y me demoré dos horas porque, pues no me cogen el teléfono, estuve insistiendo y no me cogían, después hablé un poquito y cuando regresé pues me habló la señora, me dijo – se ha quedado tres horas-, le dije, -no son tres horas, faltan todavía para las dos horas-, me dijo \_y eso le parece poco-, le digo, -yo también, usted sabe bien que yo no tengo a nadie aquí y necesito hablar con alguien pero de mí país, con mi familia, con mis padres, con mis hijos, (Claro), (Llora)” (EIN I)

El llamar a los suyos es una necesidad y cuando no pueden más y se encuentran agobiadas, una salida a lo suyo hablando por teléfono las descansa:

“ Ya cuando aquí mismo, a veces, estoy de noche, no puedo dormir, estoy con una desesperación, cojo, llamo a mi hermana, estamos hablando, hablando, hablando, ya se me pasa, (Uhu), me coge así comooo, ¿cómo le digo?, una ansiedad, (Si), de hablar con alguien y entonces no me importa el teléfono, (Claro), cojo el teléfono, llamo a mi familia a Ecuador, (Claro), llamo una hermana, llamo a mi padres, de así, (Uhu), y gasto, eso, eso es lo... pero gasto hartísimo teléfono “ (IREN21)

### 8.3.2. SALEN A UN LUGAR FISICO QUE RECONOCEN COMO SUYO:

En otras ocasiones lo que buscan es un lugar, un lugar suyo, que de cierta manera les pertenece. Salen buscando pequeños fragmentos de sus casas. Así, logran separarse del lugar de trabajo... En su espacio, su intimidad puede relajarse, o desconectar para luego empezar de nuevo con la tarea de cuidar.

“P: Y durante esas horas que descansabas o que no tenías que trabajar, ¿qué hacías?

R: ¡Ir a mi casa!, porque yo vivo justamente al lado de mi casa ¡y era donde podía en sí descansar!, (uhu), porque, en el día tenía que ocuparme del abuelo y también hacer las cosas de la casa: (HILDEIN14).

Así los días de descanso todas las cuidadoras vuelven a reposar a esos lugares físicos que les pertenecen, ya sean casas o habitaciones, pero que son suyos y allí su tiempo tampoco concierne a nadie más que a ellas. Aquí ella es dueña de su tiempo y hace lo que quiere, tal como dice una cuidadora:

“Me voy a mi casa de aquí, y si tengo que hacer algo, bueno, si no, no lo hago”.

“Cuando yo voy o voy a despejar la mente, a dormir en la casa de mis hijos... (EIN 1)

Durante el trabajo también las descansa salir a una habitación propia donde poder encerrarse y desconectar durante el día unos minutos. El descanso se consigue en un lugar propio como ya se dijo en el capítulo anterior sobre las Condiciones del alivio del peso.

“En mi anterior trabajo tenía mi libertad, mi habitación mi salón, yo tenía para descansar, en este el problema es que no descanso” (CLEMEN13)

### 8.3.3. BUSCAN A LOS SUYOS FISICA O MENTALMENTE:

Cuando salen a lo suyo, las cuidadoras buscan encontrarse y reunirse con sus familiares o amigos que como ellas han emigrado, es volver con sus gentes, donde no se sienten extrañas, donde pueden ser ellas mismas, recurrir a quienes las entienden porque las conocen o porque están pasando por la misma situación que ellas.

Para las participantes, buscar a los suyos, como sus amigas, es muy importante. La amistad para ellas, significa el poder compartir con otras cuidadoras, con sus amigas, sus problemas. Las amigas suelen ser también inmigrantes cuidadoras como ellas, y eso las ayuda a aguantar, aguantar que estén lejos, aguantar su trabajo y a fin de cuentas recuperar las fuerzas necesarias para seguir.

Así, las cuidadoras buscan a los suyos de dos formas:

- *Física*
- *Mentalmente*

a) Los buscan *físicamente* cuando van a encontrarse con ellos.

Una participante cuando sale queda con unas amigas y hablan de los hijos, de la familia y del trabajo ya que cuidar se escribe en femenino y todas tienen amigas cuidadoras que están pasando por una situación similar a la suya:

“P: ¿Y de qué habláis en esos momentos?

R: Aaa, hablamos de, de los hijos, ¿no?, de la familia, ¿no?, todo lo que se refiere a la familia, a veces del trabajo también, ¿no? (uhu), me preguntan cómo estoy en mi trabajo, yo también a ellas les pregunto

cómo están en su trabajo, ¿no?, y eso (uhu). Porque ellas también trabajan con personas mayores” (MATEN 10)

Otra cuidadora incluso, comenta que busca a los suyos los días de descanso cuando se va al trabajo de una amiga y su amiga los días que descansa también la busca a ella y viene al suyo:

“P. Entonces, los domingos cuando tú te vas de aquí ¿dónde vas?

R: Ahí a su trabajo de mi amiga. Sí, a su trabajo de ella porque ella libra los viernes, (sí), ella los viernes se viene para aquí, y yo los domingos me voy para allá” (EZENI 3)

También se reencuentran con sus maridos y parejas a los que puede que no vean en toda la semana:

“P: Muy bien, Y los fines de semana cuando te vas en tu día libre qué, ¿dónde vas, qué haces?

R: Ahh no, me voy aquí, como tengo mi marido, (sí), me voy pa’ la de Orihuela” (MONIEN11)

“Descanso con mi novio que me ayuda mucho, con muchas cosas” (MIRU)

Buscan a los suyos en las casas de sus familiares. Por ejemplo una participante aprovecha las salidas para ir donde sus nietos y así se despeja y piensa en otra cosa:

“P: O sea, tu alivio para despejarte era

R: solamente, sí, mis nietos

P: eran tus nietos

R: Sí, sí, era la única manera de pensar en otra cosa” (EIN 1)

- b) Los buscan *mentalmente* cuando no es posible hacerlo físicamente.

Pero, cuando acudir a ellos no es posible, ya sea porque se encuentran en su país de origen o porque la cuidadora no dispone



de descanso reglado, utilizan todos los recursos que pueden para lograr reencontrarse con ellos. Los encuentran en sus pensamientos, y las ayuda a descansar:

“ A mí, lo que me ayuda a descansar...pensar en mis hijos...si me echan de menos, si les falta algo, si comen o no comen, si están enfermos” (LIPA11)

Salen a lo suyo mentalmente continuamente, ya que sus hijos no pueden salir de sus cabezas, todo lo que hacen ya sea trabajar o descansar lo hacen pensando en ellos, porque les dan fuerzas o porque es la manera de estar cerca de ellos, a pesar de los kilómetros que las separan:

“P: Uhu, y cuando vas a salir estas pensando en...”

R: Claro, pensando en mis hijos, porque mira, voy a una tienda y veo esto y dio “ah, eso le queda bien a mi hija”, o, “le queda bien a mi hijo”. (UHu), entonces, mira.

P: No te los quitas de la cabeza, parece.

R: ¡No me los quito ni por nada! Si voy, veo alguna cosa digo “eso es para mi hija”, (Uhu), y así.” (ESPEIN7)

#### 8.3.4. BUSCAN LO SUYO CONSTRUYENDO NUEVAS FAMILIAS Y HOGARES:

Otra situación a destacar es la de aquellas cuidadoras que buscando su reposo, acaban construyendo nuevos hogares con los que tienen cerca, para poder sentirse con los suyos y en sus casas.

Al encontrarse con familias que las acogen, las cuidadoras se sienten como una más y los momentos no se hacen duros, ya que la amistad y el afecto es tan fuerte que hasta pasan con ellos su tiempo libre, los buscan porque junto a ellos han construido

nuevas familias, y cuando los necesitan recurren a ellos siguiendo en contacto cada cierto tiempo:

“P: Hiciste amistad con ella

R: Si, Uffff!, ¡esa gente me quiere tanto y yo también!, (Uhu), viven aquí abajito no más.

P: Si

R: Ella me llama, yo voy, cada ocho días me voy pa' allá y así

P: Si y eso también hace que

R: Se pasa muy bien” (ECHEIN13)

También cuenta la misma cuidadora, como tiene hasta las llaves de la casa de las personas con las que ha creado una nueva familia y como en sus días libres va donde ellos:

“R: ¡Yo tengo las llaves de las casa y yo a la hora que quiera me voy pa' allá donde ellos y me quedo y me quedo donde sea!

P: Y los fines de semana cuando sales de aquí

R: ¡Voy para allá!” (ECHEIN 13)

Las cuidadoras, incluso pueden renunciar a sus días festivos por no dejar solas a las personas que cuidan, porque son la familia que tienen aquí, y así pasan su día de descanso con ellos, como hace una participante, que en su día libre vuelve a ellos:

“P: No tienes días festivos tampoco

R: Para mí no hay días festivos y entonces cuando, (Uhu), yo pensaba antes, siempre lo he sido, días festivos así siempre vengo a verlos porque ellos se sienten un poco solos, ellos ansían que yo esté, (Claro), Porque, los días sábados y domingos cuando me voy se desespera mi abuelo (Si), porque dice que está solo.” (HEMIN 20)

Una participante, relata cómo los lazos son tan fuertes, que aunque han dejado el trabajo, sienten la necesidad de volver a las nuevas familias que han creado, buscando lo suyo junto a las personas que han cuidado, porque se han sentido a gusto a su

lado, y una vez pasado lo malo, la carga del cuidar y el desgaste, sólo guardan los buenos recuerdos como el afecto que les tenían. Esta cuidadora, dejó su trabajo porque las condiciones se hicieron muy pesadas para ella, tenía que hacer un gran esfuerzo físico, y tras superar una depresión no se sentía capaz de volver al mismo trabajo, pero al hablarnos de su experiencia cuenta cómo, a veces, se ha planteado el volver con los que fueron su familia durante unos años:

“P: Y ahora así, a lo, a lo lejos, después de que ha pasado ese tiempo, ¿cómo lo ves, es experiencia que has tenido?

R: Uhhh, ¡me ha servido de mucho, de mucho!, ¡y no me va a creer que aun todavía veo, a las personas de esa casa, a veces siento el deseo de volver a trabajar con ellos!

P: Con ellos, has creado unos lazos...

R: Si, se han portado muy bien conmigo, de eso no tengo queja ninguna, (Uhu), y a veces cuando, yo que sé, a veces cuando pasan las cosas pues, a veces quisiera volver a estar con ellos, ¡porque ahora lo veo y digo que mi trabajo no era tan complicado!, pienso yo ahora” (HILDEN 14)

Pero a fin de cuentas, tal y cómo ellas lo manifiestan, esa familia es como si fuera pero no lo es, porque aquí están trabajando y por ello, no logran el mismo descanso. Porque, el descanso real sólo lo consiguen en y cuando vuelven a lo suyo y con los suyos.

### 8.3.5. BUSCAN REENCONTRARSE REALMENTE CON AQUELLO QUE UN DÍA DEJARON:

Otra forma de salir a lo suyo sucede cuando las cuidadoras ya no pueden más, cuando les fallan las fuerzas, y necesitan

volver a su tierra, a sus países de origen, volver a lo que dejaron y reencontrarse realmente, cara a cara, con aquello que se quedó. Necesitan palpar la realidad, y comprobar y recordar el motivo y la meta, para recuperar las fuerzas, que las empujó a emigrar. Al reencontrarse con los suyos recuperan el sentido de su viaje, también los ánimos ya que pueden comprobar por sí mismas que los suyos están bien gracias a su sacrificio, como relata esta cuidadora:

“P: Y, el viaje que has hecho para, para verlos, ¿qué tal?

R: ¡Muy bueno, muy bueno!, pero al, al mismo tiempo es un viaje que no te lo puedes imaginar, preferible a quedarse y a no volverse, porque uno que no que no ve a los hijos, son capaz de, de que hacer, mi madre era, un, una alegría, un, un sentirse emocionada y entonces, mis hijos por otro lado y entonces, mira lloraban ¡era un mar de lagrimas!, (...) para que se vayan a tranquilizar pa’ poderme volver, porque decíamos “mami ya no te vayas, no te vayas”, (Vaya, pobrecitos). Y entonces mira, fue un dolor tremendo, (Uhu), que casi no.

P: Casi no te vuelves.

R: Casi no me vuelvo. No, que como tenía una deuda de pagarla, entonces, tenía de, obligada a volver, porque digo, si de allá me quedo, nunca voy a avanzar a pagarla la deuda. (Claro). Se me va a hacer difícil, entonces me vine para acá y, y a poco a poco voy cubriendo la deuda, (Claro, y una vez que cubras esa deuda), Si, si Dios quiere, ya, nos, ya nos vamos” (ESPEIN7)

A las participantes les da vida y alivio estar en su país, con los suyos, sin preocupaciones, aunque también les recuerda la necesidad de emigrar y el tiempo se les hace corto, pero en su país el tiempo es completamente suyo, les pertenece y pueden disponer de él como les plazca y donde les plazca, salen verdaderamente a lo suyo:

“R: (Toma aire). Claro, que yo por ejemplo digo, que yo me voy a ahora a Ecuador y a mí no me dan ganas

de venirme, ¡pero la necesidad!, tengo que venir y “ay, qué alivio que estoy en mi país y hago lo que quiero, me voy donde o a donde mis padres, donde mis hermanos, donde mis amigas sin preocupación.

P: claro, ahora te vas, ¿no? De vacaciones

R: Ahora un mesecito me voy, se hace corto (Ríe)”  
(IREN 21)

Las participantes del estudio cuentan como tienen una gran necesidad de los suyos. Se van a ver a sus hijos, a sus padres:

“P: Cuando te vas a tu país, ¿te vas a ver a tu familia?

R: Sí, a ver a mis hijos, a mis padres” (ECHEIN13)

Las cuidadoras se van a sus países por periodos cortos, van a reencontrarse con los suyos, y el deseo de volver a lo suyo es muy grande en todas las participantes. Estar con los suyos les da fuerzas pero también les recuerda que el viaje tiene retorno y que mientras sus metas no se cumplan deben regresar a trabajar a España.

“P: Claro. Entonces por un lado te da fuerza pero por otro lado también te apena.

R: Sí. La verdad que quisiera viajar cada, por lo menos cada año” (ANDREIN9)

Los relatos de las participantes en el estudio dan cuenta de la experiencia temporal compleja que viven las cuidadoras inmigrantes y en la que se entrecruzan elementos de libertad y necesidad. Las cuidadoras inmigrantes ponen en marcha estrategias para el descanso porque el descanso es difícil de conseguir, porque en el día a día de las cuidadoras existen tiempos y lugares que se contraponen. El tiempo propio y el tiempo de trabajo, el tiempo libre, el tiempo de descanso... Y además, la casa donde viven y trabajan y lo suyo, los suyos, que no está a veces físicamente cerca de ellas.

El tiempo del que se habla, sigue siendo el tiempo dado, el tiempo de trabajar, el tiempo de cuidar y dentro del cual, las cuidadoras viven la propia experiencia vital. Una vida donde deben gestionar los tiempos de trabajo, alargando o recortando sus momentos de descanso, compartiendo el tiempo y saliendo a lo suyo.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

# **CAPÍTULO 9: DISCUSIÓN**

---

PARTE III: HALLAZGOS,  
DISCUSIÓN Y  
CONCLUSIONES

---



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

El propósito de este estudio era el comprender en qué condiciones y mediante qué estrategias las cuidadoras inmigrantes lograban aliviar el peso del cuidado. El análisis de los datos ha permitido reconocer el contexto en el que las cuidadoras cuidan, y en definitiva, trabajan.

Antes de comenzar la discusión se plantean los límites del presente estudio que ayudarán al lector a poder apreciar los hallazgos, al tiempo que se arroja luz sobre cómo entenderlos. Las limitaciones del estudio se presentan porque se parte de que “el investigador cualitativo forma parte del mundo que investiga, influye sobre él y a la vez es influido por él” (de la Cuesta, 2004b:58). Esta investigación ha requerido usar la reflexividad para ser consciente de uno mismo y de los aspectos que han podido influir en el proceso de investigación, así como en el fenómeno de estudio.

El planteamiento de la pregunta de investigación surgió del interés de la investigadora hacia el cuidado familiar. En las primeras fases del estudio se reflexionó sobre el hecho de que fueran mujeres inmigrantes las que proporcionaran el cuidado familiar, lo cual ayudó a clarificar los asuntos teóricos subyacentes, y permitió empezar a ver la realidad del fenómeno de forma más abierta y no condicionada por la literatura. Se revisaron las definiciones que se daban en la literatura al cuidado familiar y formal, hasta que se separó intelectualmente la concepción de cuidado formal como el cuidado que es pagado y se introdujo la acepción de profesional. El contacto con las cuidadoras fue complicado al principio, porque no se sabía mucho de su experiencia ni de sus condiciones de vida. La investigadora se mostró ignorante del fenómeno que se estudiaba, lo cual sirvió para que las cuidadoras entrevistadas se expresaran de manera

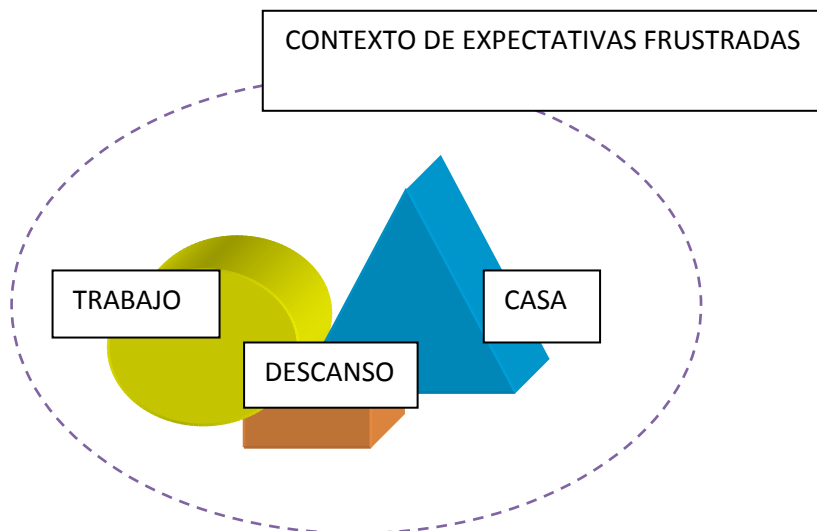
libre y cómoda. La investigadora se presentaba como “una enfermera” que quería saber y estaba realizando un estudio sobre lo que hacían para que el cuidado fuera más llevadero. A veces las respuestas recibidas creaban desconcierto a la investigadora, como cuando decían “nosotras no descansamos porque tenemos que trabajar” o “no tenemos descanso”, dando la sensación a los primeros minutos que se había terminado la entrevista, y obligando a cambiar la forma de preguntar. Todo el proceso fue formativo y de crecimiento para la investigadora.

Otra de las limitaciones del estudio fue adquirir la visión sobre cómo es ser inmigrante, la sobrecarga del cuidado y el buscar tiempo para sí. A la investigadora le sirvió apoyarse en una experiencia personal cercana para entender cómo se puede sacar tiempo para uno mismo cuando todo el tiempo está absorbido por el cuidado de otro. Se tuvo que reconocer que las limitaciones eran parte del proceso investigador y que surgían de ser investigadora novel y del desconocimiento sobre el mundo de las cuidadoras inmigrantes, resultando en la interacción con estas donde se fue adquiriendo soltura y cambiando la visión sobre el fenómeno.

Surgieron limitaciones en el trabajo de campo, al reconocer que quizás los datos se hubieran completado de manera enriquecedora con observación participante de los momentos de descanso de las cuidadoras, como cuando salen con las personas a las que cuidan, pero no fue posible. En un momento del estudio se planteó la posibilidad de hacer observación pero por dificultades personales para llevarla a cabo se desechó la idea, ya que hubiera sido necesario un acceso diferente al que disponía, aparte de la falta de tiempo para realizarla. Que las cuidadoras inmigrantes provinieran en su mayoría de países latinoamericanos

con unas particularidades comunes y cultura similar también limitó el estudio, porque el número de cuidadoras entrevistadas provenientes de países del Este Europa o marroquíes fue escaso, y por ello la riqueza de la información recolectada se ha visto limitada, lo cual puede afectar a la transferibilidad de los conceptos presentados.

Una vez presentadas las limitaciones del estudio se plantea como esta discusión explica los dos asuntos fundamentales sobre los que se apoya el fenómeno del alivio del peso del cuidado en cuidadoras inmigrantes y que servirán para entenderlo, al tiempo que se muestra la relevancia teórica del estudio y como se amplía y enriquece el conocimiento existente. Al comenzar la discusión, la investigadora se preguntó de qué manera se podía representar el fenómeno de una manera global; de hecho, una de las primeras aproximaciones fue dibujar cómo se entrelazaban los mundos donde las cuidadoras inmigrantes viven y trabajan. La imagen de la página siguiente intenta representar, de modo esquemático, esos dos asuntos y el hilo que seguirá este capítulo. En él se muestran como se entrecruzan dos tramas, lo doméstico (la casa) y lo laboral (el trabajo) y la forma en que el descanso aparece en la confluencia de ambos. Si alejamos la vista del dibujo, se ve como el fenómeno del alivio del peso del cuidado se encuentra rodeado por un contexto de expectativas frustradas y ajustadas. Esos son fundamentalmente los fenómenos que en la discusión se va a relacionar con la literatura para explicar junto con los hallazgos, cómo logran aliviar el peso del cuidado las cuidadoras inmigrantes.



Puede resultar complejo establecer la equiparación entre casa y lugar de trabajo, de lo privado y de lo público, porque los cuidados a pesar de surgir y mantenerse en el ámbito privado también tienen una dimensión pública, por eso se va a ir desgranando, explicando por qué se ha elegido para la discusión. Para ello, en el segundo apartado se desarrolla la idea de cómo un espacio considerado tradicionalmente como privado también posee aspectos coincidentes con el espacio público.

### **9.1. LA CASA COMO LUGAR DE TRABAJO.**

Una de las primeras cuestiones que surgió durante el análisis, fue el poder comprender de qué forma, las cuidadoras inmigrantes pueden descansar donde trabajan y trabajar donde viven. Cómo logran desconectarse del cuidado, cuando cuidar es su trabajo y qué hacen para poder contar con tiempo propio en el tiempo de trabajo. Ante estas circunstancias, se revisó la literatura para

comprender el fenómeno de lo privado y de lo doméstico, y entender que si el trabajo por definición suele desplazarse al espacio público, las cuidadoras inmigrantes trabajan en espacios privados, que por norma no son suyos sino de otras personas y familias. Y además, todo ello teniendo en cuenta, que los hallazgos revelan que las cuidadoras inmigrantes para aliviar el peso del cuidado, tienen que tener un espacio propio y estar como en casa.

### 9.1.1. TRABAJAR EN LO DOMÉSTICO. EL ESPACIO PRIVADO DE LAS MUJERES.

Se comienza este apartado de la discusión con palabras de una Filósofa francesa, Françoise Collin (1995), que en un texto sobre espacio domestico, espacio público y vida privada escribe:

“Yo diría esquemáticamente que las mujeres están privadas tanto de lo privado como de lo público, mientras que los hombres tienen derecho a lo privado y a lo público. Esta afirmación implica que dejemos de confundir privado y domestico y privado y casa o familia” (Collin, 1995: 233).

En este primer apartado se va a explicar en qué asuntos teóricos se ha basado la separación tradicional entre espacio público y privado, y también como influye dicha separación en el alivio del peso del cuidado de las cuidadoras inmigrantes.

De hecho, la afirmación anterior contrasta con lo defendido en los discursos de la filosofía y sociología sobre espacio público y privado, donde las posiciones suelen ser coincidentes. Cuando se define el espacio público, se dice que es el lugar de trabajo, que genera ingresos y que el mundo privado es el de lo doméstico, el del trabajo no remunerado ni reconocido como tal, el mundo de las

relaciones familiares y parentales, de los afectos, y de la vida cotidiana. Asimismo, el espacio privado se relaciona con el espacio femenino. Y a su vez, el espacio público, al ser el espacio del reconocimiento, es el de los grados de competencia, en fin, el que atañe al espacio masculino (de Barbieri, 1991).

El resultado de esta separación de lo público-privado y de establecer un contrapunto entre lo masculino-femenino, tiene como consecuencia que las actividades que se desarrollan en el espacio privado, las actividades femeninas, son las menos valoradas socialmente (Amorós, 1994). La separación entre las esferas de la vida no es un fenómeno estático sino que se ha visto influido por asuntos históricos, económicos y políticos. En la literatura, se ha establecido, que fue el proceso de industrialización, el que provocó la separación entre el lugar y tiempo de trabajo, de la vivienda, lo cual tuvo como consecuencia la escisión de la esfera del trabajo remunerado del trabajo doméstico (Oliveira y Ariza, 1999), desde ese momento ocurrió que la única actividad designada como trabajo era el trabajo asalariado, ya que se hacía fuera de la vivienda, en el espacio público (Rodríguez-Martínez, 2008). Esa separación implicó dar una mayor relevancia social al trabajo remunerado, en contraste a lo que sucedió con el trabajo doméstico (Durán y Carrasco, 1999). Según diversos autores (Borderías, 1994; Durán, 2000; Carrasco, 2006; Rodríguez-Martínez, 2008; Martín-Palomo, 2002;) cuando se establece la definición tradicional de trabajo, se presentan serias limitaciones para analizar los cuidados, pues la definición emergió de un contexto histórico y cultural muy determinado como fue la industrialización, siendo ese concepto una noción muy vinculada a la materialidad de una actividad extradoméstica, asalariada, e industrial. Resulta imprescindible para la discusión del fenómeno del alivio del peso del cuidado, repensar los

conceptos casa y trabajo, puesto que el descanso en las mujeres inmigrantes cuidadoras no se puede explicar con la separación de ambos, sino en la coincidencia de los dos espacios, y además teniendo en cuenta otros aspectos como es el tiempo de trabajo.

#### *9.1.1.1. Los tiempos de trabajo y el espacio privado de las mujeres.*

El proceso de industrialización supuso también otros cambios. En relación al tiempo, en períodos anteriores a la industrialización, los tiempos de trabajo guardaban estrecha relación con los ciclos de la naturaleza y de la vida humana. Con el surgimiento y consolidación de las sociedades industriales el tiempo quedó mucho más ligado a las necesidades de la producción capitalista: el trabajo remunerado no vendrá determinado por las estaciones del año (tiempo de siembra, de cosecha,...) ni por la luz solar (se podrá trabajar independientemente de si es de noche o de día). (Aguirre, Sainz y Carrasco, 2005). Al establecerse el reloj como un instrumento de regulación y control del tiempo industrial, que condiciona el resto de los tiempos de vida y trabajo, la vida familiar debe adaptarse a la jornada del trabajo remunerado (Aguirre, Sainz y Carrasco, 2005).

De ese modo, el tiempo de trabajo como fuente importante para la obtención de beneficio, es considerado un "recurso escaso" y se mercantiliza, es decir, asume la forma de dinero. Y es con la industrialización, que una parte de la producción se separa del lugar de vida y se comienza a producir para los mercados. Pero parte importante de las actividades necesarias para la vida continúan realizándose en el hogar, aunque a partir de este



momento perderán su categoría de trabajo. Desde entonces, la economía (y la sociedad) no consideran "el otro trabajo" (Carrasco, 2006). Ya que a partir de la separación de tiempos y espacios de trabajos de los tiempos y espacios de la vida, resultó que las mujeres quedaron relegadas a ser las únicas responsables de las tareas domésticas, resultando establecida claramente la división social y sexual del trabajo (Azcarate1995).

En el caso de las cuidadoras inmigrantes, se introducen en el espacio domestico para ocuparse de tareas que les son remuneradas, incluso en el caso de cuidadoras internas el trabajo y la vida se desarrollan en el mismo espacio. Y además, el cuidado que realizan, lejos de ser considerado trabajo en el sentido mercantil, es calificado como una actividad doméstica y privada, que pasa de mujeres a otras mujeres. Por tanto puede afirmarse, que en lo privado las mujeres sí dan reconocimiento al trabajo doméstico, pagando para que este se realice, pero que sigue permaneciendo oculto.

Culturalmente se ha tendido a definir a la mujer a través del ambiente privado; refiriéndose al espacio concreto (la casa) y a las actividades de mantenimiento que se desarrollan (comida, cuidado de niños, limpieza) y al espacio simbólico (el hogar) como lugar de intimidad, afecto, protección (Azcarate, 1995). La casa, el hogar, es el espacio donde transcurre la vida familiar, es una compleja unidad de gestión y prestación de servicios y de definición del status social (Azcarate, 1995).

En contrapunto Collin (1995), sugiere sin embargo, que una mujer no tiene ahí, en la casa, espacio privado, la casa no le pertenece, pero puede disponer de ella cuando desea y hacer de su espacio un "espacio propio", para los dos sentidos del término

según la autora, (ya que “propio” en francés significa propio y limpio), en la casa, la mujer está encerrada entre sus muros, pero una mujer no tiene ahí espacio “privado”. Por eso se necesita como Virginia Wolf (1928) una habitación propia, de hecho, en ese momento histórico, el de Wolf, la habitación propia es el espacio de ensueño, y este deseo de un rincón propio, es la expresión de un sentido creciente de individualidad y de un sentimiento de la persona. Es en el espacio privado, donde puede verse todo lo que está en juego, se materializan las miras del poder, las relaciones interpersonales y la búsqueda de sí mismo (Azcarate, 1995). Las cuidadoras inmigrantes para el alivio del peso necesitan de ese espacio privado y lugar propio, este es un reducto físico pero también lo es simbólico y afectivo, es pertenecer a la casa pero además es ser de la familia. En los espacios propios las cuidadoras pueden trabajar a gusto y sentirse acogidas y cuidadas, lo cual las ayuda a sentir menos la carga del cuidado.

Martínez-Buján (2009: 105) también coincide en que “la falta de espacio privado, de tiempo libre para relajarse y pensar en ellas mismas, la ausencia de un lugar propio que pueda “definir como suyo” agravan las circunstancias en las que se encuentran las cuidadoras inmigrantes”. La vida de estas cuidadoras, su carrera vital y el trabajo pertenecen al mismo ámbito. Resulta difícil para las inmigrantes cuidadoras separar lo que pertenece a su propia vida y lo que es específico de su ocupación ya que ambos conceptos, el de casa y trabajo, permanecen juntos e inseparables (Martínez- Buján, 2009).

### *9.1.1.2. La equiparación de doméstico y privado en el caso de los cuidados.*

A partir de este estudio, y al suceder el fenómeno del alivio del peso del cuidado en la confluencia de la casa y el trabajo, es necesario entender cómo es trabajar donde se vive. La equiparación de doméstico y privado en el caso de los cuidados surge del análisis de las diferencias entre espacios públicos y privados y de las semejanzas entre casa y lugar de trabajo, entre lo que es trabajo y lo que no lo es. A fin de cuentas, en los hogares donde surge la necesidad del cuidado, se necesita una cuidadora, y cuando la familia y los servicios sociales y sanitarios no pueden o no quieren hacerse cargo de ese cuidado, se buscan cuidadoras en el exterior (Martínez-Buján, 2005), existiendo incluso bolsas de trabajo de cuidadoras inmigrantes a través de las cuales se las contrata para dar un servicio de cuidado. Por esa razón, las casas no son sólo espacios privados, sino también lugares de trabajo, donde las cuidadoras inmigrantes son reclamadas, entrevistadas y asignadas a un puesto laboral.

La dificultad para poder separar lo privado de lo doméstico y de lo público radica en que sus espacios de vida y trabajo son confluyentes. Así pues, para ellas, la separación del lugar de trabajo de la vivienda resulta a veces simbólica, ir a un lugar y espacio privado permite el descanso a pesar de que esos espacios son compartidos con el espacio laboral. Esto es lo que se quería mostrar gráficamente con el dibujo que abría la discusión que el alivio del peso del cuidado se produce en el encuentro de las dos esferas, la doméstica y la pública.

Además, la especificidad de los cuidados reside en que se encuentran en un territorio fronterizo, en cuanto a que están a

caballo entre la familia y el mercado, el estado, la sociedad, entre las diferentes modalidades de relación social (remunerada, familiar, voluntaria) y atravesando la escisión público/privado, doméstico, entre lo profesional y lo no profesional (Rodríguez-Martínez, 2008), como les ocurre a las mujeres inmigrantes contratadas.

Definir el trabajo doméstico como aquel que es realizado por las mujeres de la casa en sus hogares sin tener remuneración por el mismo, puede parecer una contradicción pues la concepción de trabajo, hogar y no remunerado tiene distintas implicaciones; ya que la definición misma de trabajo implica la presencia de un salario. Como se ha presentado en el marco teórico, el trabajo doméstico también tiene una modalidad asalariada, se paga a una persona “de fuera del hogar” para que realice “lo mismo” pero cobrando. De hecho, se han incrementado el número de hogares que han mercantilizado las tareas domésticas, e incluso el cuidado antes provisto por los miembros de la familia se traspasa y se paga realizándose en condiciones laborales pseudoserviles, lo que ha sido descrito como una forma de domesticidad (Parella, 2003). Por tanto equiparar doméstico a privado no es sencillo, ya que el ámbito doméstico no implica que este sea concebido como una unidad aislada del mundo social, ni que esté en contraposición absoluta con el ámbito público, lo cual según Jelin (1982) son errores corrientes en la literatura sobre el tema, ya que esa división carece de base universal y la distinción es fundamentalmente de naturaleza cultural e ideológica (Jelin, 1982). Una de las propuestas conceptuales para abordar el trabajo doméstico que sugiere el grupo de estudios de Feminismo y Cambio Social (2001) es la “domesticación del trabajo”

### 9.1.1.3. La domesticación del trabajo

Se ha presentado en el Marco teórico, como las fronteras entre trabajo y no trabajo se desdibujan con las transformaciones experimentadas por los trabajos remunerados (Martín Palomo, 2008) y, en este sentido, se asegura que resulta pertinente hablar de '*domesticación*' del trabajo en una triple acepción (Grupo de estudios de Feminismo y Cambio Social, 2001). En primer lugar, los trabajos remunerados, cada vez más, presentan características que son similares a las de los desarrollados en el ámbito doméstico-familiar: son elásticos, fragmentados y dispersos. Aunque se realicen a cambio de una remuneración, a menudo se trata de trabajos desempeñados en el espacio doméstico (Martín Palomo, 2008). Por otra parte, cuando se habla de domesticar el trabajo, se hace referencia a que se trata de formas nuevas de ocupación que están ligadas al desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación, como el teletrabajo. En segundo lugar, una de las características del trabajo remunerado es la flexibilización en lo que se refiere a las condiciones laborales, a aspectos tales como la disponibilidad horaria, la flexibilidad, la dedicación y la polivalencia. Por último, para Martín Palomo (2008) los trabajos remunerados, cada vez en mayor medida, suponen la *doma*<sup>1</sup> de una cualidad –el afecto– que hasta ahora se consideraba exclusiva del ámbito privado de la vida de los individuos, absolutamente desvinculada de cualquier conceptualización del trabajo. La autora concluye diciendo que “La propuesta de utilizar la herramienta conceptual '*domesticación del trabajo*' pretende

---

<sup>1</sup> Según el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, “doma” tiene varias acepciones, de las que se destacan dos: 1. Sujetar, amansar y hacer dócil al animal a fuerza de ejercicio y enseñanza; 2. Sujetar, reprimir, especialmente las pasiones y las conductas desordenadas

precisamente incorporar dichos aspectos en el análisis de los cuidados”. En su artículo analiza los cuidados desde la perspectiva del trabajo, explica que se trata de trabajo realizado, pero que es de una naturaleza algo diferente: precisamente por la dimensión afectiva que entraña el cuidar a otra persona y la dimensión moral de la responsabilidad que ello implica (Martín Palomo 2008:34). Continúa diciendo que “hablar de ‘domesticación del trabajo’ estratégicamente puede servir para buscar pautas, caminos, orientaciones, para valorar los trabajos que habitualmente han realizado las mujeres y que no han tenido apenas reconocimiento social, pero también para redimensionar la propia noción de trabajo, moderar esa aspereza de carácter que conlleva este concepto”(Martín Palomo 2008 :34).

Este estudio muestra, en la misma línea de pensamiento que la autora, cómo el afecto es indiscutiblemente necesario para que las cuidadoras soporten el cuidado, pero que no está bien pagado ni afectiva ni económicamente. Precisamente, uno de los asuntos que trataremos a continuación, la invisibilidad, influye de manera notable en que no tenga valor monetario.

#### *9.1.1.4. La invisibilidad del cuidado en contraste con su repercusión pública.*

A partir de establecer la comparación de la casa como un lugar de trabajo en la discusión, se va a conectar con la literatura existente para aventurar interpretaciones que sean plausibles y ayuden a despejar el fenómeno del alivio del peso del cuidado en cuidadoras inmigrantes, que surge de un cruce entre lo personal y lo doméstico, entre lo público y lo privado, entre lo laboral y el ocio.

El trabajo de cuidados realizado por mujeres inmigrantes, en la mayoría de los casos, es un trabajo sumergido, desarrollado en la casa, un espacio invisible. Lo sumergido es invisible como lo ha sido el cuidado realizado en el hogar. De hecho, lo público habla de lo que es visible en contraposición a lo privado que no lo es. La casa ha representado desde siglos lo doméstico, donde además las cuidadoras no suelen tener derechos, no siempre están amparadas por ningún sindicato ni las protege nadie, porque por regla general no existen, no se ven, y no están.

Siempre que se habla de trabajo domestico se contrasta su invisibilidad con la relevancia que tiene el trabajo remunerado, pero en el caso de las cuidadoras inmigrantes, como el trabajo a pesar de ser remunerado se realiza en el espacio de lo privado, se multiplica la invisibilidad del mismo, porque la casa no se ve, y es un trabajo que realizan mujeres y además son inmigrantes. Pero el cuidado en casa empieza a tener repercusión pública. A raíz de los estudios sobre dependencia en nuestro país (IMSERSO, 2002b; 2004c y 2005a; Ley 36/2009), se ha empezado a visibilizar un fenómeno que siempre ha existido pero que permanecía oculto, precisamente por su carácter doméstico. Las dificultades de las familias para procurar cuidado y las del Estado para mantener el cuidado sin la familia, están resultando imprescindibles para que el fenómeno salga a la luz. La parte visible del sistema de asistencia a la salud, utilizando la metáfora que propone García Calvente (2000), es solamente la punta del iceberg que representa el sistema formal. Y lo que no se ve, la parte oculta del iceberg, representaría el sistema informal de cuidados, el cual se conoce no tanto por su volumen, como por su importancia, ya que hoy en día, son numerosos los estudios que reflejan como el sistema informal de cuidados, asume en mayor medida, los cuidados a las personas dependientes en sus hogares (García Calvente, 2000;

García Calvente, Mateo-Rodríguez, y Eguiguren, 2004; Bover, 2004; IMSERSO, 2002b y 2005a; de la Cuesta 2009a).

La casa es un lugar de trabajo no considerado como tal formalmente, pero que comparte características con el mismo, ya sea porque el trabajo de cuidar es remunerado, y porque puedan existir un contrato y unos tiempos que cumplir. Pero, la casa-lugar de trabajo se tendría que ajustar a leyes y normas similares a las que regulan la relación empresarial. Los lugares de trabajo en su normativa establecen cómo deben ser los contratos así como la jornada laboral, al tiempo que reconocen que deben proveer a los trabajadores de momentos de descanso.

#### 9.1.2. TRABAJAR EN LO DOMÉSTICO, LA RELEVANCIA SOCIAL DE LA CASA COMO LUGAR DE TRABAJO.

Para el imaginario colectivo, trabajar conlleva salir de casa para ir a un lugar de trabajo, a pesar de que hoy en día haya muchas personas, que gracias al teletrabajo, lo hagan desde casa. Pero desde la Ilustración, el trabajo es lo que se hace fuera de la casa. Además se trabaja en espacios públicos que son visibles y se producen bienes que son materiales y medibles, como refleja el siguiente texto:

“De hecho, en la organización capitalista, lo que se entiende por trabajo está delimitado en el espacio y en el tiempo. Al trabajador se le identifica con un lugar (la fábrica, el taller) y un tiempo (que debe poder ser medido) durante el cual trabaja” (Sarasúa, 1994: 4).

El mercado de trabajo sería el espacio físico al que los trabajadores se desplazan y donde se hacen visibles para que les contraten. El mercado de trabajo es también presentado como un espacio social caracterizado por las relaciones asalariadas que rigen la actividad (Sarasúa, 1994). Sin embargo, las cuidadoras



inmigrantes de personas mayores están sujetas a las particularidades laborales del trabajo doméstico, esto es, trabajan en la casa y sus horarios, sus tiempos y los servicios que prestan están sujetos a este trabajo. Se ha visto que desde la industrialización, el trabajo doméstico, lejos de considerarse una actividad laboral de valor, se ha relegado a la invisibilidad del hogar donde las mujeres, que se dedican a esas tareas, no tienen reconocimiento alguno, no reciben salario y no tienen derechos (García Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004).

Con el impulso de los estudios femeninos y de género (Rodríguez-Martínez, 2008), desde hace varias décadas se viene desarrollando una gran actividad académica para reconceptualizar el trabajo. La distinción establecida hasta el momento, basada en la remuneración, es insuficiente. Debido a que las fronteras entre trabajo y no trabajo son permeables y borrosas (Rodríguez-Martínez, 2008). La perspectiva de género, en el caso concreto que nos ocupa, el del cuidado, afirma que todas las actividades relacionadas con el sostenimiento de la vida humana que tradicionalmente han realizado las mujeres, no han sido valoradas. En cambio, aquellas que se realizan en el mundo público, que sus resultados trascienden el ámbito doméstico y que tradicionalmente han sido realizadas por los varones, gozan de valor social (Carrasco, 2006). Esta diferenciación guarda relación con la que plantea Arendt (1998) entre labor y trabajo. Para esta autora, la labor guardaría relación con la satisfacción de las necesidades básicas de la vida y corresponderían a aquellas actividades que no dejan huella, que su producto se agota al realizarlas y por ello, generalmente, los hombres las han despreciado.

Se ha destacado la necesidad de realizar una revisión conceptual del término trabajo en cuanto a que es necesario

construir herramientas analíticas para el estudio de los cuidados en sus múltiples dimensiones y en su enorme complejidad. Por eso, el abordar los cuidados como trabajo implicaría según Borderías (2003a), al menos, tres cuestiones de diferente índole: Por un lado, revisar el concepto que se afianza en el siglo XVIII y que lleva implícito un determinado tipo de división sexual del trabajo, y que supone una valoración desigual del mismo según quien lo desarrolle; por otro, reconceptualizar el trabajo para adaptarlo a los importantes cambios sociales que se han producido dentro y fuera de los hogares y por último, recuperar el valor social que tienen los cuidados para la vida, no sólo en términos de tiempo o de dinero sino también a nivel ético (Borderías,2003a). En este sentido, los cuidados permiten analizar y repensar el concepto de trabajo (Martín Palomo, 2008).

Cuando el trabajo domestico se ha mercantilizado y se ha abierto a la contratación de mujeres ajenas a la familia no ha perdido aún todas sus connotaciones de género (Parella Rubio, 2000). Se dan casos en los que la cuidadora es interna y como se le da habitación y comida, las familias piensan que ya está más que pagado su servicio y representa una especie de favor que hacen por acoger a la “pobre inmigrante”, como ya se ha reflejado en el capítulo 6 sobre el contexto de las cuidadoras inmigrantes. Según las características del espacio doméstico como lugar donde se desarrolla la vida privada, lo que sucede dentro de la casa, simplemente no se ve, se da por supuesto y en muchas ocasiones se considera una función obligatoria de las personas que ocupan ese espacio. Por eso, el cuidar es visto como una función y no como una ocupación, a pesar de que resulta imprescindible para el crecimiento integral de todos los individuos (Murillo, 2006). Al ser el espacio domestico un lugar donde otros descansan, ese espacio se convierte para las cuidadoras inmigrantes en “tierra de

nadie” como dice Soledad Murillo (2006), una tierra donde viven, trabajan , crean lazos afectivos y donde no se les reconoce su derecho a disponer de un tiempo propio, porque su tiempo no les pertenece. Por tanto, resulta conveniente destacar cómo el trabajo de cuidado es un trabajo sumergido, sin regulación legal, escondido bajo la definición de trabajo doméstico.

#### *9.1.2.1. La regulación legal del trabajo doméstico*

En términos económicos, la mayor parte del trabajo que realizan las mujeres se considera trabajo no mercantil. El trabajo doméstico o el trabajo de cuidados se engloban en la esfera reproductiva y no en la productiva, ya que a simple vista no produce beneficios. Pero en el mundo laboral tan cambiante en el que nos vemos inmersos, lo cierto es que la definición de trabajo doméstico tradicional ya no parece aplicable. Según el diccionario de la Real Academia (2001), trabajo significa “Acción y efecto de trabajar. Ocupación retribuida”. Sin embargo las definiciones de trabajo doméstico siguen haciendo referencia a sus aspectos invisibles, intangibles y no cuantificables. Lo que sucede en el hogar es privado.

En el trabajo deberían existir unos horarios estipulados para el descanso, ya sea la hora respetada para el almuerzo, las tardes libres en trabajos a media jornada, los fines de semana... en resumidas cuentas, el descanso debería ser un valor añadido al puesto de trabajo. Pero esto, según la regulación laboral del trabajo domestico exigida por la ley, no se cumple en el caso de cuidadoras extranjeras no comunitarias, estando en la mayoría de los casos en situación de ilegalidad (Marín y Fontes, 2006). En el

caso de las trabajadoras internas, se recomienda que el contrato estipulado contemple las condiciones de esa cohabitación, siendo imprescindible, por ambas partes, la mutua confianza, y debiendo quedar claros, los horarios, los tiempos de presencia y los descansos (Marín y Fontes, 2006), pero como se ha mostrado en capítulos anteriores, esto tampoco suele suceder.

El tiempo de trabajo se ha destacado por suponer una cantidad de horas del trabajador puestas a disposición del empresario, dentro de las cuales se debe realizar una actividad fijada. Si tenemos en cuenta que la jornada ordinaria de trabajo se fija en 40 horas semanales de trabajo efectivo, según el artículo 7.1 del Real Decreto 1424/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar (en adelante “RDSHF”), esto es un promedio de 6,6 horas diarias sin contar los domingos. Nos encontramos con que las cuidadoras inmigrantes, ya sean internas o externas, superan en gran medida ese tiempo de trabajo. En el Real Decreto 1561/1995, de 21 de septiembre, sobre jornadas especiales de trabajo, se regula el “tiempo de presencia” como aquel, según se haya pactado, en el que el trabajador deberá permanecer en el hogar familiar a disposición de los requerimientos domésticos que se puedan precisar por el empleador, pero que no se computa como trabajo efectivo mientras no se le requiera, aún así, en el Real decreto se recomienda que se respeten las normas sobre el descanso<sup>2</sup> (Ayala, 2005). Siguiendo con la revisión de los textos

---

<sup>2</sup> El artículo 7.2 del Código Civil refleja que la Ley no ampara el abuso del derecho o el ejercicio antisocial del mismo. Todo acto u omisión que por la intención de su autor, por su objeto o por las circunstancias en que se realice sobrepase manifiestamente los límites normales del ejercicio de un derecho, con daño para tercero, dará lugar a la correspondiente indemnización y a la adopción de las medidas judiciales o administrativas que impidan la persistencia en el abuso.

legales que regulan el trabajo doméstico, se destaca que según el artículo 7.1 del Real Decreto 1424/1985, el descanso diario entre jornada y jornada será de un mínimo de 10 horas con carácter general, o de ocho horas en caso de los trabajadores contratados en régimen de internado; además el descanso semanal será como mínimo de 36 horas, consecutivas o discontinuas siempre y cuando al menos 24 horas sean seguidas y preferentemente coincidiendo con el día del domingo. Según lo expuesto en el capítulo 6 sobre el contexto, las cuidadoras inmigrantes están en una situación de indefensión legal porque no se respetan los tiempos de trabajo ni los mínimos de descanso, encontrándose en una situación de impotencia, al estar sin opciones y sin posibilidades de mejorar su situación por su condición de ilegalidad. Aún así cuidar en el ámbito doméstico, según las cuidadoras, era el mejor trabajo al que podían optar, dentro de lo malo.

Las cuidadoras inmigrantes son trabajadoras, introducidas en las casas por las familias para ocuparse de los mayores, pero en muchos casos se olvidan sus derechos y necesidades de descanso. Los criterios recogidos en el Convenio n.º 14 de la Organización Internacional del Trabajo<sup>3</sup> (OIT), en la Directiva 93/104/CE<sup>4</sup> y en la Directiva 2003/88/CE<sup>5</sup> del Parlamento Europeo

---

<sup>3</sup> Convenio OIT: Núm. 14, de 1921, sobre descanso semanal en las empresas industriales.

<sup>4</sup> Directiva 93/104/CE del Consejo, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo. Dice el preámbulo de esta última, “para garantizar la salud y la seguridad de los trabajadores de la Comunidad, éstos deberán poder disfrutar de períodos mínimos de descanso diario, semanal y anual y de períodos de pausa adecuados”

<sup>5</sup> Directiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo y del Consejo

y del consejo de 4 de noviembre de 2003 relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo, han establecido una serie de limitaciones a la jornada laboral. Estos límites, que garantizan el necesario descanso al trabajador, coinciden con los expuestos anteriormente según el Real Decreto 1424/1985, y son las dos normas de derecho necesario recogidas en el Estatuto de los Trabajadores: el descanso semanal de día y medio y el descanso diario o entre jornadas de 12 horas. El disfrute efectivo por el trabajador de estos mínimos de descanso necesario tiene una gran importancia, tanto para la recuperación laboral como en los planos correspondientes a la vida social, familiar y personal de los trabajadores<sup>6</sup>. Para la OIT como se ha señalado, es particularmente importante, para la recuperación de la fuerza física y mental, disponer de un tiempo de ocio, claramente diferenciado del tiempo de actividad laboral (Murillo, 2003). Asimismo, en el cuidado la carga es elevada cuando las jornadas de trabajo del cuidador son largas, sobre todo en fin de semana y cuando incluyen cuidados básicos tales como alimentar y vestir a la persona mayor, y domésticos como limpiar la ropa. Gallart (2007) recomienda que resultaría beneficioso para disminuir la

---

de 4 de noviembre de 2003 relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo. Consideración (11): Determinadas características del trabajo pueden tener efectos perjudiciales para la seguridad y la salud de los trabajadores. La organización del trabajo con arreglo a cierto ritmo debe tener en cuenta el principio general de adecuación del trabajo a la persona.

<sup>6</sup> DIRECTIVA 2003/88/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 4 de noviembre de 2003

Estipulándose como *descanso adecuado (artículo 2)*: aquellos períodos regulares de descanso de los trabajadores, cuya duración se expresa en unidades de tiempo, suficientemente largos y continuos para evitar que, debido al cansancio o a ritmos de trabajo irregulares, aquellos se produzcan lesiones a sí mismos, a sus compañeros o a terceros, y que perjudiquen su salud, a corto o a largo plazo.

sobrecarga de los cuidadores crear un sistema que controle y regularice las jornadas laborales y salarios de los cuidadores inmigrantes. Desde la visión empresarial, la tendencia actual es la de considerar los descansos como los verdaderos límites en la distribución del tiempo de trabajo, por lo que su respeto es una exigencia en cualquier distribución (Ezquerro Escudero, 2006). Los descansos pues, dejan de ser sólo tiempo de inactividad y se convierten en una necesidad y derecho de los trabajadores, que por tanto no deben confundirse con el tiempo de inactividad, salvo que este tiempo contemple y contenga los requerimientos íntegros que suelen hacerse a los descansos (Ezquerro Escudero, 2006).

#### *9.1.2.2. Aplicación de la legislación sobre el trabajo domestico en la práctica*

En el trabajo de las cuidadoras inmigrantes, aunque se estipule en el contrato, no suele existir una definición categórica del tiempo de la jornada laboral, porque es todo el día. Estas horas de más que cumplen las cuidadoras no se pueden catalogar como extraordinarias, sino que es lo que la legislación denomina como *tiempo de presencia*:

“Se trata de tiempos acordados entre el empleador y la trabajadora y que no se dedican a la realización de tareas domésticas habituales sino de tareas que exijan poco esfuerzo, como abrir la puerta, coger el teléfono, etc.” (Martínez -Veiga, 2004:146).

Pero estas tareas “de más” no pueden ser definidas como de “poco esfuerzo” en la actividad del cuidado de ancianos. Levantarse por la noche, cuidar al anciano desvelado, suministrarle sus medicinas en horarios no “laborales”, estar con ellos en sus días libres, salir con ellos, formarían parte del tiempo de presencia, y para las cuidadoras inmigrantes esos tiempos las alejan del descanso.

En cuidados prolongados, como el que realizan las cuidadoras inmigrantes, el tiempo de cuidado es tan amplio que llega a absorber el tiempo de descanso: la prioridad absoluta es el cuidado de la persona mayor que tienen a su cargo. Sobre las cuidadoras inmigrantes se cierne la responsabilidad de estar contratadas por las familias para asumir dicho cuidado prolongado y esa responsabilidad, cuando las familias las dejan a cargo de todo, es total. Se les exige una dedicación y una presencia continua. Las dificultades de las cuidadoras inmigrantes de acceder al descanso, están muy condicionadas por las relaciones laborales y de poder, ya que la relación empleadora-empleada facilita o dificulta su acceso al mismo. Las cuidadoras inmigrantes sufren una mayor ausencia tanto de su espacio como de su tiempo privado. El tiempo libre del que pueden disponer, dadas sus condiciones de irregularidad (ocasional) y exceso laboral, no es suficiente y eso hace que tengan que proveérselo gestionando ellas sus horarios de trabajo y de descanso. Los datos han mostrado cómo las cuidadoras inmigrantes realizan unos cuidados continuos ya estén cerca o lejos de la cabecera de la cama del paciente. En ese continuo tiempo de cuidado, de trabajo, son las cuidadoras las que tienen que sacar tiempo, unos tiempos mínimos de descanso que utilizan para organizar los cuidados, priorizar las tareas y gestionar el tiempo de trabajo como se mostró en el Capítulo 8.

En las cuidadoras inmigrantes, el cuidado se vuelve incompatible con el ejercicio de la individualidad, no hay lugar para una misma, tienen dificultades para acceder al tiempo propio, ya sea este visto como derecho, o como trato de favor, puesto que están contratadas para realizar el cuidado toda la jornada y raras veces se les reconocen horas de descanso fuera de los días



libres. Para Murillo (2003), el tiempo de cuidado es máximo, y se resiste a una contabilización. Situándonos en este escenario, buscar tiempo para sí, cuando el tiempo diario queda absorbido por el tiempo dedicado al cuidado, resulta muy difícil. En una revisión crítica bibliográfica, de la Cuesta (2008), resalta como el respiro consiste en tener algo de tiempo sin la responsabilidad de cuidar, en la casa o a través de centros de día, y este respiro en el cuidado puede variar de unas horas a varios días a la semana. En la misma revisión de la bibliografía, se ha encontrado que los cuidadores cuentan con la capacidad de darse un respiro a sí mismos (de la Cuesta, 2008). El respiro es una actitud mental que se puede lograr sin ayuda externa (Strang y col., 1999). Para las cuidadoras inmigrantes, poder darse un respiro implica poder gestionar el tiempo de trabajo para disponer de periodos en los que puedan separarse del cuidado, es sacar tiempo como reflejan los datos, y también es saber cómo y en qué ocupar el tiempo o poder evadirse de ese tiempo de trabajo. Para las cuidadoras inmigrantes tener tiempo propio es una necesidad y un requisito indispensable para el buen cuidado y para aliviar el peso del mismo, así tienen que desarrollar esa capacidad de darse respiro a sí mismas creando estrategias que las ayuden a lograr un descanso extra, ya que no es suficiente el descanso regulado en sus contratos.

#### 9.1.2.3. *La exclusión absoluta y expresa de la relación laboral especial de servicio del hogar familiar de la ley de prevención de riesgos laborales.*

Para entender el asunto sobre el que reposa la discusión de la casa como lugar de trabajo, se revisó la legislación al respecto y, paradójicamente, se encontró en el escrutinio de la literatura que a pesar de que se hable de que las cuidadoras inmigrantes

son trabajadoras del servicio doméstico y que el cuidado de ancianos es un yacimiento de empleo, estas cuidadoras no están protegidas como trabajadoras y además no están amparadas por las leyes que protegen el trabajo, ni al trabajador (Ley de prevención de riesgos laborales). Esta revisión ayuda a dar mayor profundidad al asunto que nos ocupa, esto es, entender cómo las cuidadoras inmigrantes alivian el peso del cuidado, bajo qué condiciones, en qué contexto y mediante cuáles estrategias. Ayala del Pino (2007), en su revisión sobre el estudio de la aplicación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL, en adelante) en la relación laboral especial de servicio del hogar familiar, explica cómo se afronta la aplicación de la Ley de Prevención, y de qué forma la relación laboral especial de servicio del hogar familiar, aparece en la misma excluida de forma expresa. En la LPRL, el legislador opta por excluir a los que trabajan en el marco de una relación laboral especial de servicio del hogar familiar. El colectivo de trabajadores domésticos, queda expresamente excluido del ámbito de aplicación de la Ley de Prevención a partir de la incorporación de un criterio que es de tipo subjetivo. En concreto, el artículo 3 de la Directiva Marco al establecer el concepto de trabajador incluye a “cualquier persona empleada por un empresario”, pero su apartado a) excluye a los trabajadores de servicio del hogar familiar (García Valverde, 1995), ya que al definir lo que entiende por trabajador a efectos de la prevención de riesgos, señala expresamente que a éstos no se les considerará como tales<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup>Para PÉREZ ALENCART, A.: *El Derecho Comunitario Europeo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo*, Tecnos, Madrid, 1993, pág. 90, “la falta de amparo a este colectivo laboral puede estar motivada por las dificultades inherentes a la aplicación de una normativa protectora en un sector donde la prestación de servicios tiene unas características *sui generis* que hacen extremadamente complicado un control idóneo por parte de la autoridad laboral” y PÉREZ DE LOS COBOS ORIHUEL, F.: “La Directiva marco sobre medidas de seguridad y salud de los trabajadores en el trabajo y la adaptación del Ordenamiento español”, *RL*,

A pesar de la exclusión de los trabajadores domésticos, el apartado cuarto del artículo 3 LPRL establece que “el titular del hogar familiar está obligado a cuidar de que el trabajo de sus empleados se realice en las debidas condiciones de seguridad e higiene”, contenido que reproduce literalmente el artículo 13 RD 1424/1985<sup>8</sup>. Y que resulta una paradoja pues si bien el trabajador del hogar no tiene derecho en la ley de prevención, su protección y seguridad se convierte en responsabilidad del empleador al que se obliga a contemplar ese derecho.

Por un lado se habla que los titulares del hogar familiar tienen empleados que deben amparar, pero por otro, en la ley no se considera a estos titulares como empresarios y por tanto ni a la casa como empresa a pesar de compartir características con la misma. Se sigue relegando lo doméstico, a la invisibilidad y a la alegalidad, donde aunque dentro de la casa existan trabajadores, estos son ignorados por las leyes. La casa como lugar de trabajo, se encuentra con el vacío legal existente que complica aún más la visibilidad de las tareas que en ella se desempeñan, y que ampara la existencia de economías sumergidas. Y cómo se planteó en el primer apartado, se suma la dificultad de que el tiempo no les pertenece, por lo que las cuidadoras inmigrantes para descansar deben proveérselo y también compartir el poco tiempo que

---

núm. 8, 1991, pág. 50, al referirse al fundamento de exclusión de este colectivo en la norma comunitaria.

<sup>8</sup> Se excluye la relación laboral especial de servicio del hogar familiar, en términos que no dejan de ser contradictorios. El principio general es la exclusión del campo de aplicación de la Ley, para añadir seguidamente que: “el titular del hogar familiar está obligado a cuidar de que el trabajo de sus empleados se realice en las debidas condiciones de seguridad e higiene (...)”. *Vid.*, FERNÁNDEZ MARCOS, L.: *Comentarios...*, op. cit., pág. 35. En sentido similar GUADALUPE HERNÁNDEZ, G.: *Relaciones laborales especiales*, II Lustre Consell General de Collegis de Graduats Socials de Catalunya, Mafre Mutua Patronal, Barcelona, Vol. I, 1989, págs. 161 y 162.

disponen con las personas que cuidan. En el siguiente apartado se conectará con la literatura existente la forma en que las cuidadoras se proveen de tiempos de descanso.

#### *9.1.2.4. La provisión de tiempos de descanso en la casa*

La línea de trabajo trazada en la revisión bibliográfica, planteaba entender el respiro más como una experiencia personal y un resultado (de la Cuesta, 2008), que ser la consecuencia obtenida del uso de servicios formales de respiro. Teniendo en cuenta que precisamente las cuidadoras inmigrantes no tienen derecho reconocido a acceder a estos servicios de respiro que son ofertados a las familias, se resalta de qué manera las cuidadoras inmigrantes tienen que construir su descanso. Los datos han mostrado que la provisión de respiro no dependía únicamente de los tiempos destinados a tal fin, sino que las cuidadoras debían manejarse con tiempos de trabajo, tiempo libre, y tiempo propio, siendo ellas y no sus empleadores, ni los servicios formales, las que gestionan su tiempo de descanso.

En el cuidado familiar está demostrado que los cuidadores necesitan tiempo para reponerse de la actividad de cuidar y retomar fuerzas (de la Cuesta, 2009a; 2009b), esta necesidad de tiempo no puede extrapolarse a la situación dada en los lugares de trabajo, los que se sitúan fuera de los muros del hogar, ya que en ellos, suelen estar muy estructurados los horarios y tiempos, además de legislados y vigilados por los estatutos de los trabajadores para que se cumplan. Pero el fenómeno que nos ocupa, el tiempo necesario que las cuidadoras inmigrantes necesitan para recuperarse del cuidado, supera las acepciones de tiempo de trabajo y de tiempo libre.

El problema de la provisión de tiempo para el descanso en la casa-lugar de trabajo, reside precisamente en que no se ha considerado como tal. La legislación sobre el trabajo doméstico propone unas recomendaciones sobre los tiempos de descanso, pero al realizarse este trabajo muchas veces en los límites de la legalidad, no existe control sobre el mismo, generando en gran medida una economía sumergida.

Uno de las cuestiones que se plantean en este estudio es que el trabajo realizado en el hogar no es considerado como tal. Pero por un lado los trabajos realizados fuera y dentro del hogar, comparten características comunes. Aunque en ningún momento en el cuidado doméstico pagado, los familiares empleadores son considerados empresarios de manera estricta, podríamos afirmarlo en base a la información encontrada en una revisión bibliográfica en la que sí asemejan de manera precisa el trabajo realizado en el servicio doméstico al trabajo productivo empresarial afirmando que:

“El trabajo productivo y la mercantilización de los “nuevos yacimientos de empleo” (servicio doméstico, de cuidados, limpieza, etc.) sigue rigiéndose por una lógica que hace prevalecer el beneficio económico de los empresarios por encima de la calidad del mismo y el bienestar de sus empleados. Por tanto, la presión que sufren las empleadas y cuidadoras inmigrantes que realizan estos trabajos, les resta tiempo personal, social, de convivencia y cuidado, dificultando la propia realización del trabajo asalariado. Los empresarios continúan negando el hecho de que sus empleados sólo podrán producir si sus condiciones laborales les permiten el disfrute de otros tiempos” (Malgesini Rey, et al. 2004: 64).

De ese modo, a pesar de que los servicios de cuidado no producen en sí mismos un beneficio, los contratadores, para estos autores, como ocurre en el trabajo fuera del hogar, deben velar por

los intereses de sus empleados y asegurar, por el bien de los mismos, que estos disponen de tiempos para el descanso.

Los tiempos de descanso, en las cuidadoras inmigrantes, son difíciles y escasos, estando condicionados por relaciones afectivas y laborales. Precisamente, las dos posiciones planteadas en la literatura para hablar de respiro también trazan esa diferencia. Los servicios de respiro se han entendido como una respuesta a la necesidad de los cuidadores de aliviar el peso del cuidado (de la Cuesta, 2008), planteándose como lugares y servicios públicos (porque son ofertados por el Estado y ayuntamientos, siendo visibles y accesibles). Sin embargo, la visión de respiro que se ha trabajado durante la presente tesis es la del “respiro como un resultado, como el logro individual” (de la Cuesta, 2008), donde la experiencia de respiro es el resultado de la acción del mismo y no sólo depende de que sea asumido por otros. El respiro debe considerarse, en términos de las propias cuidadoras, cuando lo estimen oportuno y necesario (de la Cuesta, 2008). En el caso de las cuidadoras inmigrantes se ha visto que se descansa en espacios y tiempos que son propios.

En una revisión crítica sobre el cuidado familiar, se señala que la tradición en los servicios de respiro ha sido excluir el punto de vista del cuidador y no considerarlos una experiencia, sino un bien que se les oferta, por lo general sin tener en cuenta el contexto donde se desenvuelve el cuidado familiar (de la Cuesta, 2009a). Un asunto es hacer uso de los servicios de respiro y otro es conseguir verdaderamente el descanso, por lo que ha resultado fundamental entender de qué forma las cuidadoras inmigrantes eran capaces de darse un respiro a sí mismas, teniendo en cuenta las premisas expuestas por Teitelman y Watts (2004) de que las personas son capaces de recuperarse del cuidado utilizando

pausas mentales. Los datos han mostrado cómo las cuidadoras inmigrantes se proveen a sí mismas respiro gestionando su tiempo, al crear tiempos propios en los que poder descansar y utilizando momentos libres para ello.

Por lo tanto, si la casa como lugar de trabajo no presta ni provisiona oportunidades para el respiro a las trabajadoras, estas, las cuidadoras inmigrantes, no tienen más opción que proveérselo para poder continuar con el cuidado. Para las cuidadoras cuidar además, no es sólo una relación laboral, es un trabajo que implica un fuerte componente afectivo y relacional; no se trata únicamente de prestar un servicio, sino que se presta un servicio a alguien y hay emociones implicadas. Este asunto nos permite enlazar con el siguiente en cuanto a que la relación afectiva trasciende la laboral.

## **9.2. LA CASA COMO LUGAR DE AFECTO.**

La casa se ha considerado tradicionalmente el ámbito de lo doméstico y lo privado, pero la casa para la cuidadora inmigrante es mucho más que un lugar físico, mucho más que un techo. Para la cuidadora inmigrante, la casa donde trabaja es un lugar de afectos, donde dar y recibir afecto.

Es en el interior de la casa donde se gestan las relaciones sociales y afectivas de manera natural, y donde se construye el individuo. Mirar la casa puede ser un mapa de las relaciones entre la familia y la sociedad, de las relaciones de sus miembros entre sí (Azcarate, 1995), y sobre todo en este trabajo: otra manera de observar la situación social de las mujeres inmigrantes.

### 9.2.1. LA CASA: MUCHO MÁS QUE UN TECHO.

Casa, hogar, vivienda, morada, expresan el lugar para vivir o habitar (Nina, 2006). La habitación es la acción de habitar y designa cualquier aposento de la morada. La casa es y ha sido siempre residencia, refugio, habitación, propiedad, afecto; un lugar que organiza simbólicamente y territorialmente a las familias (Azcarate, 1996). Se puede decir mucho más; lo que es cierto es que la idea de casa ha ido transformándose a lo largo de los siglos en interrelación con los cambios culturales, políticos, económicos, sociales, acompañando el cómo vivir de cada momento histórico (Azcarate, 1995).

El hogar es un lugar al que se pertenece, que se conceptualiza como el espacio en el que habita la familia, y para las cuidadoras inmigrantes formar parte de ese lugar les permite sentirse aliviadas del cuidado. De hecho, la posesión y pertenencia a la casa, les que brinda un sentido de identidad social (ser de la familia) y de convivencia con los miembros que integran dicho hogar (sentirse acogida y cuidada). Tal como lo define Nina (2006:4):

“El hogar es un espacio construido a través de relaciones sociales, internas y externas, permanentes, cambiantes tanto en la relación como en la importancia”.

La casa para las cuidadoras inmigrantes representa por un lado el lugar donde se desarrolla su vida cotidiana, pero por otro es su lugar de trabajo. Un espacio físico entre lo privado y lo público, y un lugar emocional donde se construye la relación de cuidado, siendo el sentido de pertenencia al mismo lo que les permite aliviar el peso de cuidar.



Por eso se establece que la casa, lejos de ser sólo un espacio físico, es un espacio social impregnado de asuntos relacionales. Uno de los problemas que se plantean al estudiar el trabajo realizado por cuidadoras inmigrantes, es que el la labor que realizan se ha englobado dentro del trabajo doméstico, atribuyendo al cuidado las mismas características que puedan darse en un trabajo pagado que se realiza en el hogar. Pero el estudio ha revelado que las relaciones que se gestan en el interior del hogar, entre las cuidadoras y las personas a las que cuidan no son puramente mercantiles porque se dan también afectos. El cuidado, como sucede en el trabajo no pagado, implica los afectos, la socialización y un sin número de competencias invisibles (Malgesini Rey, y col., 2004).

En términos generales, podemos concebir el cuidado como una actividad femenina generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social (Batthyany, 2004). Comprende tanto el cuidado material como el cuidado inmaterial que implica un vínculo afectivo, emotivo, sentimental. Está basado en lo relacional y no es solamente una obligación jurídica establecida por la ley sino que también involucra emociones que se expresan en las relaciones familiares, al mismo tiempo que contribuye a construir las y mantenerlas (Aguirre, 2005).

Lo que se quiere expresar es que el trabajo destinado al cuidado de las personas en el hogar tiene otro contexto social y emocional diferente al del trabajo productivo, ya que cuidar satisface necesidades personales y sociales, y no se deben obviar la presencia de otras fuerzas y ataduras distintas a las económicas. El cuidado, o el trabajo de cuidar, según se adopte un término sociológico, implican relaciones afectivas y sociales difícilmente separables de la actividad misma y crea un tejido

complejo de relaciones humanas sobre el cual de alguna manera se sustenta el resto de la sociedad (Carrasco 2001).

### 9.2.2. LA DIMENSIÓN AFECTIVA DEL CUIDADO.

En los estudios sociológicos y de género, hay un amplio consenso en afirmar que los cuidados son sobre todo trabajos, prestados por amor y/o por dinero o a cambio de cualquier otro tipo de bienes materiales o simbólicos, pero trabajo a fin de cuentas (Martín Palomo, 2008).

La perspectiva de los estudios sociológicos sobre el cuidado realizado por inmigrantes, hace mención a la importancia de la regulación del trabajo domestico, hablan de extranjerización del mercado domestico, de domésticas cuidadoras (Martínez-Buján, 2003; 2006; Soledad Murillo, 2000; 2006; Catarino y Oso, 2000; VVAA, 2004). Estos estudios hacen referencia a la importancia de las cuidadoras como sustitutas de los roles tradicionales, e indican la necesidad de la regulación, pero si bien reconocen la importancia del componente afectivo del cuidado, limitan la dimensión familiar del cuidado en cuanto a que a las cuidadoras inmigrantes son relegadas a la simple acepción de trabajadora domestica. Esto implica, que son situadas fuera de la familia como simples empleadas, que si bien muestran afecto por las personas que cuidan, no forman parte de la estructura ni de la dinámica familiar.

Para la sociología, el cuidar es un trabajo que generalmente es desarrollado por mujeres y, en gran medida, en el marco de relaciones familiares en el ámbito doméstico. En esta discusión se pretende completar ese aspecto, con una visión desde la

perspectiva disciplinar de la enfermería. Esta resulta fundamental para entender los cuidados porque, “cuidar es una actividad humana que tiene un componente no profesional” (de la Cuesta, 2007). El cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidado (Morse, Solberg, Neander, Bottorff, Johnson, 1990). Se habla del cuidado formal que proporcionan los profesionales de la Enfermería, y del cuidado informal o familiar, que es el que brindan los familiares, allegados y amigos (de la Cuesta, 2007). Según la autora los límites entre estas clases de cuidados son cada vez más borrosos. Bover (2005) también reconoce que este componente emocional es uno de los elementos que se señalan en la literatura como constituyentes del cuidado, siendo el afecto lo que diferencia el cuidado no formal del profesionalizado (Toronjo, 2001; Herrera, 1998; Domínguez-Alcón, 1998, de la Cuesta, 2004b).

El afecto junto a la obligación moral de cuidar, son unos de los temas universales en el cuidado familiar (de la Cuesta 2009a). El cuidado es sinónimo de preocupación (Van Manen, 2002), tal como se describe en la literatura de la disciplina enfermera. El cuidar es una clase de preocupación incluyendo el complejo cuidado emocional y la relación de responsabilidad que se establece entre el dador y el receptor del cuidado. (Van Manen, 2002; Cheung y Hocking, 2004)

Siguiendo a Comas d'Argemir (1994), son varios los autores (Expósito, 2008: 1; Marrugat ,2005:2; Julve 2006:14) los que coinciden en que cuidar a un familiar implica un fuerte componente afectivo (se ama a las personas para las cuales se realiza este trabajo), y que además está impregnado también de un elevado contenido moral, ya que se lleva a cabo en el marco de

un conjunto de obligaciones y deberes derivados de los lazos de parentesco.

Citando a Pierson (1999), de la Cuesta (2007) afirma que cuidar es además, una clase de relación constituida por una disposición genuina para con el otro, reciprocidad y el compromiso de promover el bienestar del otro. En otras palabras, es un trabajo de amor, como lo define Graham (1990) y con ello manifiesta su dualidad: el amor o interés emocional por la persona que recibe los cuidados y el aspecto práctico del trabajo de cuidar a otro (de la Cuesta, 2007). Y además el amor en el cuidado ayuda a soportar la carga del cuidado (Gatz, 1990).

Las cuidadoras inmigrantes lejos de ser sólo trabajadoras son cuidadoras familiares, informales o formales, dependiendo de los distintos autores y publicaciones (Parella, 2002; Bover, 2006; Gallart, 2007; Robledo, 2007; Martínez-Buján, 2008a; Galiana, et al, 2008). Pero lo relevante, y lo que este estudio pone de manifiesto, es que llegan a ser parte de las familias, necesitando ser parte de la familia para cuidar en buenas condiciones, para que el cuidado no las cargue y sobrepase, e igual que las cuidadoras familiares necesitan la presencia del vínculo afectivo para seguir cuidando.

Lo que ocurre es que en su mayor parte el cuidado requiere de un desempeño tan personal que rara vez suele imaginarse como un trabajo (Hochschild, 2008: 309), lo cual contrasta con la importancia que tiene el cuidado familiar, afirmando que en el cuidado “ponemos tiempo, sentimientos, actos y pensamientos” (Hochschild, 2008: 310). Cuidar no se trata de una labor exenta de esfuerzo, afirma Hochschild fundadora de la sociología de las emociones, quien desarrolló el concepto de “trabajo emocional”

(Hochschild, 1983:7). Siendo este trabajo esencialmente relacional y que tiene que ver con la respuesta que genera en los receptores del cuidado, cuya dificultad según afirma Martínez-Veiga (2004), radica en que esos elementos intangibles del cuidado representan un hándicap para el trabajador, pues no se pagan porque no se ven.

Por ello resulta importante considerar el cuidado separadamente del trabajo doméstico porque define un Campo estudio propio y de intervención social, un campo que se sitúa en la intersección entre las familias y las políticas sociales (Batthyany 2004:53). Una de las propuestas teóricas que se plantean para que se consideren todos los aspectos del cuidado es que este debe salir de la esfera privada. Se trataría de “desprivatizar” el trabajo de cuidado, ya que al convertirlo en un tema de interés público, podría ser integrado en la agenda pública de los problemas sociales (Batthyany, 2004). Para ello se reclama la necesidad de argumentaciones conceptuales e información empírica, cuya producción debe ser especialmente estimulada (Batthyany, 2004 pag.54).

### 9.2.3. LOS REQUISITOS PARA QUE SE DE LA RELACIÓN AFECTIVA EN EL TRABAJO DE CUIDAR

Para las cuidadoras inmigrantes, es el afecto que dan a los que cuidan, y el que necesitan recibir de ellos y de las familias que las contratan, lo que repercute enormemente en cómo vivan el día a día del cuidado y cómo alivien la carga de este. Lo notable de este cuidado realizado por inmigrantes, no es sólo que sea remunerado, no es sólo que se las deba regularizar como trabajadoras, lo realmente importante y lo que este estudio ha

puesto de manifiesto es que ser cuidadora y la acción de cuidar en sí misma, es lo que las acerca a las familias, y lo que las posibilita sentirse como en familia.

### 9.2.3.1. *“Cualidades” personales para la relación afectiva del cuidado*

El cuidado tiene un importante aspecto relacional ya que conecta a dos personas, una que cuida y otra que es cuidada (de la Cuesta, 2007). Pero en el cuidado realizado por cuidadoras inmigrantes los aspectos sociales del cuidado se multiplican porque la relación ya no es sólo entre dos personas sino que también las familias se implican en la contratación, supervisión. Por tanto las cuidadoras no sólo se relacionan con las personas que cuidan sino también con las familias de estas.

Se plantean de ese modo en la discusión como influye lo que busca el empleador para un buen cuidado. Las familias empleadoras requieren una persona que realice tareas que van más allá de la atención personal a la persona dependiente: desde un trabajo físico como es la limpieza del hogar y los cuidados personales a un trabajo emocional que supone la presencia continua de una persona que ofrezca con su compañía bienestar y cariño (Martínez-Buján, 2009a). Todos estos elementos que configuran el mercado de trabajo del cuidado de dependientes, determinan que las personas implicadas en este empleo deben poseer unas determinadas cualidades (Martínez-Buján, 2009b).

Martínez-Buján (2009b) reconoce en su trabajo, que para tener éxito en el cuidado de ancianos, los empleadores se fijan en el trato personal que la trabajadora tiene con el anciano y en su nacionalidad, más que en su cualificación. Se demandan unas

determinadas características de personalidad con las cuales, por otra parte, se identifican las propias empleadas. Incluso se afirma que:

“La mayor demanda de las familias españolas y la parte del trabajo de cuidados con el que más se identifican las cuidadoras extranjeras es la relacionada con los aspectos emocionales del empleo” (Martínez-Buján, 2005:9).

Sin embargo, éstos aspectos emocionales, siempre son y han sido los más devaluados, los más invisibles y los peor remunerados, precisamente por la dificultad de traducir las habilidades en una remuneración económica (Martínez-Buján, 2005). El que las familias que contratan a una cuidadora inmigrante no les exijan a priori conocimientos formales del cuidado está relacionado con la vinculación del cuidado al ámbito doméstico. Por un lado, se supone que el cuidado es asimilado como una actividad femenina, y por otro, se piense que el entrenamiento para el cuidado y su desarrollo no es necesario por ser este un don «innato» en las mujeres, sin que se les reconozcan a estas, capacitaciones formales (Martínez-Buján, 2005). Para muchas familias que contratan cuidadoras inmigrantes es más importante que sean cariñosas y amables con las personas mayores, resaltando la parte emocional del cuidado y no requiriéndoles un nivel de aspectos técnicos ni formación para el trabajo asistencial.

La demanda de ese “trabajo emocional” (Hochschild, 1983) por parte de las familias empleadoras tiene un importante significado. Para Martínez-Buján (2009c:26):

“Las familias no quieren enfermeras para sus seres queridos. No demandan a una cuidadora profesional capacitada con una serie de conocimientos médicos para efectuar la asistencia. Las familias, y principalmente la persona sobre la que recae la tarea

de la contratación, desean a alguien que sea capaz de cuidar a su abuelo, padre o madre tal y como ellas mismas lo harían”

El trabajo emocional (Hochschild, 1983), se refiere a cuando los empleados/as o trabajadores/as requieren desplegar estados emocionales particulares como parte de su trabajo. De ahí la importancia del cariño, del amor y de la paciencia como principales características a resaltar en los cuidadores (Martínez-Buján, 2008a), creándose una fuerte relación de afecto entre la cuidadora y el receptor de cuidados. En una reciente Tesis doctoral se muestra que tanto las cuidadoras extranjeras como las mujeres que contratan sus servicios, no son conscientes de que el trabajo de «afecto», «amor» y «cariño» pueda implicar la necesidad de unas pautas explícitas de aptitudes y la adquisición de conocimientos (Martínez-Buján 2008a). Incluso más recientemente, la autora afirma que cuando las familias empleadoras demandan a sus futuras cuidadoras «trabajo emocional», tampoco tienen en cuenta los entrenamientos necesarios para poder llevarlo a cabo (Martínez-Buján, 2009).

Precisamente para las cuidadoras inmigrantes esas cualidades son las fuerzas que las ayudan al descanso.

#### *9.2.3.2. Las fuerzas y costumbres para hacer frente al trabajo de cuidados*

Dentro de los aspectos emocionales del cuidado también se plantea en la discusión otro punto de vista, que es lo que la cuidadora entiende que posee, para hacer frente al trabajo en un contexto y con unas condiciones dadas.



Siguiendo la perspectiva de la disciplina enfermera, Ferrer (2008) afirma que el componente afectivo del cuidado sirve para situar el cuidado en su práctica, y se hace visible en la interrelación cuidadora- persona cuidada como soporte idóneo en un contexto de alta implicación emocional. Desarrollando esta idea, Ferrer (2008) asevera que el amor y la paciencia en las personas cuidadoras, son una condición necesaria que les sirve de escudo protector ante la adversidad. Del mismo modo, esos atributos personales, contribuyen a estabilizar y fortalecer la relación de cuidado, lo que facilita al cuidador la superación de todas las dificultades. Esta afirmación coincide con los resultados del presente estudio en cuanto a que el vínculo afectivo y la fuerza de la cuidadora inmigrante son condiciones que alivian el peso del cuidado.

Además, las cuidadoras inmigrantes definen en las condiciones que favorecen el alivio del peso del cuidado, que tener fuerzas es una de las capacidades que debe de poseer una buena cuidadora para sobrellevar el peso del mismo. Lo curioso es que hacen referencia, ante todo, a peculiaridades personales, a adjetivos de personalidad, más que a conocimientos prácticos relacionados con la asistencia. «Paciencia y cariño» son las características más importantes que ellas mismas reconocen a la hora de asistir a personas mayores. Incluso algunas de las entrevistadas mencionan que aunque nunca habían trabajado en la custodia de ancianos, se consideran portadoras de una cualificación especial, de una sensibilidad innata que las hace proclives a trabajar en esta actividad.

Por tanto para que se dé la relación afectiva en los cuidados, se requiere “un ser especial”, ya que es precisamente la

forma de ser, la que influye en como las cuidadoras perciban y sobrelleven la situación de cuidados.

### *9.2.3.3. La negación de la relación emocional en los cuidados “pagados”*

La estrecha implicación que existe entre el cuidado familiar, se sustenta en la existencia de un vínculo de parentesco afectivo con la persona que se está cuidando y es de crucial importancia en el cuidado (de la Cuesta, 2004a; 2004b). En contraste con lo anterior, en los discursos sobre el trabajo y sobre todo con el trabajo doméstico se tiende a la preocupación por negar la relación emocional y separarla de la relación laboral, haciendo de la distinción entre cuidado familiar y cuidado remunerado algo fundamental. Cuando se habla de los cuidadores contratados aludiendo que el cuidado para ellos es responsablemente "trabajo", se establece que no es placer, no es pasión, no es amor, no es vínculo, sino que es un estar ahí condicionado por una relación laboral y frenado por los deberes y los derechos de la misma. Pero en esta relación laboral entre "dadora" de trabajo, en el caso que nos ocupa, la familia y la asistente o cuidadora inmigrante, persona cuidada y empleadora, la relación no sólo se sustenta en el contrato laboral, ya que no son "sólo empleadas". Como se ha mostrado en los hallazgos, las cuidadoras se relacionan con las personas que cuidan mediante relaciones familiares, por lo que en el cuidado familiar está presente el vínculo afectivo, aunque la relación familiar no se establezca mediante lazos de consanguineidad y parentesco. De hecho, según los hallazgos de este estudio, en el cuidado realizado por cuidadoras inmigrantes, puede afirmarse que están presentes tanto el sentido de pertenecer a la familia como la necesidad de

sentir los afectos por parte de la misma, y que son aspectos que ayudan a las cuidadoras a aliviar el peso del cuidado.

Precisamente porque el amor, el vínculo y el cuidado son la materia viva con la que las cuidadoras inmigrantes trabajan y lo que se intercambia, y aunque el precio de ese cuidado esté presente (en forma de dinero), las cuidadoras inmigrantes coinciden con Terragni (2005:2) en que: “el dinero no basta para configurar y contener la materia de la vida con la que tiene que habérselas en el cuidado”, lo cual coincide con lo que se mostró en el capítulo 6 sobre el contexto, que el ajuste de expectativas afectivas se produce cuando las cuidadoras entienden que necesitan lograr algo más que dinero para mantenerse en el cuidado.

La vida, el mantenimiento de esta se desborda, debe trascender a lo laboral, porque es familiar y debe ser representada con la palabra "relación" entendida como un continuo enlazarse la una con la otra (Terragni, 2005:2). La relación laboral entre cuidadoras inmigrantes y personas cuidadas y sus contratadores, pone el acento en un argumento decisivo de la política de las mujeres: la importancia de considerar la relación afectiva en el trabajo de cuidar, y para Terragni (2005:3) “esta relación debe considerarse en todos los trabajos porque lo que aquí sucede es importante para todos los trabajos”. Por ello desde el principio se ha afirmado que el cuidado realizado por cuidadoras inmigrantes se inscribe dentro del cuidado familiar.

Para las cuidadoras inmigrantes, es el afecto que dan a los que cuidan, y el que necesitan recibir de ellos y de las familias que las contratan, lo que repercute enormemente en cómo vivan el día a día del cuidado y cómo alivien la carga de este. Lo notable de

este cuidado realizado por inmigrantes, no es sólo que sea remunerado, no es sólo que se las deba regularizar como trabajadoras. Lo realmente importante y lo que este estudio ha puesto de manifiesto es que la acción de cuidar en sí misma, es lo que las acerca a las familias, y lo que las posibilita sentirse como en familia.

Con todo esto no se quiere decir que el trabajo de cuidados sea un trabajo sólo “hecho por amor” (Pérez-Orozco y del Río, 2002). Para las autoras:

“La retórica del altruismo en el hogar ha servido para maquillar las relaciones de poder envueltas, lo rutinario de muchas tareas, las dimensiones de la obligatoriedad y la coacción. Se quiere resaltar el componente afectivo para desmarcar visiones materialistas del bienestar, se quiere valorar esos aspectos del cuidado que no se pueden comprar con dinero, a la vez que se llama la atención sobre los juegos de poder y de clase presentes en el servicio doméstico” (Pérez-Orozco y del Río, 2002:3).

Dicha afirmación representa un importante contrapunto ya que simplemente porque el cuidado tenga ese componente emocional, no se debe dar por supuesto ni por pagado. A veces en el cuidado remunerado el afecto es un arma de doble filo, ya que aunque se ha visto que ayuda a aliviar la carga, también puede potenciar en las cuidadoras la sensación de un atrapamiento emocional, con una carga afectiva que no es recompensada ni reconocida. En un estudio reciente, los resultados mostraban de igual modo que las cuidadoras inmigrantes, a pesar de sentirse valoradas en su trabajo anhelan mayor remuneración y cambiar de trabajo que les proporcione mayor calidad de vida. Ya que al incorporar el papel de los afectos y emociones que aparece en el proceso de cuidados, como el punto de vista del sujeto, conlleva el desarrollo de un lazo "de confianza" inevitablemente desigual que

suele provocar abusos y un aumento de las exigencias al margen de lo negociado (Quiñóz, 2009).

La disonancia emocional entre lo que sienten y como se tienen que comportar tiene un impacto negativo sobre la salud y efectividad como trabajador/a (Ramis, Manassero y García, 2009). Este fenómeno se ha observado especialmente en las personas que trabajan en el sector de servicios y ha despertado un gran cúmulo de investigaciones en los últimos años (Morris y Feldman, 1996; Hochschild, 1983; Ramis y col., 2009). Además siguiendo a Zapf y cols (1999), Ramis et al (2009) aseguran que la carga de trabajo emocional que la persona soporta en su trabajo puede tener consecuencias en su salud laboral, y lo relacionan con el síndrome de quemarse en el trabajo (conocido como Burnout). De hecho Gil Monte (1999:1) asegura, que:

“La necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como al hincapié que las organizaciones vienen haciendo sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados”

Lo cual da pie para discutir el siguiente asunto, que es como el Contexto de las cuidadoras inmigrantes está muy influido por asuntos laborales que pueden afectar a su salud, al tiempo que existen cuestiones transculturales que repercuten en el alivio del peso del cuidado.

### **9.3. ASPECTOS TRANSCULTURALES Y DE CONTEXTO QUE RODEAN EL ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO EN LAS CUIDADORAS INMIGRANTES.**

Se planteaba al principio de la Discusión, que el fenómeno del alivio del peso del cuidado se encuentra dentro de un contexto de expectativas frustradas y ajustadas. Dichas expectativas en las cuidadoras inmigrantes podían ser económicas o laborales, resultando las laborales frustradas por las condiciones de vida que subyacían del proceso migratorio, ya que como se describían en la subcategoría “La vida cotidiana es una vida sin opciones”, las cuidadoras se encontraban sin opciones vitales y con un mal trabajo, que las obligaba a ajustar sus expectativas, tanto afectivas como laborales. El abordaje de la literatura del tema de expectativas se ha realizado desde el punto de vista transcultural, ya que la aparición de sentimientos de tristeza está mediada por asuntos relacionados con su proceso migratorio, como afirma Moreno Preciado (2008: 1998):

“Los inmigrantes han expresado con frecuencia sentimientos de tristeza que se relacionan con la dureza del contexto social en el que viven y el alejamiento de los suyos”

Las condiciones laborales de los inmigrantes, se han descrito en relación al contexto social en el que se producen, pero también se relacionan con la cultura y con el cuidado. La visión transcultural en el alivio del peso del cuidado es relevante en este estudio, ya no sólo porque la cultura de las cuidadoras sea diferente a las de las personas que cuidan sino porque el choque cultural, y las diferencias culturales influyen en el modo en que viven el cuidado y el descanso.

Como se afirmaba en la sección anterior, popularmente los cuidados se han considerado trabajos hechos por amor o ayudas basadas en la obligación moral. Pero en realidad, estas actividades son un producto cultural. No son sólo actividades sino también un sistema cultural de significados, que contribuyen a la construcción social del género y a la producción de identidad. Como asegura Comas d'Argemir:

“El cuidado debe entenderse de forma más amplia, integrado en relaciones sociales, económicas y políticas. Y debe entenderse también como un sistema cultural de significados, que se articula con dichas relaciones” (Comas d'Argemir, 1993: 13).

La visión transcultural ayuda a dibujar mejor el fenómeno del alivio del peso del cuidado en cuidadoras inmigrantes, ya que la dimensión transcultural permite a través del proceso de atención, que se pueda ofrecer un cuidado humanístico, centrado en el bienestar de las personas y abierto a la diversidad cultural (Ibarra y Siles, 2006), donde una cultura no evoluciona si no es a través del contacto con otras culturas (Sánchez-Lázaro, 2009). Las imágenes vinculadas al extranjero y al inmigrante se encuentran a menudo cargadas de todo aquello que parece inquietante o amenazador (García, Sánchez y Escarbajal, 2009), pero hay que entender que las relaciones que se originan en nuestra sociedad son culturalmente heterogéneas, y que se necesita la visión del “otro”, como alguien cercano:

“Es necesario que emerja el otro cercano, visto y valorado como persona, mediante el paso de la diferencia a la indiferencia étnica, donde la persona sea valorada por sus atributos y cualidades personales” (Moreno Preciado, 2008: 198)

Se ha descrito en el capítulo 6, como ser inmigrante condiciona la vida de las cuidadoras. Las dificultades que encuentran en su día a día, en su trabajo (la falta de regulación y

legislación de sus derechos), y para cubrir sus necesidades de descanso, están muy influidas con ser inmigrantes. Pero para ser inmigrante, antes deben emigrar y es en el proceso migratorio donde se generan las expectativas tanto las económicas como laborales. En el proceso migratorio es donde esas perspectivas se frustran y se ajustan, porque para poder sobrellevar una situación de cuidado, que si bien no es como esperaban, los datos mostraron, como al menos las puede compensar afectivamente, si han tenido suerte.

En la literatura sobre inmigración se ha tendido a considerar el hecho migratorio un fenómeno generador de estrés, y al estrés precursor de patologías mentales (Martínez-Moreno, 2006). Pero la visión de los inmigrantes como sujetos pasivos, que “padecen” estrés y enfermedades psicológicas no explica las consecuencias que cuidar tiene en las cuidadoras, ni las dificultades que las mismas encuentran para aliviar la carga del cuidado. Los datos han esbozado un retrato de cuidadoras inmigrantes como activas creadoras de su mundo social, con capacidades para sobrellevar una situación de carga, y poseedoras de fuerzas y cualidades que las ayudan a cuidar. Para profundizar sobre este asunto en base a lo que rebelaban los datos se va a desarrollar el siguiente apartado.

### 9.3.1. EL HECHO MIGRATORIO COMO GENERADOR DE ESTRÉS

Es un hecho comprobado que las personas que deciden emprender la aventura de la emigración no son las más enfermas ni las más débiles en sus países de procedencia (Jansa, 1998; Moreno Preciado, 2008). Ya que no se enfrentan a la incertidumbre del mar, a un largo viaje ni a lo desconocido los



más frágiles, sino los más fuertes, en palabras de Moreno-Preciado (2005): “El inmigrante es una persona joven -media de 34 años- y curtido en la lucha por la supervivencia”

Existen diferentes enfoques para estudiar la inmigración, para Moreno Preciado (2003):

“El primero, se centra en el estudio sobre las patologías de procedencia de los inmigrantes (...) El segundo centro de interés se sitúa en el estudio de los factores de riesgo para la salud asociados al momento de la migración. Es decir, el contexto en torno a la llegada de los inmigrantes, que en muchos casos han atravesado duros trayectos hasta llegar aquí. El tercer centro de interés se ocupa del estudio de los factores de riesgo para la salud asociados a la vida del inmigrado”.

En definitiva, hay que entender la migración como un proceso con sus diferentes fases o etapas, y que cada una de estas fases lleva asociados diferentes riesgos para la salud, que los profesionales deben detectar y contextualizar, para dar las respuestas individuales que procedan (Moreno Preciado, 2003). La literatura científica, la prensa y la televisión ha tendido a presentar al inmigrante como un sujeto de salud precaria en el que prevalecen enfermedades ya erradicadas, lo cual contribuye a presentar una visión negativa de la inmigración en nuestra sociedad (Moreno Preciado, 2008). No sólo se muestra al inmigrante como alguien que tiene alterada la salud física, sino que son varios los estudios que afirman, que la incidencia de enfermedades mentales al tiempo de haber emigrado aumenta en estas personas, y es superior a la de la población autóctona (Martínez-Moneo y Martínez-Larrea, 2006), afirmándose que existe una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven los inmigrantes y la aparición de sus síntomas psicopatológicos (Atxotegui, 2004).

La literatura asegura que la inmigración acarrea una serie de cambios y dificultades que suponen un factor de riesgo adicional para el desarrollo de enfermedades mentales (Zarza y Sobrino, 2007; Alda, Moles y García Campayo, 2005). Se supone al hecho migratorio como un fenómeno generador de estrés, cuya intensidad y repercusión depende, en gran medida, de cómo se sitúe el inmigrante frente a su grupo cultural de origen y hacia el grupo de acogida, y de cómo este grupo de acogida reaccione ante el inmigrante (Martínez-Moneo y Martínez-Larrea, 2006). Incluso, en un estudio se defiende que los problemas de adaptación psicológica de los inmigrantes en el País Vasco son el resultado de afrontar las situaciones estresantes que impactan la afectividad o el bienestar emocional, el grado de control que las personas tienen sobre su destino y su satisfacción general con la vida (Basabe, Zlobina y Páez, 2004).

Diversas investigaciones analizan las estrategias de los inmigrantes para hacer frente a la nueva situación, cuando relacionan inmigración con estrés (Basabe, y col., 2004; Atxotegui, 2002 y 2004). Martínez-Moneo y Martínez-Larrea (2006) consideran el contexto migratorio, como un factor de riesgo para la salud, ya que somete a la persona que emigra y a su familia a una fuerte tensión emocional. Esta tensión emocional tiene que ver con una serie de procesos psicológicos derivados del duelo de una serie de pérdidas que han tenido lugar en el proceso migratorio como el idioma, la cultura, los suyos, siendo un duelo que es difícil de elaborar favorablemente (Martínez-Moneo y Martínez-Larrea, 2006).

Durante los últimos años, son numerosas las investigaciones que han examinado el fenómeno del estrés

asociado al hecho migratorio, desde la perspectiva de la psicología social y la psicología transcultural, afirmando que en una persona inmigrante, nos vamos a encontrar con alguien que, además de hacer frente a las dificultades habituales de la vida, ha sufrido durante algún tiempo (y, quizás, siga sufriendo) estrés aculturativo (Collazos, F. Qureshi, A. Antonín, M. Tomás-Sábado, J. 2008). El estrés aculturativo es definido como la tensión que produce la confrontación con una nueva cultura, que se puede manifestar en forma de problemas de salud psicológicos, somáticos y de relación social (Negy, Schwartz y Reig-Ferrer, 2009), que crea un sentimiento de impotencia, debido a la incapacidad de actuar competentemente en la nueva cultura.

El sentimiento de que la persona no tiene capacidad para enfrentarse al nuevo medio y los sentimientos de incompetencia asociados a este sentimiento, son la causa más frecuentemente citada de las dificultades de inserción en una nueva cultura (Muiño, 2007), afirmándose que la experiencia migratoria, es una importante fuente de estrés para el individuo, la cual conlleva numerosos riesgos para su salud, tanto física como psicológica (Salvador, Pozo y Alonso, 2010).

Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos (Atxotegui, 2004). En la inmigración, otro de los aspectos que hay que tener en cuenta es el duelo migratorio. Una de sus consecuencias es la depresión, la cual sirvió a Atxotegui (2002) para acuñar y desarrollar un síndrome denominado “Síndrome de

estrés crónico y múltiple o Síndrome de Ulises”<sup>9</sup>(Atxotegui, 2002: 46), el cual representa el proceso migratorio, no ya como generador de estrés, sino de un cuadro clínico que constituye un problema de salud emergente en los países de acogida de los inmigrantes:

“El Síndrome de Ulises es a la vez síndrome y pródromos, constituye una puerta entre la salud mental y el trastorno mental. Porque este síndrome sería una respuesta del sujeto ante una situación de estrés inhumano, de un estrés de tal naturaleza que es superior a las capacidades de adaptación del ser humano (...). Pero si esta situación no es resuelta existe un gran riesgo de que se acabe franqueando el umbral de la enfermedad”. (Atxotegui, 2008:18).

El Síndrome de Ulises, se presenta como una manifestación de ciertos síntomas que son reactivos a las confrontaciones a la que un inmigrante se ve sometido. El autor concluye que la inmigración en sí misma no genera problemas de salud mental: son las condiciones vitales en las cuales se desarrolla las que pueden desencadenar problemas de salud mental (Atxotegui, 2004). La migración es muchas veces, más una solución que un problema (Atxotegui, 2002). En el caso de las cuidadoras inmigrantes son las condiciones vitales las que favorecen o dificultan ya no sólo el acceso al respiro sino el posible disfrute del mismo. Los hallazgos de este estudio han mostrado las dificultades que experimentan las cuidadoras en su día a día ante la falta de opciones vitales, y como su contexto repercute en la forma de poder aliviar el peso del cuidado, pero también ha mostrado aspectos positivos que se gestan en el contexto de las cuidadoras, como tener suerte y dar con una buena familia, con un

---

<sup>9</sup> Haciendo mención al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos.

buen trabajo y sentirse de la familia ayudan a las cuidadoras a aliviar el peso.

### *9.3.1.1. Resiliencia y la capacidad para aguantar en las cuidadoras inmigrantes*

La presentación en la bibliografía de la inmigración como un fenómeno complejo, difícil y de riesgo, que puede provocar enfermedades en las personas que emigran, muestra una parte del contexto de estas cuidadoras, pero no deja ver la otra. Las cuidadoras a través de sus capacidades y fuerzas logran sobrellevar la situación. Las cuidadoras se plantean lo que ganan y lo que pierden y deciden subsistir aunque el contexto no fuera todo lo favorable que quisieran, de hecho se muestra en la subcategoría “tener que aguantar” que es la forma de conseguir una parte de sus propósitos. Las cuidadoras inmigrantes a pesar de su situación de indefensión y vulnerabilidad, sus problemas físicos y psicológicos y sus dificultades en acceder al descanso, pueden disponer de recursos más allá de lo puramente social. De hecho ellas mismas:

“Se perciben como mujeres especialmente valiosas, se reconocen gran fortaleza, capaces de sobrevivir a la aventura de lo desconocido, en un país desconocido, una situación desconocida y haber salido victoriosas en situaciones adversas, y sobre todo se saben el sustento y proveedoras de sus familias” (Gentil: 2009:5).

Existen abundantes pruebas de cómo determinados individuos o colectivos consiguen resistir al estrés, tolerar la presión en situaciones conflictivas y violentas, reaccionar y desplegar estrategias que les ayudan a superarlo o incluso salir reforzados positivamente de tales experiencias (Menezes de Lucena, Fernández, Hernández-Martín, Ramos y Contador, 2006).

En un estudio reciente sobre la autoestima de las cuidadoras latinoamericanas, se encontró como las mujeres inmigrantes cuidadoras, poseían un gran capacidad para reponerse y hacer frente a su situación y a sus problemas, pudiendo reconocerse una fuerte resiliencia en muchas de ellas (Gentil, 2009). El término Resiliencia emergió de la investigación y sirvió para explicar cómo las mujeres que la poseían fueron capaces de sobreponerse y crecer ante las situaciones adversas derivadas de la inmigración y del cuidado (Gentil, 2009). Por tanto al estudio de los problemas que pueden acaecer durante el proceso migratorio cabe sumarle la visión aportada por el concepto de resiliencia, proceso por el cual las personas que viven una circunstancia crítica, como en este caso la de adaptarse a un nuevo contexto, pueden salir reforzadas de la misma situación de crisis (Pereda y Pereira, 2009). Cuando la trabajadora percibe condiciones desfavorables, la consecuencia puede ser el estrés y los trastornos mentales (Noriega, Gutierrez, Mendez y Pulido, 2004). Este estudio identificó esas condiciones adversas bajo la categoría de “Expectativas frustradas y ajustadas de las cuidadoras inmigrantes”. Los hallazgos de este estudio también mostraron que las cuidadoras a veces tienen que aguantar en el cuidado, y que lo hacen gracias a sus fortalezas, lo cual ayuda a tener una visión de las cuidadoras inmigrantes positiva reconociendo que tienen la capacidad de reponerse en condiciones vitales adversas.

### 9.3.2. LAS EXPECTATIVAS FRUSTRADAS EN EL MEDIO LABORAL GENERADORAS DE MORBILIDAD.

La actividad laboral puede contemplarse como fuente de fatiga y estrés o como ocasión de exposición a riesgos. Incluso, buena parte de los malestares recogidos bajo el epígrafe de “mobbing” se relacionan con las consecuencias de las

frustraciones de las personas en las que se involucran las expectativas depositadas en el medio laboral (Fernández y Álvarez, 2004).

La inmigración se ha presentado en la literatura como una respuesta y/o solución al problema laboral, ya que para que las mujeres autóctonas puedan trabajar fuera del hogar, otras mujeres que en su mayoría son inmigrantes deben asumir el cuidado de los mayores y de los niños, así como realizar las tareas de la casa (Rizzo, 2007; Hochschild, 2008). Esta respuesta se realiza en el ámbito privado, por lo tanto la discriminación fuera del mundo del trabajo afecta y a menudo impide el acceso al empleo y a unas condiciones de trabajo decente (García y Escarbajal, 2009).

El estudio de la relación entre el trabajo informal y las consecuencias negativas para la salud mental ha permitido constatar la existencia de trastornos psicológicos tales como presentar un mayor nivel de ansiedad o mostrar un elevado pesimismo sobre el futuro (Porthé, Amable, y Benach, 2007). Los trabajadores informales tienen un estatus inferior a los formales, una menor seguridad en el empleo y menos control sobre su salario y condiciones de trabajo, a su vez, la incertidumbre sobre su situación laboral, sumada a los bajos salarios y a la falta de beneficios sociales, puede incrementar el estrés y el riesgo de padecer trastornos mentales menores (Porthé, y col. 2007).

Las cuidadoras inmigrantes, a partir de su llegada, verán como la realidad se encarga de ir cambiando el concepto mitificado: la imagen del país de acogida siempre queda «manchada» por la realidad cotidiana (Muiño, 2007). Cuando las expectativas se ven defraudadas es cuando se experimentan más problemas de salud mental: la depresión en el inmigrante, por

ejemplo, tiene mucho que ver con esa sensación de expectativas frustradas (Muiño, 2007). Otro de los asuntos que se plantea en la literatura es que las expectativas previas, en cuanto a la función socializadora del trabajo, se consideran excelentes predictoras de quemame. De hecho a mayores expectativas, más probabilidad que quemame en menor tiempo (Fernández y Álvarez, 2004). En un estudio con cuidadores mexicanos en EEUU (Navas, Pumares, Sánchez, García, Rojas, Cuadrado, Asensio y Fernández, 2004), se asegura que las personas que deciden renunciar a la familiaridad de su país y su cultura a cambio de una nueva vida en los Estados Unidos, se sienten inclinados a imaginar su futuro en los Estados Unidos sobre la base de un conjunto de ideas preconcebidas. Los inmigrantes pueden tener altas expectativas poco realistas sobre la vida en los Estados Unidos basada en el conocimiento de primera mano o experiencia de otros inmigrantes (Navas, et al 2004). En el mismo estudio se afirma, que la realidad para la mayoría de los inmigrantes que deciden trasladarse a un nuevo país, se encuentran mezcladas las experiencias positivas y negativas percibidas en el país de acogida.

Como se explicó en el capítulo 6, las metas y expectativas que las cuidadoras inmigrantes se marcan en cuanto al trabajo que esperan encontrar se ven frustradas por la realidad que encuentran. Las condiciones laborales de las cuidadoras inmigrantes se gestan en un contexto donde la economía sumergida predomina como forma de trabajo, el cuidado a ancianos no está regulado, ni reglado y las contrataciones se hacen de forma verbal en muchos casos. Se ha descrito en la literatura como la frustración laboral tiene influencia en la salud de los trabajadores y la relación entre la "vida cotidiana" en el ámbito doméstico, el trabajo asalariado y la condición de ser mujer establece complejos problemas para el estudio y la causalidad de



las enfermedades (Noriega, Gutierrez, Méndez y Pulido, 2004). La literatura muestra la complejidad del papel que el medio laboral ha llegado a desempeñar en la vida de los individuos y, por tanto, en la salud mental. Uno de los aspectos estudiados por diversos autores describe como las expectativas frustradas en el ámbito laboral condicionan la salud mental de los trabajadores en general (Fernández y Álvarez, 2004).

En un reciente trabajo (Martín-García, Luceño, Jaén y Rubio, 2007), se midió la salud del trabajador a través de las variables: *satisfacción laboral, percepción de estrés, percepción de fatiga, baja médica, accidentes laborales y enfermedad*, y se describió un tipo de trabajadores que perciben los riesgos psicosociales de forma más adversa, estos trabajadores se caracterizan por exponerse con mayor frecuencia que el resto de los trabajadores a altas demandas en el trabajo o exageran sus esfuerzos más allá de lo formalmente necesario; como resultado son más vulnerables a la frustración. Las altas demandas de trabajo podían producir fatiga, estrés e insatisfacción, lo que conduce a experimentar una percepción más adversa sobre los riesgos psicosociales (Martín-García, y col., 2007). En este estudio se ha mostrado como las demandas laborales de las cuidadoras inmigrantes son percibidas por ellas como una forma de cumplir sus expectativas, el trabajo que desempeñan es el medio para cumplir sus fines, a pesar de que se haga en condiciones desfavorables ya sean económicas (como trabajo informal, sumergido y en condiciones laborales precarias) o personales (tener mala suerte). Las cuidadoras necesitan trabajar, y el papel que juega su situación laboral, resulta fundamental para entender como centran muchas de sus expectativas en este sentido y cómo esas expectativas se relacionan con el malestar que muchos padecen (Porthé, Amable, y Benach, 2007: 34).

Se ha tenido en cuenta el difícil contexto de la inmigración y de sus duras condiciones sociolaborales, pero no por ello se debe generalizar y asociar inmigración a pobreza y marginalidad, ya que el duelo migratorio no siempre es complicado y patológico (Moreno Preciado, 2008). Las cuidadoras inmigrantes tienen fuerzas que las ayudan a aliviar la carga pero también, a pesar del difícil contexto que viven, son capaces de poner en marcha estrategias para hacer más llevadero su trabajo, el cuidado, ganándose el afecto de las personas y familias que cuidan, llegando a formar parte de ellas y de un mundo que en un principio les era extraño y hostil.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

# **CAPÍTULO 10: CONCLUSIONES**

---

PARTE III:  
HALLAZGOS, DISCUSIÓN Y  
CONCLUSIONES

---



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

Este estudio ha puesto de relevancia la capacidad de las cuidadoras inmigrantes para proveerse a sí mismas el descanso. Se ha mostrado como las cuidadoras son capaces de gestionar su tiempo y espacio, al tiempo que logran aliviar el peso del cuidado sintiéndose parte de las familias en las que cuidan.

El estudio ha mostrado las diferencias que existen entre el cuidado familiar, el cuidado profesional y el cuidado emergente realizado por cuidadoras inmigrantes contratadas, sirviendo para contrastar la evolución del cuidado, ya que en estos momentos asistimos en España a la mercantilización del mismo. El cuidado a la dependencia lejos de profesionalizarse y asumirse del algún modo por profesionales del cuidado, se vende y se traspasa sin perder las connotaciones íntimas del espacio familiar, sigue perteneciendo a la esfera doméstica y apenas tiene valor. La mercantilización se produce en condiciones laborales irregulares en muchos casos. Las mujeres inmigrantes están asumiendo cada vez el cuidado de las personas mayores en sus hogares y surgiendo como nuevas estrategias de cuidados, lo cual contrasta con la imagen de la inmigración, que lejos de ser considerada una salvaguarda para el mantenimiento del estado de Bienestar, está estigmatizada, olvidada y repudiada al limbo de lo laboral, de lo social y de lo político.

Los profesionales de enfermería, deberían identificar situaciones de cuidados en condiciones de explotación o ilegalidad, sobre todo cuando este es dado por cuidadoras inmigrantes, ya que aunque pueda parecer difícil, sería la forma de garantizar que se cumplan unos derechos mínimos en cuanto a sueldo, horarios de trabajo y de descanso. Si las cuidadoras inmigrantes están asumiendo los cuidados familiares y formando parte de las familias a las que cuidan, deberían contemplarse en la

protección a la dependencia y evitar que se siga manteniendo una economía sumergida que lejos de promover la autonomía de las familias y de las personas mayores, hace invisibles los cuidados y delegados estos a trabajos que nadie quiere.

Las cuidadoras inmigrantes sufren carga del cuidado, se sabe que la carga está modulada por la presencia del apoyo social, se reconoce que existen circunstancias como el género y el parentesco del cuidador que aumentan o disminuyen la carga, pero lejos de suponer un avance de conocimiento que promueva políticas para que a las cuidadoras contratadas se les reconozca su necesidad de descanso, se las relega a ser el descanso de las familias que las contratan, de ese modo sólo son consideradas relevo, a pesar de que también pueden necesitarlo. Los profesionales de enfermería pueden implicarse en el alivio del peso del cuidado de estas cuidadoras inmigrantes, identificándolas como parte de las familias a las que cuidan y por tanto no meros recursos y sustitutos para el cuidado, sino posibles receptores del mismo. Futuras investigaciones que consideren las diferentes culturas aportaran información valiosa de cómo varía el fenómeno. También será necesario profundizar en lo que se considera apoyo social por las cuidadoras inmigrantes, pues aunque sus familias no están cerca, si es posible que se establezcan otro tipo de lazos y puedan percibir apoyos de amigos, e incluso de las familias que las contratan.

Urgen políticas que promuevan el acceso al respiro de las cuidadoras inmigrantes y que creen igualdad de oportunidades para el acceso a las ayudas del cuidado, independientemente de la relación entre cuidador y empleador. Es necesario que se regulen los contratos laborales y la legislación que rige la situación especial en el hogar familiar, pues la falta de claridad en la ley

dificulta que las cuidadoras inmigrantes dispongan de derechos laborales. Debe profundizarse en los asuntos laborales del trabajo de cuidados para conceptualizarlo y conocer de qué forma las condiciones de trabajo influyen en el alivio del peso del cuidado.

El estudio ha revelado como las cuidadoras inmigrantes creen, cuando vienen a España, que les irá bien, sintiéndose decepcionadas cuando no se cumplen sus expectativas y sus propósitos se frustran. Las cuidadoras deben ajustar sus expectativas iniciales para sobrellevar la situación, porque ajustar las expectativas las ayuda a aliviar la carga. El alivio se logra cuando las cuidadoras encuentran unos requisitos que lo favorecen, pero a su vez deben poner en marcha estrategias para lograrlo, ya que no es algo que les venga dado, ni siquiera es tener reconocido un tiempo para descansar. El alivio del peso del cuidado resulta de afrontar la carga del cuidado de manera positiva e implica un esfuerzo por parte de las cuidadoras para poder lograrlo, es un asunto consciente y voluntario que las cuidadoras inmigrantes aprenden a manejar en base de sus experiencias. A fin de cuentas lo que se ha presentado es la manera en que las cuidadoras inmigrante desarrollan distintas estrategias para adaptarse y sobrellevar la situación y la carga del cuidado, y como con esas estrategias, las cuidadoras se convierten en hábiles gestoras del tiempo.

Son Implicaciones de los hallazgos de este estudio para la práctica enfermera el compromiso y la responsabilidad que los profesionales de enfermería deben adoptar con los cuidadores familiares. Este estudio ha aportado conocimientos que pueden ayudar a los enfermeros a reconocer la carga del cuidado, a identificar contextos problemáticos que puedan potenciarla, así como ayudar a las cuidadoras a crear estrategias para su alivio. Si



los profesionales de enfermería reconocen que el respiro puede ser intencional, podrán ayudar a las cuidadoras a organizar su tiempo de descanso y cuidado.

El soporte a los cuidadores debe ser parte integral del trabajo en el domicilio en atención primaria de salud, ya que la bibliografía en general ha considerado a las cuidadoras inmigrantes como integrantes del servicio doméstico, y constituyentes del apoyo para el respiro familiar, y no como parte importante de la familia. Contribuir a visibilizar los cuidados familiares e incluir a las cuidadoras inmigrantes dentro de esa categoría, podrá ser tenido en cuenta por los servicios sociales y sanitarios para que puedan ser receptoras de ayudas para el cuidado, y también en la puesta en marcha de programas de respiro, que consideren la diversidad cultural y la capacidad de las cuidadoras para proveérselo.

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

# ANEXOS

---

TESIS DOCTORAL

---



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **ANEXO 1**

# **TABLA CONTRASTE ENTRE EL CUIDADO REALIZADO POR LA FAMILIA Y EL REALIZADO POR CUIDADORAS INMIGRANTES**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

TABLA CONTRASTE ENTRE EL CUIDADO REALIZADO POR CUIDADORAS INMIGRANTES Y EL QUE PRESTA LA FAMILIA:

<b>CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO FAMILIAR</b>	<b>PRESTADO POR CUIDADORAS INMIGRANTES</b>	<b>PRESTADO POR LA FAMILIA</b>
<b>Tipo de relación</b>	Laboral precaria	Familiar
<b>Afectividad y/o conexión emocional</b>	No se da por supuesta	Se da por supuesta
<b>Complejidad del cuidado</b>	Complejos porque son ajenos al sistema	Complejos
<b>Invisibilidad</b>	Cubierto doméstico, invisibilidad social, escasos estudios de investigación	Visible, abundantes estudios de investigación
<b>Respiro</b>	Tienen un respiro limitado; tienen dificultades para acceder a él; son el respiro de las familias que les contratan	Se reconoce su necesidad de respiro
<b>Apoyo social informal (redes familiares)</b>	Dificultad de acceso	Más fácil acceso
<b>Traspasos de la carga</b>	Se les traspasa la carga por las familias	Posibilidad de compartir la carga o se recurre al empleo doméstico de inmigrantes

Autoras:

Galiana-Gómez de Cádiz, M.J., de la Cuesta-Benjumea, C. y Donet-Montagut, M.T.

La tabla ha sido reproducida con la autorización de Doyma /Elseiver, del artículo:

Cuidadoras inmigrantes: características del cuidado que prestan a la dependencia. Publicado en Enfermería Clínica. 2008; 18(5):269-72.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **ANEXO 2:**

# **CRONOGRAMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



## CRONOGRAMA <sup>10</sup>

A continuación se detalla el cronograma que se planteó para llevar a cabo la investigación, este fue modificándose en base a las necesidades de la investigadora y del proyecto:

1ª Etapa: Fase de preparación al trabajo de campo (7 Meses)

- Revisión crítica de la literatura
- Preparación de la presentación del estudio, documento de consentimiento informado y proyecto de investigación para la presentación al Comité de Ética de la Gerencia de Atención primaria de Murcia.
- Preparación de la guía de entrevista y las instrucciones para obtener los relatos escritos.
- Realización de 2 entrevistas exploratorias para conocer la idoneidad de la guía de la entrevista elaborada y hacer los ajustes pertinentes a la guía y a la manera de las investigadoras de obtener la información.
- Obtención del acceso a los potenciales participantes. Contactos con asociaciones de cuidadores, inmigrantes y centros de salud.

2ª Etapa: Fase de recolección de datos y análisis concurrente (14 meses)

- Reclutamiento y selección de las 30 participantes en Murcia.

---

<sup>10</sup> En Proyecto de investigación “Cuidado familiar-Alivio de la carga en situaciones de vulnerabilidad: Mujeres cuidadoras de pacientes con demencia avanzada y mujeres inmigrantes que proporcionan cuidados familiares” (De la Cuesta, Galiana, Donet, Luzán, 2006).

- Desarrollo de las entrevistas individuales semi-estructuradas en Murcia. 10 -15 entrevistas recolección de datos en dos oleadas
  - Obtención de los relatos escrito, 10 relatos
  - Trascripción de las entrevistas (por personal especializado).
  - Preparación de los textos para su análisis y revisión de las entrevistas transcritas.
  - Primera fases de análisis: identificación y desarrollo de categorías. Micro análisis y codificación abierta.
  - Muestreo teórico y ajustes de la guía de entrevista para la recolección de datos focalizada.
  - Revisión de la bibliografía, desarrollo de las categorías.
  - Elaboración de memos analíticos y diagramas.
- 3ª Etapa: Fase de Conceptualización (7 meses)
- Análisis intensivo centrado en los temas que emergieron en la primera etapa.
  - Codificación abierta para consolidar categorías, muestro teórico en datos, codificación axial para relacionar categorías y codificación selectiva para refinarlas y validarlas.
  - Sesiones conjuntas de análisis para consolidarlo...
  - Revisión de la bibliografía para el desarrollo y la interpretación de las categorías.
  - Elaboración de memos analíticos y diagramas.
  - Tercera oleada de recolección de datos 5-10 entrevistas Elche.
- 4ª Etapa Comunicación de los resultados. (24 meses)
- Elaboración del informe de investigación: Tesis Doctoral.

El Cronograma que se siguió para la recogida de los datos en Murcia fue el siguiente:

- Noviembre de 2006: 2 entrevistas (Estudio Exploratorio)
- Enero a Febrero 2007. Se recogen 3 entrevistas y 1 relato escrito
- Mayo 2007. Se recogen 2 entrevistas y 7 relatos escritos.
- Junio 2007. Se recogen 2 Relatos escritos.
- Agosto 2007. Se recoge 1 entrevista.
- Septiembre 2007. Se recoge 1 entrevista.
- Octubre 2007. Se recogen 3 entrevistas.
- Diciembre de 2007. Se recogen 3 entrevistas.
- Enero 2008. Se recogen 3 entrevistas
- Abril a Mayo 2008. Se recogen 4 entrevistas.

Se transcribieron y revisaron totalmente las 22 entrevistas y los 10 relatos escritos recogidos en Murcia.

- Enero a Julio de 2009. Se utilizan para el análisis focalizado 2 Relatos escritos y 6 entrevistas recogidas en Elche por la investigadora M<sup>a</sup> Teresa Donet, ya transcritas y revisadas

## **ANEXO 3:**

# **TABLA PERFIL DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

CÓDIGO <sup>a</sup>	EIN I	EIN II	ZENI 3	MAREN 4
EDAD/ años <sup>b</sup>	55	47	24	46
NIVEL DE ESTUDIOS <sup>c</sup>	SECUNDARIA	PRIMARIA	PRIMARIA	UNIVERSITARIOS
ENFERMEDAD		HTA		
PERCEPCIÓN DE SALUD <sup>d</sup>	BUENA	BIEN	BUENA	BUENA
PAIS DE PROCEDENCIA <sup>e</sup>	BOLIVIA	ECUADOR	BOLIVIA	ECUADOR
TIEMPO EN ESPAÑA <sup>f</sup>	-	-	4 Meses	5 años
RESIDE CON LA PERSONA QUE CUIDA <sup>g</sup>	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
TIEMPO CUIDANDOLA <sup>h</sup>	15 MESES	24 MESES	3 MESES	5 AÑOS
Nº DE HORAS DEDICADAS A CUIDAR <sup>i</sup>	24 horas/día	24 horas/día	24 horas /día	24 horas/día
DESCANSO REGLADO <sup>j</sup>	SÍ. Sábado 13h a domingo 19h	SÍ. Sábado 14h a domingo 8h	SÍ. Domingo de 6 a 22h	SÍ. Domingos
OTROS FAMILIARES IMPLICADOS <sup>k</sup>	SÍ Hija sábado y domingo	SÍ Hija los sábados	SÍ Hijos	NO
OTROS CUIDADORES IMPLICADOS <sup>l</sup>	SI Ayuntamiento 45 min. L a V	NO	SÍ Ayuntamiento 1 hora/ día	NO
PERSONA A QUIEN CUIDA <sup>m</sup> :	Hombre: 82años	MUJER 82 años	MUJER 84 años	MUJER 82 años
SEXO	ALZHEIMER	ALZEHIMER	Dependencia	Demencia Senil
EDAD	Mujer: 80años	Dependencia	ALTA	Dependencia
ENFERMEDAD	Diabetes	ALTA		ALTA
DEPENDENCIA SUBJETIVA	Dep. ALTA			

CÓDIGO	GLAEM 5	MALENI 6	ESPEIN 7	FATIEN 8
EDAD/ años	45	37	41	37
NIVEL DE ESTUDIOS	PRIMARIA	SECUNDARIA	PRIMARIA	UNIVERSITARIOS
ENFERMEDAD			DIABETES	
PERCEPCIÓN DE SALUD	BIEN	REGULAR	BIEN	BIEN
PAIS DE PROCEDENCIA	ECUADOR	MARRUECOS	ECUADOR	BOLIVIA
TIEMPO EN ESPAÑA	5 AÑOS	4 AÑOS	5AÑOS	15 MESES
RESIDE CON LA PERSONA QUE CUIDA	Sí	NO	Sí	Sí
TIEMPO CUIDANDOLA	2 MESES	14 MESES	5 AÑOS	8 MESES
Nº DE HORAS DEDICADAS A CUIDAR	24 horas/día	9 a 17 horas de Lunes a Sábado	24 horas/día	24 Horas /día
DESCANSO REGLADO	SÍ. Sábado 14h a domingo 22h	SÍ. Domingos alternos	SÍ. Domingo de 8 a 14h	SÍ. Sábado y Domingo hasta el lunes a las 8h
OTROS FAMILIARES IMPLICADOS	SÍ. Hijos domingos alternos tardes	NO	SÍ. HIJOS	NO
OTROS CUIDADORES IMPLICADOS	NO	NO	NO	SÍ. Ayuntamiento 90 min/día Cuidadora fines de semana
PERSONA A QUIEN CUIDA:	MUJER		HOMBRE	MUJER
SEXO	93 AÑOS		90 AÑOS	90 AÑOS
EDAD	IRA			
ENFERMEDAD	Dependencia		Dependencia	Dependencia
DEPENDENCIA SUBJETIVA	ALTA		MEDIA	ALTA

CÓDIGO	ANDREIN 9	MATEN 10	MONEIN 11	CLEMEN 12
EDAD/ años	57	47	30	56
NIVEL DE ESTUDIOS	SECUNDARIA	SECUNDARIA	SECUNDARIA	UNIVERSITARIOS
ENFERMEDAD PERCEPCIÓN DE SALUD	BIEN	BIEN	BIEN	ESTRÉS CANSANCIO
PAIS DE PROCEDENCIA	ECUADOR	BOLIVIA	BOLIVIA	ECUADOR
TIEMPO EN ESPAÑA	7 AÑOS	3 AÑOS	2 AÑOS	9 AÑOS
RESIDE CON LA PERSONA QUE CUIDA	Sí	Sí	Sí	Sí
TIEMPO CUIDANDOLA	3 AÑOS	2 AÑOS Y 3 MESES	21 MESES	20 MESES
Nº DE HORAS DEDICADAS A CUIDAR	24 Horas/día	6 Horas/día de Lunes a Domingo	24 Horas/ día	24 Horas/día
DESCANSO REGLADO	Sí. Domingos 12 horas	Sí. Tardes y Noche menos 1 hora	Sí. Sábado 17h a domingo 21H	Sí. Domingo de 9 a 22h
OTROS FAMILIARES IMPLICADOS	Sí. Hija los domingos	Sí. Hijas y Marido	Sí. HIJA	Sí. HIJO
OTROS CUIDADORES IMPLICADOS	NO	NO	Sí. cuidadora fines de semana	Otra NO de
PERSONA A QUIEN CUIDA:	MUJER	2 hermanas	MUJER	MUJER
SEXO	83 AÑOS	77años	75 AÑOS	Demencia Senil
EDAD	Artrosis	Alzheimer	Inmovilizada	
ENFERMEDAD	Dependencia	Dep. ALTA	Dependencia	Dependencia
DEPENDENCIA SUBJETIVA	MUY ALTA	84 años Demencia Dep. MEDIA	ALTA	ALTA



CÓDIGO	ECEIN 13	HILDEIN 13	AGUIEN 15	BRIEN 16
EDAD/ años	50	31	27	36
NIVEL DE ESTUDIOS	PRIMARIA	UNIVERSITARIO	PRIMARIA	PRIMARIA
ENFERMEDAD		S DEPRESIÓN		
PERCEPCIÓN DE SALUD	BIEN	REGULAR	BUENA	BIEN
PAIS DE PROCEDENCIA	COLOMBIA	BOLIVIA	ECUADOR	BOLIVIA
TIEMPO EN ESPAÑA	6 AÑOS	3 AÑOS	7 AÑOS	9 MESES
RESIDE CON LA PERSONA QUE CUIDA	SÍ	NO	SÍ	SÍ
TIEMPO CUIDANDOLA	2 AÑOS Y 5 MESES	2 AÑOS Y 6 MESES	4 AÑOS	1 SEMANA
Nº DE HORAS DEDICADAS A CUIDAR	24 horas /día	10 a 14h. y de 18 a 24h, de Lunes a Sábado	24 Horas/día	24 Horas/día
DESCANSO REGLADO	Sí. Sábado de 14.30 a Domingo a 21h.	Sí. Domingo por la noche	Sí. Sábado a las 10h a Domingo 22h.	Sí. Sabado10h hasta Domingo a 20h.
OTROS FAMILIARES IMPLICADOS	Sí. Hermanas fines de semana	Sí. Hijos, hija y nieto	NO	Sí. Hijo
OTROS CUIDADORES IMPLICADOS	NO	NO	Sí. Otra cuidadora fines de semana	NO
PERSONA A QUIEN CUIDA:	Mujer 79 años	Hombre 84 años	Mujer 90 años	Hombre 79 años Inmovilizado
SEXO	Trombosis	Invalido	Demencia Senil	Dep. ALTA
EDAD	Dependencia ALTA	Dependencia	Dependencia	Mujer 78 años
ENFERMEDAD		TOTAL	MEDIA	Cardiópata
DEPENDENCIA SUBJETIVA		Mujer 78 años Dependencia MEDIA		Dep. ALTA

CÓDIGO	MARLETEN 17	UKREN 18	BLENI 19	HERIN 20
EDAD/ años	53	52	51	24
NIVEL DE ESTUDIOS	UNIVERSITARIOS	SECUNDARIA	SECUNDARIA	FORMACIÓN PROFESIONAL
ENFERMEDAD PERCEPCIÓN DE SALUD	BIEN	MUY BIEN	HIPOTIROIDISMO REGULAR	ESTRES REGULAR
PAIS DE PROCEDENCIA	LETONIA	UKRANIA	ECUADOR	ECUADOR
TIEMPO EN ESPAÑA	5 AÑOS	5 AÑOS	6 AÑOS	5 AÑOS
RESIDE CON LA PERSONA QUE CUIDA	NO	SÍ	NO	SÍ
TIEMPO CUIDANDOLA	3 AÑOS	5 AÑOS	2 AÑOS	3 AÑOS
Nº DE HORAS DEDICADAS A CUIDAR	3-4 Horas/día	24 Horas/ día	9.30 a 20h de Domingo a Sábado	24 Horas/día
DESCANSO REGLADO	Sí. Tardes	Sí. Domingo de 9 a 21h.	Sí. Noches y de Sábado a Domingo	Sí. Sábado desde las 16h a Domingo a 20 h
OTROS FAMILIARES IMPLICADOS	Sí. Hija	NO	NO	NO
OTROS CUIDADORES IMPLICADOS	Sí. Centro de día	NO	Otra cuidadora de 21h a 9h y sábados de 14 a 21h.	Otra cuidadora los fines de semana
PERSONA A QUIEN CUIDA:	Mujer 76 años Alzheimer	Hombre 76 años Hemiplejia y Demencia Senil	2 Hermanas Mujer 88 años Inmovilizada	Mujer 83 años Alzheimer
SEXO	Dependencia	Dependencia	Dep. MUY ALTA	Dep. TOTAL
EDAD	ALTA	ALTA	Mujer 85 años	Hombre 84 años
ENFERMEDAD			Dep. MUY ALTA	Cardiópata
DEPENDENCIA			Dep. MUY ALTA	Dep. MEDIA
SUBJETIVA				

CÓDIGO	IREN 21	PATEN 22	REMARI	RELUAM
EDAD/ años	40	29	30	50
NIVEL DE ESTUDIOS	PRIMARIA	SECUNDARIA	SECUNDARIA	SECUNDARIA
ENFERMEDAD	LUMBALGIA			
PERCEPCIÓN DE SALUD	REGULAR	BIEN	BIEN	BIEN
PAIS DE PROCEDENCIA	ECUADOR	BOLIVIA	ECUADOR	COLOMBIA
TIEMPO EN ESPAÑA	5 AÑOS	3 AÑOS Y 3 MESES	2 AÑOS	18 MESES
RESIDE CON LA PERSONA QUE CUIDA	SÍ	SÍ	NO	NO
TIEMPO CUIDANDOLA	4 AÑOS	2 AÑOS	1 AÑO	3 MESES
Nº DE HORAS DEDICADAS A CUIDAR	24 Horas /día	24 Horas/día	60 Horas a la semana	66 Horas semanales
DESCANSO REGLADO	Sí. Sábado noche a Domingo noche	Sí. Domingo de 9 a 20.30h	Sí. Domingos	Sí. Domingos
OTROS FAMILIARES IMPLICADOS	Sí. Hijos	Sí. Hijos Domingos por turno	Sí. Hijas	Sí. Hija
OTROS CUIDADORES IMPLICADOS	NO	NO	NO	NO
PERSONA A QUIEN CUIDA:	Mujer 85 años	Mujer 87 años	Mujer 74 años	Mujer 83 años
SEXO	Hombre 90 años	Demencia	Cardiópata	Demencia Senil
EDAD	Dependencia ALTA	Dependencia ALTA	Dependencia ALTA	Dependencia ALTA
ENFERMEDAD				
DEPENDENCIA				
SUBJETIVA				

CÓDIGO	RELEO	REFAT	REDOLO	REMARLY
EDAD/ años	38	23	39	40
NIVEL DE ESTUDIOS	PRIMARIA	UNIVERSITARIOS	UNIVERSITARIOS	FORMACIÓN PROFESIONAL
ENFERMEDAD	ENFERMEDAD	ESTRÉS		ENFERMEDAD
PERCEPCIÓN DE SALUD	CRÓNICA REGULAR	REGULAR	BIEN	CRÓNICA REGULAR
PAIS DE PROCEDENCIA	ECUADOR	MARRUECOS	ECUADOR	BOLIVIA
TIEMPO EN ESPAÑA	2 AÑOS	5 AÑOS	5 AÑOS	20 MESES
RESIDE CON LA PERSONA QUE CUIDA	SÍ	SÍ	NO	SÍ
TIEMPO CUIDANDOLA	2 AÑOS	2 AÑOS	20 MESES	1 MES
Nº DE HORAS DEDICADAS A CUIDAR	75 Horas semanales	24 Horas/día	6 Horas/ día	24 Horas/día
DESCANSO REGLADO	Sí. De 8h a 20h	Sí. Un día a la semana 12 horas	Sí. Fines de semana y por las tardes	Sí. Sábado a las 15h a Domingo 20h.
OTROS FAMILIARES IMPLICADOS	NO	Sí. Hija	Sí. Sobrinos	NO
OTROS CUIDADORES IMPLICADOS	NO	NO	Otra cuidadora por la noche	NO
PERSONA A QUIEN CUIDA:	Mujer 80 años	Hombre 82 años	Mujer 91 años	Mujer 82 años
SEXO		Inmovilizado	Artrosis y demencia senil	Inmovilizada
EDAD	Dependencia	Dependencia	Dependencia	Dependencia
ENFERMEDAD DEPENDENCIA SUBJETIVA	ALTA	ALTA	ALTA	MEDIA

CÓDIGO	REVIKI	REFLO	LIPA	MIRU
EDAD/ años	50	24	27	30
NIVEL DE ESTUDIOS	FORMACIÓN PROFESIONAL	PRIMARIA	SECUNDARIA	SECUNDARIA
ENFERMEDAD	ENFERMEDAD CRÓNICA			
PERCEPCIÓN DE SALUD	REGULAR	BIEN	BIEN	BIEN
PAIS DE PROCEDENCIA	BOLIVIA	BOLIVIA	PARAGUAY	RUMANÍA
TIEMPO EN ESPAÑA	10 AÑOS	13 MESES	18 MESES	13 MESES
RESIDE CON LA PERSONA QUE CUIDA	SÍ	NO	SÍ	SÍ
TIEMPO CUIDANDOLA	10 MESES Y 1 SEMANA	13 MESES	14 MESES	11 MESES
Nº DE HORAS DEDICADAS A CUIDAR	120 Horas/semana	12 Horas/día (noches)	24 Horas/ día	70 Horas/semana
DESCANSO REGLADO	Sí. Fines de semana	Sí. Una noche a la semana	NO	Sí. 2 horas a medio día
OTROS FAMILIARES IMPLICADOS	Sí. Hijos	Sí. Hijo	NO	Sí. Marido e hijos
OTROS CUIDADORES IMPLICADOS	NO	NO	NO	NO
PERSONA A QUIEN CUIDA:	Mujer 76 años Parkinson	Mujer 92 años Problemas de visión y auditivos Dependencia TOTAL	Hombre 79 años Alzheimer Dependencia TOTAL	Mujer 84 años Alzheimer Dependencia TOTAL
SEXO				
EDAD				
ENFERMEDAD	Dependencia		TOTAL	Dependencia
DEPENDENCIA	TOTAL			TOTAL
SUBJETIVA				

CÓDIGO	NORPA	ROCHI	EPA
EDAD/ años	42	48	35
NIVEL DE ESTUDIOS	FORMACIÓN PROFESIONAL	PRIMARIA	FORMACIÓN PROFESIONAL
ENFERMEDAD			
PERCEPCIÓN DE SALUD	BIEN	BIEN	BIEN
PAIS DE PROCEDENCIA	PARAGUAY	CHILE	PARAGUAY
TIEMPO EN ESPAÑA	13 MESES	3 AÑOS	13 MESES
RESIDE CON LA PERSONA QUE CUIDA	SÍ	SÍ	SÍ
TIEMPO CUIDANDOLA	1 AÑO	1 AÑO	8 MESES
Nº DE HORAS DEDICADAS A CUIDAR	24 Horas/día de Lunes a Domingo	24 Horas/día	24 Horas /día
DESCANSO REGLADO	NO	Sí. 36 horas los fines de semana	Sí. 24 horas semanales
OTROS FAMILIARES IMPLICADOS	NO	NO	Sí. Hija
OTROS CUIDADORES IMPLICADOS	NO	NO	Sí. Ayuda social 30 minutos /día
PERSONA A QUIEN CUIDA:	Mujer 87 años	Mujer 81 años	Hombre 87 años
SEXO	Alzheimer	Demencia Senil	Alzheimer
EDAD	Dependencia	Dependencia	Dependencia
ENFERMEDAD	TOTAL	TOTAL	TOTAL
DEPENDENCIA SUBJETIVA			Mujer 85 años Demencia Senil Dependencia TOTAL

CÓDIGO	LUPA	NORCHI	ICHI
EDAD/ años	27	54	52
NIVEL DE ESTUDIOS	PRIMARIA	PRIMARIA	SECUNDARIA
ENFERMEDAD			
PERCEPCIÓN DE SALUD	BUENA	BUENA	BUENA
PAIS DE PROCEDENCIA	URUGUAY	CHILE	CHILE
TIEMPO EN ESPAÑA	3 AÑOS	26 MESES	1 AÑO
RESIDE CON LA PERSONA QUE CUIDA	SÍ	SÍ	SÍ
TIEMPO CUIDANDOLA	15 MESES	24 MESES	11 MESES
Nº DE HORAS DEDICADAS A CUIDAR	24 Horas/día	24 Horas/día	24 Horas/día
DESCANSO REGLADO	Sí. 36 horas semanales	Sí. Domingos los Jueves por la tarde	Sí. Fines de semana
OTROS FAMILIARES IMPLICADOS	Sí. Hija	NO	Sí. Hijos
OTROS CUIDADORES IMPLICADOS	NO	Sí. Otra cuidadora por horas	NO
PERSONA A QUIEN CUIDA:	Mujer 84 años Alzheimer	Mujer 87 años Alzheimer	Mujer 90 años Demencia Senil
SEXO	Dependencia		
EDAD	TOTAL	Dependencia	Dependencia
ENFERMEDAD		TOTAL	TOTAL
DEPENDENCIA SUBJETIVA			

(Las últimas 8 cuidadoras fueron entrevistadas en Elche por M<sup>a</sup> Teresa Donet Montagut, miembro del equipo de investigación del proyecto FIS)

**NOTA: INFORMACIÓN SOBRE DATOS Y ABREVIATURAS  
EMPLEADOS EN LA TABLA.**

- a) **CÓDIGO:** Siglas con las que se identifica a la informante para garantizar el anonimato.
- b) **EDAD:** Edad de la informante.
- c) **NIVEL DE ESTUDIOS:** Hace referencia a los estudios cursados por la participante. En función de si eran Primaria, Secundaria, Formación profesional o Universitarios.
- d) **ENFERMEDAD / PERCEPCIÓN DE SALUD:** Recoge si la informante refería presentar alguna enfermedad, ya fuera aguda o crónica. Se preguntaba a las participantes sobre la percepción de su propia salud ¿Cómo se siente? ¿Cómo diría que es su salud? Reflejándose en los términos en los que se expresaba la participante.
- e) **PAÍS DE PROCEDENCIA:** Hace referencia al país desde el cual ha emigrado la informante.
- f) **TIEMPO EN España:** Se recoge el tiempo que la informante lleva viviendo en España.
- g) **RESIDE CON LA PERSONA CUIDADA:** Se refleja si la informante comparte vivienda con la persona a la que cuida. Si la respuesta es SI: Hace referencia a que trabaja en régimen de interna y si es NO: a que lo hace en régimen de externa.
- h) **TIEMPO CUIDANDO:** Hace referencia al tiempo que la informante lleva cuidando a la persona dependiente sobre la que habla en la entrevista. La mayoría de las cuidadoras referían haber cuidado a más de una persona desde que llegaron a España, pero ese dato no se refleja en la tabla.
- i) **Nº DE HORAS CUIDANDO:** Se refleja el horario de atención dedicado al cuidado que refiere cumplir la participante en el estudio. También refleja el tipo de modalidad de trabajo, ya que



si el tiempo es de 24h/día, se trata de cuidadoras que trabajan como internas.

j) **DESCANSO REGLADO:** Se recoge si la participante dispone de horario reconocido para el descanso, ya sea en la jornada o en los fines de semana. Se describen los días y horarios de los cuales dispone.

k) **OTROS FAMILIARES IMPLICADOS:** Se refleja si hay otros miembros de la familia que asuman el cuidado de la persona dependiente cuando no está la informante. Se describe quién es el familiar implicado, el cual suele asumir el cuidado en el día de descanso reglado de la cuidadora.

l) **OTROS CUIDADORES IMPLICADOS:** Se recoge en este cuadro si hay cuidadores ajeros a la familia que cuiden esporádicamente o participen de algún modo en las tareas de cuidado. Se especifica si son empleadas del Ayuntamiento y el tiempo que acuden, así como si son otras cuidadoras contratadas por la familia para suplir a la informante en su día libre.

m) **PERSONA A QUIEN CUIDAN:** Se reflejan los datos sobre la persona dependiente a quien cuida la informante en el momento de la entrevista.

Se refleja el sexo. Si aparece Hombre y Mujer se trata de un matrimonio.

Se refleja la edad de la persona o personas dependientes.

Abreviaturas empleadas:

Dep. : Dependencia.

IRA: Insuficiencia respiratoria aguda.

Sobre el nivel de dependencia se recoge el dato expresado por la informante ya que no se empleó ninguna escala de medida. La informante expresaba el valor: ALTA, MEDIA, MUY ALTA, O TOTAL, según la necesitara la persona dependiente para realizar las actividades de la vida diaria.

**ANEXO 4:**

**CARTA AUTORIZACIÓN  
ESTUDIO GERENCIA  
ATENCIÓN PRIMARIA DE  
MURCIA**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**A/A Consejo de Dirección y Unidad Docente Gerencia de Atención Primaria de Murcia.**

Con motivo de la aprobación del Proyecto de Investigación: “Cuidado familiar- Alivio de la carga en situaciones de vulnerabilidad: Mujeres cuidadoras de pacientes con demencia avanzada y mujeres inmigrantes que proporcionan cuidados familiares” por el Instituto de Salud Carlos III y concesión de la beca FISS. Me dirijo a ustedes en representación del grupo de trabajo y como responsable del apartado de Cuidadoras Inmigrantes, para solicitar la Aprobación Ética del Estudio.

Esta investigación se realiza bajo la dirección de la Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea, Profesora en el departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante.

Este estudio se realiza a fin de obtener información sobre el alivio del peso que significa cuidar a un paciente muy dependiente. Este es un estudio que se interesa por la carga del cuidado, pero en un sentido positivo, esto es, pretende obtener información sobre como las cuidadoras hacen para seguir cuidando en situaciones de gran dependencia, como lograr recuperarse de esta carga.

La Metodología que se seguirá es la de un Estudio Cualitativo de Teoría Fundamentada sobre el fenómeno del alivio de la carga en el cuidado.

La presente carta tiene como objeto poner en conocimiento de esta Gerencia la realización del estudio, y solicitar su apoyo para la captación de los informantes, que serán mujeres inmigrantes que realicen cuidados familiares. Para ello necesitaremos la colaboración de los profesionales de Medicina y Enfermería del

Centro de Salud Murcia San Andrés para seleccionar a 15 de los informantes que participarán en el estudio.

Para mayor información se adjunta La Presentación del Proyecto.

Me comunicaré con ustedes para establecer los pasos a seguir.

Agradezco sinceramente toda la atención que Vds. acuerden a este proyecto. Y quedo a su disposición para aclarar cualquier duda o problema en espera de su respuesta.

M<sup>a</sup> José Galiana Gómez de Cádiz. Tf: 616167691. Enfermera C.S. Murcia San Andrés.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**ANEXO 5:**

**PRESENTACIÓN DEL  
ESTUDIO A LA ONG  
“MURCIA ACOGE”**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

A la atención de: Asociación Murcia Acoge, Delegación de Murcia:

Me dirijo a ustedes en representación del grupo de trabajo y como responsable del apartado de Cuidadoras Inmigrantes al cual nos ha sido concedida una beca FISS por el Instituto Carlos III para estudiar el alivio del peso de cuidar a un paciente dependiente en mujeres inmigrantes que realizan cuidados familiares. Para realizar esta investigación trabajo bajo la dirección de la Dra. Carmen de Cuesta Benjumea, Profesora en el departamento de Enfermería de la universidad de Alicante.

La presente carta tiene como objeto poner en conocimiento de esta Asociación la realización del estudio y solicitar su apoyo para la captación de los informantes que serán mujeres inmigrantes que realicen cuidados familiares. Para ello necesitaremos su colaboración para contactar con 20 cuidadoras inmigrantes que deseen participar en el estudio.

Les remito la Presentación del Estudio. Agradezco sinceramente toda la atención prestada a este proyecto. Y quedo a su disposición para aclarar cualquier duda o problema.

M<sup>a</sup> José Galiana Gómez de Cádiz  
Enfermera C.S. Murcia San Andrés.





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**ANEXO 6:**

**PRESENTACIÓN DEL  
ESTUDIO A LA ONG  
“CÁRITAS”**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

A la atención de: CÁRITAS, Delegación de Murcia:

Me dirijo a ustedes en representación del grupo de trabajo y como responsable del apartado de Cuidadoras Inmigrantes al cual nos ha sido concedida una beca FISS por el Instituto Carlos III para estudiar el alivio del peso de cuidar a un paciente dependiente en mujeres inmigrantes que realizan cuidados familiares. Para realizar esta investigación trabajo bajo la dirección de la Dra. Carmen de Cuesta Benjumea, Profesora en el departamento de Enfermería de la universidad de Alicante.

La presente carta tiene como objeto poner en conocimiento de esta Asociación la realización del estudio y solicitar su apoyo para la captación de los informantes que serán mujeres inmigrantes que realicen cuidados familiares. Para ello necesitaremos su colaboración para contactar con cuidadoras inmigrantes que deseen participar en el estudio (de 5 a 10 cuidadoras).

Les remito la Presentación del Estudio. Agradezco sinceramente toda la atención prestada a este proyecto. Y quedo a su disposición para aclarar cualquier duda o problema.

M<sup>a</sup> José Galiana Gómez de Cádiz  
Enfermera .Profesora Asociada Universidad de Murcia  
E.U. Enfermería.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**ANEXO 7:**

**AUTORIZACIÓN PARA LA  
REALIZACIÓN DEL ESTUDIO  
DE INVESTIGACIÓN.  
GERENCIA DE ATENCIÓN  
PRIMARIA DE MURCIA**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**Fecha:** Murcia 11 de Enero del 2007

**De:** Subdirector de Enfermería

**A:** M<sup>a</sup> José Galiana Gómez de Cádiz. Enfermera del CS de San Andrés.

**Asunto:** Autorización para la realización de estudio de investigación

En nombre de esta Gerencia y haciéndome eco de lo tratado en Comisión de Dirección del pasado día 6 de octubre del 2006, le comunico:

Que estudiada su petición de colaboración en la captación de los informantes para el desarrollo del proyecto de investigación (beca FIS) titulado: "Cuidado familiar-Alivio de la carga en situaciones de vulnerabilidad: Mujeres cuidadoras de pacientes con demencia avanzada y mujeres inmigrantes que proporcionan cuidados familiares", se ha procedido a su aprobación por esta Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

Lo que le hago constar por escrito para que lo pueda documentar donde precise. Así mismo le pedimos que cuando acabe el estudio nos facilite un resumen del mismo para conocer mejor su investigación y sus aplicaciones en nuestro entorno.

EL SUBDIRECTOR DE ENFERMERIA  
GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA  
DE MURCIA



Fdo: Juan José Rodríguez Mondéjar





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**ANEXO 8:**

**FORMULARIO DE  
CONSENTIMIENTO  
INFORMADO PARA LAS  
PARTICIPANTES EN EL  
ESTUDIO**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **Formulario de consentimiento**

**Título del estudio:** Mujeres inmigrantes que proporcionan cuidados familiares.

**Investigadoras responsable:** M<sup>a</sup>José Galiana, enfermera del C.S. Murcia San Andrés.

Con esta investigación pretendo conocer las maneras que tenéis las cuidadoras para conseguir soportar el trabajo que supone cuidar a una persona totalmente dependiente. Este es un estudio que se interesa por la carga del cuidado, pero en un sentido positivo. Quiero obtener información sobre como las cuidadoras hacéis para seguir cuidando en situaciones tan duras, como lográis aguantar el cansancio y muchas veces la soledad.

Su participación consistirá en conceder una entrevista de una hora y media de duración La entrevista se realizará en un lugar y tiempo que le resulte más cómodo. También podrá elaborar un Diario contando su experiencia de cómo aguantó un día especialmente duro, para ello le facilitaré el material necesario (papel y bolígrafo).

Una vez haya aceptado participar le garantizo que los datos serán totalmente confidenciales, esto es, que sólo podrán ser utilizados por las personas implicadas en el estudio. Así mismo la información será anónima, no le podrán reconocer por sus palabras.

Su colaboración en esta investigación es voluntaria; usted no tiene obligación de participar. Además está en su derecho de retirarse en cualquier momento, sin justificación ni explicación y sin ningún tipo de daño o perjuicio para usted.

Su experiencia es muy importante para ayudar a comprender la experiencia de cuidar a un paciente muy dependiente.

**Consentimiento de la Cuidadora:**

Yo....., he leído la carta de explicación del estudio y he podido hablar de ello con M<sup>a</sup>José Galiana.

Acepto participar en esta investigación.

**Firma Informante**

**Firma investigadora**



M<sup>a</sup> José Galiana

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **ANEXO 9:**

# **GUIA DE ENTREVISTA**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ENTREVISTA CUIDADORAS INMIGRANTES:

CUIDADORAS INMIGRANTES\*\* - Quizás sea impropio hablar de descanso en tu situación de asalariada contratada para cuidar a la persona....., pero me he preguntado sobre las maneras que tienen las personas como tú, cuidadoras contratadas inmigrantes, de aliviar ese desgaste que produce el cuidado y aliviarlo mientras estéis cuidando, de renovarse o reponer fuerzas. Quisiera entonces que hablásemos sobre lo que te ayuda a descansar, proporciona alivio en el cuidado, sobre las cosas que tú haces para reponer fuerzas o para descansar, como lo prefieras ver. Me interesa escuchar tu punto de vista, saber de tu propia experiencia:

\*Me gustaría que hablásemos sobre si el concepto o la idea de descanso cabe en tu vida cotidiana.

\*¿Qué te proporciona alivio o que aligera la carga del cuidado?, ¿Qué hace que te sientes aliviada o descansada?

Mientras cuidas o en tus pausas

\*Cuándo te sientes cansada ¿qué haces?

Maneras alternativas de decirlo:

-¿Cómo recuperas fuerzas?

-Cuándo no puedes más, ¿qué haces?

-¿Cómo recargas pilas?

-¿Cómo desconectas?

-¿Cómo retomas fuerzas?

-¿Cómo te renuevas o quedas como nueva?

- ¿Qué te aligera a ti la carga? ¿Qué te proporciona alivio?

-¿Qué te da vida?

\*Háblame de un momento en el que pudiste descansar, (*Cargar pilas, recuperarse...etc.* El termino que durante la entrevista haya usado) ¿Cómo fue? ¿Qué pasó?

\*Háblame de un momento en el que te hubiera gustado poder descansar (*Parar, cargar pilas, recuperarse...etc.* El termino que durante la entrevista haya usado y no pudiste, ¿Cómo fue? ¿Qué pasó?

### **Preguntas de sondeo/ exploratorias neutras**

- \* ¿Me puedes dar un ejemplo?
- \* ¿Hay mas maneras de hacerlo? O ¿lo haces de otra manera?
- \* ¿Pasa siempre así? ¿Cambia? ¿Cómo?
- \* ¿A qué dificultades te enfrentas?
- \* ¿Hay algo que he omitido y te gustaría añadir? IMP

### **Asuntos a sondear:**

- 1) **Qué es** descansar para ella: recargarse, tomar fuerzas, recuperarse
- 2) **Que hace** para descansar: actividades en concreto
- 3) **Que le produce** descanso / alivio del peso del cuidado
- 4) **Cómo logra** descansar o **Cuando logra** descansar. Ojo es distinto hacer cosas para descansar que lograrlo, aquí habrá asuntos de contexto.
- 5) **Que dificultades** hay para aliviar el peso o descansar.





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **ANEXO 10:**

# **GUIA DE SOLICITUD DE RELATO ESCRITO**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **RELATO ESCRITO: CUIDAR A UN PACIENTE DEPENDIENTE- ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO.**

### **GUIA PARA SOLICITARLO.-**

Como sabe nuestro estudio se interesa sobre el peso de cuidar en la casa a una persona dependiente como Usted lo hace con-----  
----- (aquí el nombre del paciente) pero en su aspecto positivo, esto es: nos preguntamos sobre las cosas que, una cuidadora como Usted, hace para descansar o aliviar el peso. Así que nos gustaría que nos escribiera un relato sobre lo que te proporciona descanso y lo que hace para descansar, para reponer fuerzas. Puede pensar en que dirige a alguien una carta contando su experiencia.

Puede relatar un día que fue especialmente cansado, particularmente agotador y lo que hizo para sobreponerse, también puede añadir otras cosas que hace para descansar y las que le surjan al escribir. No se corte, ni reprima en detalles o reflexiones, queremos saber de ellas, las leeremos con respeto y las trataremos de manera confidencial.

El relato que haga es totalmente libre. Sea lo más descriptiva y concreta que pueda, no se preocupe por la ortografía ni por la redacción y muchísimas gracias por su ayuda y sinceridad.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **ANEXO 11:**

# **HOJA FRONTAL DE ENTREVISTA PARA RECOGIDA DE DATOS DEMOGRÁFICOS**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**HOJA FRONTAL ENTREVISTA**

**NOMBRE DE PARTICIPANTE:**

**CÓDIGO:**

**EDAD:**

**TELEFONO:**

**NACIONALIDAD:**

**Tiempo viviendo en España:**

**ESTUDIOS, NIVEL DE EDUCACIÓN:**

- SIN ESTUDIOS
- ESTUDIOS PRIMARIA
- ESTUDIOS SECUNDARIA
- FORMACIÓN PROFESIONAL/TECNICA
- ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

**SITUACIÓN DE SALUD:**

- ENFERMEDAD AGUDA
- ENFERMEDAD CRÓNICA
- AUTO-PERCEPCIÓN, CÓMO SE SIENTE:

**¿RESIDE CON LA PERSONA CUIDADA?:**

**¿DESDE CUANDO LE CUIDA?:** Meses/años

**NUMERO DE HORAS QUE DEDICA AL CUIDADO A LA SEMANA:**

**¿TIENE DESCANSO REGLADO?:**

**¿CUÁNTO?:**

**¿HAY OTROS FAMILIARES IMPLICADOS EN EL CUIDADO?:**

-¿Quiénes?:

**¿RECIBE ALGÚN TIPO DE APOYO FORMAL?**

-¿Cuál?:



**LA PERSONA A QUIEN CUIDA:**

EDAD:

SEXO:

ENFERMEDAD:

NIVEL DE DEPENDENCIA:



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

# INDICE DE CUADROS

---

TESIS DOCTORAL

---



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## INDICE DE CUADROS:

- CUADRO 1: CONTRASTE ENTRE PARADIGMAS.....116
- CUADRO 2: “SABEMOS A LO QUE VENIMOS” EXPECTATIVAS FRUSTRADAS Y AJUSTADAS DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES ESQUEMA DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS.....144
- CUADRO 3: CONDICIONES PARA EL ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO EN CUIDADORAS INMIGRANTES. RELACIÓN ENTRE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS.....168
- CUADRO 3.1.: SUBCATEGORÍA TIEMPO PROPIO.....171
- CUADRO 3.2.: SUBCATEGORÍA TENER UN ESPACIO PROPIO.....183
- CUADRO 4: ESTRATEGIAS PARA EL ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO EN CUIDADORAS INMIGRANTES RELACIÓN ENTRE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS.....211
- CUADRO 4.1.: CATEGORÍA GESTIONAR EL TIEMPO DE TRABAJO.....212
- CUADRO 4.2.: CATEGORÍA COMPARTIR EL TIEMPO DE DESCANSO CON LA PERSONA CUIDADA.....227
- CUADRO 4.3.: CATEGORÍA SALIR A LO SUYO.....234



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

# **GLOSARIO DE TÉRMINOS**

---

TESIS DOCTORAL

---



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

- **ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD):**

Se define así a 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 (Ley de Dependencia, 2006).

- **AFRONTAMIENTO:** Lazarus y Folkman (1986: 99) definen el afrontamiento como, “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” Siendo además el afrontamiento un proceso, no algo estático, sino que se modifica a medida que la situación va evolucionando y el individuo la va evaluando con más información (Lazarus y Folkman, 1986). El afrontamiento tiene que ver con los recursos internos y externos utilizados por la persona para dominar, reducir o tolerar las exigencias del entorno o internas a la persona, no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que lo que desencadena el estrés es la interpretación que el individuo haga de tales situaciones o estímulos. Desde el modelo de afrontamiento del estrés desarrollado por Lazarus y Folkman (Lazarus y Folkman, 1986) se han identificado tres tipos de afrontamiento: a) Afrontamiento centrado en el problema. b) Afrontamiento cognitivo, Y c) Afrontamiento emocional. (Martínez-Rodríguez, 2009).

- **AGOTAMIENTO EMOCIONAL:** Por agotamiento emocional se entiende la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente



agotado debido al contacto "diario" y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (Gil-Monte, 2003).

- **ALIVIO DEL PESO DEL CUIDADO:** En una revisión crítica de la literatura de la Cuesta (2008) expone que "Aliviar el peso del cuidado es algo que los cuidadores hacen, forma parte de la experiencia del cuidado familiar (Valentino y Bulmer 2005; Ruíz de Alegría y col. 2006) y es una experiencia que puede ser cotidiana (Stoltz y col. 2006). Aliviar el peso y sentirlo, son acontecimientos concurrentes en la experiencia de cuidar a un familiar (Nolan y col. 1996)".

- **APOYO INFORMAL:** En el Libro blanco de la Dependencia se explica que "Consiste en el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención" (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2002b: 9) Según esta concepción, quedan incluidos dentro del esquema "apoyo informal" todos los cuidados y atenciones que no son dispensados por profesionales dependientes de los servicios sociales o sanitarios organizados o del mercado. Es decir, los que altruista y generosamente prestan con predominio los allegados de la persona necesitada de cuidados y, dentro de éstos, en primer lugar la familia, pero también quienes lo proveen, sin otro lazo de unión ni de obligación con la persona que no sea el de la amistad o el de la buena vecindad (IMSERSO, 2002b: 9).

- **APOYO SOCIAL:** En el Libro blanco de la Dependencia (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2002b: 7) se define el "apoyo social" como la forma de ayuda que una persona puede recibir proveniente de sus redes sociales.

- **ASISTENCIA PERSONAL:** En el Artículo 2. Sobre *Definiciones*. A efectos de la Ley de Dependencia (Ley 39/2006),

se entiende asistencia personal como un servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.

- **AUTONOMÍA:** la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (Ley 39/2006).
- **CADENAS GLOBALES DE CUIDADOS:** Es, término definido por A. R. Hochschild en el año 2000 para expresar las relaciones que vinculan trabajo y cuidado en las mujeres a escala global. Este concepto indica que la mujer se ha incorporado en cantidades importantes al trabajo remunerado y que se ve obligada a delegar el cuidado de las personas dependientes a su cargo en otras mujeres. El concepto cadena global de cuidado se ha utilizado únicamente para el estudio de cuidado de niños, dejando de lado el de otras personas dependientes como ancianos o discapacitados (Díaz-Gorfinkiel, 2008:11).
- **CANSANCIO EN EL ROL DE CUIDADOR:** Diagnóstico enfermero enunciado por NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) definido como la dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia y que tiene como características definitorias entre otras la preocupación por los cuidados habituales, el cambio disfuncional en las actividades del cuidador, y la inquietud por la habilidad futura del cuidador para proporcionar cuidados. Y que además tiene como factor relacionado los recursos comunitarios inadecuados como no disponer de periodos de respiro o recursos recreativos (NANDA-I, 2010).
- **CARGA DEL CUIDADO** (También Sobre, carga del Cuidador): En el ámbito del cuidado informal, el término

«sobrecarga» se usa en referencia al impacto que tiene cuidar a una persona mayor con demencia (Zarit, Reever, Bach-Peterson, 1980). A pesar de ello, no existe homogeneidad en cuanto al significado y uso de este concepto. Pearlin (1991) habla de sobrecarga en relación con el conjunto de situaciones estresantes que resultan de cuidar a alguien, mientras que Zarit et al (1980) la definen como el grado en que las cuidadoras perciben que su salud, su vida social y personal y su situación económica cambia por el hecho de cuidar a alguien. Esta última definición es la que en nuestros días tiene más adeptos, de manera que actualmente se suele aceptar que la sobrecarga es la percepción que la cuidadora tiene acerca del modo en que cuidar tiene un impacto en diferentes aspectos de su vida.

- **CARGA OBJETIVA** (o sobrecarga objetiva): se define como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y la vida de los cuidadores (Montorio, y col, 1998) La sobrecarga objetiva tiene que ver con la dedicación al desempeño del rol cuidador. El tiempo de dedicación, la carga física, las actividades objetivas que desempeña la cuidadora y la exposición a situaciones estresantes en relación con los cuidados son ejemplos de indicadores de sobrecarga objetiva utilizados frecuentemente (García Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren. 2004) Este tipo de carga, está relacionada al desempeño de actividades de autocuidado de la vida diaria que el paciente no puede realizar por sí mismo (ejemplos: bañar, vestir, peinar, comer, entre otras), así como también a la práctica de actividades instrumentales (ejemplos, transportar, movilizar, llevar al médico, etc.) (García Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004).

- **CARGA SUBJETIVA** (o sobrecarga subjetiva): La Carga Subjetiva puede definirse Como las reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar. La sobrecarga subjetiva se relaciona con la forma en que se percibe la situación y, en concreto, la respuesta

emocional de la cuidadora ante la experiencia de cuidar. La sobrecarga subjetiva se ha definido como el sentimiento psicológico que se asocia al hecho de cuidar. La sobrecarga subjetiva se ha estudiado como un elemento integrado dentro del proceso más amplio de estrés del rol de cuidadora (García Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004).

- **CONTRATADOR:** En el Diccionario de la Real Academia (2001) se define como la persona que emplea a obreros. En el presente texto se ha utilizado para definir a la persona o persona que contrata a las cuidadoras inmigrantes.

- **CUIDADO INFORMAL:** Se trata de un trabajo no remunerado, sin precio en el mercado, y esto se confunde con una carencia de valor. El cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco y pertenece al terreno de lo privado; se trata de «asuntos de familia», en los que el resto de la sociedad no se implica. Se desarrolla en el ámbito doméstico, y, como tal, queda oculto a la arena pública. Y, finalmente, es una función adscrita a las mujeres como parte del rol de género; el cuidado de la salud de las personas que lo necesitan es «cosa de mujeres». (García Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004: 133) En el Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2002b: 8) El cuidado informal se define es, como aquel que se presta por parientes, amigos o vecinos. Este conjunto difuso de redes suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación, y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración. Sin embargo, por extensión, el término se aplica también a otros agentes de intervención, como pueden ser las asociaciones de ayuda mutua y el voluntariado.

- **CUIDADORA INMIGRANTE:** mujeres inmigrantes cuidadoras no profesionales que están ocupando el espacio que la

mujer ha dejado al pasar al mercado laboral en el cuidado de personas dependientes (Martínez- Buján, 2.003).

- **CUIDADOS NO PROFESIONALES:** la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada (Ley 39/ 2006).

- **CUIDADOS PROFESIONALES:** los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro (Ley 39/2006).

- **DEPENDENCIA:** 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 o de otras personas o ayudas importantes para realizar 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 (Ley 39/2006).

- **DOMESTICA CUIDADORA:** Es el término que se emplea para referirse a la persona que se emplea en el sector doméstico de cuidados (Martínez-Buján, 2008a)

- **EMPLEADA DE HOGAR:** Los trabajadores comprendidos dentro del campo de aplicación del Régimen Especial de Empleados de Hogar, son los que se dediquen a servicios exclusivamente domésticos para uno o varios titulares del hogar familiar, siempre que estos servicios sean prestados en la casa que habite el titular del hogar familiar y que perciban un sueldo o remuneración de cualquier clase. Están incluidos los trabajos de guardería, jardinería, conducción de vehículos y otros análogos en

los supuestos en que se desarrollen formando parte del conjunto de tareas domésticas (Seguridad Social, 1995).

- **EMPLEADA DOMESTICA:** (Véase Empleada de Hogar)
- **ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT:** Uno de los instrumentos más utilizados para valorar la sobrecarga, que ha sido validado y adaptado al castellano.
- **FAMILIA EMPLEADORA:** (Véase Contratador): Familias que de manera privada contratan a una cuidadora de ancianos.
- **INMIGRANTE:** Persona que por su origen extranjero pueda ser percibida por los autóctonos como portadores de usos y costumbres distintas a los nativos y por tanto susceptibles de plantear un problema en su relación con ellos (Moreno Preciado, 2008)
- **MODELO DE ESTRÉS DE PEARLIN:** Uno de los modelos de estrés más utilizado en el contexto del cuidado informal propuesto por Pearlin (1991). En este modelo, la sobrecarga se define como un estresor o como un mediador de la respuesta emocional a los cuidados. Los estresores primarios se refieren a las situaciones estresantes que resultan de cuidar a una persona, esto es, las consecuencias directas de cuidar. Los estresores secundarios se refieren a la percepción emocional de las consecuencias de cuidar en el desempeño de otros roles asumidos por la cuidadora y otras actividades externas al cuidado, es decir, las consecuencias indirectas de cuidar. Otras variables relevantes del modelo son los mediadores del estrés, que se refieren a estrategias de afrontamiento (*coping*) que la cuidadora pone en marcha en respuesta a la situación, y al apoyo social con el que cuenta. (García Calvente, Mateo-Rodríguez, y Eguiguren, 2004)
- **NICHO LABORAL:** Hueco en el mercado laboral que es delegado a un colectivo específico (Martínez-Buján, 2008a)

- **.NYE “NUEVOS YACIMIENTOS DE EMPLEO”:** los “Nuevos Yacimientos de Empleo”, tienen su punto de partida en diciembre de 1993, cuando la Comisión de las Comunidades Europeas, a solicitud del Consejo, elaboró el informe "Crecimiento, competitividad y empleo. Retos y pistas para entrar en el siglo XXI", también conocido como Libro Blanco o Informe Delors. En este documento se abordan los problemas de competitividad y crecimiento de la economía europea, haciendo especial hincapié en el problema del desempleo. Además, se introducen una serie de pistas básicas para entrar en el siglo XXI. Entre estas directrices básicas figura la de conseguir una economía al servicio del empleo, no apoyada sólo en el crecimiento económico, sino también en la formación, la flexibilidad, la descentralización, la iniciativa y la búsqueda de nuevos yacimientos de empleo (Chacón, 1997a; 1997b)). Los NYE son los ámbitos de la actividad económica que vienen a satisfacer necesidades nuevas de nuestras sociedades, explotando de manera activa y positiva el filón económico y de empleo que se esconde en esos cambios sociales, aprovechando las oportunidades de crecimiento y de empleo que pueden venir a satisfacer las necesidades que surgen de esas transformaciones sociales (Chacón, 1997<sup>a</sup>).

- **RESILENCIA:** Resiliencia es una palabra que en español y francés se utiliza en la metalurgia, la ingeniería y la física para describir la capacidad de algunos metales para recobrar su forma original después de sufrir una presión deformante. Las ciencias sociales adoptaron el término para distinguir la capacidad para enfrentar con éxito la adversidad y la fuerza flexible que permite resistir y rehacerse de una condición traumática (Manciaux, 2003); además, privilegiando la interacción con otros seres humanos de manera significativa. La resiliencia, pues, se caracteriza porque opera en personas que han sufrido eventos que parten su vida en dos, que marcan un antes y un después. Como teoría, ha descrito

y demostrado que quienes sufren este tipo de adversidad construyen un espacio interno de fuerza, que espera ser descubierto por el contacto con otro ser humano y que al ocurrir abre nuevos horizontes para el desarrollo vital, “porque es recuperarse, ir hacia delante: es vencer las pruebas y las fuertes crisis de la vida, esto es, resistirlas primero y superarlas después, para seguir viviendo lo mejor posible. Es rescindir un contrato con la adversidad” (Manciaux, 2003).

- **RESPIRO:** El respiro consiste en tener algo de tiempo sin la responsabilidad de cuidar, en la casa o a través de centros de día, y esta pausa en el cuidado puede variar de unas horas a varios días a la semana (Lawton, Brody y Saperstein, 1991).

- **SECTOR DOMÉSTICO DE CUIDADOS:** La mercantilización del trabajo del cuidado lleva consigo la creación de una nueva relación laboral: la del empleo doméstico de cuidados (Díaz, 2008). El trabajo doméstico y de cuidado puede definirse, por tanto, como “una relación laboral de carácter especial que se establece individual y directamente entre un miembro de un hogar y un trabajador que presta sus servicios retribuidos en dicho hogar” (Cano, E. y Sánchez, A., 1998: 8). Sector de actividad destinado a la asistencia de personas dependientes pero que se contrata y se regula bajo las condiciones del servicio doméstico. La atención se realiza en el hogar del receptor de cuidados (Martínez-Buján, 2008a).

- **SINDROME BURNOUT O DE QUEMARSE POR EL TRABAJO:** Desde una perspectiva psicosocial el síndrome de quemarse por el trabajo es un síndrome cuyos síntomas son bajos niveles de realización personal en el trabajo, altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización Maslach y Jackson (1981). La falta de realización personal en el trabajo se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa



afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales.

- **SINDROME DEL CUIDADOR:** el «conjunto de alteraciones médicas, físicas, psíquicas, psicosomáticas», e incluso «los problemas laborales, familiares y económicos» que enfrentan las cuidadoras, como si de un síndrome clínico se tratara (García Calvente, Mateo-Rodríguez Y Eguiguren, 2004).

- **TERCER SECTOR:** organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales.

- **TIEMPO DE PRESENCIA:** El tiempo de presencia son aquellas horas pactadas por ambas partes, aparte de la jornada laboral, en que ha de permanecer en la casa, pero no tienen que dedicarse a las tareas domésticas habituales. Durante el tiempo de presencia se realizan labores que exijan poco esfuerzo, como abrir la puerta, coger el teléfono, etc. La normativa no dice nada sobre su retribución o duración, por lo que ha de estarse a lo que las partes acuerden (Real Decreto 1424/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar).

- **TIEMPO LIBRE:** Se conoce como Tiempo Libre a aquel tiempo que la gente le dedica a aquellas actividades que no corresponden a su trabajo formal ni a tareas domésticas esenciales. Su rasgo diferencial es que se trata de un tiempo recreativo el cual puede ser utilizado por “su titular” a discreción.

- **TIEMPO PACTADO:** Se trata de un tiempo de dedicación concertado o tratado entre dos o más partes que se comprometen a cumplir lo estipulado.

- **TRABAJO DOMESTICO:** El trabajo doméstico en la legislación española ha sido definido de la siguiente manera (Real Decreto 1424/1985, artículo 1.4): “El objeto de esta relación laboral especial son los servicios o actividades prestados en o para la casa en cuyo seno se realizan, pudiendo revestir cualquiera de las modalidades de las tareas domésticas, así como la dirección o cuidado del hogar en su conjunto o de algunas de sus partes, el cuidado o atención de los miembros de la familia o de quienes convivan en el domicilio, así como los trabajos de guardería, jardinería, conducción de vehículos y otros análogos, en los supuestos en que se desarrollen formando parte del conjunto de tareas domésticas”.
- **TRABAJO EMOCIONAL:** definido como “la organización de los sentimientos con el fin de crear una apariencia facial y corporal que es observable públicamente” (Hochschild, 1983:7).
- **TRABAJO INFORMAL:** En Junio del 2002, en la 90ª Conferencia Internacional del Trabajo , se definía como Trabajo Informal a “las tareas regulares de trabajadores no declarados o no registrados, sin recibir la protección social necesaria, garantías necesarias de seguridad y derecho de representación”. Así, tal como lo propone la Organización Internacional del trabajo (OIT), la forma más consistente de analizar la situación de quienes se encuentran en la economía informal es en términos de déficit de trabajo decente. Los trabajos en malas condiciones, improductivos y no remunerados que no están reconocidos o protegidos por la ley, la ausencia de derechos en el trabajo, la inadecuada protección social y la falta de representación y de voz se producen más en la economía informal, especialmente en el extremo inferior constituido por las mujeres y los trabajadores jóvenes.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

# BIBLIOGRAFÍA

---

TESIS DOCTORAL

---



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

- AA.VV. (2004). Cruz Roja Española, Comisión Europea. *Hogares, cuidados y fronteras...derechos de las mujeres inmigrantes y conciliación. Informe Transnacional*. Madrid: Ed. Traficante de Sueños.
- Abellán A. (2002). Longevidad y estado de salud. Mayte Sancho Castiello (Coord.) En IMSERSO .Observatorio de Mayores. *Informe 2002. Las personas mayores en España*. Madrid: MTAS
- Aguilar Idáñez, M.D. (2009). "Las Otras" Cuidadoras: mujeres inmigrantes en el servicio doméstico y trasvases generizados en el ámbito territorial del bienestar. Ponencia presentada en el *I Congreso Anual De Red-ESPANET: Treinta años de Estado de Bienestar en España. Logros y Retos para el futuro*. Oviedo 5-7 noviembre 2009. Consultado el 12 de Enero de 2010 en <http://www.espanet-spain.net/congreso2009/archivos/ponencias/TP11P15.pdf>
- Aguirre, R. García Sainz, C. Carrasco, C. (2005). *El tiempo, los tiempos, una vara de desigualdad*. Unidad Mujer y Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Santiago de Chile: Naciones Unidas. Consultado el 29 de Julio de 2009 de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd27/lcl2324e.pdf>
- Aliaga Abad F. (1996) La medida del afrontamiento: revisión crítica de la "escala de modos de coping". *Ansiedad y estrés*, 2(1), 17-26.
- Alda, M. Javier, B. y García Campayo, J. (2005). Salud mental e inmigración. *Monografías de psiquiatría*, 17 (4), 2-10
- Alonso, A. Garrido, A. Riera, M. Casquero, R. y Díaz, A. et al. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores con

demencia, incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria*, 33(2), 61.

- Amorós, C. (1994). Espacio público, espacio privado y definiciones ideológicas de 'lo masculino' y 'lo femenino' en Amorós, Celia, *Feminismo, igualdad y diferencia*. México: Universidad autónoma de México, 23-52. [En línea] Consultado el 20 de Junio de 2009 en: [http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm\\_online/espacio%20publico,%20espacio%20privado0173.pdf](http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_online/espacio%20publico,%20espacio%20privado0173.pdf)
- Arango, J. (2004). Inmigración, cambio Demográfico y cambio social consecuencias de la evolución demográfica en la economía. *ICE: Revista de economía*, Mayo-Junio nº815, 31-44. Madrid. Consultado el 5 de Marzo de 2008 en : [http://www.revistasice.com/cmsrevistasICE/pdfs/ICE\\_815\\_31-44\\_\\_23858A860B2B1267C8CC84FD9D4733CC.pdf](http://www.revistasice.com/cmsrevistasICE/pdfs/ICE_815_31-44__23858A860B2B1267C8CC84FD9D4733CC.pdf)
- Asociación Nexos (2003). *El cuidado de personas mayores dependientes realizado por población inmigrante en la comunidad de Madrid*. Obtenido en línea el 2 de Diciembre de 2008 desde: <http://www.colectivoioe.org/uploads/3c192409979448f96fd9a4d5f2d9da55f076c6e8.pdf>
- Atxotegui, J. (2002), *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*, Barcelona: Ed. Mayo.
  - (2004) Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental*; 21, 39–52
  - (2008) Migración y Crisis: El Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome

de Ulises). *Avances en Salud Mental Relacional* ,  
7 (1) Obtenido en línea el 11 de Mayo de 2010  
desde dirección  
<http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0701/achotegui.pdf>

- Azcarate, T. (1995). Mujeres buscando escenas y espacios propios. *Nueva Sociedad*, 135, 78-91
- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge: University Press.
- Basabe, N. Zlobina, A. y Páez, D. (2004). *Integración socio-cultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco*. Vitoria-Gasteiz: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Batthyány, K. (2008). *El cuidado de los adultos mayores en los hogares de Montevideo. Algunos elementos para el debate*. Artículo presentado a la MESA DE DIÁLOGO: Sistema de cuidados ¿Quién cuida? ¿Quién debería hacerlo? Red Género y Familia. Montevideo, Consultado el 8 de Agosto de 2008 de <http://innmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/1619/1/Cuidado%20de%20adultos%20mayores%20en%20hogares%20de%20Montevideo%20-%20k.%20Bathyanny.pdf>
- Bazo M.T. (1990). La sociedad anciana. *Revista Española de investigaciones sociológicas*, 47: 60-73 .CIS y Siglo XXI. Madrid.
- Bazo, M.T. y Domínguez-Alcón M. D. (1996). Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *Revista Española de investigaciones sociológicas*, 73, 43-56 Consultado el 3 de Octubre de 2006 en [http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS\\_073\\_05.pdf](http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_073_05.pdf)



- Blackburn, C. Read, J. y Hughes, N. (2005). Carers and the digital divide: Factors affecting internet use among carers. *Health and Social Care in the Community*, 13(3), 201-210.
- Benach J y Muntaner C. (2005). *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña la salud*. España: Ediciones de intervención cultural / El Viejo Topo.
- Bettio, F., Simonazzi, A., y Villa, P. (2006). Change in care regimes and female migration: the "care drain" in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 16 (3), 271-285.
- Berjano Peirats, E. y Luján López, E. (2004). Inmigración y cuidados a mayores. "Un mercado no tan invisible". *Revista Geriatrika*, 20(3), 124-132.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism*. New Jersey: Englewoods Cliffs. Prentice-Hall.
- Borderías Mondejar C., Carrasco Bengoa C., y Alemany, C (1994). *Las mujeres y el trabajo: rupturas conceptuales*. Barcelona: Ed. Icaria/Fuhem
- Bover, A. (2004). *Cuidadores Informales de Salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y a la generación*. Tesis Doctoral. Universitat De Les Illes Balears Departament De Ciències De L'educació. Palma de Mallorca. Consultado el 22 de Septiembre de 2006 en [http://www.tesisexarxa.net/TESIS\\_UIB/AVAILABLE/TDX-0204105-093133//tabb1de1.pdf](http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UIB/AVAILABLE/TDX-0204105-093133//tabb1de1.pdf)
  - (2006) El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género. *Enfermería Clínica*, 16(2), 69-76.

- Cano, E. y Sánchez, A. (1998). "La economía sumergida en el proceso de extensión del trabajo precario", *Economía sumergida: el estado de la cuestión en España*, Murcia: Ed. J.A. Ybarra. Secretaría General de UGT, 221-250.
- Cano, E y Sánchez Velasco A. (2002). Empleo informal y precariedad laboral: las empleadas de hogar de Nazaret, *VII Jornadas de Economía Crítica*, Valladolid, edición CD-ROM.
- Casado Marín D. y López C. (2001). *Vejez dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. En Colección Estudios sociales nº6, Barcelona: Fundación la Caixa.
- Casado-Mejía, R., Ruiz-Arias, E. y Solano-Parés A. (2009). Características de la producción científica sobre cuidados familiares prestados por mujeres inmigrantes. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), 335–341
- Castillo, E., Vásquez, M.L., (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34 (3), 164-167. Consultado el 2 de Mayo de 2010 de <https://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No3/rigor.pdf>
- Castles, S. y Miller, M. (2004). *La era de la migración. Movimientos internacionales de población en el mundo moderno*, Miguel Ángel Porrúa (Ed.), México: Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Catarino, C. y Oso, L. (2000). La inmigración femenina en Madrid y Lisboa: hacia una etnización del servicio doméstico y de las empresas de limpieza. *Papers*, 60, 183-207. Consultado el 5 de Septiembre de 2006 en <http://ddd.uab.es/pub/papers/02102862n60p183.pdf>

- Carrasco, C. (2006). La paradoja del cuidado: necesario pero invisible *Revista de economía crítica*, 5, 39-64 Consultado el día 25 de Octubre de 2008 en [http://www.revistaeconomicritica.org/sites/default/files/revistas/Revista\\_Economia\\_Critica\\_5.pdf](http://www.revistaeconomicritica.org/sites/default/files/revistas/Revista_Economia_Critica_5.pdf)
- Carretero Gómez, S., Garcés Ferrer, J., José Ródenas Rigla, F. y Sanjosé López V. (2006) *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Valencia: Editorial Tirant Lo Blanch. 444 páginas. 1 edición. Consultado el 5 de Mayo de 2009 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
- CCOO (2001). *Protección social a la dependencia*. Secretaria de Política Social de la CONC.
- Cachón Rodríguez, L.; (1997a)"A la búsqueda del empleo perdido: Los nuevos yacimientos de empleo". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. Nº 140-141, pp. 245-264.
  - (1997b) "*Los nuevos yacimientos de empleo en España: una perspectiva general*". *Economistas*. Nº 74, pp. 296-304.
- COLECTIVO IOÉ. (1991). *Trabajadoras extranjeras de servicio doméstico en Madrid*. OIT. Ginebra
  - (2001) *Mujer, Inmigración y trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales.
  - (2005) *Cuidados en la Vejez. El Apoyo Informal*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid: Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M. y Tomás-Sábado, J. (2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 307-315
- Collière, M.F., (1993) *Promover la vida. De las prácticas cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana
- Collin, Françoise (1984). Espacio doméstico, espacio público, vida privada. Conferencia en el seminario de Mujer y Urbanismo. Toledo, Consultado el 3 de Agosto de 2009 en <http://www.minjusticia.cl/pmg/documentos/Espacio%20domestico.pdf>
- Colomán Navarro, A. (2002). *Los nuevos yacimientos de empleo ofrecen la oportunidad de construir nuevas formas de desarrollo social y personal*, Escuelas Universitarias de Trabajo Social y Educación Social Pere Tarrés (Universidad Ramon Llull) Consultado de Educaweb.com 17 de junio de 2002 - numero 43. En: <http://www.educaweb.com/esp/servicios/monografico/filons/88256.asp>
- Conde Sala, J. Ll. (1998) Integración de la familia en el proceso terapéutico de la demencia. En Román Alberca y Secundino López-Pousa (Eds.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (pp.125-136). Madrid: Panamericana.
- Consejo de Europa (1998). *Recomendación nº R (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia*. Consultado el 5 de Julio de 2010 de <http://sid.usal.es/leyes/discapacidad/10476/3-3-5/recomendacion-n-98-9-del-comite-de-ministros-a-los-estados-miembros-relativa-a-la-dependencia.aspx>

- Consejo económico y social (2006). *El Panorama socio laboral de la mujer en España*. Boletín elaborado por el área de estudios y análisis. Boletín 43.
- Comas d'Argemir, D. (1994). *Dona, família i estat del benestar*. Barcelona: Institut català de la dona.
  - (1995), *Dones, família i estat del Benestar*, en Segona Universitat d'Estiu de la Dona, Barcelona, Institut Català de la Dona, Generalitat de Catalunya, pp. 109-115.
- COMISIÓN EUROPEA (1995): *Iniciativas locales de desarrollo y de empleo*. Encuesta en la Unión Europea, [SEC (95)564], Marzo. Bruselas-Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, L2985.
- Comisión Europea (1998). Segundo Informa sobre las iniciativas locales de desarrollo y empleo. La era del empleo a medida. Bruselas-Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas Consultado el 5 de Mayo de 2010 en : [http://ec.europa.eu/regional\\_policy/innovation/innovating/pacts/down/avr98/ilde2-es.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/innovation/innovating/pacts/down/avr98/ilde2-es.pdf)
- .Cubedo, R. (2006). La dependencia de los enfermos terminales: cuidados profesionales y familiares. *Revista Panorama Social, de la Fundación de las Cajas de Ahorros FUNCAS*, 2.
- de Barbieri, M. T. (1991) Los ámbitos de acción de las mujeres *Revista Mexicana de Sociología*, 53 (1)203-224
- de la Cuesta Benjumea, C. (2003). El investigador como instrumento flexible de la indagación. *International Journal of Qualitative Methods*, 2 (4). Consultado el 25 de Mayo de 2010 de

[http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2\\_4/pdf/delacuest  
a.pdf](http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_4/pdf/delacuest<br/>a.pdf)

- (2004a). Construir un mundo para el cuidado. Un estudio cualitativo de pacientes con demencia. *Revista Rol de Enfermería*, 27 (12), 843-850.
- (2004b.). *Cuidado Artesanal: La invención ante la adversidad*. 1ªEd. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- (2005). La contribución de la Evidencia Cualitativa al campo del cuidado y la salud comunitaria. *Index de Enfermería* (edición digital), 50. Consultado el 31 de Agosto de 2006 en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/50revista/5366.php>.
- (2006a). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los Cuidados*. Año X. nº20. 2ªSemestre.
- (2006b) Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud *Nure Investigación*, nº 25, Noviembre-Diciembre.
- (2007) El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. *Investigación y educación en enfermería* 25 106-112
- (2008). Aliviar el peso del cuidado familiar. Una revisión de la bibliografía. *Index enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 17( 4):261-265
- (2009a) El cuidado familiar: una revisión crítica. *Investigación y Educación en Enfermería*. 27(1) ,96-102.
- (2009b) «Estar tranquila»: la experiencia del descanso de cuidadoras de pacientes con

demencia avanzada. *Enfermería Clínica*, 19(1), 24-30.

- de la Cuesta Benjumea, C. y Sandelowski, M. (2005). Tenerlos En La Casa: The Material World and Craft of Family Caregiving for Relatives with Dementia. *Journal of Transcultural Nursing*, 16 (3), 218-225. Consultado el 6 de Marzo de 2007 en: <http://tcn.sagepub.com/cgi/content/abstract/16/3/218>
- de la Cuesta, C., Galiana, M.J., Donet, M.T. y Luzán, M.J. (2006) Proyecto de investigación “*Cuidado familiar-Alivio de la carga en situaciones de vulnerabilidad: Mujeres cuidadoras de pacientes con demencia avanzada y mujeres inmigrantes que proporcionan cuidados familiares*”, Estudio financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo (FIS PI06/0005) 2006-2009 (sin publicar).
- Defensor del Pueblo. (2000) *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*, Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo.
- Delgado Hito, P. (2007) *Formación en investigación cualitativa en salud*. Conferencia presentada en el Módulo II: Aspectos metodológicos. Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, 25 septiembre 2007.
- Deví J. Ruiz Almazán, I. (2002). Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* ,12(1) ,31-37.
- Di Virgilio, M.M., Fraga, C., Najmias, C., Navarro, A., Perea, C., y Plotno, G. (2007) Competencias para el trabajo de campo cualitativo formando: investigadores en Ciencias Sociales. *Revista Argentina de Sociología*, Año 5 Nª 9 ISN 1667-9261, 90-110 Consultado el 6 de

Diciembre de 2006 de:  
<http://www.scielo.org.ar/pdf/ras/v5n9/v5n9a06.pdf>

- Díaz Gorfinkiel, M. (2008). *Las dinámicas internacionales de cuidado: el caso de Madrid en la desnacionalización del cuidado de menores*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Carlos III de Madrid.
- Domínguez Alcón, C. (1998) Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez. *Index de Enfermería*. Año VII, .23, 15-21.
  - (1999) Sociología del Cuidado. *Enfermería Clínica*. jul.-ago. 9(4) ,174-181.
- Donahue, P. (1993) *Historia de la Enfermería*. St Louis Missouri: Doyma.
- Durán, M. A., (2000). La nueva división del trabajo en el cuidado de la Salud *Política y Sociedad*, 35, 9-30. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Consultado el 7 de Agosto de 2008 de: <http://revistas.ucm.es/cps/11308001/articulos/POSO0000330009A.PDF>
  - (2006) “Dependientes y cuidadores: El desafío de los próximos años”. En Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales nº 60. Enero. Madrid. 2006.
- Durán, M.A. y Rogero, J. (2004) “Nuevas parejas para viejas desigualdades”, *Revista de Estudios de Juventud (INJUVE)*, Madrid, nº 67.
- Durán Heras, M.A., García Díez, S. (2005) *Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania*. Madrid: Instituto de mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.



- El Hadri, S. y Navarro, C. (2001) *Mujeres inmigrantes: dificultad, diversidad y riqueza*. Asamblea de dones d'Elx Marzo Consultado el 19 de Febrero de 2003 <http://www.nodo50.org/doneselx/assemblea/donesinmicast.htm>
- Ehrenreich, B. y Russell, A. (2002). *Global Woman. Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy*, Londres: Granta Books.
- Escudero Rodríguez, B., Díaz Alvarez, E. y Pascual Cortes, O. (2001) Cuidados informales. Necesidades y ayudas a domicilio. *Revista Rol Enfermería*, Mar 24(3),183-9
- Esteban, M. L. (2003). Cuidado y salud: Costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. Género y Cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución. *En SARE "Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado"* Emakunde. Consultado el 5 de Marzo de 2008 : [https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin\\_EC OS/10/Genero\\_y\\_cuidados.pdf](https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_EC OS/10/Genero_y_cuidados.pdf)
- Expósito C. Y. (2008) La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Revista habanera de ciencias médicas* [revista en la Internet]. 7(3). Consultado el 28 de abril de 2010 [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2008000300004&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004&Ing=es).
- Ezquerro Escudero, L. (2006) *Tiempo de trabajo: duración, ordenación y distribución*. Barcelona: Editorial Atelier.
- Fajardo Trasobares M.E. y Germán Bes C. (2004) Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index Enfermería* [revista

en la Internet]. 13(46), 09-12. Consultado el 23 de Febrero de 2010 de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200002&lng=es).

- Fernández Cordón, J. A. (2004) “Demografía e inmigración”, *Economistas*, 99, 16-27.
- Fernández Liria Alberto, García Álvarez M<sup>a</sup> Jesús. (2004) Medio laboral y salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. [revista en la Internet]. (90), 131-141. Consultado el 29 de Abril de 2010 de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000200009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200009)
- Folkman S, Lazarus RS. (1980) An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21,219-239.
- Frías Osuna, A. Pulido Soto, A. (2001). Cuidadores familiares de pacientes en el domicilio. *Index de Enfermería*, 10, 27-32
- Galiana Gómez de Cádiz, M.J., de la Cuesta Benjumea, C. y Donet Montagut, M.T. (2008). Cuidadoras inmigrantes. Características del Cuidado que prestan a la dependencia. *Enfermería Clínica* 18 (5), 269-272.
- Galiana Gómez de Cádiz, M. J. y Lidón Cerezuela, B. (2009). Envejecimiento, cuidados informales e inmigración. En: García Martínez A; Escarbajal de Haro A. *Pluralismo sociocultural, Educación e Interculturalidad*. 1ªed. Badajoz: @becedario. 369-392.
- Gallart Fernández-Puebla, A. (2004). Factores de riesgo del cansancio en el cuidador formal no profesional inmigrante en Barcelona. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 2 (2), 299-316.

- (2007) *Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal*. Tesis Doctoral. Universitat Internacional de Catalunya. Sant Cugat, 2.007 Disponible en <http://www.tesisenxarxa.net/TDR-0125108-103532.html>
- García Calvente, M. M. (2000) *El sistema informal de atención a la Salud*. XXIX Congreso Nacional Ordinario de Pediatría AEP Tenerife Junio 2000. Consultado el 20 de Marzo de 2005 de: [http://www.comtf.es/pediatria/Congreso\\_AEP\\_2000/Ponencias-htm/M%AAM\\_Garcia\\_Calvante.htm](http://www.comtf.es/pediatria/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/M%AAM_Garcia_Calvante.htm)
  - García-Calvente M. M., Mateo-Rodríguez I. y Maroto-Navarro G. (2004) El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria* [Revista online] 18(2), 83-92. Consultado el 12 de Abril de 2009 de: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000800011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000800011&lng=en&nrm=iso). ISSN 0213-9111. doi: 10.1590/S0213-91112004000800011.
  - García Calvente, M. Mateo-Rodríguez, I. Aguijaren A. P. (2004) El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta sanitaria*. 18(1), 132-139.
  - García, B y Oliveira, O. (2005). Mujeres jefas de hogar y su dinámica familiar. *Papeles de población*. Universidad autónoma del estado de México. 43: 29-51 [en línea] Consultado el 5 de Junio de 2009 en : <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/112/11204303.pdf>
  - Gentil, I. (2009) Salud y mujeres latinoamericanas. Autoestima y resiliencia. *Index de Enfermería*. 18(4), 229-233.

- Gergen KJ. (1985) The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 226-275.
- Giménez Romero C. (2002) Dinamización comunitaria en el ámbito de la inmigración. En: Rubio MJ y Monteros S. *La exclusión social. Teoría y práctica de la intervención*. Madrid: CCS. 99-15.
- Goffman, E., (2003), *Estigma. La identidad deteriorada*. 1ªed. 9ª reimp. Buenos Aires: Amorrotu.
  - (2006) *La presentación de las personas en la vida cotidiana*. 1ªed., 6ª reimp. Buenos Aires: Amorrotu.
  - (2007) *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. 2ªed. Buenos Aires: Amorrotu.
- Graham H. (1983) A labour of love. En: Finch J, Drowes E. *A labour of love: Women, work and caring*. London: Routledge, Kegan Paul; p.13-30.
- Granero Alted, M. J. (2009). *Historia de la enfermería, historia del género*. I Congreso Virtual sobre historia de las mujeres. (DEL 15 AL 31 DE OCTUBRE DEL 2009) Consultado en línea el 5 de Noviembre de 2009 en [http://www.revistacodice.es/publi\\_virtuales/i\\_con\\_h\\_mujeres/documentos/comunicaciones/comuGraneroAlted.pdf](http://www.revistacodice.es/publi_virtuales/i_con_h_mujeres/documentos/comunicaciones/comuGraneroAlted.pdf)
- Gregorio Gil, C. Ramírez Fernández, A. (2000) ¿En España es diferente...? Mujeres inmigrantes dominicanas y marroquíes. *Papers*. 60, 257-273.
- Guba EG y Lincoln I.S. (1994) Competing paradigms in Qualitative research. En: Denzin NK y Lincoln IS (Eds) *Handbook of Qualitative Research*, Newbury Park. London: SAGE, 105-117.

- Guba EG y Lincoln I.S. (1994) Competing paradigms in Qualitative research. En: Denzin NK y Lincoln IS (Eds) *Handbook of Qualitative Research*, Cap. 6 del libro: Traducción: Adriana Goñi. Newbury Park. London: SAGE, 105-117.
  - (2000) *“Por los rincones. Antología de los métodos cualitativos en la investigación social”* Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Hanson E.J., Tetley J. & Clarke A. (1999) Respite care for frail older people and their family carers: concept analysis and user focus group findings of a pan European nursing research project. *Journal of Advanced Nursing* 30(6),1396±1407
- Healthy Balance Research. Program 2004 (2004) *Caregiver Resilience and the Quest for balance. A Report on Findings from focus groups*. Consultado en línea en : <http://www.healthyb.dal.ca/TeamQ-web.pdf>
- Hernández Conesa, J.M., (1995) *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hil/Interamericana.
- Hernández Conesa, J. y Esteban Albert, M. (1999) *Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- Hochschild A. (2000), “Global Care and Chains and Emotional Surplus Value”, en Hutton, W. y A. Giddens (eds.), *On the Edge: Living with Global Capitalism*, London: Jonathan Cape, 130-146.
  - (2008). *“La mercantilización de la vida íntima: apuntes de la casa y el trabajo”* Madrid: Katz Editores.

- Ibarra Mendoza Teresa Ximena, González José Siles. (2006) Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. *Index Enfermería* [revista en la Internet]. 15(55), 44-48. Consultado el 29 de Abril de 2010 de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000300010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010&lng=es). doi: 10.4321/S1132-12962006000300010.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (1999), *Cuidados en la Vejez. El Apoyo Informal*. Madrid: IMSERSO.
  - (2002a). *Estudio nº2439.CIS* nov. 2001. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
  - (2002b). *INFORME 2002b. Las personas mayores en España*. IMSERSO .MTAS. Madrid. 2002
  - (2004a). *Situación y Evolución del Apoyo Informal a los Mayores en España. Informe de Resultados*. Madrid: IMSERSO.
  - (2004b). *Servicios Sociales para Personas Mayores en España*. Madrid: IMSERSO.
  - (2004c) *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco de la dependencia* .MTAS. Madrid. 2004
  - (2005a). *Cuidado a la Dependencia en Inmigración. Informe de resultados*. MTAS. Colección estudios Serie Dependencia. Madrid: MTAS
  - (2005b). *Cuidado a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. MTAS. Madrid. 2005.

- (2005c), Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Libro Blanco. Madrid, IMSERSO.
- INE (1999) *Censo de población por edad y sexo año 1999*
  - (2001) *Censo de población por edad y sexo año 2001*.
  - (2009) *Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2009* Datos provisionales Consultado en línea en <http://www.ine.es/prensa/np551.pdf>
  - (2010) *Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2010 (29/4/2010)*. Datos provisionales. Notas de Prensa. Consultado en línea el 5 de Mayo de 2010. <http://www.ine.es/prensa/np595.pdf>
- Izquierdo, M.J. (2003). Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. *SARE 2003 "Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado"* Emakunde. Consultado en línea el 6 de Julio de 2009 de: [http://www.sare-emakunde.com/media/anual/archivosAsociados/03IZQUIERDO,M.-pon\\_Cast\\_1.pdf](http://www.sare-emakunde.com/media/anual/archivosAsociados/03IZQUIERDO,M.-pon_Cast_1.pdf)
- Janesick, V. J. (2000). La danza del diseño de la investigación cualitativa: Metáfora, metodolatría y significado. En C. A. Denman & J. A. Haro (Eds.), *Por los rincones-Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 227-251). Sonora, México: El Colegio de Sonora.
- Jansa, J. M. (1998) Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública. *Revista Española de Salud Pública* [online]. vol.72, n.3 ,165-168 Consultado el 8 de Marzo de 2007 de: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid)

=S1135-57271998000300001&Ing=en&nrm=iso>. ISSN 1135-5727. doi: 10.1590/S1135-57271998000300001.

- Jelin, E. (1982) *Familia y unidad doméstica: mundo público y privado*. Buenos Aires: Estudios CEDES
- Jeon Y.-H., Brodaty H. & Chesterson J. (2005) Respite care for caregivers and people with severe mental illness: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3), 297–306
- Joas, H. (1988) Interaccionismo Simbólico. Ed: Giddens, A; Turner J y otros. En: *La teoría social hoy*. Número 635, pp. 112-154 Madrid: Alianza Universidad.
- Jones, P.S. Zhang, X.E. Jalcedo-Siegl, K. Meleis, A. (2002) Caregiving Between two Cultures: An Integrative Experience. *Journal of transcultural Nursing*. Vol 13 (3), 202-209.
- Jones, Patricia S.; Zhang Xinwei Esther y Meleis, Afaf I. (2003) Transforming vulnerability. *Western Journal of Nursing Research*, 25(7), 835-853
- Julve Negro, M. (2006). Dependencia y cuidado: implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora. *Acciones e investigaciones sociales*, nº Extra 1, 260 Consultado el 13 de Enero de 2010 de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002330>
- Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F (1996). El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson.
- Kofman, E.M y England, K. (1997): Guest Editorial, *Environment and Planning A*, 1997; 29: 191-193.
- Larranaga, I., Unai, M., Bacigalupe A., Begiristáin J. M., Valderrama M. J., Arregi B. et al. (2008) Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de



género. *Gaceta Sanitaria* [online]. vol.22 (5) ,443-450. Consultado el 17 de Mayo de 2010 de: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112008000500008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0213-9111.

- Lazarus RS. (1993) Coping theory and research: past, present and future. *Psychosom Med*, 55:234-247.
  - (2000) *Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. 1ª ed. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Lazarus RS, Folkman S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lawton P, Brody E, Saperstein A. (1991) *Respite for caregivers of Alzheimer patients*. New York: Springe; 161 p.
- Lee H, Cameron M. (2008) Sistema de relevo para las personas con demencia y sus cuidadores (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Leininger, M. M. (Ed.). (1985) *Qualitative research methods in nursing*. Orlando, FL: Grune y Stratton.
- Levy, R. (1994) Croyance et doute: une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures*, 1 (1), 92-100.
- LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE núm. 299 de Viernes 15 diciembre 2006).

- LEY 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (BOE nº 266 de 6 de noviembre de 1999).
- Lincoln Y. (1997) "Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud". *Investigación y Educación en Enfermería*. XV, 2, 57-69. Consultado el 17 de Enero de 2007 de: [Ehttp://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls\\_new/docs/dip\\_lsp/conexiones.pdf](http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls_new/docs/dip_lsp/conexiones.pdf)
- Lipson, J. G. (2002) Temas transculturales en el cuidado de la salud de las mujeres. *Investigación y Educación en Enfermería*. XX (2):88-97.
- López Doblas J. (2005) *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. Premio IMSERSO "Infanta Cristina 2004". Colección Estudios Serie Personas Mayores. Madrid: MTAS.
- López Martínez, J (2002) Efectos positivos de un estresor crónico: el cuidado de enfermos con demencia. *INTERPSIQUIS*. 2002. <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatría/neuropsiquiatría/demencias/4869/>
- López Mederos O, Lorenzo Riera A, Santiago Navarro P. (1999) Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Atención Primaria*, 24 (7): 404-10.
- Losada, A. Knight, BG. Márquez. (2003) Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. *Revista española de Geriatría y Gerontología*, 38 (2) ,116-123.
- Lutz, H. (2002) "At your service madam! The globalization of domestic service" *Feminist Review* 70, 89-104

- Malvárez Silvina. (2007) El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto contexto - enferm.* 16(3): 520-530. [serial on the Internet]. Consultado el 16 de Marzo de 2010 en:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000300019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300019&lng=en). doi: 10.1590/S0104-07072007000300019.
- Manciaux, M. (2003) *La Resiliencia: resistir y rehacerse*, Michel Manciaux (Comp) traducción, Fernando González del Campo Román. 1ª edición. Barcelona: Gedisa Editores.
- Marín Marín, J. Fontes Bastos, MD. (2007). *Prontuario jurídico del trabajo Domestico asalariado y guía de buenas prácticas*, Murcia: Edita Murcia Acoge
- Martín Carrasco M. (2002) Sobrecarga del cuidador con enfermedad de Alzheimer y distrés psíquico. Una asociación relegada en la valoración de las demencias. *Actas Españolas de psiquiatría*, 30(4) ,201-6.
- Martín García, J., Luceño Moreno, L., Jaén Díaz M. y Rubio Valdehita, S. (2007). Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional Decore, y salud laboral deficiente. *Psicothema* 19(1), 95-101. En <http://www.doredin.mec.es/documentos/01720083000176.pdf>
- Martínez-Buján, Raquel (2003) *La reciente inmigración latinoamericana a España*, CEPAL, Serie Población y Desarrollo 40, Santiago de Chile
  - (2005) El cuidado de ancianos: un vínculo entre la inmigración y el envejecimiento. *Panorama social* N°. 2, 86-97

- (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*, N<sup>o</sup>. 4, 99-128 Consultado en línea en <http://www.fundacionluisvives.org/rets/4/articulos/14234/index.html>
- (2008a) *Bienestar y cuidados: el oficio del Cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos* [tesis doctoral] A Coruña. Universidad da Coruña
- (2008b) Envejecimiento, mercado laboral e inmigración *Revista del Instituto de Estudios Económicos*, 2-3, 65-85
- (2009a) Inmigración y envejecimiento desde una perspectiva asistencial, Documentos de Trabajo (Fundación Carolina), En Astelarra Bonomi, M.J. (Coord.) *Género y empleo* N<sup>o</sup>. 32, págs. 87-95
- (2009b) ¿Y qué pasa con mi cuidadora? Inmigración, servicio doméstico y privatización de los cuidados a las personas dependientes *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria, Revista de servicios sociales*, N<sup>o</sup>. 45, págs. 99-109 Consultado el 1 de Enero de 2010 de: <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/8.pdf>.
- (2009c) Los beneficios de la inmigración al Estado de Bienestar. Mujeres inmigrantes en el sector doméstico de cuidados. En IZQUIERDO, A. (coord.), *Irregularidad y el modelo migratorio español como palanca de exclusión social de los extranjeros* (1985-2005), Madrid: Fundación

FOESSA (en prensa). Consultado en línea en [http://www.foessa.org/Componentes/ficheros/file\\_v  
iew.php?OTcyOA%3D%3D](http://www.foessa.org/Componentes/ficheros/file_view.php?OTcyOA%3D%3D)

- (2009d) Los beneficios de la inmigración al Estado de Bienestar. Mujeres inmigrantes en el sector doméstico de cuidados, en Izquierdo, A. (Coord.). *El modelo de la inmigración y los riesgos de exclusión*, Madrid: Cáritas española
- Martínez de Miguel López, S. (2009) Sobre Inmigración y Personas Mayores. En: García Martínez A; Escarbajal de Haro A. *Pluralismo sociocultural, Educación e Interculturalidad*. 1ªed. Badajoz: @becedario 303-322.
  - Martínez-Moneo, M. y Martínez-Larrea, A. (2006) Patología psiquiátrica en el inmigrante. *Anales de Navarra*, 29 (1) [revista en línea] en <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup1/suple6a.html>
  - Martínez Riera, J.R. (2003) Cuidados informales en España. Problema de desigualdad. *Revista de Administración Sanitaria siglo XXI*, 1 (2), 275-288.
  - Martínez- Rodríguez, M. T. (2009) La intervención psicosocial en contextos rurales con familias de personas mayores en situación de dependencia. *En clave natural*. Madrid: IMSERSO. Consultado el 5 de Abril de 2009 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-intervencion-01.pdf>
  - Martínez -Veiga, U. (2000). "La exclusión espacial y la vivienda de los emigrantes en España," *OFRIM*. Suplementos 139-166.

— (2004) *Trabajadores invisibles. Precariedad, Rotación y Pobreza de la Inmigración en España*. Madrid: Los Libros de Catarata

- Marrugat Prió, M.L. (2005). La familia cuidadora y su incidencia en la calidad de vida de las personas dependientes. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(3),171-177
- Menezes de Lucena Carvalho, V.A. Fernández Calvo, B. Hernández Martín, L. Ramos Campos, F y Contador Castillo, I. (2006) Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18 (4),791-796
- Mestre R. Mestre, I. (2003): “Trabajadoras por norma” en. PEÑA, S. (et al): *Trabajadores Migrantes*, Alcira, Alemania.
- Miró Bonet M. (2008) *¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976)*. [tesis doctoral] Universitat de les Illes Balears; Consultada en línea en [http://www.tdr.cesca.es/TESIS\\_UIB/AVAILABLE/TDX-0729109-131301//tmmb1de1.pdf](http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UIB/AVAILABLE/TDX-0729109-131301//tmmb1de1.pdf)
- Moliner, M., (2007) *Diccionario de Uso de la lengua española*. Madrid: Editorial Gredos.
- Montorio Cerrato, I., Izal Fernández de Trocóniz, M., López López, A. y Sánchez Colodrón, M. (1998) La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Revista anales de psicología*, 14, 2, 229-248 .Universidad de Murcia.
- Montorio, J., Yanguas, J. y Díaz-Veiga (1999) El cuidado del anciano en el ámbito familiar. En Izal y Montorio Ed.

*Gerontología Conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación.* Madrid: Síntesis.

- Moral de Calatrava Paloma. (2004) The teaching of Nursing's History in Spain. *Index Enferm* 13(47): 39-43. [revista en la Internet]. Consultado el 10 de Marzo de 2010 de Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000300009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300009&lng=es). doi: 10.4321/S1132-12962004000300009.
- Moreno Preciado, M. (2003) Inmigración hoy. El reto de los cuidados transculturales. *Index Enferm Digital* 42. Consultado el 5 de septiembre de 2005 de [http://www.index-f.com/index-enfermeria/42\\_articulo\\_2933.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/42_articulo_2933.php)
  - (2005) La relación con el paciente inmigrante. Perspectivas investigadoras. *Index de Enfermería* [revista online] 50. Consultado el 13 de Febrero de 2008 de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/50revista/5173.php>
  - (2006) Del Cuidado de la Diversidad a la Diversidad del Cuidado. *Index de Enfermería*, 15(55):7-8 [revista en la Internet]. Consultado el 10 de febrero de 2010 de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000300001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300001&lng=es).
  - (2008) *El cuidado del "otro". Un estudio sobre la relación enfermera/paciente inmigrado*, Barcelona: Bellaterra.
- Morse, J. (2001). Editorial: Using shadowed data. *Qualitative Health Research*, 11, 291-292.

- Morse, J.M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K. y Spiers, J., (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *Int J Qual Meth* (en línea) *International Journal of Qualitative Methods* 2002, 1(2)1. Consultado el 6 de Junio de 2007 en <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/article/view/4603/3756>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). *Proceso Normalizador de trabajadores extranjeros. Ministerio de trabajo y servicios sociales. Secretaría de Estado de inmigración y emigración*. Madrid: Dirección general de inmigración Consultado el 7 de Marzo de 2009 de: <http://www.carm.es/ctra/cendoc/doc-pdf/pub/pub-0061.pdf>
- Muela Martínez, J. A., Torres Colmenero, C. J. y Peláez Peláez, E.M. (2002) Comparación entre las distintas clasificaciones de estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema* ,14 (003), 558-563
- Muiño. L. (2007) Salud mental e inmigración. Aspectos clínicos de la atención al inmigrante. En Alonso, Huerga, Morera *Guía de atención al inmigrante*. Madrid: Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria y Novartis Farmacéutica.
- NANDA Internacional (2010) *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. Barcelona: Elseiver
- Navas, M., Pumares, P., Sánchez, J., García, M.C., Rojas, A.J., Cuadrado, I., Asensio, M. y Fernández, J.S. (2004): *Estrategias y actitudes de aculturación: La perspectiva de los inmigrantes y de los autóctonos en Almería*. Almería: Dirección General de Coordinación de Políticas



Migratorias. Consejería de Gobernación. Junta de Andalucía.

- Neary S. R. y Feeny Mahoney, D. (2005) Dementia Caregiving: The Experiences of Hispanic/Latino Caregivers. *Journal of Transcultural Nursing*, 16 (2), 163-170
- Netto, G. (1998) 'I forget myself': the case for the provision of culturally sensitive respite services for minority ethnic carers of older people. *Journal of Public Health Med.*, Jun, 20(2), 221-6.
- Neufeld, A. Harrison, M.J. Stewart, M.J. Hughes, K. D. y Spitzer, D. (2002) Immigrant women: Making Connections to Community Resources for support in Family caregiving. *Qualitative Health Research*, 12 (6), 751-768.
- Nina Estrella, R (2006). La vida cotidiana del hogar. En publicación: *Revista de Ciencias Sociales* nº 15. CIS, Centro de Investigaciones Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Puerto Rico, San Juan: Puerto Rico. Verano. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/pr/cis/racs/15/RNinaRevCS15.pdf>
- Nolan, Mike; Grant, Gordon y Keady, John (1999). Supporting family carers a facilitative model for community nursing practice. En Jean McIntosh (Ed.), *Research issues in community nursing* (pp.177-201). Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Macmillan.
- Noriega, M., Gutiérrez, G., Méndez, I. y Pulido, M. (2004) Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales. *Cad. Saúde Pública* [online]. vol.20 (5) ,1361-1372. Consultado el 1 de Diciembre de 2009 de:

<http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/31.pdf>

- Núñez del Castillo, M. Siles González, J. (2004) Evolución de los cuidados enfermeros. Análisis iconográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson. *Cultura de los cuidados*, año VIII, nº 15 (1), 17-25.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). *Informe VI: El trabajo decente y la economía informal*. Conferencia Internacional del Trabajo 90.a reunión. Ginebra. 2002.
- OMS (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*, OMS. (Trad. de 1983, Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid).
- Otero A, Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso A, Lázaro P. (2004) Volumen y tendencia de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Revista española de Salud Pública*, 78, 201-211.
- Parella Rubio, S. (2003). *Mujer inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*. Barcelona: Rubí, Anthropos Editorial
- Paz de la Torre, J. (2002). *Sindicato para las inmigrantes trabajadoras de hogar en la Unión Europea*. Disponible en línea biblioteca Mujeres de esta tierra en <http://www.mujeres-de-esta-tierra.de/Dokumente/Sindicato.pdf>
- Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. (1990) Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-94.
- Pearlin LI. (1991). The careers of caregivers. *Gerontologist*, 32, 647-52

- Pereda Sagrero, E. y Pereira Tercero, R. (2009) Resiliencia e inmigración. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar *INTERPSIQUIS*. -1 Consultado el 10 de Abril de 2010 de: <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/39425/>
- Pérez Grande, M. D. (2008). Mujeres inmigrantes: realidades, estereotipos y perspectivas educativas. *Revista Española de Educación Comparada*, 14, 137-175. Consultado en línea el 6 de Enero de 2010 en [http://www.uned.es/reec/pdfs/14-2008/06\\_perez.pdf](http://www.uned.es/reec/pdfs/14-2008/06_perez.pdf)
- Pérez Orozco, A. del Río, S. (2002) La economía desde el feminismo: trabajo y cuidados. *Rev. Rescaldos*, Asociación Cultural Candela. Consultado el 5 de Febrero de 2010 de : <http://www.ecologistasalcalah.org/docs/ecof08.pdf>
- Pérez Ortiz L. (1998) *Las necesidades de las personas mayores*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
  - (2002) “Actividades, actitudes y valores” en M. Sancho (coord.) *Envejecer en España II. Asamblea sobre el envejecimiento*. Abril 2002. Madrid: IMSERSO.
  - (2006) *Nuevas y viejas formas de envejecer* Universidad Autónoma de Madrid: MTAS
- Pérez Peñaranda, A. (2008). *Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento* [Tesis doctoral] Universidad de Salamanca. 2008. Disponible en [http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/22590/1/DPPM MLHM\\_Dependencia%2c%20cuidado%20informal%20y%20funcion%20familiar.pdf](http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/22590/1/DPPM MLHM_Dependencia%2c%20cuidado%20informal%20y%20funcion%20familiar.pdf)

- Plà Julián I., Banyuls i Llopis, J., Cano Cano, E., Martí Gual, A., Vicent Pitxer i Campos, J., Poveda Rosa, M.M., Sánchez Velasco, A., Ventura Franch, A. y Bartual García, M. (2008) *Informalidad del empleo y la precariedad laboral de las empleadas de hogar*. Madrid: Instituto de la Mujer MTAS.
- Piercy, KW. Dunkley, GJ. (2004) What Quality Paid Home Care Means to Family Caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, Vol. 23(3), 175-192.
- Plaza del Pino FJ, Plaza del Pino MD, Martínez Gálvez L. (2006) Historia de un extranjero. Vivencias de un inmigrante rifeño sin papeles. *Index de Enfermería* 55, [revista online] Consultado el 4 de Abril de 2010 de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/55/6098.php>
  - (2005) Inmigración en el poniente almeriense: pobreza, desarraigo, salud mental e implicación en el cuidado. *Presencia* 2005 1(2). Consultado el 20 de Mayo de 2007 de : <<http://www.indexf.com/presencia/n2/25articulo.php>> [ISSN:1885-0219]
- Porthé, V., Amable, M. y Benach, J. Precariedad laboral y salud de los inmigrantes. *Archivos Prevención de Riesgos Laborales* , 10 (1), 34-39
- Prieto Rodríguez M. A., Gil García E., Heierle Valero C., y Frías Osuna Antonio. La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria: un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. *Rev. Esp. Salud Pública* [serial on the Internet]. 2002 Oct [citado 10 Enero 2010]; 76(5): 613-625. Consultado de: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=)

S1135-57272002000500021&Ing=en.

doi:

10.1590/S1135-57272002000500021.

- Puga González M. D. y Abellán García, A. (2004) *El proceso de discapacidad. Un análisis de la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud*. Alcobendas, Madrid: Fundación Pfizer
  - (2001) *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Una previsión a 2010*. Madrid: Fundación Pfizer.
- Puyol Antolín, R., (1997) ed. *Dinámica de la población en España. Cambios demográficos en el último cuarto de siglo XX*, Madrid: Síntesis.
- Quiñoz Gallardo, M.D. (2009) Los cuidados prestados por población inmigrante ¿pueden ser un intercambio de saberes culturales? *Revista Paraninfo digital*, 7. Consultado el 25 de Febrero de 2010 de <http://index-f.com/par/n7/075d.php>
- Ramis C, Manassero, A. García, E. (2009) Consecuencias del trabajo emocional en el Sector turístico: ¿Riesgos Psicosociales o Salud laboral? *Ciencia y Trabajo*. Abr-Jun; 11 (32), 85-95
- Raschick, M. Ingersoll-Dayton, B. (2004) The Costs and Rewards of Caregiving among Aging Spouses and Adult Children. *Family Relations* 53 (3), 317–325.
- Real Academia Española. (2001) Diccionario. de la lengua española. 22ª Ed. Consultado on line en [http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=cultura](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=cultura)
- Ritzer G. (2002) *Teoría Sociológica contemporánea*. 5ª edición Madrid: McGraw Hill.

- Rodríguez Rodríguez P. (1998) *El problema de la dependencia en las personas mayores*. Madrid: Documentación social, 112
- Rogero García J. Martín Coppola, E. (2009) *El cuidado de las mujeres inmigrantes a las personas mayores: una aproximación desde su uso del tiempo*. I Congreso de la Red Española de Política Social. Oviedo 2009 Panel 11. Estado de Bienestar y Cuidados: entre el modelo familista, la institucionalización y la desnacionalización del cuidado.
- Rosa, E. Ambrogio, M. Binetti, G. Zanetti, O. (2004) Immigrant paid caregivers and primary caregivers burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 1103-1104.
- Roca i Capara, N. (2001a) Inmigración y salud (I). Situación en España. *Rol de Enfermería*, 24(10), 682-686.
- Roca i Capara, N. (2001b) Inmigración y salud (II). La salud de las personas inmigradas. *Rol de Enfermería*, 24(11), 792-798.
- Rollins, J. (1985), *Between Women. Domestic and their employers*, Philadelphia: Temple University Press.
- Ruiz de Alegría Fernández de Retana B., de Lorenzo Urien E. y Basurto Hoyuelos S. Estrategias de Afrontamiento beneficiosas para las mujeres que cuidan de un progenitor con Alzheimer. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 15(54), 10-14. Consultado el 20 de Marzo de 2010 en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200002&lng=es). doi: 10.4321/S1132-12962006000200002.
- Ruiz Olabuenaga, J.I. (1996): Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.

- (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Segunda edición. Bilbao: Universidad de Deusto. Serie Ciencias Sociales, vol. 15.
- Russ, A. J. (2005) Love's Labor Paid for: Gift and Commodity at the Threshold of Death. *Cultural Anthropology*, 20, 128-156.
  - Salaberri, A. Aragón L.F. (2000) Cuidadoras inmigrantes de personas mayores. *Anales del sistema sanitario de Navarra. Departamento de salud del gobierno Navarro* Vol. 23.
  - Salamanca Castro, A.B. Martín-Crespo Blanco, C. (2007) El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, nº 27, Marzo-Abril 07. Consultado en línea en:  
[http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/FMetodologica\\_27.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf) el 3 de Noviembre de 2007.
  - Salazar Parreñas, R. (2001) Servants of Globalization: Women, Migration, and Domestic Work . *Paperback* Mar. 29.
  - Sánchez Cánovas J. (1991) Evaluación de las estrategias de afrontamiento. En: Buéla Casal G, Caballo VE, comps. *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, p.247-268.
  - Sancho, M. et al. (2007): *Informe 2006. Las personas mayores en España*, Madrid, IMSERSO
  - Seguridad social (1995) *Régimen especial de empleados de hogar* en [http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Trabajadores/Afiliacion/RegimenesQuieneslos10548/RegimenEspecialdeEm32820/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/Afiliacion/RegimenesQuieneslos10548/RegimenEspecialdeEm32820/index.htm)

- Siegrist, J., (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
  - (1998). Adverse health effects of effort-reward imbalance at work: Theory, empirical support and implications for prevention. In: Cooper, C.L. (ed.): *Theories of organizational stress* (pp. 190-204). Oxford: Oxford University Press.
- Siles González, J. (1999) Historia de la Enfermería. Alicante: Editorial Aguaclara.
  - (2004) La construcción social de la Historia de la Enfermería. *Index Enfermería* 13(47), 07-10. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000300001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300001&lng=es). doi: 10.4321/S1132-12962004000300001
- Solé, C. Parella, S. Alarcón, A. Bergalli, V. y Gibert, F. (2000) El impacto de la inmigración en la sociedad receptora, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 90, 131-157. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/40184254>
- Solé Puig, C. y Chacón Sánchez, L. (2006). Globalización e inmigración: los debates actuales. Presentación *Revista española de investigaciones sociológicas*, 116,13-54 disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2238618>
- Solé Puig, C., Parella Rubio, S., Ortega Rivera, E., Pávez Soto, I. y Sabadí Brugués, M. (2009). *Las trayectorias sociales de las mujeres inmigrantes no comunitarias en España. Factores explicativos de la diversificación de la movilidad laboral intrageneracional*. Ministerio de Igualdad.



Secretaría General de políticas de igualdad. Instituto de la Mujer. Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en:

[http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/mujeres/estud\\_inves/798.pdf](http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/mujeres/estud_inves/798.pdf)

- Spink, M. J. P. (1999) Investigación cualitativa en salud: superando los horrores metodológicos. In: M. Bronfman; R. Castro. (Org.). *Salud, Cambio Social y Política: Perspectivas desde América Latina*. 01 ed. 1999, v. 1, p. 35-48. Ciudad de México: Edamex.
- Strang, V. R., Haughey, M., Gerdner, L. A., Teel, C. S., Strang, V. R. (1999) Respite--A Coping Strategy for Family Caregivers *West Journal of Nursing Research*, 21: 450-471
- Strauss, A. Corbin, J. (2002) *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Facultad de Enfermería de la universidad de Antioquia. Colección Contus. Medellín. Colombia: Editorial Udea.
- Swanson J, M. (1986). *The formal qualitative interview for grounded theory*. En C. Chenitz W & M.
- Taylor, S. J. y Bogdan R. (1992) "La presentación de los hallazgos". En: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós, pp. 100-132.
- Teitelman J y Watts J. (2004) How Family Caregivers of Persons with Alzheimer Disease achieve Mental Breaks: Preliminary Analysis from a Qualitative Study. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 2004, 23 (1), 9-24
- Terragni, M. (2004) *Asistenta y señora de la casa. Aquí hay mucha política*. Publicado [italiano] con el título *Colf e padrona di casa. Li c'e molta politica*, en "Via Dogana.

Rivista di pratica politica" 70; 2004: 22-23. Traducción de María-Milagros Rivera Garretas. Disponible en : <http://www.raco.cat/index.php/DUODA/article/viewFile/63147/91402>

- UGT (2001a.) *La migración y el mundo del trabajo: Servicio Doméstico*. Gabinete de estudios Fes-UGT.  
— (2001b) *Mujeres inmigrantes. Factores de exclusión e inclusión en una sociedad multiétnica. La situación en España*.
- Vilallonga A. (2002). Los nuevos yacimientos de empleo: una oportunidad para crear empleo y satisfacer nuevas necesidades sociales. *Scripta nova revista electrónica de geografía y ciencias sociales* Universidad de Barcelona. Vol. VI, núm. 119 (117), Consultado en línea en <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn119117.htm>
- Villalobos Gámez, G. Morales Márquez, A.M. Cárdenas Gámez, E. Pacheco López, I.M. Gámez Gutiérrez, D. Nava del Val, M.A. (2008) Calidad de vida de las cuidadoras formales inmigrantes de la Zona Básica de Salud de Marbella. *Rev. Paraninfo Digital*, 3. Consultado el 16 de Abril de 2009 en: <http://www.index-f.com/para/n3/o032.php>.
- VON Canada. (2001) *Respite as Outcome: Plan it! Do it! Feel it! Caregiver manual*. Modulo 7 Disponible en: [http://www.von.ca/english/Caregiving/CaregiverManual/ResourceGuide/Module%207%20-%20Respite%20as%20Outcome/Module7\\_RespiteOutcome.pdf](http://www.von.ca/english/Caregiving/CaregiverManual/ResourceGuide/Module%207%20-%20Respite%20as%20Outcome/Module7_RespiteOutcome.pdf)
- Wackerbarth S. (1999) Modeling a Dynamic Decision Process: supporting the Decisions of Caregivers of Family

Members with Dementia. *Qualitative Health Research*, 9(3), 294-314.

- Walsh, F. (2004) *Resiliencia Familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. 1ª edición. Buenos Aires: Amorrortu. Editores.
- Watts J. y Teitelman J. (2005) Achieving a restorative mental break for family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52, 282–292.
- Wolcott. H. F. (2003) *Mejorar la escritura de la investigación cualitativa*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Yanguas Lezaun, J.J, Leturia Arrazola F.J. y Leturia Arrazola M. (2001) Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes, *Matia*, [www.matia.net/profesionales/articulos](http://www.matia.net/profesionales/articulos). Octubre: 1-20.
- Yun-Hee, J. Brodaty, H.; Chesterson, J. (2005). Respite care for caregivers and people with severe mental illness: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. Volume 49(3), 297-306(10)
- Yun-Hee Jeon (2004). The application of grounded theory and symbolic interactionism *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18 (3), 249–256.
- Zabalegui, A., Juando, C., Izquierdo, M.ªD., Gual, P., González-Valentín, A., Gallart, A., Díaz, M., Corrales, E., Cabrera, E.; Bover A., Sáenz de Ormijana, A., Ramírez, A., Pulpón, A., López, L. y Jones, C. (2004) Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Gerokomos*, 15 (4), XX-XX.

- Zarit SH, Reever K, Bach-Peterson J. (1980) Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist*, 20:649-55.
- Zapf D, Vogt C, Seifert C, Mertini H, Isic (1999). Emotion work as a source of stress. The concept and development of an instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 371-400
- Zarza González, M.J. y Sobrino Prados, M.I. (2007). Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs España. Una revisión bibliográfica. *Anales de psicología*, 23 (1).

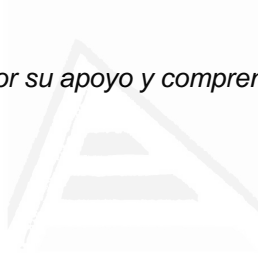


Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

*Para Paco y Sara, por su apoyo y comprensión*



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

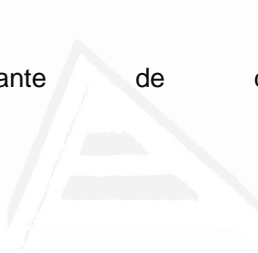


Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

Reunido el Tribunal que suscribe en el día de la fecha acordó  
otorgar, por \_\_\_\_\_ a la Tesis Doctoral de  
Don/Dña. M<sup>a</sup> José Galiana Gómez de Cádiz la calificación de

Alicante de \_\_\_\_\_ de 2010

El Secretario,



El Presidente,

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**UNIVERSIDAD DE ALICANTE**  
**CEDIP**

La presente Tesis de Dña. M<sup>a</sup> José Galiana Gómez de Cádiz  
ha sido registrada con el n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_ del registro de entrada  
correspondiente.

Alicante \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

El Encargado del Registro,



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante